HAL
open science

Le cannabis à l'aube du troisième millénaire : la réalité de l'application des conventions internationales dans quelques pays de l'Union Européenne

Cécile Fromental

▶ **To cite this version:**

Cécile Fromental. Le cannabis à l'aube du troisième millénaire : la réalité de l'application des conventions internationales dans quelques pays de l'Union Européenne. Sciences pharmaceutiques. 2000. dumas-01260700

HAL Id: dumas-01260700

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01260700v1

Submitted on 22 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE PHARMACIE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

B.U.M. GRENOBLE
D 115 040817 2

1er exemplaire

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 2000 **N° D'ordre :** 7020

LE CANNABIS A L'AUBE DU TROISIÈME MILLÉNAIRE : LA RÉALITÉ DE L'APPLICATION DES CONVENTIONS INTERNATIONALES DANS QUELQUES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE.

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE
DIPLÔME D'ÉTAT

par

Cécile FROMENTAL
Née le 01 août 1975
à Sens

Thèse soutenue publiquement le 27 juin 2000 à 18 heures

JURY :

Madame le Docteur M. Delétraz-Delporte — Président
Madame le Professeur A.-M. Mariotte
Monsieur C. Cabut
Madame C. Lapostolle-Dangreaux

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
GRENOBLE
MÉDECINE - PHARMACIE

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 2000 **N° D'ordre :**

LE CANNABIS A L'AUBE DU TROISIÈME MILLÉNAIRE : LA RÉALITÉ DE L'APPLICATION DES CONVENTIONS INTERNATIONALES DANS QUELQUES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE.

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE
DIPLÔME D'ÉTAT

par

Cécile FROMENTAL
Née le 01 août 1975
à Sens

Thèse soutenue publiquement le 27 juin 2000 à 18 heures

JURY :

Madame le Docteur M. Delétraz-Delporte — Président
Madame le Professeur A.-M. Mariotte
Monsieur C. Cabut
Madame C. Lapostolle-Dangreaux

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
GRENOBLE
MÉDECINE - PHARMACIE

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci 38760 LA TRONCHE

-:-:-:-:-:-

Doyen de la faculté : M. Le Professeur **P. DEMENGE**

Vice Doyen : M. le Professeur **J. CALOP**

PROFESSEURS DE PHARMACIE

ALARY	Josette	Chimie Analytique
BAKRI	Abdelaziz	Pharmacie Galénique
BENOIT-GUYOD	Jean-Louis	Chimie Toxicologie et Eco-toxicologie
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique et Bio-technique
CUSSAC	Max	Chimie Thérapeutique
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Générale
DEMENGE	Pierre	Physiologie/Pharmacologie
DROUET	Emmanuel	Microbiologie-Immunologie
FAVIER	Alain	Biochimie
GOULON	Chantal	Physique-Pharmacie
GRILLOT	Renée	Parasitologie
LECLERC	Gérard	Chimie Organique
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie
RIBUOT	Christophe	Physiologie/Pharmacologie
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie
SEIGLE-MURANDI	Françoise	Botanique et Cryptogamie
STEIMAN	Régine	Biologie cellulaire
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacie Galénique

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci 38760 LA TRONCHE

-:-:-:-:-:-

Doyen de la Faculté : M. Le Professeur **P. DEMENGE**

Vice Doyen : M. le Professeur **J. CALOP**

MAITRES DE CONFERENCES – PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique
BENOIT-GUYAUD	Martine	Chimie Organique
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
CARON	Cécile	Biologie Moléculaire
CHARLON	Claude	Chimie Pharmacie
DELETRAZ	Martine	Droit-Economie Pharmaceutique
DIJOUX-FRANCA	Marie-Geneviève	Pharmacognosie
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie moléculaire et structurale
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie
FOUCAUD-GAMEN	Jacqueline	Bactériologie
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie Galénique
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GUIRAUD	Pascale	Biologie Cellulaire
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique
KRIVOBOK	Serge	Botanique – Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique
PERA	Marie-Hélène	Chimie Organique
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique alimentaire
PINEL	Claudine	Parasitologie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie
RICHARD	Jean-Michel	Chimie Toxicologie – Ecotoxicologie
RIONDEL	Jacqueline	Physiologie-Pharmacologie
TAILLANDIER	Georges	Chimie Organique
VILLEMAIN	Danièle	Physique Pharmacie
VILLET	Annick	Chimie Analytique

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Martine DELETRAZ-DELPORTE

Je vous exprime ma profonde reconnaissance et toute ma sympathie pour l'aide, la patience et la bienveillance que vous m'avez accordé tout au long de ce travail, malgré votre emploi du temps surchargé et les difficultés liées à la distance.
Je vous remercie de me faire l'honneur d'assurer la présidence de ce Jury.

A Madame le Professeur Anne-Marie MARIOTTE

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du Jury et d'avoir contribué, par vos précieux conseils, à l'élaboration de ce travail.
Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de ma profonde estime.

A Monsieur Cédric CABUT

Je vous remercie de me faire l'honneur et le plaisir de siéger parmi les membres du Jury.
Je vous témoigne toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Madame Ch. LAPOSTOLLE-DANGREAUX

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail en prenant part au Jury.
Je vous suis très sincèrement reconnaissante.

Je tiens également à remercier profondément **Aurélia** pour son travail de traduction des documents italiens. Je lui suis très reconnaissante de cette aide.

A Étienne.

A mes parents, pour leur confiance, leur amour et leur soutien tout au long de mes études.

A mes frères et ma soeur.

A mes grands-parents, pour leur amour et tous les merveilleux moments passés chez eux.

A Catherine et Thomas, merci au " petit facteur d'internet" et pour toute votre aide.

A tous mes amis...

A tous ceux qui, à Grenoble, Lyon et Nantes m'ont permis d'achever ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

CHAPITRE I : LA PLANTE - PRÉSENTATION **3**

1. LE CANNABIS DANS L'HISTOIRE **4**
- **1.1. Le cannabis dans l'Antiquité** **4**
- **1.2. Du Moyen-Âge au siècle des Lumières** **5**
- **1.3. Le cannabis dans le XIXème siècle** **5**
- **1.4. Le cannabis au XXème siècle** **7**

2. ASPECTS BOTANIQUES ET CHIMIQUES **9**
- **2.1. Description botanique - Environnement** **9**
  - ***2.1.1. La plante*** ***9***
  - ***2.1.2. Variations*** ***11***
- **2.2. Composition chimique** **12**
- **2.3. Identification** **16**

3. SON UTILISATION **17**
- **3.1. Chanvre à fibres** **17**
  - ***3.1.1. Par nos ancêtres*** ***17***
  - ***3.1.2. De nos jours*** ***18***
- **3.2. Chanvre "à drogue"** **19**
  - ***3.2.1. Les différents modes de consommation*** ***19***
  - ***3.2.2. Utilisations thérapeutiques*** ***21***
    - 3.2.2.1. Nausées induites par les chimiothérapies anticancéreuses 21
    - 3.2.2.2. Glaucome 22
    - 3.2.2.3. Douleur 22
    - 3.2.2.4. Manque d'appétit 23
    - 3.2.2.5. Sclérose en plaque 23
    - 3.2.2.6. Anxiété, relaxation 24
    - 3.2.2.7. Effets indésirables 24
  - ***3.2.3. Usage illicite - Toxicité*** ***26***
    - 3.2.3.1. Toxicité aiguë 26
    - 3.2.3.2. Toxicité chronique 29
    - 3.2.3.3. Cannabis et femme enceinte 32
    - 3.2.3.4. Tolérance 32
    - 3.2.3.5. Dépendance 32
  - ***3.2.4. La pharmacocinétique*** ***33***
  - ***3.2.5. Dépistage: méthodologie*** ***35***
    - 3.2.5.1. Le prélèvement 35
    - 3.2.5.2. L'analyse 35
    - 3.2.5.3. Les limites de l'analyse 36

CHAPITRE II : LA LÉGISLATION **37**

A. LA LÉGISLATION INTERNATIONALE **38**

1. HISTORIQUE **38**

2. LA CONVENTION UNIQUE SUR LES STUPÉFIANTS DE 1961 ..... **40**
2.1. Préambule **40**
2.2. Classification **41**
2.3. Le cannabis **41**
2.4. Le circuit économique **42**
2.4.1. Culture - Fabrication ***42***
2.4.2. Le commerce ***43***
2.4.2.1. Détention 43
2.4.2.2. Conditionnement 43
2.4.2.3. Importation - Exportation 44
2.4.2.4. Délivrance aux particuliers 44
2.5. Contrôle et lutte contre le trafic illicite **45**
2.5.1. Au plan international ***45***
2.5.2. Au plan national ***46***
2.6. Les usagers **46**
2.7. Réserves pour l'application de la Convention **47**

3. LA CONVENTION DE 1971 SUR LES SUBSTANCES PSYCHOTROPES **48**
3.1. Préambule **48**
3.2. Tableaux **48**
3.3. Le cannabis **49**
3.4. Le circuit économique **49**
3.4.1. Fabrication ***49***
3.4.2. Détention - Commerce ***50***
3.4.2.1. Commerce international 50
3.4.2.2. Délivrance aux particuliers et aux professionnels autorisés 51
3.5. Lutte contre les abus et le trafic illicite **51**
3.6. Réserves pour l'application de la Convention **52**

4. LA CONVENTION DE 1988 CONTRE LE TRAFIC DES STUPÉFIANTS ET DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES **53**
4.1. Présentation **53**
4.2. Les mesures **53**
4.2.1. L'entraide internationale ***54***
4.2.2. Le transport ***54***
4.2.3. L'aide à la fabrication ***55***
4.2.4. Sanctions ***55***
4.2.5. L'usage ***56***
4.3. Le cannabis **56**

B. LA LÉGISLATION FRANÇAISE 57

1. HISTORIQUE 57

2. LA GENÈSE DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970 58

3. LES RAPPORTS OFFICIELS DE L'APPLICATION DE LA LOI DE 1970 59
3.1. Le rapport Pelletier 59
3.2. Le rapport Trautmann 59
3.3. Le rapport Henrion 60

4. LES CIRCULAIRES D'APPLICATION DE LA LOI DE 1970 60

5. LES MODIFICATIONS DE LA LOI DE 1970 61
5.1. Les modifications de la loi de 1970 62
5.2. Les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 modifiée 63
5.2.1. Les autorisations *63*
5.2.2. Les sanctions *64*
5.2.2.1. Les crimes 64
5.2.2.2. Les délits 65
5.2.2.3. Mesures d'exceptions 67
5.2.3. Prise en charge médicale *67*

C. LA SITUATION CHEZ NOS VOISINS EUROPÉENS 69

1. INTRODUCTION 69

2. QUELQUES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE 70
2.1. Les Pays-Bas 70
2.2. L'Espagne 72
2.3. L'Italie 73
2.4. L'Allemagne 75
2.5. La Grande-Bretagne 75
2.6. La Belgique 76

D. CONCLUSIONS 77

1. L'APPLICATION DES CONVENTIONS INTERNATIONALES 77

2. L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES EUROPÉENNES 78

3. LA COOPÉRATION EUROPÉENNE 79
3.1. Le groupe Pompidou 79
3.2. Les accords de Schengen 80
3.3. L'Union européenne 80
3.4. L'O.E.D.T. et EUROPOL 81

CHAPITRE III : LA SITUATION SUR LE TERRAIN EN FRANCE..83

1. ÉPIDÉMIOLOGIE 84
1.1. Consommation dans la population générale 84
1.2. Consommation chez les jeunes 85
1.3. Consommation en fonction du sexe 85
1.4. Produits consommés 86
1.5. Pourquoi cette consommation 87
1.6. Coût de la consommation 87
1.7. Flux des produits 88
1.7.1. La résine de cannabis 88
1.7.2. L'herbe de cannabis 88

2. LA SITUATION VUE DU CÔTÉ DE LA POLICE ET DE LA JUSTICE 89
2.1. Saisies 89
2.2. Interpellations 90
2.2.1. Pour usage 90
2.2.2. Pour trafic 91
2.3. Application de la loi 91
2.4. L'injonction thérapeutique 92

3. L'OPINION DE LA POPULATION 92
3.1. Perception globale 92
3.2. Les partisans de la dépénalisation 93
3.2.1. Quelques personnalités 93
3.2.2. Les solutions proposées 94
3.2.3. Les arguments 95
3.3. Les partisans du maintien de la pénalisation 98
3.3.1. Quelques personnalités 98
3.3.2. Les arguments 98

4. LE PHARMACIEN FACE AU CANNABIS 100
4.1. Un acteur du système de santé 100
4.2. Un espace de parole 101
4.3. La prévention 101
4.4. La formation 102

CONCLUSIONS 103

BIBLIOGRAPHIE 107

ANNEXES **112**

Annexe 1 **Cannabis : Informations pour les parents (USA)** **113**
Annexe 2 **Dossier de la MILDT sur le cannabis** **128**
Annexe 3 **L'Organe international de contrôle des stupéfiants** **133**
Annexe 4 **Centres de soins pour toxicomanes à Grenoble (Isère)** **141**

SERMENT DES APOTHICAIRES **142**

INTRODUCTION

Le cannabis est l'une des plus anciennes plantes connues et cultivées par l'homme.
Quasi inexistante dans les années 1960, la consommation de cannabis a augmenté depuis, parmi la jeunesse, de façon exponentielle d'année en année. Aujourd'hui, le cannabis, toujours classé parmi les stupéfiants, est la drogue la plus répandue à travers le monde, touchant à la fois jeunes et moins jeunes, exclus et nantis... toutes les catégories sociales d'une génération à l'autre.(15)

Les polémiques font rage depuis une vingtaine d'années, entre des défenseurs de l'utilisation d'une substance psychoactive présentée comme parfaitement anodine et utile au plan médical, et les tenants d'une politique draconienne de prohibition d'une drogue présentée comme dangereuse tant au plan individuel que social.(57)

A l'aube du XXIème siècle, les débats sur le statut juridique de cette plante pas comme les autres se sont intensifiés sans trouver de réponse appropriée. Dans ce contexte, il nous a semblé qu'un état des lieux, essentiellement européen, s'imposait.

Toutefois, des documents relatifs à l'action du National Institute of Drug Abuse / NIDA-USA, à celle du International Narcotics Control Board / INCB basé à Vienne (Autriche) et à celle de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie / MILDT-France, seront présentés en annexe.

Ainsi, après une présentation de la plante à travers ses aspects botaniques, pharmacologiques et thérapeutiques, nous essayerons d'identifier les objectifs des conventions internationales pour mieux comprendre la diversité des traitements réservés à l'usager du cannabis dans certains états membres de l'Union européenne, et la quasi-absente « politique communautaire » sur ce thème. Une analyse des dispositions françaises relatives à la toxicomanie en général et au cannabis en particulier, un aperçu de l'ampleur de sa consommation et de sa perception par les français, nous amèneront à conclure sur quelques réflexions prospectives.

CHAPITRE I :

LA PLANTE - PRÉSENTATION

1. LE CANNABIS DANS L'HISTOIRE

Originaire d'Asie centrale (les steppes du Turkestan), le cannabis est connu des hommes depuis des millénaires. C'est l'une des plus anciennes plantes cultivées par l'homme, tant pour son intérêt industriel que pour ses propriétés médicinales et psychoactives. [57]

1.1. Le cannabis dans l'Antiquité

On retrouve des traces de son utilisation en Inde il y a 6 000 ans au cours de célébrations religieuses. Elle était alors considérée comme une plante sacrée au même titre que d'autres substances hallucinogènes (peyotl, champignons...), et était utilisée à des fins mystiques.
Elle fut l'attribut de Shiva, déesse de la destruction, de la réincarnation, de la méditation; alors désignée comme "source de joie", "feuille de héros"... Le bhang (boisson à base de feuilles de cannabis) était la boisson des saints hommes.
De nos jours, on observe en Inde le développement de l'usage profane du cannabis, même si l'usage religieux demeure.

Utilisée aussi comme médicament dans la médecine traditionnelle chinoise depuis 27 siècles avant J.-C., ainsi qu'en Inde depuis 3500 ans, cette plante soignait de nombreux maux. Elle fut employée comme antiseptique et comme anesthésique au cours des premières opérations chirurgicales.

D'Asie, le cannabis se répand ensuite vers le Moyen-Orient (cf. « Les mille et une nuit »), grâce aux contacts de l'Asie avec les régions entourant la Méditerranée. [57]

En 175, le médecin Galien met en garde la population contre l'utilisation du cannabis dans les pâtisseries. Cette herbe aurait « la vertu de blesser le cerveau quand on en prend trop ». C'est peut-être le premier cas de dénonciation de l'herbe.

1.2. Du Moyen-Âge au siècle des Lumières

Puis, au Moyen Âge, le cannabis apparaît en Afrique du Nord et en Europe (surtout les pays méditerranéens), via l'Espagne, au gré des conquêtes des arabes.

Au Maroc, la plante devient l'herbe des fakirs; les fumeurs ont même un saint patron: Sidi-Hidi. L'Islam, interdisant l'alcool, autorise la consommation du cannabis.

La culture de la plante s'installe progressivement dans ces pays, et persiste même après le recul des invasions.

Son véritable intérêt apparaît dans les pays occidentaux au XVIème siècle. A cette époque, Rabelais le nomme Pantagruélion dans son « Tiers livre ». Il en recommande l'usage dans de nombreuses maladies, en tant que médecin.

Au XVIIème siècle, la production européenne devient énorme (des dizaines de milliers de tonnes par an), pour fournir la marine qui fabriquait voiles et cordages avec les fibres. C'est dans ce but que l'Espagne l'introduit en Amérique latine, d'où il se répand en Amérique du Nord. (56)

Jusqu'à cette époque le chanvre n'est utilisé en Europe que dans une perspective thérapeutique ou industrielle. (57)

1.3. Le cannabis dans le XIXème siècle

Au XIXème siècle, l'économie en Europe repose en partie sur sa culture; le refus de production étant même pénalisé en Angleterre.

C'est à cette époque que l'Occident part à la conquête de l'Orient, et découvre à cette occasion l'usage local et les propriétés psychotropes du cannabis. Lors de la campagne d'Égypte, Bonaparte fut victime d'un soldat sous l'emprise de cannabis. Il en interdit alors l'usage à ses soldats. Mais ces derniers appréciant particulièrement les effets de cette plante en ramèneront des échantillons à Paris.[57] On assiste alors à un engouement pour les préparations de cannabis à la mode orientale.

De même, des scientifiques, faisant partie des expéditions, souhaitèrent mieux cerner cette plante et ses propriétés et entamèrent des études. Ainsi, de retour à Paris après la campagne d'Égypte, Monsieur Rouyer, pharmacien ordinaire de l'armée napoléonienne, rédigea en 1810 un mémoire sur les plantes employées dans la médecine populaire de ce pays. Une place importante est réservée au cannabis, à propos duquel il écrit: "*Le chanvre est, selon les égyptiens, la plante par excellence, non pour les avantages qu'on en tire en Europe et dans beaucoup d'autres pays, mais à cause des singulières propriétés qu'ils lui attribuent. Celui qu'on cultive en Égypte est enivrant et narcotique...on en fait une grande consommation en Égypte, où on ne le cultive que pour cet* usage". [52]

Les premières descriptions scientifiques de l'intoxication par la résine de cannabis firent ainsi leur apparition et l'intérêt médical pour la plante pris de l'ampleur. Elle fut incorporée dans de nombreuses Pharmacopées, notamment en France et aux États-Unis (1854). De 1842 à 1900, le cannabis représente la moitié de tous les médicaments vendus; il est utilisé dans le traitement de l'asthme, des migraines, de l'épilepsie, des névralgies, dans le sevrage des opiacés, comme antalgique...[37]

En 1845, en pleine période de fascination pour l'Orient, Moreau de Tours, spécialiste des maladies mentales, écrit « Du haschisch et de l'aliénation mentale » qui décrit ses propres expériences du haschisch. Il crée le Club des Haschishins pour faire connaître cette plante à ses amis (dont

Alexandre Dumas, Baudelaire, Flaubert, Balzac, Théophile Gauthier, Gérard de Nerval...). La préparation alors essentiellement utilisée est le "dawamesk", sorte de confiture de cannabis.[57] Les grandes villes européennes et américaines voient alors se développer les salons turcs dans lesquels on vient pour fumer du cannabis.

Outre Atlantique c'est la plante la plus couramment cultivée après le coton, et sa consommation surpasse alors presque celle de l'alcool. [57]

1.4. Le cannabis au XXème siècle

Puis, *au XXème siècle, on assiste au déclin du cannabis, en tant que médicament et matière première.*

D'abord, son usage en tant que médicament dans le monde occidental décline peu à peu, au profit des médicaments de synthèse: l'arrivée dans le monde médical des barbituriques et de l'aspirine permet de couvrir en thérapeutique l'essentiel des champs d'application du cannabis. Les principales difficultés rencontrées lors de l'utilisation du cannabis sont: sa teneur instable en principe actif (tétrahydrocannabinol), la mauvaise conservation de ses préparations, et l'impossibilité de l'administrer par voie intraveineuse car il est insoluble dans l'eau.

De plus, les firmes pharmaceutiques, qui fabriquent des substituts de synthèse, oeuvrent aussi pour la disparition du cannabis de la plupart des Pharmacopées occidentales. [56]

Quant à ses fibres, elles sont concurrencées dès les années 1930 dans l'industrie textile par le coton et les fibres synthétiques.

Ainsi s'achève le règne industriel du cannabis.

Mais le XXème siècle est surtout marqué par la prohibition du cannabis.

Du point de vue légal, le cannabis est classé parmi les stupéfiants depuis la Convention de Genève de 1925. Mais *la France, dans sa loi de 1916, en avait déjà fait une drogue* [60]. Dans la Convention internationale de 1961 elle est classée au Tableau I des drogues les plus dangereuses[67].

Les États-Unis prohiberont le cannabis dès les années 20, mais ce fut surtout le Marihuana Tax Act de 1937 qui marqua véritablement le début de la traque du consommateur de cannabis [57].

Un mouvement, organisé par Harry Anslinger, directeur du bureau fédéral des narcotiques et des drogues dangereuses (actuel DEA: Drug Enforcement Administration), essaie de faire considérer le cannabis comme une drogue très dangereuse, à l'origine de tous les actes criminels, utilisée par les délinquants, par les basses classes sociales. [26]

Malgré son interdiction, sa consommation devenue « illicite» persiste et s'amplifie. [56]

Aux États-Unis, elle fut d'abord synonyme de drogue des déshérités et des noirs dans les années 1930, puis des artistes, et enfin, à partir du milieu du siècle on observe une consommation aux USA comme en Europe par les jeunes de toutes les classes sociales confondues. [66]

Dans les années 1960, le mouvement hippie est un grand consommateur de cannabis et lui donne l'image de signe de fraternité, de liberté, de révolte sociale.

Depuis, la consommation dans les pays occidentaux ne cesse d'augmenter.

De 1972 à 1992 de nombreuses demandes de reclassement aux USA ont été rejetées.

Il a été mis en place des programmes compassionnels pour son utilisation en thérapeutique mais, devant le faible nombre de demandes acceptées, ces programmes ont été suspendus en 1991. [26]

En Europe, on assiste à de nombreuses revendications de dépénalisation, entre autres le célèbre "Appel du 18 juin" en 1976, signé par de nombreuses personnalités en France, qui ouvre le débat politique. Mais depuis, c'est le statu quo dans les rangs politiques[56]. Et le cannabis est aujourd'hui la substance psychoactive illicite la plus universellement consommée. [57]

2. ASPECTS BOTANIQUES ET CHIMIQUES

2.1. Description botanique- Environnement

2.1.1. La plante (fig.1)

Cannabis sativa L. (ou Chanvre) est une Dicotylédone herbacée de la famille des Cannabinacées, de l'ordre des Urticales.

C'est une plante annuelle dioïque (parfois monoïque) qui pousse à l'état sauvage ou cultivé. On la trouve dans de nombreux pays à travers le monde, car elle s'adapte à des conditions écologiques très variées. Cette plante peut atteindre 4 mètres de hauteur. [47]

Du point de vue morphologique, on observe une tige droite, dressée, cannelée, parfois ramifiée.

Les feuilles de la partie médiane et inférieure sont opposées, bien caractéristiques: pétiolées, palmatiséquées en 5 à 7 "doigts" inégaux, lancéolés, aux bords dentés.

_ Rabelais:*« Tant l'a chérie Nature qu'elle l'a dotée en ses feuilles de ces 2 nombres impairs, tant divins et mystérieux »*._

Les feuilles du sommet de la tige sont alternes, simples ou divisées au mieux en 3 segments.

On trouve les fleurs mâles groupées en panicules au bout de petites tiges. Les fleurs femelles, vertes, sont serrées en cymes compactes, entremêlées de bractées foliacées, à l'aisselle des feuilles supérieures. [7]

Après fécondation, les fleurs évoluent en fruit: akène ovoïde, lisse, de couleur grisâtre ou brune, de 3 à 5 mm de longueur; appelé chènevis.

La racine est longue et pivotante, avec un système radicalaire très développé, qui peut se propager à 1 mètre en toutes directions.

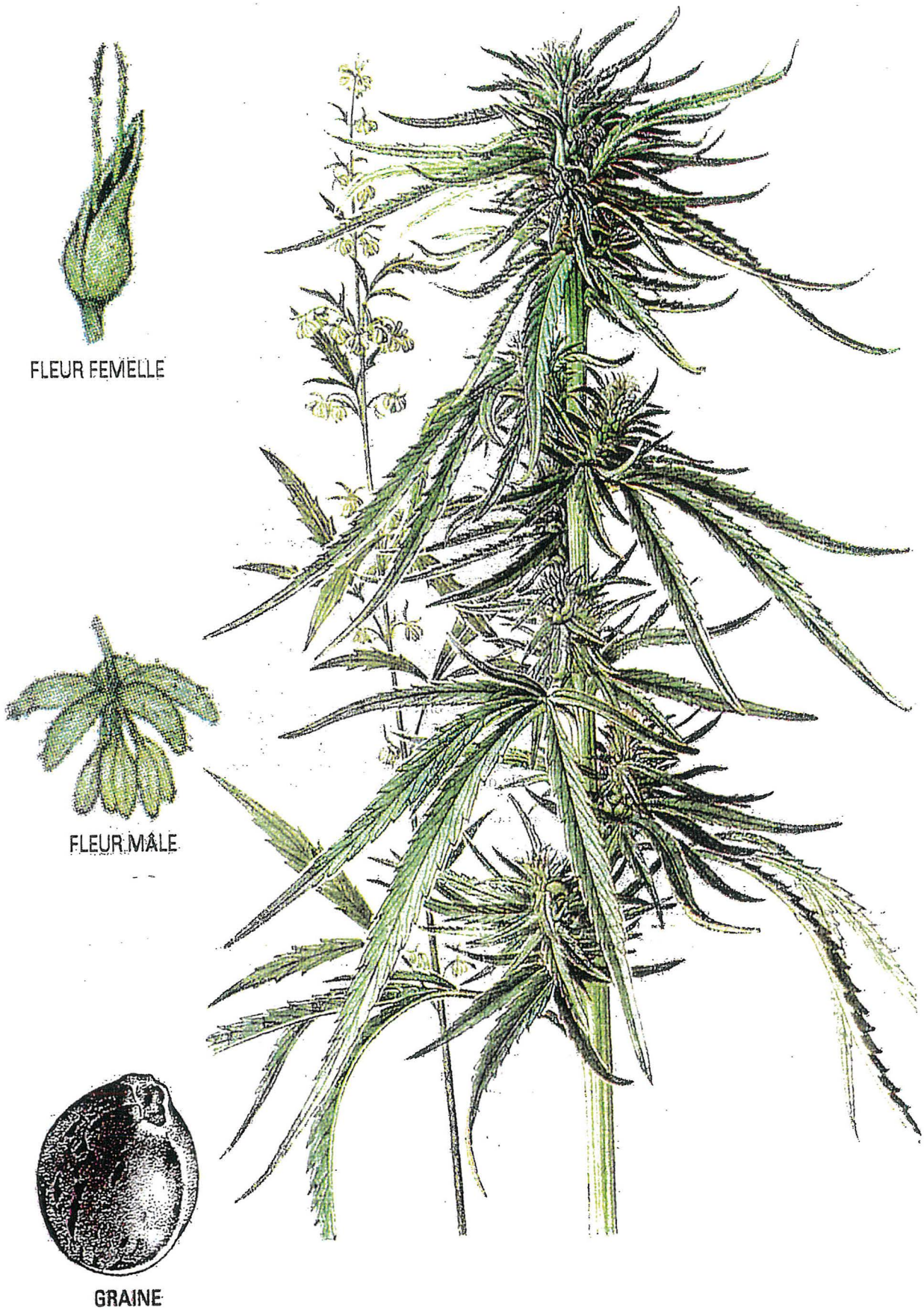


Fig. 1: ***Cannabis sativa L.*** *(Le Monde 10 08 1995)*

C. sativa produit de plus une substance résineuse, retrouvée essentiellement au sommet de la plante (feuilles et sommités fleuris), dans laquelle se trouvent essentiellement les substances actives. Cette substance résineuse est claire, brillante et collante.[37] [56] [47] La quantité de résine trouvée dans un plant dépend du plant lui-même, mais aussi des conditions de culture, de son origine géographique, de son âge...[66] Les plants femelles contiennent plus de résine que les mâles, avec une concentration en Δ9-tétrahydrocannabinol identique.

A l'examen microscopique, l'analyse d'une feuille montre, sur les deux faces, des poils tecteurs nombreux et quelques poils sécréteurs:

- Les poils tecteurs, unicellulaires, à paroi lisse, ont une extrémité recourbée. Certains présentent un renflement à la base, dû à la présence de cristaux de carbonate de calcium ou cystolithes. Ils se recouvrent les uns les autres comme des écailles de poisson. [7]

- Les poils sécréteurs, rares au niveau des feuilles, sont plus abondants au niveau des bractées de l'inflorescence femelle, et se retrouvent en grand nombre dans la résine. Ce sont des poils à pied pluricellulaire plurisérié, souvent détaché de sa tête globuleuse comprenant 8 à 16 cellules. [7]

2.1.2. Variations

Actuellement, une seule espèce est retenue sur le plan botanique: il s'agit de *Cannabis sativa*, décrite en 1753 par Carl von Linne.

Les différences morphologiques sont trop minimes entre différentes plantes pour distinguer plusieurs espèces. On reconnaît donc une seule espèce, qui contient plus d'une centaine d'écotypes, dont les variations portent sur la taille, la largeur des feuilles, le nombre de "doigts", la coloration: vert pâle à vert foncé, la richesse en résine et la qualité des fibres.

Ces différences viennent du fait que le chanvre s'adapte à presque toutes les conditions écologiques. Sur la base des teneurs en Δ9-tétrahydrocannabinol (THC) et en cannabidiol (CBD), on distingue trois types de plants de chanvre :

- type "drogue" ou type I, à forte teneur en THC (> 0.3% et souvent > 1%) et dépourvu de CBD (< 0.5%). Ce chanvre est retrouvé en zones chaudes et sèches (Afrique du sud, Mexique) où la plante va sécréter plus de résine, au détriment des fibres, pour résister à la dessiccation.
- type "intermédiaire" ou type II, à teneur forte en THC (> 0.3%) et en CBD (> 0.5%).
- type "fibre" ou type III, à faible teneur en THC (< 0.3%) et teneur élevée en CBD (> 0.5%). Un milieu tempéré (Europe) est favorable au développement du chanvre à fibres. [7]

Aujourd'hui, la plupart des pays peuvent produire du cannabis, mais les plus grandes zones de production se situent dans les régions chaudes: en Asie (Thaïlande, Laos, Birmanie, Philippines, Inde, Népal, Pakistan, Afghanistan et Liban), en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Bénin, Zaïre, Congo, Maroc, ...), en Amérique du Sud (Colombie, Équateur) et plus au nord (Jamaïque, Mexique, États-Unis). [23]

2.2. Composition chimique

Plus de 300 molécules différentes ont été isolées à partir de *C.sativa*. Elles appartiennent aux familles des alcools, terpènes, flavonoïdes, sucres, acides gras, phénols, stilbènes, composés azotés (amines, ammoniums, alcaloïdes dérivés de la spermidine...). [7]

Les principaux constituants chimiques de la plante sont les cannabinoïdes (monoterpènes substitués en C21, non azotés). Absents des graines et des tiges, ils sont présents dans les feuilles et se concentrent dans les bractées et la résine. Ce sont des terpénophénols, composés liposolubles à l'origine des effets caractéristiques de la plante.[49] Une soixantaine ont été isolés jusqu'à maintenant, dont les principaux sont (*fig.2*):

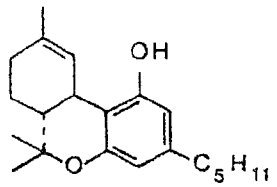
- Δ9-trans-tétrahydrocannabinol (Δ9-THC et nommé par la suite THC), benzotétrahydropyranique, isolé en 1964 par Y.Gaoni et R.Mechoulam;
- Δ8-trans-THC;
- acide Δ9-trans-tétrahydrocannabinolique;
- cannabinol (CBN), dibenzopyranique;
- cannabidiol (CBD), diphénolique.

Ces composés sont vraisemblablement issus de la condensation d'une molécule de pyrophosphate de géranyle sur un phénol pour donner le cannabigérol; par oxydation et réarrangement on obtient le CBD, puis le THC.

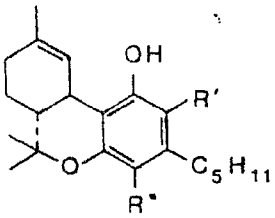
Ainsi on retrouve dans la plante, aux côtés des cannabinoïdes, leurs précurseurs (cannabigérol...), des dérivés chromaniques (cannabicyclol, cannabichromène...) etc. [7]

Le Δ9-THC est la principale substance psychoactive lors de la consommation du cannabis fumé ou par voie orale.

Le Δ9-THC est en quantité plus importante dans la résine que le Δ8-THC, faiblement psychoactif. Il produit donc à lui seul la plupart des effets psychotropes provoqués par le cannabis, et plus particulièrement sous la forme de l'isomère lévogyre 1-2 trans trans .

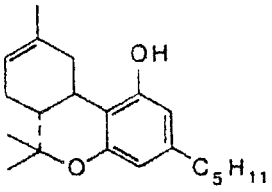


Δ^9-Tétrahydrocannabinol
(Δ^9-THC, également nommé
Δ^1-THC)

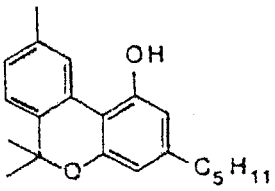


Acide A du Δ^9-THC
R' - COOH, R" = H

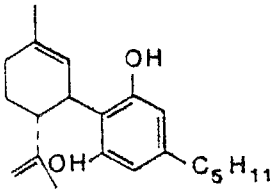
Acide B du Δ^9-THC
R' = H, R" = COOH



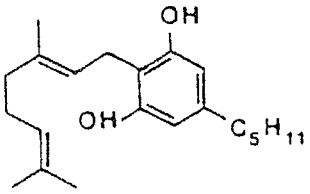
Δ^8-THC
également nommé Δ^6-THC



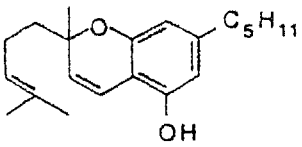
Cannabinol (CBN)



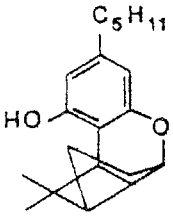
Cannabidiol (CBD)



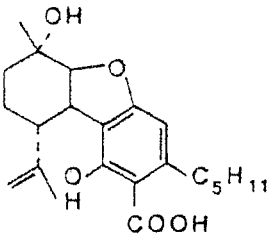
Cannabigérol



Cannabichromène



Cannabicyclol



Acide A cannabielsoïque

Fig.2: ***Les principaux cannabinoïdes*** *(Mechoulam R., 1970)*

C'est une molécule tricyclique qui possède:

- une fonction phénol
- une chaîne latérale pentylique
- un noyau pyrannique A/B trans
- une double liaison en position 9-10

Les autres cannabinoïdes, s'ils ne sont pas psychoactifs, peuvent présenter des interactions pharmacologiques avec le Δ9 THC. Mais beaucoup, présents à l'état de trace, n'ont jamais été étudiés.

Des études avec des molécules marquées aux isotopes ont permis de suivre le métabolisme des différents cannabinoïdes.
Ces composants sont métabolisés dans le foie par différentes hydroxylations. Les métabolites obtenus persistent longtemps dans l'organisme, alors que les Δ8 et 9 THC ont une 1/2 vie plasmatique très courte. De plus, ces derniers ne sont pas excrétés tels quels dans les urines; *la détection dans l'organisme sera donc basée sur la présence des métabolites.* [49]

En 1990, un récepteur pour le THC est découvert dans les cellules nerveuses. Ce récepteur, appelé CB1, est présent essentiellement au niveau du cortex cérébral, de l'hippocampe, du système limbique et de l'hypothalamus. Quand la molécule active du cannabis pénètre dans le cerveau, elle se fixe sur son récepteur, ce qui entraîne une cascade de réactions à l'intérieur des cellules nerveuses et perturbe leur communication. Ceci explique la plupart des effets observés lors d'une consommation de cannabis. En 1994, le laboratoire de Sanofi a synthétisé un antagoniste sélectif du récepteur CB1, le SR 141716. Cette molécule ne se contente pas d'annihiler les effets du cannabis, elle entraîne d'autres phénomènes, tels que la diminution de la recherche du plaisir. La

molécule synthétisée supprime donc aussi la fixation d'un cannabinoïde endogène sur les récepteurs CB1. C'est en 1993 qu'est découvert ce ligand endogène par une équipe israélienne qui l'a baptisé anandamide. En 1993, un deuxième récepteur pour le THC est découvert dans les macrophages de la rate. Il se situe exclusivement sur les cellules du système immunitaire. Son rôle n'est pas encore défini. [35]

2.3. Identification [7]

L'identification morphologique de la plante ou d'une feuille est assez facile.

En présence de fragments végétaux, il faut rechercher les fragments de feuilles vert jaunâtres, les tiges cannelées et ramifiées, les graines, les fragments résineux agglomérés bruns ou verdâtres. Au microscope, on recherche les cystolithes caractéristiques.

Après extraction des cannabinoïdes par de l'éther de pétrole, on réalise une analyse en chromatographie en couche mince (CCM) pour confirmer le résultat de l'étude morphologique. On utilise des témoins et la révélation est effectuée par pulvérisation de bleu solide B (di-*o*-anisidine tétrazolium). Les cannabinoïdes sont identifiés par leur Rf et par la coloration des taches (THC pourpre, CBD rouge orangé, CBN violet...).

Pour le dosage des cannabinoïdes, on utilise la chromatographie en phase gazeuse (CPG).

3. SON UTILISATION

3.1. Chanvre à fibres

3.1.1. Par nos ancêtres

Toiles : Le chanvre était cultivé en Europe, depuis l'époque romaine, pour l'utilisation de ses fibres, notamment dans la marine avec fabrication de voiles, sangles, traits d'attelage...Puis ces fibres servirent à la confection de toiles destinées au textile. On obtient une toile très robuste et durable, plus ou moins rude selon leur origine. D'ailleurs, les premiers jeans (Levi Strauss® originaux) ont été taillés dans des toiles destinées à la confection de voiles et tissées à base de chanvre.

Puis, le chanvre fut peu à peu remplacé par le coton et les fibres synthétiques qui étaient bon marché (du Pont de Nemours inventa le nylon en 1935). (37)

Papier : En Chine, dès le 1er siècle après J-C, la fabrication de papier à partir des parties cellulosiques des végétaux, pressées et séchées, fit son apparition. Mélangé à d'autres végétaux, on retrouve le chanvre pour cette fabrication.

Les tiges de cannabis sont composées aux 3/4 de cellulose, ce qui en fait un matériau idéal pour la pâte à papier, avec l'avantage d'une culture plus productive par rapport aux arbres.

D'ailleurs certains pays se penchent sur cette possibilité de fabriquer de nouveau du papier à partir du chanvre. (37)

3.1.2. De nos jours

Actuellement, on observe un important développement de la culture du cannabis à fibres dans toute l'Europe. En France, la production a doublé entre 1995 et 1997, passant respectivement de 6 000 hectares à 11 000.

Pratiquement disparue depuis la dernière guerre du fait de l'arrivée des fibres synthétiques et de la prohibition de la drogue dans certains pays, c'est à la fin des années 1980 que la production reprend dans toute l'Europe. De grandes entreprises utilisent des matériaux à base de cannabis (Adidas, BMW...). Mais on trouve aussi de nombreuses petites entreprises spécialisées dans la production de toutes sortes de produits à base de chanvre (cosmétiques, bière, vinaigre, prêt-à-porter, litière pour animaux...).[54] [10] Les "cannaboutiques" commencent à fleurir en France, avec des noms comme Chanvrine, Magic chanvre, Au gré du chanvre...[54] Le cannabis s'intègre parfaitement dans la nouvelle tendance "bio" actuelle.

D'ailleurs, la troisième édition du salon international du chanvre, le Cannabusiness, a été organisée à Hennef (mot d'allemand ancien signifiant "chanvre") en Allemagne, en septembre 1998, regroupant tous ces industriels. [10]

L'avantage de la culture de cannabis réside dans le fait que cette plante ne nécessite aucun soin particulier, ni apport d'engrais, ni d'herbicide, ni sol particulier; de plus sa croissance est rapide. [37]

Pour la culture des chanvres à fibres, la CEE fixe une teneur limite en THC qui est actuellement de 0.3%. [46]

3.2. Chanvre "à drogue"

3.2.1. Les différents modes de consommation

La consommation clandestine de cannabis se fait de différentes façons, avec des appellations propres selon les pays. [66]

En Occident, fumer le cannabis est le premier mode de consommation. On réalise une sorte de cigarette, associant du tabac à du cannabis, roulée dans trois feuilles de papier à cigarette, et munie d'un filtre souvent réalisé avec un petit carton souple (ticket de métro...): c'est le "joint" ou "pétard" ou... *(fig.3).* Cette cigarette est fumée par petites bouffées dites "taf" ou "puff". On peut aussi utiliser une pipe spéciale ("shilom", "shotgun"...). En Inde et dans les pays du Moyen-Orient, l'ingestion de préparations à base de cannabis (gâteaux, confitures, confiseries) est fréquente. [57]

Il existe différentes préparations: [56]

- *Les préparations à base de feuilles et de sommités fleuris, séchés et pulvérisés (fig.3).* Souvent dénommée marijuana, bhang, kif, herbe, beu, ganja..., cette préparation est en général consommée fumée, mélangée à du tabac sous forme de cigarette ou "joint", ou dans une pipe. Elle est aussi utilisée en infusion. Ces préparations ont une teneur en THC comprise entre 1 et 8 %, selon les caractéristiques climatiques de la région de production.[1] [49]

- *Les préparations à base de résine séchée, additionnée de substances liantes*, appelée haschisch, shit, hasch, marocain, libanais...et pouvant contenir jusqu'à 15% de THC selon l'origine. Cette résine, séchée et compressée, est commercialisée au détail sous forme de "barrettes" (*fig.3*) de la taille d'une petite plaque de chewing-gum.[57] Elle est consommée inhalée, préalablement chauffée à la flamme d'un briquet, puis mélangée à du tabac sous forme de cigarettes, ou dans une pipe. Elle est aussi utilisée dans certains pays pour la confection de pâtisseries, sucreries...

- *L'huile de cannabis*, contenant 25 à 70% de THC selon les plants, les solvants utilisés, et la provenance [1] . Elle se présente sous la forme d'un liquide visqueux, noirâtre à brun-vert, d'odeur vireuse caractéristique, résultant de l'extraction par un solvant organique de la résine. [57] Elle est utilisée à la goutte, sur une cigarette ou divers autres supports. [7]

Ces trois formes, herbe, résine et huile, sont celles actuellement disponibles sur le marché de la drogue.

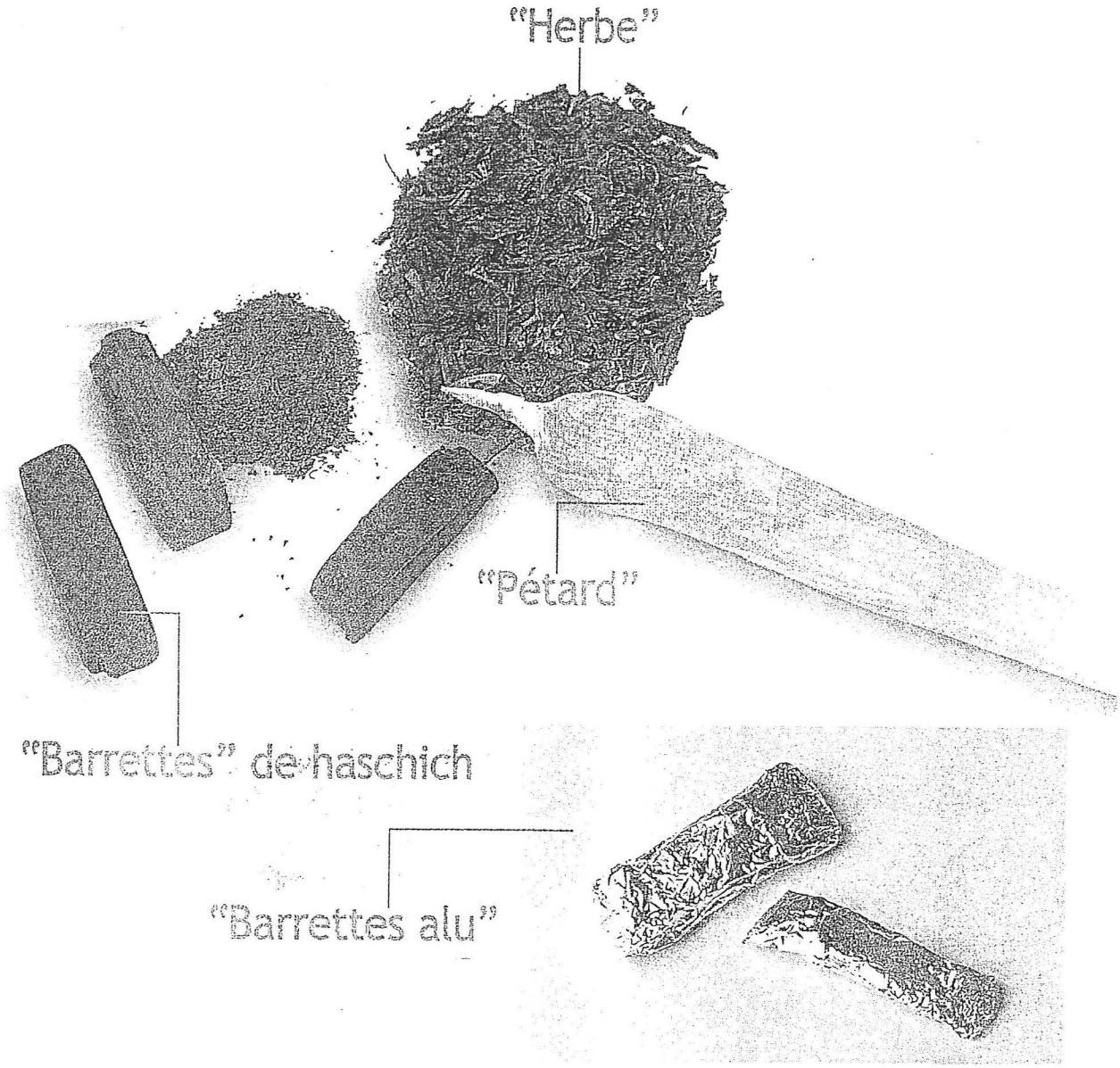


Fig.3: ***Les différentes formes de "cannabis drogue"*** [14]

3.2.2. Utilisations thérapeutiques

On a vu précédemment que le cannabis a longtemps été utilisé dans les médecines traditionnelles, pour ses vertus à soulager les migraines, à diminuer les réactions allergiques... Les chinois furent les premiers à décrire les propriétés médicinales des préparations orales de cannabis, il y a 2 000 ans. [39]

Encore maintenant, malgré le peu d'études qui lui sont consacrées, cette plante semble dotée de divers potentiels thérapeutiques. De nombreux témoignages de malades ainsi que certaines études scientifiques appuient cette constatation.[26] Ainsi, dès 1994, plusieurs pays ouvrent le débat sur les vertus médicinales du cannabis.[23] Actuellement, le THC est utilisé en thérapeutique en solution huileuse (dronabinol), essentiellement aux USA, et son analogue synthétique nabilone au Royaume-Uni. [60]

Ainsi, le cannabis, grâce à son principal composé actif, le delta-9-THC, aurait une efficacité pour soigner ou soulager les maux suivants:

3.2.2.1. Nausées induites par les chimiothérapies anticancéreuses: [26] [59] [65] [39]

D'après de nombreuses études, il est prouvé que le cannabis, soit en l'état (fumé), soit le THC pur, est efficace pour *calmer ces nausées*. Mais une comparaison avec les autres antiémétiques montre une efficacité à peu près équivalente; de plus il n'y a pas eu de comparaison avec les nouveaux antagonistes des récepteurs 5HT3, qui sont actuellement le traitement de référence.

Cette indication est actuellement la seule retenue pour l'utilisation de dérivés de synthèse du THC (ex: dronabinol), et qui lui a valu d'être réintroduit dans la pharmacopée américaine en 1987. [60]

Pour le moment, le mécanisme d'action de l'action antiémétique du THC demeure inconnu. [60]

3.2.2.2. Glaucome: [26] [59] [65] [39]

Des études montrent que le cannabinol, la nabilone, le THC et le Δ8THcannabinol, mais pas le cannabidiol, sont efficaces pour *diminuer la pression intraoculaire*, mais seulement si utilisés continuellement.

Fumer du cannabis réduit la tension oculaire et la pression artérielle chez les personnes n'ayant jamais pris de cannabis et atteintes de glaucome, et chez celles ayant un glaucome à angle ouvert. Mais l'hypotension associée peut être grave.

Actuellement, il existe des préparations efficaces contenant de la pilocarpine en collyre, ou des bêta-bloquants, ou encore des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique qui, contrairement au THC peuvent être administrées par voie locale.

3.2.2.3. Douleur:

Le cannabis a une action analgésique et de sédation chez l'animal; il pourrait ainsi être utilisé contre les migraines, les douleurs des règles...

Dans deux études réalisées en 1975 par Noyes et al. et en 1981 par Jain et al., des effets analgésiques significatifs ont été observés par rapport au placebo, avec, comme effet secondaire, un état de somnolence. Plusieurs études rapportent des effets analgésiques du cannabis ou du THC sur différents types de douleurs neurogènes, douleurs réfractaires à la morphine. [60]

Les travaux de M. Walker et de H. Fields ont montré que les dérivés du THC agissent en activant des récepteurs cannabinoïdes présents dans les mêmes régions du cerveau affectées par les opiacés, et produisent des effets antalgiques tout à fait comparables.[52] Si les propriétés analgésiques des dérivés du THC n'ont pas encore été exploitées en thérapeutique, c'est principalement à cause de leurs actions psychotropes. Mais des récepteurs cannabinoïdes à fonction analgésique ont été

découverts dans la peau et d'autres tissus périphériques. On peut donc concevoir que des molécules de synthèse capables d'activer ces récepteurs extracérébraux de façon sélective puissent *soulager certaines formes de douleur* en évitant les inconvénients centraux des dérivés cannabinoïdes. [52]
Tout ceci reste encore à confirmer par de nouvelles études, notamment des études comparatives avec d'autres analgésiques.

3.2.2.4. Manque d'appétit:

On a remarqué que le cannabis stimulait l'appétit à faible dose, ce qui pourrait être utile pour les patients atteints de cancer ou du SIDA, qui sont fréquemment anorexiques. Cette capacité à *stimuler l'appétit* a été confirmée par plusieurs témoignages cliniques, mais les bases neurobiologiques de ce phénomène restent inconnues.[52] Peu d'études sont disponibles à ce sujet. [26] [60]. A défaut de résultats concluants à l'heure actuelle, la médication de choix demeure l'acétate de mégestrol. [39]
A l'inverse, si les activateurs du récepteur cannabinoïde stimulent l'appétit, les antagonistes de ce même récepteur devraient exercer un effet contraire, et entraîner une réduction de la prise alimentaire. Cette hypothèse a été confirmée à l'université de Cagliari par une équipe de chercheurs. Il faut des essais cliniques pour confirmer l'éventuel intérêt de ces molécules dans le traitement de l'obésité. [52]

3.2.2.5. Sclérose en plaque:

On ne dispose actuellement que de témoignages de malades qui ont vu leur état musculaire significativement amélioré en fumant du cannabis.[26] La prise de cannabis ou l'administration de THC semblent *réduire les spasmes musculaires* et la douleur chronique de la maladie. [52]

3.2.2.6. Anxiété, relaxation: [26]

Le cannabis serait un anxiolytique efficace, dépourvu de risque de dépendance. En effet, le cannabis abaisse la pression sanguine, dilate les artères et réduit la température corporelle d'un quart de degré. Ceci contribue à atténuer l'anxiété et à favoriser l'endormissement. [61]

3.2.2.7. Effets indésirables

Mais les effets psychotropes indésirables restent un obstacle majeur à l'utilisation du cannabis ou des cannabinoïdes comme médicaments. En effet, à court terme, il est difficile de séparer les effets recherchés des *effets psychotropes et sédatifs* (hallucinations, distorsion de la réalité, dépression...), dont l'apparition et l'intensité dépendent des doses, mais aussi du malade lui-même. Parmi les effets indésirables on note aussi des possibilités d'*hypotension,* de *tachycardie,* de *palpitations* qui sont assez fréquentes dès les premières utilisations et s'avèrent particulièrement dangereuses chez les personnes âgées.

Parmi les effets néfastes lors d'une utilisation à long terme, on note une *altération de la fonction respiratoire*. De plus le cannabis contient des *substances carcinogènes.*

En conclusion sur les capacités thérapeutiques du cannabis, on peut dire que malgré ses effets thérapeutiques, certains reconnus, d'autres encore supposés, il faudra encore de nouvelles études pour qu'il soit admis dans l'arsenal des médicaments commercialisables. A l'heure actuelle seul son pouvoir antiémétique a été reconnu, et utilisé grâce à la fabrication de molécules de synthèse dérivées du THC (dronabinol). Mais ce médicament n'est pas bien absorbé, surtout pour les malades souffrant de troubles gastro-intestinaux. [23]

D'autre part, on n'a pas de preuve qu'il soit plus efficace que les thérapeutiques existantes dans les domaines précédemment abordés.[65] Là aussi des études sont souhaitables.

Certains de ses effets indésirables sont assez bien connus mais mal maîtrisés pour l'instant. Ils restreignent donc son intérêt thérapeutique. De très nombreux travaux chimiques ont été effectués pour tenter d'éliminer les effets psychiques des cannabinoïdes en gardant leurs effets thérapeutiques potentiels, mais sans succès (Rapport O.M.S. 1997). [60]

Les voies d'administration, fumé ou pris oralement, ne permettent pas d'optimiser les quantités absorbées et de réduire l'apparition des effets indésirables.

Pour une utilisation thérapeutique du cannabis, il faudra trouver des molécules dérivées moins toxiques, et d'autres voies d'administration, qui permettront de contrôler les doses administrées, de réduire les effets indésirables et de ne pas confondre l'usage médical et l'usage détourné par les fumeurs et autres utilisateurs illégaux du cannabis.

Ainsi l'avenir thérapeutique des cannabinoïdes doit passer par des études classiques de développement et de recherche sur un médicament avant son autorisation de mise sur le marché. Il faudra donc comparer l'effet attendu de ces molécules aux autres molécules déjà présentes sur le marché dans le même domaine thérapeutique. L'apport thérapeutique devra être au moins égal à ces dernières pour obtenir cette autorisation.[60] Reste aux laboratoires à bien vouloir entreprendre de tels dossiers...

3.2.3. Usage illicite - Toxicité

Même s'ils admettent que le champ des connaissances en la matière est assez restreint, les scientifiques commencent à comprendre les effets psychotropes et physiologiques du cannabis. [35] De nombreuses études ont été menées pour essayer de définir les effets néfastes du cannabis; mais les résultats demeurent la plupart du temps très insuffisants et controversés.

La taille des échantillons, la durée de l'exposition, l'intervention de facteurs externes (stress, tabac, alcool, milieu social...), de facteurs internes (maladies métaboliques, psychiques)... sont autant de facteurs qui influent sur les résultats.

3.2.3.1. Toxicité aiguë

La dose mortelle est inconnue, car on n'a pas établi de lien de causalité entre la consommation de cannabis et certains décès.

Les effets ressentis dépendent des doses absorbées, mais sont aussi propres à chaque individu, selon sa personnalité, son environnement socioculturel, l'ancienneté de sa consommation...qui jouent un rôle important lors de la perception et de l'expression de ces effets.

- <u>Symptômes physiques de l'intoxication cannabique</u>:

Mydriase, conjonctives rougies, bouche et gorge sèches (sensation de soif), irritation de l'appareil respiratoire (toux), bronchodilatation, tachycardie, hypotension orthostatique à forte dose, bradypnée, augmentation de la diurèse, vasoconstriction périphérique, sensation de faim, altération de la coordination motrice et du sens de l'équilibre, myorelaxation, parfois nausées, vomissements et diarrhées.

Ces effets sont transitoires et réversibles, sans séquelles. Mais la durée du processus de récupération est fonction du degré et de la durée d'exposition à la drogue.

- Symptômes psychiques:

Ces effets sont les mieux connus, et ont fait l'objet de description par Moreau de Tours (« Du haschich et de l'aliénation mentale »), Beaudelaire (« Les paradis artificiels »)...

On parle de l'intoxication aiguë cannabique, qui peut être décomposée en 4 phases:

1- Euphorie, bien-être physique et psychique, loquacité, rires inadaptés, parfois au contraire sédation. [57]

2- État confusionnel avec perceptions sensorielles accrues (couleurs plus brillantes, sons plus distincts), parfois illusions perceptives pouvant aller jusqu'à des hallucinations visuelles et auditives pour de fortes doses (> 25 mg); troubles de la sphère affective avec hyperémotivité, hypersensibilité; distorsion des perceptions spatio-temporelles (souvent le temps parait s'écouler plus lentement); difficultés à maintenir le cours de la pensée logique, perturbations de la mémoire et de la concentration.

   Parfois, des doses élevées peuvent induire de l'anxiété, voire de la panique. A dose modérée ou forte chez un sujet débutant, ou lors d'un surdosage, la symptomatologie ressemble à un épisode psychotique aigu (angoisse, confusion mentale...). Mais les effets sont réversibles.

   Il a été observé des cas de dépersonnalisation, voire de psychose aiguë, mais ces psychoses sont très rares et décrites chez des sujets déjà atteints de troubles psychiques à l'état normal, en particulier les schizophrènes. [60]

3- Phase d'extase avec apathie, calme.

4- Retour à la normale souvent faite d'un sommeil profond après lequel le sujet retrouve son état initial.

Remarque: la performance au volant est diminuée pendant le temps où la personne est sous l'emprise des effets du cannabis. Une seule cigarette est capable de modifier la vigilance. Mais il convient toutefois de relativiser le risque par rapport à l'alcool, qui reste beaucoup plus redoutable dans les accidents de la route, notamment du fait de ses effets désinhibiteurs. [60]

Les effets observés s'expliquent par les diverses localisations du récepteur CB1. Celui-ci est présent dans les structures qui contrôlent les mouvements: les ganglions de la base et le cervelet, d'où les légers troubles psychomoteurs, une perte d'équilibre et une diminution des réflexes lors de la prise de cannabis. Ces effets signifient bien le risque engendré par la conduite sous l'emprise du cannabis.

Riche aussi en récepteurs CB1, l'hypothalamus qui contrôle les sensations de soif et de faim, ainsi que la température corporelle; à l'origine de la faim ressentie après avoir consommé du cannabis, et de la diminution de la température du corps.

Certains neurones sensibles aux cannabinoïdes, dont les terminaisons arrivent dans la substance noire réticulée, réguleraient faiblement les neurones à dopamine, la molécule du plaisir.

L'hippocampe, siège de la mémoire et des émotions, possède lui aussi des récepteurs CB1.

Il existe aussi des récepteurs au niveau périphérique, notamment dans les testicules, mais l'effet de leur stimulation par le cannabis n'est pas encore bien établi. [35]

3.2.3.2. Toxicité chronique

Les effets à long terme apparaissent lors d'un usage intensif (plusieurs fois par jour), et prolongé (pendant plusieurs années).

- Symptômes physiques:

Les effets physiques observés lors d'une utilisation aiguë s'atténuent très rapidement lorsque celle-ci devient chronique. Mais des altérations plus graves apparaissent:

✓ Sur l'appareil respiratoire, on observe, pour des consommations élevées, une *altération fonctionnelle des voies aériennes* avec enrouement persistant, toux, bronchites, laryngites, car le cannabis libère de nombreuses substances irritantes pour l'épithélium bronchique quand il est fumé. Un des dangers de l'inhalation de cannabis tient au fait que celle-ci est plus profonde et l'air inspiré plus chaud que pour le tabac.[60] La fumée contient les mêmes concentrations de substances toxiques à potentiel cancérigène (phénol, nitrosamines, substances polyaromatiques...) que la fumée provenant du tabac. Ce sont les effets les plus dangereux en cas d'usage fréquent de cannabis, du fait du *risque de tumeur pulmonaire.* [60]
On observe aussi une augmentation du taux de carboxyhémoglobine.

✓ État général: *Amaigrissement* par un déficit nutritionnel qualitatif. En effet, le cannabis est orexigène, mais pour des aliments de faible intérêt nutritif, style fast-food. On retrouve alors un déficit en fibres, fruits, légumes, aliments lactés[57]. Fatigue, constipation, problèmes dentaires, faiblesse musculaire semblent aussi être engendrés par cette malnutrition[57] de plus, souvent accompagnée de tabac et d'une mauvaise hygiène de vie.

✓ Sur l'appareil reproducteur, des études notent une diminution de la concentration du sperme en spermatozoïdes, lors d'une consommation importante, avec diminution de la mobilité et augmentation du nombre de spermatozoïdes anormaux.[57] Toutefois aucune étude épidémiologique n'a encore confirmé ces résultats.[60] On retrouve le récepteur CB1 dans l'utérus et à la surface des cellules embryonnaires des rongeurs, mais ses fonctions ne sont pas encore établies, et la transposition à la femme est très prématurée.[60]

✓ Aucune altération de la fonction immunitaire ni effet mutagène ne sont répertoriés dans la littérature scientifique. Les rares expériences réalisées *in vitro* ont montré qu'à faible concentration, le THC a un effet immunostimulateur, alors qu'à très forte concentration, il déprime le système immunitaire. Ainsi, il n'y a pas de conclusion possible à l'heure actuelle.[35] D'autres études sont indispensables pour affirmer l'éventuelle action sur le système immunitaire des différents cannabinoïdes. [57]

- Symptômes psychiques:

On retrouve les effets décrits lors d'une consommation à court terme, mais les perturbations ne sont plus totalement réversibles.

D'après quelques études, il semble qu'un usage régulier de cannabis, même sur une courte période, induit des perturbations de la mémoire immédiate, troubles pouvant persister après quelques semaines d'abstinence. [57]

On parle aussi parfois de psychoses cannabiques qui sont de différents types:

- Syndrome confusionnel aigu, identique à celui décrit lors d'un usage isolé, avec altérations sensorielles, troubles de la mémoire immédiate, idées délirantes, labilité thymique, irritabilité et agressivité, l'ensemble survenant rapidement et sans prodromes.[57] Traité par anxiolytiques et neuroleptiques, l'évolution spontanée est très favorable en quelques jours à un mois. Ce syndrome ne s'observe que chez des sujets consommant une forte dose de cannabis pendant une période prolongée. [57]
- Syndrome schizophrénique avec idées de persécution, attitude défensive. Il n'existe pas de troubles du cours de la pensée comme pour la schizophrénie. Les troubles sont précédés par un usage de fortes doses de cannabis sur une période prolongée. La récupération est rapide. On n'a pas encore déterminé si les sujets atteints par ces troubles avaient un pré-requis psychopathologique. [57]
- Troubles psychotiques chroniques avec une symptomatologie à type de paranoïa ou mégalomanie, qui évolue de manière cyclique sur des mois ou des années avec une rythmicité variable.

On parle aussi parfois d'un syndrome « amotivationnel » : repli sur soi, morosité, humeur changeante, indifférence affective, déficit de l'activité scolaire ou professionnelle, troubles de la fonction intellectuelle (fatigabilité, pensée abstraite et floue), troubles de la concentration et de la mémoire. Décrit par William et coll., ce syndrome concerne essentiellement l'adolescent. [57] Mais aucune étude n'a prouvé que ces signes étaient dus uniquement à la consommation de cannabis .

L'ensemble de ces signes disparaît après un arrêt prolongé de la consommation de cannabis. Et il faut souligner que ces cas de *"maladies psychiques" ne sont qu'extrêmement rares chez les utilisateurs de cannabis*, et peuvent avoir un caractère très polymorphe selon les personnes et leur vécu. De plus, de nombreuses études restent à entreprendre pour affirmer le véritable rôle du cannabis dans ces troubles psychiques.

3.2.3.3. Cannabis et femme enceinte

Le THC franchit la barrière foetoplacentaire et est en partie éliminé dans le lait maternel. [57]
Les effets sur les enfants, de la consommation de cannabis par les mères au cours de la grossesse, restent encore très controversés. Les études déjà entreprises sont faussées par la consommation simultanée d'autres drogues (tabac, alcool...) et de milieux sociaux souvent défavorisés. Ainsi, il n'a pas été établi de lien de cause à effet entre les différentes malformations ou retards de croissance observés et la consommation de cannabis par les mères.[60] Le seul risque pratiquement établi est un petit poids à la naissance lors de consommations excessives.

3.2.3.4. Tolérance

Une faible accoutumance aux effets psychiques du cannabis est décrite. Le consommateur aura ainsi tendance à augmenter sa consommation, plus en augmentant la fréquence que les doses. [57]
Il existe une tolérance croisée avec l'alcool, les tranquillisants et les morphiniques.

3.2.3.5. Dépendance

- La dépendance physique est faible. Lors de l'arrêt brutal d'une consommation forte on observe un syndrome de sevrage, dont les signes surviennent environ 12 heures après la dernière prise de cannabis.[57] Ce syndrome allie anxiété, irritabilité, agitation, insomnie, anorexie, altération de l'état général pendant 1 à 4 jours. Mais ceci ne se voit pas pour des consommations modérées. [60]

- La dépendance psychique existe, mais est beaucoup plus faible que celle constatée chez les consommateurs d'opiacés. Cette psychodépendance est surtout le fait de personnes à structure psychique fragile.

La très grande majorité des consommateurs de cannabis n'utilisent ce produit qu'occasionnellement et peuvent cesser définitivement son utilisation sans grande difficulté. On considère qu'il existe *moins de 10% de très gros consommateurs de cannabis qui éprouvent des difficultés à abandonner leur consommation* bien qu'ils le souhaitent. [60]

3.2.4. La pharmacocinétique

Seul le Δ9 THC a une réelle action psychotrope. [49]

Les effets observés sont proportionnels aux doses absorbées.[66] Quand il est fumé, on estime que la dose minimale efficace pour observer des effets est de 25 à 50 µg/kg (en tenant compte du fait que 50% du THC est détruit lors de la combustion). Les effets apparaissent rapidement quand il est fumé (en moins d'une minute) et disparaissent après 3 à 4 heures lors d'une prise unique.[49] Par voie orale, les effets sont perçus plus tardivement (au bout d'environ 30 minutes) et durent plus longtemps (8 heures). Lors de prises multiples, la durée et l'intensité des effets dépendent de la dose et de la vitesse d'inhalation. [66] [56]

Pas plus de 50% du Δ9 THC inhalé passent dans la circulation générale, car il y a une forte fixation pulmonaire. Le Δ9 THC a un volume de distribution de 10 litres/kg et une biodisponibilité de 20%. Ensuite, du fait de la forte lipophilie de cette molécule, il y a une distribution aux tissus adipeux de réserve, aux poumons, et une fixation particulièrement forte dans le tissu cérébral.

Puis le Δ9 THC, et surtout son métabolite actif qui est très rapidement formé, le 11-OH-Δ9 THC, ainsi qu'un métabolite inactif, le dérivé 9-carboxy, sont relargués très lentement dans la circulation générale en quelques jours voire quelques semaines, du fait de l'affinité non spécifique pour le tissu lipidique des cannabinoïdes. [60]

Enfin, après avoir subi un cycle entérohépatique et avoir été réabsorbée au niveau des tubules rénaux, la molécule de départ est éliminée dans les urines et les selles sous forme de métabolites (essentiellement l'acide 11 nor Δ9 THC carboxylique conjugué à l'acide glucuronique). L'élimination par voie biliaire est supérieure à l'excrétion urinaire.[60] On retrouve une fraction de Δ9 THC en l'état très infime (< 1%).[56] [49] La demi- vie dans l'organisme est d'environ huit jours.

	inhalation	**ingestion**
résorption (%)	10 à 50	1 à 10
pic plasmatique (minutes)	7 à 8	45
pic plasmatique moyen (ng/ml)	usage isolé: 8 à 10 usage chronique: 50 à 200	2 à 4
effet maximum (minutes)	20 à 30	2 à 3
volume de distribution (l/kg)	5 à 15	
liaison protéique (%)	99	
métabolisme	presque total (99% de la dose de THC) hépatique par systèmes microsomiaux, avec hydroxylation en alcools, certains psychoactifs, réduits par des déshydrogénases.	
élimination	fécale: 30 à 50 en 3 jours, avec cycle entéro-hépatique urinaire: 10 à 15 en 3 jours, avec filtration rénale et réabsorption (les 20% demeurant dans l'organisme sont éliminés en 2 à 3 mois chez l'usager chronique.)	
demi-vie terminale (heures)	usage isolé: 25 à 60 usage chronique: 20 à 30	

Paramètres cinétiques du THC [57] *(Godot 1992)*

3.2.5. Dépistage: méthodologie [49]

La méthodologie analytique de détection et quantification du cannabis dans le corps humain est celle préconisée par le National Institute for Drug Abuse, toujours appliquée actuellement. Elle consiste à réaliser, sur un échantillon d'urine, un dépistage par une méthode immunologique, suivi d'une confirmation des positifs par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse.

3.2.5.1. Le prélèvement

On utilise l'urine, car c'est un milieu biologique stable, de conservation aisée, qui se dégrade moins vite que le sang, et dont le prélèvement est plus facile à réaliser. Elle est recueillie dans un flacon stérile, incassable, à usage unique. Lors du recueil, pour s'assurer que rien ne vienne fausser l'analyse, le personnel responsable du recueil doit rester près de la personne qui subit l'analyse. Cette urine sera ensuite répartie dans deux flacons pour une contre expertise éventuelle.

3.2.5.2. L'analyse

On recherche le métabolite qui se retrouve en plus grosse quantité dans l'urine; le Δ9 THC COOH. La limite de sensibilité de la méthode est de 50 ng/ml. Les avantages des méthodes immunologiques sont leur simplicité, leur rapidité, leur fiabilité et leur sensibilité.
Mais ces méthodes sont peu spécifiques, car il y a une possibilité de réactions croisées entre les anticorps utilisés et d'autres substances. D'où la nécessité d'une confirmation des résultats positifs par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse, technique très sensible, spécifique et sélective.

3.2.5.3. Les limites de l'analyse [49] [37]

- Le Δ9 THC COOH est retrouvé dans les urines plusieurs jours après la prise de cannabis du fait de son élimination lente (seule 50 à 60% de la dose absorbée est éliminée après 3 jours). Ainsi, pour une consommation de 5 cigarettes par jour, on *retrouve des traces dans les urines au-delà de 2 mois après l'arrêt.*

De ce fait, la corrélation entre les résultats biologiques et l'état clinique se révèle souvent mauvaise. En effet, un résultat positif ne définit pas forcément un individu sous l'emprise des effets provoqués par le cannabis, notamment en ce qui concerne la vigilance.

Seul un prélèvement sanguin permet d'établir avec précision l'état d'imprégnation du sujet, mais ce n'est pas une analyse préconisée par les lois.

- La conservation des échantillons engendre une baisse de la concentration en Δ9 THC COOH. Celui-ci est peu liposoluble, surtout congelé, et s'adsorbe sur les parois du tube en plastique, et n'est pas remis en solution lors de la décongélation.

- En ce qui concerne la polémique des fumeurs passifs, la concentration maximale retrouvée dans leurs urines, par d'autres techniques, est de 7 ng/ml, soit une concentration non détectable en immunoanalyse.

CHAPITRE II :

LA LÉGISLATION

A. LA LÉGISLATION INTERNATIONALE

1. HISTORIQUE

La coopération internationale en matière de drogues date du début du siècle. Elle est née des difficultés rencontrées par les États pour résoudre des problèmes dépassant largement leurs frontières [23], et de la pression des États-Unis en faveur de la prohibition des drogues. [16]

La première conférence à vocation internationale concernant les drogues se tient à Shanghai en 1909. Elle a pour but de déterminer une position commune quant à l'opium en Orient et en Occident. Concrètement, elle engendre peu de résultats, mais elle engage le processus d'un contrôle international des drogues. [16]

La première des conventions internationales est l'oeuvre de la Société des Nations. Dans ce texte de 1912, connu sous le nom de Convention de la Haye, bien que toutes les drogues connues dans le monde soient visées, les états signataires ne s'engagent qu'à réglementer, à l'intérieur de leurs frontières, la fabrication et la circulation de l'opium. [61]

En 1925, la Convention de Genève classe le cannabis comme stupéfiant. Cette Convention règle juridiquement le contrôle de la circulation des drogues, par licences et certificats d'importation, et autorisations d'exportation. [61]

Parallèlement à la mise en place de ce contrôle international, certains États américains avaient rapidement pénalisé l'usage non médical du cannabis, plutôt connu Outre-Atlantique sous le nom de marijuana (Louisiane en 1910, Californie en 1907). Puis une loi de 1937 décide que toute possession illégale de marijuana est considérée comme un crime fédéral passible de 2 à 40 ans de prison. Une police fédérale est même créée pour la surveillance du trafic de cannabis.

Après l'adoption de nouvelles conventions qui continuent à renforcer les contraintes et les sanctions relatives aux stupéfiants [16] (Genève 1931; Bangkok 1931; Genève 1936)[9] , vinrent les trois Conventions internationales qui généralisent ces mesures à plusieurs substances sur un plan international, et qui sont toujours en vigueur. Ces conventions constituent la référence juridique unique, à partir de laquelle les états signataires adapteront leur législation nationale. [61]

2. LA CONVENTION UNIQUE SUR LES STUPÉFIANTS DE 1961 (telle que modifiée par le protocole de 1972 portant amendement à cette Convention) [68]

Face à une multitude de lois et d'organes de contrôle propres à chaque état en ce qui concerne les stupéfiants, l'ONU a décidé d'établir des textes et des organismes communs aux différents pays signataires. La volonté est de centraliser lois et décisions, et de faciliter ainsi les contrôles du marché et de l'utilisation des stupéfiants.

De ce désir international est née la Convention unique sur les stupéfiants à New-York le 30 mars 1961, amendée par le protocole de 1972 et signée par 153 états au 1er décembre 1996. Ce texte, comprenant 51 articles, remplace et abroge tous les accords, protocoles et conventions antérieurs, exception faite pour certaines dispositions de la Convention de 1936.[23] L'objectif premier de cette convention est de permettre un meilleur contrôle du circuit des stupéfiants sur le plan planétaire grâce à une uniformisation des organismes, qui remplacent les instruments multilatéraux existants.

La date d'entrée en vigueur de la Convention est le 13 décembre 1964.[23] Le protocole d'amendement de cette convention est entré en vigueur le 8 août 1975.

2.1. Préambule

En préambule aux articles qui vont constituer la Convention, les Parties expliquent l'intérêt universel des textes établis. Ainsi, c'est par « souci de la santé physique et morale de l'humanité » et parce qu'elles considèrent que « la toxicomanie est un fléau pour l'individu et un danger économique et social pour l'humanité », qu'elles estiment qu'une coopération collective internationale doit être mise en place au sein de l'ONU, pour limiter strictement l'usage des stupéfiants aux seules fins médicales et scientifiques. Et dans ce but, prévenir et punir tout usage ou trafic illicite.

Ainsi, cette convention vise à contrôler le circuit économique des stupéfiants, de la production à la consommation, afin de protéger la santé de l'humanité.

2.2. Classification

Les stupéfiants sont classés en 4 tableaux, selon le danger encouru par l'utilisateur et leur intérêt médical. Ainsi, les tableaux I et II définissent des substances ayant un usage médical ou pharmaceutique, mais sujets à des abus et des effets nocifs. Le tableau IV regroupe celles sujettes à des abus et responsables d'effets nocifs, mais sans intérêt thérapeutique. Enfin, le tableau III comprend les préparations contenant des stupéfiants, mais susceptibles d'exonération.
Mais, la Convention ne donne pas de définition du terme "stupéfiant".

2.3. Le cannabis

Le cannabis est défini comme « les sommités florifères ou fructifères de la plante de cannabis (à l'exclusion des graines et des feuilles qui ne sont pas accompagnées de sommités), dont la résine n'a pas été extraite, quelle que soit leur application. » (Art. 1).
En ce qui concerne notre sujet, le cannabis, sa résine et ses extraits sont inscrits au tableau I de la Convention unique, et au tableau IV des drogues les plus dangereuses aux côtés de la cocaïne, de l'héroïne, de la morphine...
Le TétraHydroCannabinol (THC) n'est pas classé parmi les stupéfiants dans cette convention.

Mais cette convention ne vise pas le cannabis cultivé pour l'industrie ou pour des buts horticulturaux. (Art. 28).

A travers cette convention, de nombreux articles visant à limiter et contrôler le marché et l'utilisation des stupéfiants s'appliquent au cannabis.

2.4. Le circuit économique

Toutes les étapes du circuit économique sont envisagées. Il faut savoir que les Parties peuvent interdire la production, la fabrication, l'exportation et l'importation, le commerce, la détention des stupéfiants inscrits au tableau IV de cette convention. Cette convention vise essentiellement une réglementation de l'offre de stupéfiants. [9]

2.4.1. Culture-Fabrication

S'il le juge nécessaire à la protection de la santé publique, un gouvernement est libre d'interdire la culture du cannabis sur son territoire pour empêcher le trafic illicite. Dans ce cas, il devra mettre en place les mesures nécessaires pour saisir et détruire les cultures illicites. (Art. 22).

Au contraire, si une Partie décide d'autoriser la culture de cannabis (Art. 28), elle devra désigner des organismes d'état responsables de ces cultures. Ceux-ci seront chargés d'établir une carte précise des terrains autorisés à recevoir une culture de cannabis, et de délivrer une licence aux seuls cultivateurs autorisés à pratiquer cette culture. Cette licence indique la superficie du terrain autorisé à recevoir pareille culture.

L'intégralité de la récolte est ensuite achetée par l'organisme d'état dans un délai maximal de 4 mois à compter de la fin de la récolte. Seul cet organisme est autorisé à la commercialisation et au stockage du cannabis. (Art. 28).

La fabrication de stupéfiants à partir du cannabis peut être aussi autorisée pour les particuliers ou les entreprises sous licence, ou pour les entreprises d'état, dans des locaux soumis à une licence. Toute personne ou entreprise en rapport avec cette fabrication est soumise à une étroite surveillance. La quantité et la catégorie des stupéfiants fabriqués sont stipulées à l'avance sur un permis périodique. (Art. 29).

2.4.2. Le commerce

2.4.2.1. Détention

Pour pouvoir détenir du cannabis, une autorisation légale est obligatoire (Art. 33). Toute détention illégale devra être pénalisée. Cet article ne précise pas s'il s'agit de la détention aux fins de trafic ou la détention pour usage, d'où des interprétations différentes selon les pays. [9]

De plus, il faut tenir un registre dans lequel est consignée la quantité de stupéfiants qui vient augmenter le stock (fabriqué ou acquis). Ce registre sera conservé pendant au moins 2 ans (Art. 34).

2.4.2.2. Conditionnement

Si le gouvernement le juge nécessaire, le conditionnement des stupéfiants devra porter un double filet rouge. L'étiquette devra en outre indiquer clairement le nom du stupéfiant, ainsi que son poids ou pourcentage. Enfin, sur toute publication ou écrit (emballage, notice, publicité...), il est souhaitable que le stupéfiant soit mentionné sous sa dénomination commune internationale (DCI).

2.4.2.3. Importation - exportation

Comme pour la fabrication, les particuliers ou entreprises se livrant à un commerce de cannabis sont sous licence, ainsi que les locaux dans lesquels se réalisent ces échanges. Une surveillance par des organismes d'état de toutes les personnes ou entreprises en rapport avec ce commerce est en place (Art. 30).

En ce qui concernent les zones franches, les mêmes contrôles et licences sont exigés.

Pour un commerce international, il faut une autorisation pour chaque stupéfiant importé ou exporté, comportant la DCI, la quantité, les noms et adresses des importateurs ou exportateurs ainsi que la période du transfert. Une copie de cette autorisation est adressée au gouvernement du pays importateur par l'exportateur. En cas d'absence de cette autorisation, les stupéfiants sont retenus par les autorités compétentes. (Art. 31).

Les autorités doivent aussi surveiller les quantités de cannabis en possession des personnes ou entreprises se livrant à ce commerce. Elles devront veiller à ce que leur stock ne soit pas supérieur à la quantité nécessaire à la marche normale du commerce. Cette quantité est évaluée en fonction de la situation du marché.

Mais attention, ces licences ne s'appliquent pas aux personnes autorisées à exercer une fonction thérapeutique ou scientifique qui agissent dans le cadre de ces fonctions (Art. 30).

2.4.2.4. Délivrance aux particuliers

Un stupéfiant ne peut être fourni à des particuliers que sur présentation d'une ordonnance médicale. Celle-ci pourra être rédigée sur un formulaire officiel, issu d'un carnet à souche, selon la volonté respective des gouvernements (Art. 30). Ces carnets devront être conservés 2 ans minimum.

2.5. Contrôle et lutte contre le trafic illicite

2.5.1. Au plan international

Au sein de l'ONU ont été mis en place des organes internationaux de contrôle de l'application de la Convention. Ces organes sont: la Commission des stupéfiants du conseil économique et social, et l'Organe international de contrôle des stupéfiants (supra Annexe 3).

Tous les ans, les Parties devront adresser à l'Organe un compte-rendu comprenant:

- les quantités consommées à des fins médicales et scientifiques;
- les quantités utilisées pour la fabrication d'autres stupéfiants ou de préparations;
- les productions, importations et exportations;
- les stocks spéciaux;
- les quantités saisies et leur affectation. (Art. 19 et 20).

Ces quantités permettent d'évaluer les besoins en stupéfiants de chaque Partie. En cas de quantité excédante aux besoins estimés, cette quantité sera déduite sur la fabrication de l'année suivante.

Un contrôle des déclarations est réalisé en comparant les déclarations d'exportation vers ce pays. Sauf en cas de besoins médicaux, l'exportation peut être interdite vers un pays qui possède un stock trop important non justifiable. (Art. 21).

En terme de lutte contre le trafic illicite, une coordination des actions préventives et répressives doit être mise en place par chaque Partie. Les membres signataires se doivent entraide et coopération pour enrayer ce trafic. (Art. 35).

2.5.2. Au plan national

Chaque état est susceptible, soit de se restreindre aux mesures signalées dans la Convention, soit d'adopter des mesures plus strictes sur certains points qu'il juge important. (Art. 39).

Tout acte contrevenant à la Convention se doit d'être considéré comme une infraction dans la législation nationale, et doit donc être sanctionné. Cette sanction est décidée sur le plan national par chaque Partie en fonction de sa législation pénale. (Art. 36).

Le cannabis, quelle que soit sa présentation, devra être saisi par les autorités compétentes, en cas d'utilisation illicite. (Art. 37).

La Convention met l'accent sur l'importance de la prévention et de la rééducation des toxicomanes. Il est souhaitable que chaque Partie mette en place un réseau d'information pour les professionnels confrontés au problème et pour le grand public. Les trafiquants et toxicomanes seront pris en charge par des organismes spécialisés pour favoriser leur réadaptation sociale. (Art. 38).

2.6. Les usagers

Le contrôle de l'usage n'est pratiquement pas abordé dans cette convention, seuls quelques articles en font une brève allusion.

L'article 38 dispose que « les Parties envisageront les mesures possibles pour prévenir l'abus de stupéfiants ». Mais la notion d'abus est très subjective et la Convention ne prévoit pas de sanction pénale pour l'usage.

L'article 38 invite aussi les Parties à prendre des mesures thérapeutiques pour soigner les personnes abusant des stupéfiants. L'article 36 précise que des mesures médico-sociales peuvent remplacer ou compléter des mesures pénales.

Ainsi, cette première convention introduit pour la première fois la notion que "l'usager de drogue est un malade qu'il faut soigner".

2.7. Réserves pour l'application de la Convention

Un gouvernement aura la possibilité d'autoriser l'usage du cannabis, de ses résines, extraits et teintures à des fins autres que médicales ou scientifiques, ainsi que sa production, fabrication et commerce si l'autorisation était déjà en vigueur au 1er janvier 1961 et si cet usage fait partie de la culture nationale.

Mais cette autorisation sera valable dans un délai de 25 ans à compter de l'entrée en vigueur de la Convention de 1961, le 8 août 1975, soit à compter du 8 août 2000. Au-delà de cette échéance, la fabrication, le commerce et l'usage du cannabis et ses dérivés, autres que pour des buts médicaux et scientifiques, devront cesser en accord avec la présente convention. (Art. 49). Les Parties prendront les mesures législatives et administratives pour limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques les différentes étapes du circuit économique du cannabis. (Art. 4).

3. LA CONVENTION DE 1971 SUR LES SUBSTANCES PSYCHOTROPES [69]

Face à l'abus et au développement du trafic de psychotropes, l'ONU décide de convoquer à nouveau les Parties signataires de la Convention de 1961, afin de prendre des mesures concernant les substances psychotropes. De là est née à Vienne, le 21 juin 1971, la Convention sur les substances psychotropes, entrée en vigueur le 16 août 1976.

Cette Convention, comprenant 32 articles, est signée par 140 États au 1er décembre 1996. [23]

3.1. Préambule

Comme pour la précédente convention sur les stupéfiants, c'est toujours dans le « souci de la santé physique et morale de l'humanité » que s'élabore cette deuxième convention internationale.

L'objectif est d'instaurer des mesures pour prévenir et combattre l'abus de certaines substances psychotropes, qui se multiplie, ainsi que le trafic illicite qui en découle.

Ainsi, l'usage de ces substances devra être limité strictement aux seules fins médicales et scientifiques, comme les stupéfiants dans la première convention.

Pour l'application de ces mesures, il faut une coopération internationale.

3.2. Tableaux

Les substances psychotropes sont réparties en quatre tableaux, selon leur intérêt thérapeutique et leur potentiel d'abus et d'effets néfastes engendrés.

Pour être inscrite dans un tableau, une substance doit:

- être susceptible de provoquer un état de dépendance, et une stimulation ou dépression du SNC donnant lieu à des troubles psychiques, comportementaux ou moteurs;

- ou être à l'origine d'abus et d'effets nocifs comparables à ceux d'une substance déjà inscrite;
- ou pouvoir faire supposer qu'elle peut être à l'origine d'abus, et constituer alors un problème de santé publique et social. (Art. 2).

3.3. Le cannabis

En ce qui concerne notre sujet, cette convention classe le TétraHydroCannabinol (THC), et ses isomères, au tableau I des substances psychotropes, susceptibles d'abus constituant un risque grave pour la santé publique, et ayant une valeur thérapeutique inexistante ou très limitée.

Il est important de rappeler que le THC n'était pas pris en considération dans la première convention de 1961.

Nous nous limiterons à l'étude, dans cette convention, des mesures concernant les substances du tableau I.

3.4. Le circuit économique

Cette convention vise les mêmes étapes du circuit économique que la Convention de 1961, réglementant la substance de sa production à sa consommation.

3.4.1. Fabrication

La fabrication de THC, ou autre substance du tableau I, est soumise à une autorisation préalable ou une délivrance de licence. Les locaux et personnes concernés par cette activité sont sous étroite surveillance. (Art. 7).

Toute quantité fabriquée doit être enregistrée, avec la date et le nom du fabricant. Le registre doit être conservé minimum 2 ans. (Art. 11).

Les préparations contenant des substances du tableau I ne sont pas exonérables. Une préparation contenant plusieurs substances est soumise aux mesures de la substance la plus contrôlée. (Art. 3).

3.4.2. Détention - Commerce

Il est interdit tout usage, autre qu'un usage scientifique ou médical effectué par des personnes dûment autorisées dans des établissements médicaux ou scientifiques autorisés.
Comme pour la fabrication, tout commerce ou détention est autorisé sous licence ou autorisation, avec une surveillance des personnes et locaux concernés. (Art.7).
Toute quantité acquise, cédée et détenue doit être consignée dans un registre, avec les dates et noms des fournisseurs et acquéreurs, ce registre sera conservé minimum 2 ans. (Art. 11).
Ces enregistrements, ainsi que les stocks, sont soumis à des inspections. (Art.15).

3.4.2.1. Commerce international

Les exportations et importations doivent être effectuées avec une autorisation des gouvernements concernés. Celle-ci doit être formulée sur un document conforme au modèle établi par la Commission, comportant la dénomination figurant dans le tableau de la Convention, la quantité exportée ou importée, la forme pharmaceutique, ainsi que les noms et adresses des exportateurs et importateurs, et la période de transfert. L'autorisation d'exportation est reliée à celle d'importation.

A chaque envoi doit être jointe une copie de l'autorisation d'exportation; à défaut la marchandise sera retenue. Après réception, une attestation de la quantité reçue est renvoyée à l'exportateur par l'importateur.

Dans les zones et ports francs, les mêmes mesures de surveillance sont appliquées. (Art. 10 et 12).

3.4.2.2. Délivrance aux particuliers et aux professionnels autorisés

Toute acquisition par le personnel médical ou scientifique autorisé, ainsi que son utilisation détaillée, doivent être enregistrées et conservées au minimum 2 ans. (Art.7). Une ordonnance médicale est obligatoire pour la délivrance aux particuliers. (Art. 2).

Les personnes autorisées se voient délivrer une quantité strictement suffisante pour les besoins de l'autorisation en leur possession. (Art. 7).

Pour la distribution au détail, doivent figurer sur l'étiquette ou la notice, le mode d'emploi ainsi que les précautions et mises en garde pour la sécurité de l'utilisateur.

Enfin, toute publicité au grand public est interdite. (Art. 10).

3.5. Lutte contre les abus et le trafic illicite

Comme pour les stupéfiants, la politique est de privilégier la prévention, par information auprès des personnes confrontées au problème dans leur exercice professionnel, et par des campagnes auprès du grand public. Il faut aussi élaborer des structures pour favoriser la réadaptation sociale des toxicomanes (Art.20). Une assistance mutuelle internationale, ainsi qu'une coordination en matière de prévention et de répression, est indispensable pour lutter contre le trafic illicite par voies rapides. (Art.21).

Toute contrevenance à la Convention doit être considérée comme une infraction, passible de sanctions définies par les lois nationales, qui peuvent être de l'emprisonnement et/ou des mesures de réadaptation...

Toute participation, association, préparation, financement relatifs aux infractions mentionnées sont aussi considérés comme des infractions punissables. (Art.22).

3.6. Réserves pour l'application de la Convention

Tout état sur le territoire duquel poussent, à l'état sauvage, des plantes contenant des substances psychotropes du tableau I, utilisées traditionnellement par certains groupes déterminés, à l'occasion de cérémonies magiques ou religieuses, peut faire des réserves sur les dispositions de l'article 7, sauf en ce qui concerne le commerce international.

4. LA CONVENTION DE 1988 CONTRE LE TRAFIC DES STUPÉFIANTS ET DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES [70]

4.1. Présentation

Malgré les deux premières conventions internationales abordées précédemment, la communauté internationale ne peut que constater l'étendue et l'augmentation de la production, de la demande, et de ce fait, du trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes. Les Parties s'inquiètent de ce développement, néfaste pour la santé des êtres humains, pour l'économie et la stabilité des États, et qui menace les enfants en tant que consommateurs.

Face à ces menaces, elles décident de renforcer les mesures des précédentes conventions en se réunissant à nouveau sous l'égide de l'ONU. Il en ressort la nécessité de contrôler aussi les précurseurs utilisés dans la fabrication des produits concernés par les précédentes conventions, et surtout d'améliorer la coopération internationale en terme de surveillance et répression, afin d'enrayer ce puissant trafic illicite, et ainsi ses conséquences sur la société. La lutte contre le commerce de stupéfiants ne se limite plus à la seule lutte contre l'offre, mais s'étend au contrôle des moyens et de la demande. [9]

De ces constatations est née la Convention de Vienne contre le trafic des stupéfiants et des substances psychotropes, adoptée le 19 décembre 1988. Cette Convention comprend 34 articles et a été ratifiée par 137 États au 1er décembre 1996; elle est entrée en vigueur le 11 novembre 1990. [23]

4.2. Les mesures

Ces mesures concernent différents secteurs, déjà mentionnés dans les précédentes conventions, mais moins développés.

4.2.1. L'entraide internationale

La coopération internationale en matière de lutte contre le trafic illicite doit être améliorée. Il faut notamment développer l'entraide judiciaire entre les Parties (Art. 7), instaurer des canaux de communication rapides qui faciliteront la coopération.

Des conférences internationales sont envisagées, ainsi que des formations continues pour étendre la détection et la répression. Dans les enquêtes, les Parties doivent se fournir une assistance mutuelle. (Art. 9).

En cas d'infraction à la Convention, toute demande d'extradition devra être acceptée. (Art. 6).

4.2.2. Le transport

Il convient d'être très vigilant en ce qui concerne les précautions et la sécurité mises en oeuvre lors de transports commerciaux des substances classées dans les précédentes conventions. (Art. 15). Pour chaque expédition, les papiers obligatoires doivent pouvoir être montrés à tout contrôle. (Art. 16).

Tous les lieux, dans lesquels le trafic illicite est particulièrement développé, doivent faire l'objet d'une plus grande surveillance, et d'une coopération internationale pour y mettre fin. Ainsi, pour les états de transit et les pays en voie de développement (Art.10), les zones et les ports francs d'une part (Art. 18), et compte tenu d'autre part de l'usage de la mer comme élément de transfert (Art. 17) et des services postaux, des moyens de détection et de surveillance sont mis en place.

4.2.3. L'aide à la fabrication

L'accent est aussi mis sur les substances (Art. 12), et le matériel (Art. 13) ou équipement servant à la fabrication ou à la production illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. A travers cette convention, les Parties souhaitent en empêcher le détournement à ces fins illégales.

4.2.4. Sanctions

Tout produit en infraction, ou destiné à être utilisé pour réaliser une infraction, ainsi que les biens qui en découlent, sont confisqués lorsque démasqués. La Partie qui les confisque en dispose conformément à son droit interne. La saisie de documents bancaire, financier, commercial est autorisée. (Art. 5). *C'est ainsi qu'apparaissent dans chaque ministère chargé de la Justice un service de lutte contre le blanchiment d'argent.*

Tout acte de production, culture, fabrication, extraction, préparation, mise en vente, offre, expédition, transport, distribution, livraison, importation de stupéfiants ou de substances psychotropes, contraire aux Conventions internationales, ainsi que tout achat, détention, financement, blanchiment, participation, incitation à l'usage de trafic illicite concernant ces mêmes produits, doit être considéré par chaque Partie comme une infraction.

Ces infractions doivent être punies par des sanctions qui sont établies par chaque Partie, et qui peuvent être des privations de liberté, des amendes, avec confiscation, et, en plus ou à la place, parfois des mesures de traitement et de réinsertion sociale. (Art. 3).

4.2.5. L'usage

Cette Convention introduit pour la première fois (Art. 3 §2) des sanctions pénales contre l'achat, la détention et la culture de drogue pour la consommation personnelle. Ce texte ne vise pas expressément l'usage, mais le punit à travers la détention en vue d'une consommation personnelle.[9]

Ce même article émet une réserve quant à son application. Ainsi, c'est à condition que les mesures prises ne soient pas en contradiction avec les principes constitutionnels et les règles générales du droit en vigueur dans son pays, qu'une Partie pénalisera les actes en question. Cet article permet donc à tout pays de ne pas "criminaliser" l'usage, tout en ratifiant la Convention. [61]

Dans cette convention, les préoccupations sanitaires et médicales de la convention de 1961 ont laissé la place aux actions pénales, pour lutter contre le trafic en agissant sur la demande. [9] L'usager est considéré comme délinquant.

4.3. Le cannabis

Le cannabis, en tant que stupéfiant dans la Convention de 1961, de même que le THC en tant que substance psychotrope dans la Convention de 1971, sont concernés par les mesures précédemment citées, prises dans cette nouvelle convention.

Il existe toutefois un article spécifique au cannabis, pour rappeler aux parties *qu'elles doivent en interdire la culture illicite, détruire celles existantes, ainsi que supprimer la demande illicite.* Une coopération internationale doit être créée dans ce but.

B. LA LÉGISLATION FRANÇAISE

1. HISTORIQUE

La loi du 12 juillet 1916 crée pour la première fois le délit d'usage en société. A la suite de cette loi, le cannabis sera ajouté à la liste des substances vénéneuses. Mais la France garde le monopole d'une distribution officielle de cannabis en Algérie et au Maroc, par l'intermédiaire de ses régies de kifs et de tabacs. (61)

Ce n'est que par un décret, établi le 27 mars 1953, que le cannabis est interdit en France. Il est d'ailleurs retiré cette même année de la pharmacopée française.

Ses préparations sont également interdites et il est inscrit au tableau B des stupéfiants.

Le cannabis est défini jusqu'en 1988 par l'article R 5166 du Code de la Santé Publique (CSP) comme « les sommités florifères et fructifères de la plante femelle du *Cannabis sativa*, variété dite indienne ».

Le 31 décembre 1970 est votée la ***loi n° 070-1320***, qui constitue depuis le référentiel juridique de la politique française en matière de drogue.

Cette loi vise à établir des mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et une répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants. Elle pose les prémices de la distinction entre trafiquants et utilisateurs de drogues. *Elle poursuit un double objectif, à savoir* ***la répression de l'usage et du trafic de drogues, et l'offre de soins aux toxicomanes.*** (23)

Dès l'entrée en vigueur de cette loi, dont sont issus les articles du CSP, applicables à la répression de l'usage des stupéfiants, il n'y a plus de distinction entre usage individuel (privé) et usage en

société (public). Alors que dans les textes antérieurs, seul l'usage en société était incriminé et non l'usage individuel.[23] Désormais, l'article L 628 du CSP réprime tout usage illicite de stupéfiants. L'article L 627 du CSP définit la répression du trafic de drogue; l'article L 628 quant à lui explique que le drogué est considéré plus comme malade que comme délinquant, et ainsi, dans l'article L 355 du CSP il est établi que le drogué doit avoir la possibilité d'être suivi médicalement ou de participer à une cure de désintoxication avant d'être puni. Les principaux objectifs de la loi de 1970 sont donc:

- la répression sévère du trafic;
- l'interdiction de l'usage de stupéfiants, tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage;
- la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire traiter. [42]

2. LA GENÈSE DE LA LOI DU 31 DÉCEMBRE 1970

Le contexte de la genèse de cette loi du 31 décembre 1970 est complexe. Les événements de mai 1968, dans lesquels la drogue et surtout le cannabis étaient très présents et synonymes de contestation; la découverte de vastes opérations de trafic sur le territoire français; la diffusion de la toxicomanie et du cannabis, dont les effets sont encore mal connus, surtout chez les jeunes; la médiatisation de ce phénomène... tous ces éléments ont contribué à ce que l'usage de drogues soit perçu comme un danger social, face auquel les politiciens se devaient de réagir. [23] [5]

Le texte de loi final est le fruit d'un compromis entre le ministère de la Justice, favorable à la répression de tout usage pour faciliter les démarches juridiques, et le ministère de la Santé qui réclamait une surveillance sanitaire obligatoire. Mais la prise de décision de cette surveillance sanitaire relève en définitive de la compétence des seuls magistrats. [23]

3. LES RAPPORTS OFFICIELS DE L'APPLICATION DE LA LOI DE 1970

Ces rapports visent à analyser, à la demande du gouvernement, le texte de loi et son application. [23]

3.1. Le rapport Pelletier

Le rapport Pelletier est rédigé en 1978, à la demande du président de l'époque, Giscard d'Estaing, sous la direction de Monique Pelletier.

Ce rapport propose de renforcer les mesures de prévention et de soins. Il met aussi en avant les difficultés d'application de la loi en matière d'usage de stupéfiants, notamment du fait qu'il n'est fait aucune distinction entre les différentes drogues. En effet, le rapport souligne qu'il n'est pas question de dépendance physique lors de l'usage de cannabis, il convient donc de distinguer le cannabis des autres drogues en ce qui concerne les effets sur l'organisme.[23] Les difficultés dans l'application de la loi découlent aussi du fait de l'absence de catégorie intermédiaire entre l'usager simple et le trafiquant.[23] En effet le petit revendeur n'est pas pris en considération.

3.2. Le rapport Trautmann

Le rapport Trautmann est établi en 1989 sous la présidence de Catherine Trautmann, alors présidente de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie. Il en ressort le besoin d'une répression plus efficace du trafic. En matière de prévention, le rapport invite à mettre en oeuvre la prévention primaire pour éviter l'apparition de nouveaux toxicomanes. [23]

3.3. Le rapport Henrion

Simone Veil, ministre des Affaires sociales de 1993 à 1995, demande en 1994 au professeur Roger Henrion une réflexion sur la législation en matière de cannabis. Roger Henrion, gynécologue, patron du service de maternité de l'hôpital Port-Royal, forme alors une Commission composée de 17 médecins, psychiatres, policiers, enseignants, chargée d'étudier le sujet.

En 1995 est émis le rapport de cette Commission, qui s'est prononcée à une courte majorité pour une modification de la loi de 1970. Elle suggère que toute sanction pénale à l'encontre des usagers et des possesseurs de cannabis en faible quantité soit supprimée; elle propose une réglementation contrôlée mais refuse la légalisation de la distribution.[21] Le gouvernement refusera d'appliquer les idées soumises par la Commission. [6]

4. LES CIRCULAIRES D'APPLICATION DE LA LOI DE 1970

En 1978, le Rapport Pelletier établit un premier bilan de la politique de lutte contre la drogue, huit ans après l'adoption de la loi, comme nous venons de le voir. Il préconise la dépénalisation de l'usage du cannabis. En découle la **circulaire du 17 mai 1978**, inspirée du rapport, qui conclut que l'usager de cannabis ne peut être considéré comme un véritable toxicomane et ne relève pas de la cure de sevrage et des dispositions de la loi sur l'injonction thérapeutique. Cette circulaire recommande donc que les usagers de cannabis ne doivent faire l'objet, dans la plupart des cas, que d'une simple mise en garde. Elle est perçue alors comme une admonestation à l'égard des simples consommateurs de cannabis. Elle sera diversement appliquée par les parquets mais restera la référence jusqu'en 1987. [42][23]

De plus, la circulaire du ministère de la Justice du **17 septembre 1984** maintient les directives de la circulaire de 1978 en ce qui concerne la possibilité de faire une mise en garde à l'usager de drogues.

Le **12 mai 1987**, la circulaire Justice-Santé abroge les circulaires précédentes, et introduit une nouvelle distinction au niveau de l'usage, en se basant non plus sur le produit, mais sur le caractère occasionnel ou répété de la consommation de stupéfiants. Les usagers "occasionnels", s'ils sont bien insérés, doivent faire l'objet d'un simple avertissement. Pour les usagers "d'habitude", la circulaire recommande le recours à l'injonction thérapeutique ou aux poursuites. Cette circulaire marque la volonté de relancer l'injonction thérapeutique. (42) (23)

La circulaire du **28 avril 1995** fournit une définition précise des candidats à l'injonction thérapeutique; y sont inclus « *...les gros consommateurs de cannabis dépendants ou associant le cannabis à d'autres produits* ». (42)

5. LES MODIFICATIONS DE LA LOI DE 1970

La France a ratifié les Conventions internationales de 1961 et 1971, son droit interne doit donc être en accord avec leurs dispositions, en application de l'article 55 de la Constitution. (50)

C'est par référence à ces conventions que la législation française définit et classe le cannabis parmi les stupéfiants.

L'article R.5181 du CSP qui remplace l'article R.5166 depuis le 29 décembre 1988, mentionne « le cannabis, la plante et sa résine, les préparations qui en contiennent ou sont obtenues à partir du cannabis, de sa plante ou de sa résine » et considère les THC comme stupéfiants, à l'exception du delta 9 THC de synthèse.

5.1. Les modifications de la loi de 1970

La loi n° 70-1320 du 31/12/1970 est toujours en vigueur en France.[42] Depuis cette date, toutes les modifications législatives ultérieures complétant cette loi vont aller dans le sens d'un renforcement de la répression du trafic:

La **loi du 17 janvier 1986** prévoit une incrimination spécifique pour les petits revendeurs, appelés aussi usagers-revendeurs, qui sont les usagers qui se transforment en revendeurs pour assurer leur propre consommation. Cette loi permet de lutter plus efficacement contre le trafic de rue. [23]

La **loi n° 87-1157 du 31 décembre 1987**, prévoit quant à elle l'exemption ou la réduction de peine pour ceux qui révèlent une infraction ayant trait au trafic de stupéfiant avant sa réalisation, ou qui permettent l'identification de leurs complices. Elle facilite ainsi l'identification des réseaux de trafiquants.

Cette loi incrimine également pour la première fois le blanchiment des produits du trafic de stupéfiants.

Elle aggrave enfin la répression pour cession et offre à des mineurs, ainsi que l'offre et la cession dans des centres d'enseignement, ou dans les locaux de l'administration. Il s'agit de protéger une clientèle particulièrement vulnérable. [23]

De nombreuses lois viennent compléter le dispositif de lutte contre le blanchiment des produits du trafic. Un bureau spécial a même était créé au ministère de la Justice. (supra p.55)

La répression de l'usage est par contre toujours l'objet de débats incessants, mais n'a jamais été modifiée dans les textes de loi depuis 1970. [42]

Jusqu'en 1994, les dispositions relatives à la répression du trafic de stupéfiants, et par là-même du cannabis, se trouvaient dans le code de la santé publique, dans les articles L 627 et suivants.

(supra p. 58)

Depuis 1994, ces dispositions ont été transférées dans le nouveau Code Pénal **(loi du 16 décembre 1992)**, et forment les articles 222.34 à 222.51, inclus dans le chapitre réprimant les atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne.

A cette occasion, les peines correspondant à ces délits ont été considérablement alourdies.[23] De plus, de nouvelles dispositions qualifient comme crimes les infractions commises dans le cadre du trafic organisé [42], dans le but de lutter contre l'organisation de plus en plus grande des réseaux de trafiquants. [51]

Dans le CSP ne demeurent que les dispositions relatives à l'incrimination de l'usage des stupéfiants (article L 628), et celles relatives à la prise en charge médicale des toxicomanes (articles L 355.14 à L 355.21).

Ainsi est faite une *distinction entre, d'une part les trafiquants qu'il importe de sanctionner* (Code pénal), *et d'autre part les toxicomanes que l'on désire soigner* (Code de la Santé Publique). Cette idée poursuit l'orientation donnée par la loi de 1970. [50]

5.2. Les dispositions de la loi du 31 décembre 1970 modifiée

5.2.1. Les autorisations

Des dérogations concernant la production, la mise sur le marché, l'emploi et l'usage de cannabis peuvent être accordées par le directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS) aux fins de recherche, de contrôle ou de fabrication de dérivés autorisés (Art. R.5181 du CSP). L'importation et l'exportation de variétés de cannabis dépourvues de propriétés stupéfiantes peuvent être autorisées, sur proposition du directeur général de l'AFSSaPS, par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de l'industrie. [50]

5.2.2. Les sanctions

5.2.2.1. Les crimes

Sont considérés comme des crimes dans le nouveau Code Pénal: [42]

- la production ou la fabrication illicites de stupéfiants, avec des peines pouvant aller jusqu'à 20 ans de réclusion criminelle et 50 000 000 francs d'amende (Art. 222-35 1er alinéa), la peine de réclusion pouvant être portée à 30 ans dans le cas de faits commis en bande organisée (Art. 222-35 2ème alinéa).

- l'importation ou l'exportation illicite de stupéfiants en bande organisée, avec une peine de 30 ans de réclusion criminelle et 50 000 000 francs d'amende (Art. 222-36 2ème alinéa).

- la direction ou l'organisation d'un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi "illicites" de stupéfiants, punie d'une réclusion criminelle à perpétuité et de 50 000 000 francs d'amende (Art. 222-34).

- le blanchiment de l'argent provenant de crimes précédemment cités, puni de 20 ans de réclusion à la réclusion criminelle à perpétuité et de 50 000 000 francs d'amende (Art. 222-38 2ème alinéa).

5.2.2.2. Les délits

Dans le Code de la santé publique:

- l'usage illicite, même en privé, de stupéfiants est puni d'1 an d'emprisonnement et de 25 000 francs d'amende (Art. L.628). Les tribunaux ordonnent de plus la confiscation des plantes ou substances saisies (Art. L.629). Mais, la circulaire du ministre de la Justice du 12 mai 1987 (supra p. 61) recommande aux parquets de ne prononcer qu'un avertissement à l'encontre de l'usager occasionnel.

- le fait de provoquer à l'usage illicite de stupéfiant ou à l'une des infractions prévues par les articles 222.34 à 222.39 du Code pénal, de présenter ces infractions sous un jour favorable est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende (Art.L.630).

Dans le nouveau Code pénal sont réprimés:

- l'offre ou la cession en vue de consommation personnelle, avec 5 ans d'emprisonnement et 500 000 francs d'amende (Art.222-39 1er alinéa);

- l'offre ou la cession à des mineurs, dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, avec en plus une peine d'emprisonnement aggravée à 10 ans (Art. 222-39 2ème alinéa).

- la provocation d'un mineur à l'usage de stupéfiants, avec 5 ans d'emprisonnement et 700 000 francs d'amende et une circonstance aggravante pour un mineur de moins de 15 ans, avec 7 ans d'emprisonnement et 1 000 000 francs d'amende (Art. 227-18).

- la provocation d'un mineur au trafic de stupéfiants (transport, offre et cession), avec 7 ans d'emprisonnement et 1 000 000 francs d'amende, et une circonstance aggravante pour un mineur de

moins de 15 ans portant la peine à 10 ans d'emprisonnement et 2 000 000 francs d'amende (Art. 227-18-1).

- le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition, l'emploi, l'importation ou l'exportation illicites de stupéfiants ainsi que la facilitation de l'usage (ordonnance fictive ou de complaisance), avec une sanction de 10 ans d'emprisonnement et 50 000 000 francs d'amende (Art.222-37 et 222-36 1er alinéa).

- le fait de ne pas pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie tout en étant en relation habituelle avec une personne se livrant au trafic ou à l'usage de stupéfiants, avec 5 ans d'emprisonnement et 500 000 francs d'amende, portés à 10 ans d'emprisonnement et 50 000 francs d'amende si ces personnes sont mineures (Art.222-39).

- le blanchiment simple de l'argent, sanctionné de 5 ans d'emprisonnement et
2 500 000 francs d'amende et le blanchiment aggravé, à savoir commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités que procure l'exercice d'une activité professionnelle ou encore commis en bande organisée, puni de 10 ans d'emprisonnement et 50 000 francs d'amende (Art.324-1).
Enfin le blanchiment de l'argent provenant du trafic de stupéfiants (importation, acquisition, cession, transport, détention, offre) fait encourir une sanction de 10 ans d'emprisonnement et
5 000 000 francs d'amende (Art.222-38 1er alinéa).

A toutes ces peines peuvent s'ajouter des peines complémentaires telles que l'interdiction de séjour, l'interdiction du territoire français, l'interdiction des droits civiques, civils et de famille, la fermeture de tout établissement ouvert au public dans lequel l'infraction a été commise, la suspension du permis de conduire ... (Art.222-44 et suivants du code pénal)

Ces sanctions constituent, dans l'esprit de la nouvelle rédaction du Code Pénal, les peines maximales pouvant être encourues pour chacune des infractions à la législation sur les stupéfiants en France correspondantes.

5.2.2.3. Mesures d'exception

Des règles de procédure différentes du droit commun accompagnent ces textes. Ainsi:

- la garde à vue peut durer 4 jours;
- des perquisitions peuvent avoir lieu à toute heure du jour et de la nuit;
- la contrainte par corps pour assurer le paiement des amendes peut aller jusqu'à 2 ans de prison (elle ne peut excéder 4 mois en droit commun). (61)

5.2.3. Prise en charge médicale

Mais il ne faut pas oublier que la loi du 31 décembre 1970 considère l'usager comme malade. Ainsi, l'article L.355-14 du CSP (supra p. 58) dispose en forme de principe que, toute personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire. (50)

Le procureur de la République peut donc enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale (Art. L.628.1 du CSP), au lieu de faire l'objet de poursuites judiciaires. C'est *l'injonction thérapeutique*. Elle exige, pour sa réelle efficacité, d'une part la participation active de l'intéressé et d'autre part une étroite coordination entre les autorités judiciaires et les autorités sanitaires qui se tiennent régulièrement informées de la situation médicale et sociale de l'intéressé. L'autorité sanitaire (DDASS) est responsable du bon déroulement du traitement. (41)

La poursuite régulière d'un traitement jusqu'à son terme a pour effet de soustraire l'intéressé aux poursuites, voire même à la sanction pénale. A l'inverse, les personnes qui se soustrairaient à l'exécution d'une décision ayant ordonné la cure de désintoxication seraient punies des peines d'emprisonnement et amendes sanctionnant l'usage illicite de stupéfiants. (50)

Mais l'injonction thérapeutique ne peut concerner que les usagers simples, les usagers-revendeurs ne peuvent en bénéficier. (41)

L'injonction thérapeutique, très attractive en théorie, aura en fait du mal à se mettre en place, notamment du fait d'une collaboration quasi inexistante entre les autorités sanitaires et les autorités judiciaires. De plus, les choix politiques privilégient selon les périodes, soit les questions de santé publique, soit la répression, ce qui ne facilite pas l'utilisation de l'injonction thérapeutique. (23)

Ainsi, après de difficiles débuts, elle parait devoir être définitivement abandonnée au début des années quatre-vingts. Une première relance en 1987, largement relayée par les médias, la fait redécouvrir, avant celle de 1995. Mais le nombre d'injonctions prononcées s'avère dérisoire encore actuellement.

C. LA SITUATION CHEZ NOS VOISINS EUROPÉENS

1. INTRODUCTION

Le cannabis est la drogue la plus répandue en Europe.

Tous les états de l'Union européenne ont ratifié la Convention internationale sur les stupéfiants de 1961, ainsi que les Conventions de 1971 et de 1988. A ce titre, le cannabis doit donc être considéré comme stupéfiant dans les législations nationales, avec tous les interdits que cela entraîne.

Mais, comme nous l'avons constaté, le débat concernant la dépénalisation éventuelle du cannabis est ouvert dans la majorité de ces pays, et sur le terrain, *le degré de tolérance est très variable d'un État à l'autre*. Certains pays tolèrent certaines formes de possession et de consommation et adoptent donc une politique de tolérance et de dépénalisation de fait concernant la détention et l'usage privé du cannabis, d'autres imposent des mesures administratives ou des amendes, d'autres encore des sanctions pénales. (40) (61)

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), dont le siège est à Lisbonne (Portugal), a cherché à comprendre la situation actuelle des États de l'Union européenne en comparant les différentes lois nationales.

Ainsi, certains pays européens distinguent dans leur législation les drogues dures et les drogues douces: c'est le cas en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas. Le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, la Grèce, le Portugal et le Luxembourg ne font, de même que la France, aucune distinction entre les différentes drogues.

Quant à l'usage de cannabis, il existe de grandes différences dans l'attitude de principe des États. Sa pénalisation "de fait" varie d'un pays à l'autre(21), mais on peut constater que seuls trois pays

répriment réellement l'usage personnel de cannabis par des peines d'emprisonnement, à savoir la France, le Luxembourg et le Portugal. Dans ces deux derniers états, le juge tiendra compte des quantités absorbées quotidiennement pour prendre sa décision. Pour les autres, l'usage n'est pas incriminé "de fait". (60)

La plupart des États ont prévu des mesures de soins, alternatives à la répression de l'usage de stupéfiants. (41)

En ce qui concerne le trafic, les États mènent des politiques similaires, à savoir une forte répression des trafiquants, conformément aux trois conventions internationales. (41)

N'ayant pu réunir un état des lieux dans chacun des états de l'Union européenne (UE), nous ne présenterons que les données recueillies auprès de 6 de ces 15 états, plus la France déjà étudiée.

2. QUELQUES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE

2.1. Les Pays-Bas

Ce pays est le plus libéral des pays européens en matière de toxicomanie. Il fut le premier à établir, en 1976, une distinction entre drogues douces et drogues dures.

L'Opium Act de 1919, amendé en 1928, a régi jusqu'en 1976 la production, la distribution et la consommation des substances psychoactives. Ainsi, la possession, la distribution, la production, l'exportation et l'importation de tous les stupéfiants étaient punies par la loi, conformément aux conventions internationales. L'usage de drogues n'était pas puni, mais la possession en vue de

l'usage sanctionnée par la loi.[64] Théoriquement la possession de moins de 30g de cannabis devait être punie d'un mois de prison, mais en pratique aucune sanction n'était prononcée la plupart du temps. Juridiquement, il n'était en aucun cas question de légalisation ni de dépénalisation. Tout au plus s'agissait-il d'une *décriminalisation de facto* [61].

Depuis 1976, année du dernier amendement de l'Opium Act, une distinction est faite entre les drogues dures, regroupées dans le tableau I accompagnant la loi, qui entraînent un risque majeur pour la santé, et les drogues douces, figurant dans le tableau II, qui ne comprend que le cannabis et ses dérivés [13] . Les sanctions applicables aux infractions concernant les substances du tableau I sont plus lourdes que celles applicables aux infractions concernant le cannabis [13] .
Le but du gouvernement est de séparer les marchés de ces deux types de drogues. Ainsi, il espère empêcher les consommateurs de drogues douces, et en particulier les jeunes, d'accéder à des drogues plus dangereuses, et d'entrer dans les circuits criminels. [64]

Depuis cette date, l'usage et la production pour consommation personnelle de cannabis sont tolérés. Il peut être acheté ouvertement de petites quantités de cannabis, jusqu'à 5 grammes d'"herbe" ou de haschisch par personne depuis 1996 (auparavant 30 grammes), dans les 2 500 coffee-shops du pays[34]. Il est interdit de vendre une quantité supérieure à 5 grammes [61]. Ces coffee shops adhèrent aux critères nationaux AHOJ-G, à savoir pas de publicité, pas de vente de drogue dure, pas de nuisance pour le voisinage, pas de vente de cannabis aux moins de 18 ans (les mineurs), et pas plus de 5 grammes par personne [64].

Les conventions internationales n'imposent aucune condition pour l'application pratique de la loi. Elles reconnaissent explicitement que cette application peut être limitée par des principes inhérents

à la souveraineté nationale. C'est par ce biais que les Pays-Bas s'autorisent à ne pas poursuivre la vente de cannabis dans les établissements fréquentés par les jeunes et dans les coffee-shops. (13)

La culture tolérée pour la consommation personnelle est limitée à une surface cultivée maximale de 1 mètre carré. Cette culture est autorisée pour la production de graines, la protection des jardins contre le vent et les applications industrielles du cannabis. Mais comment prouver la destinée exacte des plantations... Il existe des magasins spécialisés qui proposent informations et matériels pour ces cultures.

Considérant qu'il est impossible d'enrayer complètement toute consommation de drogue, l'objectif de cette politique est de gérer et contrôler la consommation, dans un but de protection de la santé, plutôt que de la combattre à tout prix. (13)

Une importante politique d'éducation et de prévention est mise en place parallèlement.

Actuellement, les Pays-Bas reçoivent d'importantes pressions de la communauté internationale, et notamment de la France, pour réévaluer leur politique en matière de cannabis, et s'aligner sur leurs voisins. (32)

Rappelons que le trafic est totalement prohibé , et que la police participe activement à la lutte internationale contre les trafiquants.

2.2. L'Espagne

Au début des années 1980, l'Espagne avait également dépénalisé la consommation personnelle de drogues. Mais, depuis 1992, elle est revenue en arrière. La loi du 21 février 1992, dite loi de "sécurité urbaine", sanctionne la consommation de stupéfiants dans les lieux publics. Les sanctions sont administratives, et prennent la forme essentiellement d'amendes, parfois, selon les

circonstances, un retrait du permis de conduire; elles sont prononcées par le ministère de l'Intérieur et non par la justice. [34]

La différence drogue dure et drogue douce existe aussi. L'usage personnel est toléré mais la vente, le trafic et la culture de cannabis sont interdits. L'acquisition pour la consommation personnelle n'est pas réprimée. La quantité maximale détenue autorisée, par personne, est de 50 g pour 3 jours.

2.3. L'Italie

En 1929, la loi n° 296 du 18/02/1929, sanctionnait le trafic illicite et l'usage en groupe mais pas l'usage individuel; en 1930, une modification du code pénal a introduit la possibilité de dresser une contravention pour tout usage en lieu public ou privé uniquement si les effets sont "manifestes", et a qualifié de délit tout commerce clandestin et toute vente à un mineur de moins de 16 ans.

La situation se durcit en 1954 à travers la loi du 29 octobre. "Fumer un joint" peut coûter à son auteur jusqu'à 2 ans de prison ferme... et un toxicomane qualifié de "dangereux" est assimilé à un malade psychiatrique et interné. [17]

En 1975, la loi n° 685 qualifie de « déviation » toute consommation de drogues et de « maladie » toute dépendance. Sont donc mis en place une prévention, une assistance et un suivi thérapeutique en milieu ambulatoire, au sein de centres de prévention. La possession de quantités "modiques" de stupéfiants pour usage personnel est dépénalisée[9]. Le consommateur n'est pas "puni" pour un usage personnel de petites quantités.

Les résultats de ces lois successives sont insatisfaisants: les cas de SIDA, de mort par overdose et de toxicodépendance en milieu carcéral augmentent...en effet l'implantation des centres de prévention n'est pas réalisée dans toutes les régions. [17]

Une nouvelle loi devait être adoptée en 1990: c'est la loi n° 162 qui interdit à nouveau l'usage et la détention pour usage de stupéfiants. Elle introduit des sanctions administratives, en cas de détention de stupéfiants en quantité ne dépassant pas la "dose moyenne journalière" fixée par décret du ministre de la Santé, soit 0.50g pour la résine de cannabis. Lors de récidives ou de quantités supérieures, des sanctions pénales sont appliquées.[9] Les soins deviennent obligatoires pour tout "drogué dépendant".

Par le référendum du 18 avril 1993, les italiens ont abrogé le système relativement répressif mis en place par cette loi de 1990 [25]. Ainsi, les dispositions prévoyant des sanctions pénales en cas de possession de drogue pour usage personnel ont été abrogées. Depuis, la détention de stupéfiants pour usage personnel et occasionnel, et donc de cannabis, toute quantité détenue, n'est passible que de sanctions administratives: suppression du permis de conduire par exemple [9].

La loi effectue aussi une distinction entre drogues dures et drogues douces. Ainsi, en cas de détention pour usage personnel de cannabis, la sanction administrative est de durée inférieure à celle appliquée aux usagers de drogues dures, et peut être remplacée, lors d'une première arrestation, par une "admonestion".[9] Les sanctions administratives sont suspendues si le prévenu suit un programme thérapeutique: c'est la "liberté thérapeutique". Une information sur les toxicomanies et leurs risques se met en place au niveau national. [17]

Dès lors, l'Italie a une législation très proche de celle de l'Espagne en matière de stupéfiants.

Seuls les trafiquants encourent de lourdes peines; celles-ci ont d'ailleurs étaient augmentées par la loi de 1990. [23]

L'Italie s'interroge actuellement sur les "erreurs du passé"; l'insécurité urbaine fait l'objet de nombreuses études; l'immigration est un problème grave en Italie et fortement lié à celui de la drogue; régler l'un permettrait d'apporter quelques réponses à l'autre. Mais la nouvelle stratégie politique en matière de drogues est "d'empêcher plus que d'interdire"... [17]

2.4. L'Allemagne

La possession de cannabis, même pour usage personnel, est interdite et peut être sanctionnée de 3 à 5 ans de prison. Mais en avril 1994, la Cour constitutionnelle de justice a ordonné aux Länder de cesser leur poursuite à l'encontre des personnes arrêtées, dès lors qu'elles ne détenaient qu'une "petite quantité de cannabis" et pour un usage privé [34] [25]. Cependant, la décision de la Cour ne précise pas ce qu'est une petite quantité; chaque Land est donc libre de son interprétation.

Par contre la Cour a bien souligné que la vente, le commerce, l'importation ou la cession de cannabis en grosses quantités restaient punissables de peines de prison allant jusqu'à 5 ans. [25]

Le ministère allemand de la Santé envisage de légaliser le cannabis dans le domaine médical, pour des patients souffrant de maladies chroniques.

2.5. La Grande Bretagne

Bien plus libérale dans les faits, elle fait partie "officiellement" des pays les moins tolérants.

Le gouvernement de Tony Blair s'oppose catégoriquement à la dépénalisation, même des drogues douces. Il n'y a d'ailleurs pas de distinction entre drogues dures et drogues douces. Ce gouvernement a décidé de faire preuve d'une extrême fermeté face à la consommation et au trafic de drogue. [25]

Le cannabis sous toutes ses formes est contrôlé par le "*Misuse of Drugs Act 1971*" (la loi de 1971 sur l'abus de drogues), qui réglemente l'ensemble des substances psychotropes [9]. Les stupéfiants y sont divisés en 3 classes, le cannabis et sa résine appartenant à la classe B, alors que le cannabinol est inscrit dans la classe A aux côtés des opiacés [9]. La vente, la cession, la culture, la possession sont illégales [31]. Les peines varient selon le type de drogue, le type d'infraction, et le tribunal qui instruit l'affaire [9].

L'usage personnel est interdit à travers la possession, mais, en pratique il n'est pas souvent puni, et l'usager se voit délivrer un avertissement et s'engage à ne pas récidiver.

La seule réforme envisagée concerne la délivrance de cannabis aux malades, à la condition que les tests en cours soient concluants [34].

En ce qui concerne le trafic, le "Drug Trafficking Offences Act 1986" vise à empêcher les grands trafiquants de conserver leurs bénéfices lorsqu'ils sont arrêtés [9].

2.6. La Belgique

Il convient de rappeler que ce pays a ratifié tardivement les conventions internationales de 1971 sur les substances psychotropes et de 1988 concernant le trafic de substances stupéfiantes et psychotropes.

La principale source de droit pénal concernant les drogues est la loi du 24 février 1921, modifiée par celle du 9 juillet 1975 dans un sens plus répressif en accord avec les conventions internationales. Dans cette loi, seul l'usage en groupe (et non l'usage simple) est sanctionné. Sont également réprimés la détention, y compris dans le sang et les urines, l'acquisition et le trafic.

L'usage personnel ne semble donc pas incriminé par la loi, mais il est artificiellement assimilé à la détention, puisqu'il est impossible pour un usager de ne pas avoir de traces de cannabis dans son sang ou ses urines.[61]

En pratique, on constate que les parquets appliquent souvent une décriminalisation de fait du cannabis, en proposant une amende aux usagers occasionnels et un classement sans suite. L'usager habituel sera invité à suivre des mesures thérapeutiques.

D. CONCLUSIONS

1. L'APPLICATION DES CONVENTIONS INTERNATIONALES

Les premières conventions internationales de 1961 et 1971 ont plutôt engagé les Etats-Parties à réglementer le marché des stupéfiants et des psychotropes et à ne reconnaître, pour ces produits, qu'un usage à des fins médicales et scientifiques. D'après ces conventions, l'usager de la drogue est "un malade qu'il faut soigner"; il n'est pas prévu expressément de le sanctionner; elles ont donc recommandé de privilégier l'information et la réadaptation des toxicomanes. Pourtant elles prévoient une action répressive en cas de non-respect de leurs directives (excepté pour les usages culturels et traditionnels des drogues).

Il faudra attendre la Convention de Vienne de 1988 pour voir la mise en place de mesures et de moyens pour lutter contre le trafic de drogues et leur usage. Cette convention encourage en effet les États-Parties à prendre des mesures pour réprimer l'usage, en incriminant la détention et l'achat de cannabis aux fins de consommation personnelle... mais dans le respect de leur droit interne. L'usager devient un délinquant. Pourtant, on s'aperçoit que l'usage privé n'est nulle part incriminé en tant que tel..l'usager est répréhensible en tant que détenteur ...

Les textes internationaux ne visent donc pas directement l'usage et se concentrent sur l'abus, l'acquisition, le trafic et la détention.[61] L'usage occasionnel de cannabis passe à travers les dispositions des Conventions.

Ainsi, même en étant signataire des Conventions internationales, qui obligent à sanctionner toute possession ou autre activité concernant le cannabis, chaque État peut ne pas "criminaliser" l'usage sur la base du respect de la déclaration universelle des droits de l'homme, et surtout du respect de la liberté individuelle .. mais il faudra que le détenteur détienne une quantité destinée uniquement à

son usage personnel. Toute détention de quantités importantes est sanctionnable. Il semble toutefois que ces Conventions ne constituent pas une barrière à l'application de sanctions mineures pour la possession ou l'usage de drogues. [32]

La convention de 1988 a prôné la coopération internationale pour la surveillance et la répression des trafics illicites de stupéfiants et de psychotropes, au vu de leurs conséquences sociales.
Sur la scène internationale, INTERPOL travaille en collaboration avec la Commission des stupéfiants afin d'aider à la prévention et la répression en matière de trafic de stupéfiants. C'est une organisation internationale de police criminelle (OIPC), créée en 1956 en remplacement de la Commission internationale de police criminelle. Elle a pour mission d'assurer et de promouvoir l'assistance mutuelle la plus large possible entre toutes les autorités de police criminelle, et de développer des institutions pouvant contribuer à la suppression et à la prévention des infractions pénales; elle a vu, au fil des années, sa compétence couvrir le secteur des stupéfiants.[23] [9]
Ses agents spécialisés mènent des actions pour lutter contre les trafiquants.
INTERPOL est surtout un organisme chargé de l'échange d'information et de la communication en matière policière au niveau international.

2. L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES EUROPÉENNES

L'évolution des politiques européennes en matière de drogues, et les nouvelles approches juridiques envers les drogues illicites, en particulier le cannabis, indiquent une tendance à la dépénalisation de certains comportements, liés à la consommation et à la possession de drogues pour un usage personnel. Ainsi, en dépit des approches juridiques différentes concernant le cannabis, au stade des poursuites, une tendance commune semble être observée dans les États membres: le développement

d'une gamme d'autres mesures, en cas de possession de petites quantités de cannabis pour usage personnel. Les amendes, les cautions, la probation, l'exemption de sanction et le conseil médical sont les réponses les plus courantes des systèmes judiciaires européens aux infractions liées au cannabis. [40]

Mais, comparée à la majeure partie de ses partenaires européens, la politique française en matière de cannabis n'évolue pas, faute d'une véritable volonté politique[2]. Elle est l'une des plus répressives de l'Union européenne. Seuls le Luxembourg, la Finlande et le Portugal répriment encore, comme la France, l'usage privé du cannabis [2]... toutefois il faut reconnaître que si la sanction existe en droit, elle est rare dans les faits.

Les nouvelles stratégies en matière de drogues se concentrent sur des aspects tels la prévention, l'aide et le traitement pour les consommateurs de drogues, et les sanctions pour les trafiquants [40].

3. LA COOPÉRATION EUROPÉENNE

La coopération européenne en matière de drogues commence dès les années 1970, avec le regroupement de plusieurs pays au sein de différentes organisations:

3.1. Le groupe Pompidou

Le groupe Pompidou est créé en 1971 pour examiner sous un angle pluridisciplinaire les problèmes de l'abus et du trafic illicite des stupéfiants. Ses activités continuent au sein du Conseil de l'Europe depuis 1980. Ce groupe rassemble 29 états. [23]

Mais l'influence des travaux du groupe sur les pratiques judiciaires nationales est faible [16].

3.2. Les accords de Schengen

Ces accords, signés le 14 juin 1985 entre l'Allemagne, le Bénélux et la France, et plus tard l'Italie, l'Espagne, le Portugal, la Grèce et l'Autriche, visent l'instauration de la libre circulation des personnes dans l'espace Schengen. L'article 19 de ces accords mentionne la volonté de rechercher une harmonisation des législations et réglementations, notamment en matière de stupéfiants.

La Convention d'application de ces accords, ratifiée le 19 juin 1990 et entrée en vigueur le 26 mars 1995 (hors la Grèce, l'Italie et l'Autriche), organise, dans les articles 70 à 76, le régime de contrôle commun aux États dans la lutte contre les stupéfiants. Ainsi, l'article 71 préconise la prévention et la lutte contre le trafic; l'article 72, la saisie et la confiscation des produits du trafic illicite; et l'article 76, une harmonisation des législations respectives sur la base de la loi la plus rigoureuse en matière de contrôle des stupéfiants. [16]

Mais en pratique, chacun des pays signataires reste sur ses positions, tout en s'engageant à prendre des mesures pour réprimer l'exportation illicite, la vente, la distribution et la livraison des stupéfiants, y compris les dérivés du cannabis.

3.3. L'Union européenne

Le texte principal définissant la construction de l'Union européenne prend en compte la lutte contre les stupéfiants.

Les autorités locales, régionales et nationales sont les principales concernées par la question de la lutte contre la drogue. Mais l'Union européenne a aussi trouvé sa place. L'action contre la drogue de l'Union européenne et l'action concertée des états membres débutent à la fin des années 1980. [13]

Le traité sur l'Union européenne, entré en vigueur le 1er novembre 1993, chargé de la mise en oeuvre des accords de Maastricht, aborde, sous des angles différents dans chacun des trois piliers de l'architecture de l'Union européenne (santé, politique étrangère et de sécurité commune, dimension répressive), le thème de la drogue[23]. Il introduit des compétences spécifiques de l'Union européenne en matière de drogues.

Rappelons que la santé publique est de la compétence nationale; les statuts de l'OMS en témoignent. A moins d'une unanimité entre les 15 Etats membres, des dispositions communautaires en matière de santé publique auront du mal à s'instaurer et à s'imposer...mais une politique communautaire peut voir le jour...

L'article K1 du traité définit la lutte contre la toxicomanie comme une question d'intérêt commun. L'article 129 établit que les états membres doivent coordonner leurs politiques en matière d'information, de prévention et de recherche sur la toxicomanie; ceci contribuant à la lutte contre la demande. [13]

Pour lutter contre l'offre, l'Union européenne dispose de textes législatifs relatifs au contrôle des précurseurs, au blanchiment de l'argent de la drogue qui constitue un délit dans tous les états membres. La lutte contre le trafic de stupéfiants est facilitée par des échanges d'information et une coopération entre les douanes. L'Union européenne a également mis en place une coopération avec les pays producteurs de drogues, afin de faire diminuer cette production.

3.4. L'O.E.D.T. et EUROPOL

Afin d'accéder à une meilleure connaissance du phénomène de la drogue, *l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)* est créé en 1993. Il a pour mission de fournir une information objective et comparable à l'échelon européen sur le sujet de la drogue. [58]

Il a en effet quatre fonctions fondamentales:

- recueillir des informations dans les différents Etats membres;
- comparer les différentes méthodes;
- diffuser les données de façon compréhensible;
- s'intéresser aux pays hors Union européenne;
- ... .

Enfin, la mise en place d'EUROPOL, organisme de coopération entre les polices européennes, permet l'échange d'informations entre les polices des états membres [13].

CHAPITRE III :

LA SITUATION SUR LE TERRAIN EN FRANCE

1. ÉPIDÉMIOLOGIE

1.1. Consommation dans la population générale

Le cannabis est, en France, comme aux États-Unis et dans les autres pays européens, la drogue illicite la plus consommée.

Une enquête menée par le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) en 1995/1996, parmi les adultes âgés de 18 à 44 ans, montre qu'un quart de la population testée a déjà "essayé" le cannabis, dont 7.5% au cours de l'année [42]. Mais comme pour toutes les drogues, il est impossible de faire une estimation exacte du nombre de consommateurs, du fait du caractère "clandestin" de la consommation.

Produits consommés	Au cours de la vie	Au cours de l'année
Cannabis	24.3 %	7.5 %
Cocaïne	1.7 %	ns
Héroïne	0.5 %	ns
Ecstasy/amphétamine	1.1 %	ns
Hallucinogènes	2.4 %	ns
Médicaments	1.5 %	ns
Produits à inhaler	1.5 %	ns
Autres drogues	ns	ns
Toutes substances	25.1 %	7.7 %

ns: non significativement différent de zéro. *Source : Baromètre Santé adultes 95/96, CFES.* [42]

Enquête téléphonique réalisée en 1995, reposant sur un échantillon de 1993 individus représentatifs de la population française.

Contrairement à de nombreuses autres drogues, le cannabis concerne l'ensemble des classes sociales et n'est pas le fait uniquement des milieux marginaux. D'après l'étude du Dr Ingold, la plupart des consommateurs sont bien insérés socialement, la moitié ayant un niveau d'études supérieures. Les fumeurs vivant dans la marginalité ou bénéficiaires du RMI sont minoritaires. [54]

1.2. La consommation chez les jeunes

La consommation de cannabis touche essentiellement la jeunesse de 16 à 25 ans. En effet, l'adolescence correspond le plus souvent à la période des premières consommations. A travers plusieurs enquêtes menées en milieu scolaire ou par téléphone, on estime que plus d'un tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans ont expérimenté une drogue au cours de leur vie, presque exclusivement du cannabis. L'âge moyen de la première consommation de cannabis est d'environ 16 ans. Depuis le début des années 1990, on constate une augmentation des jeunes consommateurs; cette évolution étant due essentiellement à la banalisation de l'usage du cannabis, ainsi qu'à une accessibilité très facile de celui-ci. [42]

1.3. Consommation en fonction du sexe

On constate que les hommes sont plus nombreux que les femmes à se déclarer consommateurs, mais les chiffres entre les deux sexes se rapprochent de plus en plus chez les jeunes.

	Hommes	Femmes
18-24 ans	37 %	32 %
25-34 ans	34 %	18 %
35-44 ans	25 %	12 %
45-59 ans	4 %	4 %
60-75 ans	2 %	0 %

Usage de cannabis au cours de la vie, selon l'âge et le sexe - *Source CFES 95/96*

Les consommations régulières sont essentiellement le fait des garçons, les filles se limitant souvent à l'expérimentation ou à une pratique occasionnelle. De plus, on observe que les propositions sont plus souvent adressées aux garçons (53% contre 45% pour les filles) et plus souvent acceptées par les garçons. [42]

1.4. Produits consommés

D'après l'enquête menée par Ingold et Toussirt [41], il apparaît que les fumeurs de cannabis sont majoritaires par rapport aux autres modes de consommation (gâteaux, tisanes...). De plus, on s'aperçoit que la résine est la forme la plus consommée, car la plus disponible sur le marché, et donc la moins chère. L'herbe, quant à elle, apparaît comme la forme la plus appréciée des consommateurs.

Pour satisfaire leur besoin en herbe, de nombreux consommateurs n'hésitent pas à produire leur propre récolte. Elle est destinée à la consommation personnelle ou à celle des proches. Cette pratique permet d'obtenir de l'herbe de meilleure qualité que celle trouvée sur le marché, à un prix modéré et en dehors de tout trafic clandestin[23]. D'ailleurs, la géographie de l'autoproduction, autrefois limitée à des zones agricoles et campagnardes, comme l'Ariège, l'Ardèche, le Luberon, les Cévennes..., recouvre maintenant tout le territoire, que ce soit dans les jardins, les champs, sur les balcons ou encore dans les appartements avec un équipement sophistiqué [54].

1.5. Pourquoi cette consommation

La consommation de cannabis a de multiples fonctions. Nombreux sont ceux pour qui le cannabis est synonyme de convivialité, et permet de se procurer un moment de détente. Certains l'utilisent comme somnifère, ou pour combattre un état de déprime ou d'anxiété.[30] D'autres le consomment comme une drogue de confort, au même titre que le tabac ou l'alcool, sans que cette consommation n'est de conséquence sur leur vie active. Il peut aussi être utilisé pour faciliter la communication ou la créativité [61], pour atteindre un état d'euphorie [30].

1.6. Coût de la consommation

Le prix du cannabis en France est relativement stable ces dernières années. Il varie en fonction de la qualité du produit et de la quantité achetée. Le prix du haschich marocain est d'environ 35 à 50 francs le gramme pour des petites quantités, et d'environ 350 francs pour 10 à 12 grammes. La résine de cannabis est généralement vendue par barrette de 100 francs, soit environ 3 grammes; on la retrouve aussi sous forme de morceaux de 12, 25 et 250 grammes, appelés "savonnettes".

Le prix de l'herbe est de 60 à 70 francs le gramme.

En moyenne, on peut dire qu'un usager régulier dépense entre 400 et 600 francs par mois pour se procurer de la résine de cannabis.

1.7. Flux des produits

1.7.1. La résine de cannabis

La résine de cannabis trouvée en France provient majoritairement du **Maroc**, soit directement, soit en transitant par l'Espagne ou l'Algérie. Dans toute la vallée du Rif et ses contreforts, la culture du cannabis fait la fortune des habitants. La surface occupée par le chanvre était estimée à 70 000 hectares en 1995. Le roi Mohammed V a accordé aux habitants de cette région le privilège de la culture légale du cannabis, toutefois le transport et le commerce en restent interdits. Mais devant la demande croissante en Europe, les interdits de commerce sont évidemment transgressés, et la précieuse pâte obtenue gagne les ports marocains pour alimenter l'Europe du Sud. [63]
L'**Espagne**, de part sa situation géographique, occupe une place prépondérante dans le trafic de la résine de cannabis en provenance du Maroc, avec un important rôle de stockage et de transit.

Les quantités saisies en France en 1998 étaient destinées essentiellement au marché français, aux pays du nord de l'Europe, à savoir les Pays-Bas, l'Allemagne, la Belgique, le Royaume-Uni, ainsi qu'à l'Italie. [42] [44]

1.7.2. L'herbe de cannabis

La provenance de l'herbe de cannabis trouvée sur le territoire français en 1998 est multiple. La majorité provient d'Europe, notamment des Pays-Bas et de la France elle-même, le reste arrive de différents pays africains ou des Caraïbes, une minorité d'Amérique du Sud.

La destination de l'herbe de cannabis saisie sur le territoire français est essentiellement destinée au marché intérieur, une petite quantité est destinée à la Grande Bretagne et à l'Allemagne. [44]

2. LA SITUATION VUE DU CÔTÉ DE LA POLICE ET DE LA JUSTICE

L'ensemble des données chiffrées provient des bilans annuels de l'OCTRIS, qui rassemble les données des interpellations et des drogues interceptées par la douane, la police et la gendarmerie.

2.1. Saisies

Année	Quantité saisie (kg)	Nombre de saisies
1996	**66 861**	**23 320**
1997	**55 122**	**34 266**
1998	**55 698**	**40 115**

Source: OCTRIS

Les quantités saisies concernent à la fois l'herbe et la résine. En 1998, sur les 55.7 tonnes saisies, on compte 52.2 tonnes de résine et 3.5 tonnes d'herbe. [42]

Les quantités saisies sont à peu près stables ces dernières années, après une forte augmentation depuis les années 1980; mais on constate actuellement une forte augmentation du nombre de saisies, essentiellement pour les petites quantités.

Mais attention, ces chiffres ne représentent pas l'ensemble du trafic; en effet seule une petite partie est interceptée, soit entre 5 et 15 % selon les estimations [23].

2.2. Interpellations

2.2.1. Pour usage

En 1998, les usagers de cannabis représentent 85 % du total des usagers de drogues interpellés, contre 63 % en 1993, cette proportion est en augmentation régulière. Les interpellations pour usage et usage-revente de cannabis passent ainsi, selon les sources de l'OCTRIS, de 30 344 en 1993 à 72 281 en 1998, dont 64 479 interpellations pour usage simple, avec une progression constante chaque année. Sur la décennie 1988 - 1998, l'augmentation est de + 348 % . [44]

On constate une nette augmentation des interpellations de mineurs et de jeunes de moins de 21 ans.

Âge	**1997**	**1998**	**Évolution**
15 ans	1 184	1 490	+ 26 %
16 ans	2 652	3 110	+ 17 %
17 ans	4 894	5 664	+ 16 %
18 ans	6 581	8 218	+ 25 %
19 ans	8 231	9 135	+ 11 %
20 ans	7 660	8 432	+ 10 %
Total	31 202	36 049	+ 17.5 %

Nombre d'usagers interpellés selon leur âge *Source: OCTRIS 1998*

L'ensemble de ces tranches d'âge représente plus de la moitié, soit 50.45 %, des usagers de cannabis interpellés. La part des 21-30 ans est en baisse par rapport à 1997, représentant 41.90 % des interpellés. Enfin, au-delà de 30 ans, le nombre d'interpellations est en décroissance constante et diminue avec l'âge, représentant 7.62 % des interpellations en 1998.

L'âge moyen des usagers de cannabis interpellés est de 21.8 ans en 1998, il était de 22.9 en 1993, c'est l'âge le plus bas parmi toutes les drogues. [44]

Ces croissances s'expliquent à la fois par une modification du comportement des services de police et par la banalisation des consommations de cannabis. [42]

Les interpellations concernent essentiellement des personnes sans profession (37.38 % en 1998) et les étudiants et lycéens (30.30 % en 1998). [44]

2.2.2. Pour trafic

Les trafiquants de cannabis représentent 52 % des trafiquants interpellés, toutes drogues confondues en 1998, soit 2 920 individus. Parmi ces trafiquants, on dénombre 582 trafiquants internationaux, 2 096 trafiquants locaux et 242 revendeurs.

Les trafiquants interpellés sont en majorité (74.04 %) de nationalité française, et presque exclusivement des hommes (91.81 %). On dénote que les interpellations pour trafic, d'individus de moins de 20 ans, sont en augmentation. La tranche 21-25 ans est la plus représentative des individus interpellés, nombreux étant étudiants ou lycéens. [44]

Les interpellations de trafiquants de cannabis ont connu une forte augmentation entre 1993 et 1996 pour chuter depuis. [42]

2.3. Application de la loi

Pour la majorité des usagers de cannabis, la justice utilise le classement sans suite. Cette mesure consiste à remettre l'usager interpellé en liberté, sans poursuite, en lui rappelant la loi et les risques

encourus dans les textes, et en lui confisquant le joint ou le cannabis trouvé.[23] *Il y a donc un décalage entre la loi et son application. On assiste dans la réalité à une dépénalisation de fait de l'usage du cannabis*, reconnue par tous les procureurs. L'ampleur du phénomène de l'usage de cannabis contribue à cette démobilisation des services judiciaires et répressifs, pour éviter un engorgement du système judiciaire. [23]

2.4. L'injonction thérapeutique

Chaque parquet possède ses propres critères pour décider d'une injonction thérapeutique pour un usager de cannabis. Certains cherchent à distinguer les usagers selon leur état de dépendance, réservant l'injonction aux plus dépendants (c'est le cas pour la région lyonnaise où l'injonction thérapeutique est demandée pour une consommation supérieure à 10 joints par jour); d'autres l'utilisent avec un objectif d'information, de prévention et de suivi sociosanitaire. L'application de l'injonction thérapeutique à des usagers de cannabis non dépendants, dans ce cas, semble se généraliser et tend de plus en plus à être utilisée à des fins préventives. [42]

En 1997, environ 60 % des injonctions thérapeutiques suivies concernaient des usagers de cannabis. Mais rapporté au nombre d'usagers interpellés, ce chiffre représente une proportion très faible. [42]

3. L'OPINION DE LA POPULATION

3.1. Perception globale

La part des français considérant le cannabis comme une substance dangereuse a baissé entre 1992 et 1995, passant selon une enquête eurobaromètres, de 69 % à 54 %.

D'après une enquête CSA-Opinion/ l'Événement du jeudi réalisée en 1998[54], la majorité des français considère l'héroïne comme une drogue beaucoup plus dangereuse que le cannabis (62 %) et, parmi les substances légales, le tabac et l'alcool sont considérés par la plupart des sondés comme aussi dangereux, voire plus, que le cannabis. Dans le même ordre d'esprit, le pourcentage de français estimant que la consommation de cannabis n'est pas très grave pour la santé augmente entre 1990 et 1996, mais reste minoritaire à 38 %. [42]

Les fumeurs occasionnels de cannabis ne sont considérés comme des toxicomanes que par une minorité d'individus (27 % en 1997) [42]. Les trois quarts des français pensent, d'après l'enquête du CSA, que les fumeurs de cannabis ne sont pas des délinquants et ne doivent donc pas être punis par la loi. [54]

Mais, en dépit de ce sentiment grandissant de faible dangerosité du cannabis, un sondage Ifop/ l'Événement du jeudi de 1997 révèle que l'opinion publique reste majoritairement opposée à la dépénalisation du cannabis, à 64 % [53].

3.2. Les partisans de la dépénalisation

Depuis quelques temps, des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent d'horizons divers pour réclamer une modification, allant dans un sens plus libéral, de la législation concernant l'usage et même le trafic de cannabis. [23]

3.2.1. Quelques personnalités

Parmi la classe politique, certains n'ont pas hésité à se prononcer en faveur de la dépénalisation du cannabis. Ainsi en est-il pour Élisabeth Guigou, Bernard Kouchner, Dominique Voynet et les Verts pour la Gauche; et Simone Veil et Alain Madelin pour la Droite, cette liste n'étant pas exhaustive.

Parmi les non politiciens on retrouve Jean Pierre Galland, président du CIRC (Centre d'Information et de Recherche sur le Cannabis), Francis Caballero, avocat défenseur des militants de la dépénalisation et président du Mouvement de Légalisation Contrôlée, Pierre Bergé, PDG d'Yves Saint Laurent, Henri Leclerc de la ligue des droits de l'homme, ainsi que la Fédération autonome des syndicats de police. (6)

Le CIRC, mouvement libertaire, milite activement pour la légalisation du cannabis, de son usage, de sa production et de son commerce, par des actions très médiatisées.
Ainsi, c'est ce mouvement qui a envoyé individuellement aux 577 députés de l'Assemblée Nationale, le 10 décembre 1997, une enveloppe contenant un joint. (45)

3.2.2. Les solutions proposées

Les anti-prohibitionnistes, face à une inadéquation de la législation actuelle aux réalités sociales de l'usage de cannabis, réclament une nouvelle réponse sociale à ces pratiques. Ces réponses proposées vont de la libéralisation à la légalisation, en passant par des formules intermédiaires telles la déjudiciarisation ou la dépénalisation. Certains réclament une liberté totale en matière d'usage, d'autres préféreraient une libéralisation partielle selon la dose, le produit utilisé et la fréquence de consommation. (23)
Les principales tendances concernent la dépénalisation de l'usage du cannabis et la légalisation contrôlée:
- *La dépénalisation* consiste à ne plus faire de l'usage un délit. Mais la détention, le transport, la cession, la production...restent sanctionnables pénalement.

L'avantage de cette politique se trouve dans le fait que le consommateur n'est plus perçu comme un délinquant ou un malade, mais comme un citoyen ordinaire [2]. Mais ce même consommateur sera toujours confronté au problème de l'approvisionnement dans le circuit illicite.

- *La légalisation contrôlée* consiste à autoriser l'usage et le commerce du cannabis, tout en organisant et contrôlant la production, la distribution et la consommation, et en développant une politique d'information et de prévention.

Cette politique permet au consommateur de ne plus être en contact avec le marché illicite, de contrôler la qualité des produits, de désengorger les systèmes policiers et judiciaires, et de mieux informer les consommateurs. [2]

Mais de telles dispositions sont contraires au droit international et nécessiteraient une révision des Conventions.

3.2.3. Les arguments

Les arguments invoqués pour justifier leur volonté de dépénalisation ou libéralisation sont nombreux, la liste que nous proposons n'étant pas exhaustive:

- La faible dangerosité du cannabis: La consommation de cannabis n'est pas mortelle, ce qui n'est pas le cas de l'héroïne, de l'ecstasy, de la cocaïne parmi les autres stupéfiants, ou encore du tabac et de l'alcool parmi les drogues licites [53] [8]; et contrairement à ces mêmes substances, il n'existe pas de dépendance physique et la dépendance psychique est faible [23] [15]. Contrairement à l'alcool le cannabis n'entraîne pas de violence [45].

Les effets préjudiciables pour la santé décrits précédemment s'observent chez des individus ayant consommé de très fortes quantités de produit, ou déjà fragilisés psychologiquement [8].

- Son intérêt thérapeutique: Le cannabis a des vertus thérapeutiques prouvées, et la société se prive d'une plante riche en potentiel thérapeutique [8]. De plus, son interdiction limite le développement d'études scientifiques visant à établir ses réelles applications possibles en thérapeutique.

- Sa banalisation: La consommation de cannabis est plus ou moins libre, presque banalisée et dépénalisée *de facto*. Dans ces conditions, « *conserver une sanction pénale qui n'est pratiquement plus appliquée devient dérisoire et déconsidère la justice aux yeux des adolescents* », comme le souligne la Commission Henrion en 1995. Ainsi comment une loi qui fait d'un français sur sept un délinquant peut-elle avoir un sens ? De plus, comment les jeunes entendant que le cannabis est une substance dangereuse, alors qu'eux-mêmes en consomment régulièrement sans problème, peuvent-ils croire les campagnes de prévention contre les drogues dites dures ?[53] Il y a un risque de confusion dangereuse, surtout auprès des jeunes, à mettre sur le même plan le cannabis et l'héroïne ou la cocaïne [45]. Ce sont les questions mises en avant par les partisans de la dépénalisation.

- L'impact sur les jeunes de la prohibition: L'interdiction a, contrairement à l'objectif recherché, un effet incitatif sur les adolescents qui se font un défit de braver les lois.
De plus, un jeune qui commence sa vie d'adulte en bravant les lois, avec un casier judiciaire, parfois la prison, va avoir le sentiment d'être marginalisé. Cette criminalisation peut avoir de lourdes conséquences sur ses relations sociales et familiales futures, avec un risque de glisser vers la délinquance [53] [23].

- Des consommateurs responsables: Les fumeurs contrôlent, pour la plupart, leur consommation et maîtrisent leur appétence pour le produit. Contrairement aux utilisateurs de drogues dures, les consommateurs de cannabis sont en majorité des personnes bien insérées socialement [30].

Contrairement aux propos des prohibitionnistes, une étude de la Direction générale de la santé a montré que seuls 5% des fumeurs de cannabis passent à l'héroïne, d'autres enquêtes parlent de 2%. La théorie de l'escalade vers les drogues dures se trouve donc démentie. [53]

- Une économie souterraine: La pénalisation entraîne la formation par la mafia de réseaux parallèles d'approvisionnement. Une dépénalisation mettrait un terme à cette économie souterraine qui concourt à l'insécurité.[45][53] De plus, un approvisionnement réglementé par le gouvernement empêcherait les usagers d'être en contact avec les trafiquants qui proposent aussi des drogues dures.

- Assurer une meilleure prévention: En levant l'interdiction, il est plus facile de mener une politique de prévention. En effet, la politique de répression empêche de développer un véritable discours sur la drogue, celui-ci pouvant être interprété comme une incitation à l'usage. [23] [6]

- Une mobilisation des forces de police et de la justice: La traque aux consommateurs et revendeurs de cannabis mobilise énormément de moyens en hommes et en matériels; la justice se trouve également surchargée par des affaires concernant des infractions aux lois sur les stupéfiants. Le fait de dépénaliser pourrait désengorger la Justice, et libérer des hommes de police pour des actions plus importantes. [53]

- Une loi contraire aux Droits de l'homme: L'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme stipule que « *la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui* » et l'article 5 que « *la loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société* ». En s'appuyant sur ces textes, et en ignorant des textes moins permissifs, certains estiment qu'une personne qui utilise du cannabis à son domicile privé, seule ou avec des amis qui y consentent, ne cause aucun tort à autrui et de ce fait ne doit pas être punie. [23][53]

Enfin, les partisans de la dépénalisation s'appuient sur l'exemple des Pays-Bas, qui, en libéralisant l'usage du cannabis n'ont pas plus de fumeurs sur leur territoire que les autres pays européens. [53]

3.3. Les partisans du maintien de la pénalisation

3.3.1. Quelques personnalités

Parmi les hommes politiques opposés à une dépénalisation du cannabis, on trouve Jean-Pierre Chevènement, Lionel Jospin, Ségolène Royal, Marie-George Buffet pour la Gauche; et Jacques Chirac, Philippe de Villiers, Charles Pasqua, Christine Boutin pour la Droite [6]. De nombreuses autres personnalités rejoignent cette thèse, mais leurs voix se font moins entendre que celles prônant la dépénalisation.

3.3.2. Les arguments

- Plus grande accessibilité = plus de consommateurs: Pour les partisans du maintien de la législation, une légalisation contribuerait à faciliter l'accès au cannabis et il pourrait en découler une augmentation de la consommation. La dépénalisation augmenterait le nombre d'usagers. Plus le produit est disponible, plus il y a de consommateurs. Le nombre d'utilisateurs potentiels, contenus du fait de la loi, pourraient être incités à l'usage de cannabis en cas de plus grande accessibilité. [23]

C'est la principale raison de leur position, mais d'autres arguments viennent étayer leur thèse:

- La théorie de l'escalade: Même s'il est démontré que la grande majorité des fumeurs de cannabis ne passe pas à l'héroïne ou la cocaïne, la plupart des consommateurs d'héroïne ou de cocaïne ont commencé par le cannabis. (45) (15)

- Le maintien d'un équilibre dans les banlieues: Les partisans d'un statu quo de la législation considèrent que l'économie informelle générée par le cannabis permet d'acheter la paix sociale dans les banlieues. Si les mini réseaux des cités devaient abandonner le commerce du cannabis, ils se tourneraient vers celui des drogues dures ou toute autre délinquance. (6)

- L'interdit reste une barrière pour les jeunes: La grande majorité des jeunes refuse de se mettre en marge de la loi, celle-ci est donc un obstacle dans l'usage de cannabis pour nombre d'entre eux. En cas de légalisation, il n'y aura plus cette barrière. (23)

- Le cannabis est une drogue: La dépénalisation serait un mensonge à la population, car le cannabis demeure une drogue à part entière, qui présente des dangers pour la santé même si ceux-ci sont moindres que ceux engendrés par les drogues dures (23). Surtout avec l'apparition de variétés de cannabis très riches en THC, comme le nederwiet aux Pays-Bas, les dangers pour la santé existent réellement (53).

- Les Conventions internationales: La France a ratifié les Conventions internationales qui prévoient, comme nous avons pu le voir, d'incriminer l'achat et la détention du cannabis. La loi du 31 décembre 1970 est donc en conformité avec ces dispositions internationales. (23)

- La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme: Dans un contexte d'intensification de la lutte contre le tabac et l'alcool, l'autorisation de consommer une drogue telle que le cannabis serait paradoxale. (23)

Le débat public en France est limité pour l'essentiel à la dépénalisation. Il a toutefois permis une plus ample diffusion de l'information sur la question du cannabis au sein du grand public. [2]

4. LE PHARMACIEN FACE AU CANNABIS

4.1. Un acteur du système de santé

Contrairement à d'autres stupéfiants comme la morphine, l'usager de cannabis ne vient pas rechercher sa drogue dans les pharmacies. Le pharmacien n'est donc pas confronté aux problèmes de vol ou de menace en ce qui concerne le cannabis.

Mais, le pharmacien peut jouer un rôle important d'écoute, d'information et de prévention. En effet, dans le cadre de la guerre contre la toxicomanie, les pharmaciens comme les médecins sont très mobilisés [22]. Le pharmacien entretient des rapports privilégiés avec les patients et doit ainsi tenir sa place dans le système de santé et jouer un rôle de conseiller en santé publique.

Les pharmaciens, ainsi que les médecins, psychothérapeutes, associations, hôpitaux, cliniques, centres d'aide et de soins sont fréquemment sollicités pour apporter des réponses et une aide aux utilisateurs de drogues, et notamment de cannabis, ainsi qu'à leur entourage [15].

Le pharmacien doit donc connaître les structures de soins dans son environnement géographique, les filières de soins ainsi que les différents intervenants en toxicomanie. De plus, il doit pouvoir répondre aux interrogations concernant le cannabis, de façon objective.

4.2. Un espace de parole

Le pharmacien et le médecin généraliste sont les acteurs d'une médecine populaire, par opposition à une médecine purement scientifique. Pour les pharmaciens, la prise de conscience collective de l'importance de la relation entre eux-mêmes et les malades est récente, la plupart des officines se mettent à créer un espace relationnel, l'espace de confidentialité. [22]

4.3. La prévention

En ce qui concerne la prévention, le pharmacien peut intervenir activement au niveau de la prévention primaire. Celle-ci vise l'intervention au stade où l'individu n'est pas encore en contact avec le cannabis [62]. A travers une information objective, cette prévention veut éviter l'initialisation à un produit [23]. Cette prévention vise aussi à éviter le passage d'un usage occasionnel ou "récréationnel" à un usage répété, c'est-à-dire abusif et créant une certaine dépendance [23].

Le pharmacien doit être le relais des campagnes d'information et de sensibilisation menées sur le plan national, à travers les spots télévisés ou la presse (art. R 5015-2 du CSP).

Le pharmacien est souvent très présent dans la cité dans laquelle il travaille. Il est donc impliqué dans la prévention de la toxicomanie à travers différentes interventions au sein de la population qu'il côtoie chaque jour, comme des forums santé, des interventions dans les écoles...[22]

Au niveau de la prévention secondaire, qui consiste à prévenir l'aggravation d'une situation et qui s'adresse à des sujets ayant eu des contacts avec des toxicomanes ou ayant déjà consommé du cannabis, le pharmacien a moins d'impact. Il doit cependant rester à l'écoute et orienter vers des structures d'accueil.

4.4 La formation

La prévention nécessite de la part des pharmaciens et autres acteurs de prévention l'acquisition de savoirs et de savoir-faire pertinents. Les compétences requises nécessitent une formation spécifique[48] , offerte, selon les facultés, aux étudiants de 5ème année de pharmacie option officine et aux officinaux dans le cadre de la formation continue.

Les pharmaciens ne pouvant assister à ces formations doivent rechercher par eux-mêmes les connaissances indispensables à leur rôle de prévention, en formation continue. Il n'est pas possible d'exiger des savoirs exhaustifs, cependant certaines connaissances semblent indispensables pour pouvoir parler du cannabis:

- Savoirs sur la nature des produits proposés, les modalités de l'offre;
- Savoirs sur la personnalité des consommateurs, sur les personnes à risques;
- Savoirs sur les modalités de consommation, les effets;
- Savoirs sur les effets de l'environnement immédiat du sujet (famille, milieu scolaire, milieu social...);
- Savoirs sur les réponses apportées par la société sur cette consommation (lois, dispositifs sociaux et médicaux, politiques de santé, aspects culturel et moral...);
- Savoirs sur les dommages sanitaires, sociaux et économiques liés à la consommation. [48]

Après avoir sensibilisé et formé le pharmacien d'officine à la pharmacie clinique, il faudra faire de même avec l'éducation sanitaire et sociale. Acceptera-t-il de s'engager dans ce nouveau challenge, qui devra l'obliger à sortir de son officine pour entrer dans les réseaux de soins et participer à l'information et à l'éducation en matière sanitaire et sociale ?

CONCLUSIONS

THÈSE SOUTENUE PAR : **Cécile FROMENTAL**

TITRE : **LE CANNABIS A L'AUBE DU TROISIÈME MILLÉNAIRE : LA RÉALITÉ DE L'APPLICATION DES CONVENTIONS INTERNATIONALES DANS QUELQUES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE.**

CONCLUSIONS

En cette fin de vingtième siècle, les questions posées par l'utilisation du cannabis n'obtiennent toujours pas "officiellement" les réponses attendues. On observe une banalisation de plus en plus importante de son usage en tant que drogue, surtout parmi les jeunes et dans tous les pays.

Le contexte juridique de la plante est un contexte international: le cannabis est classé parmi les stupéfiants au niveau mondial depuis la Convention des Nations-Unies de 1961; le THC figure au rang des psychotropes depuis celle de 1971; la Convention internationale de 1988 renforce les textes précédents visant à lutter contre le trafic et l'utilisation abusive des drogues, y compris du cannabis.

En application des premières conventions, des dispositions légales et administratives nationales devraient limiter l'utilisation du cannabis à des fins médicales et scientifiques dès août 2000...

Pourtant, tout en réaffirmant le statut de délinquant de celui qui contrevient à ces dispositions, la convention de 1971 tolère expressément l'utilisation traditionnelle en cas de cérémonies magiques ou religieuses; celle de 1988 qualifie l'usager de cannabis de délinquant tout en acceptant indirectement l'usage personnel et occasionnel à deux conditions: d'une part que cet usage ne trouble pas l'ordre public et d'autre part qu'il s'agisse de respecter la liberté individuelle en tant qu'application d'un des principes constitutionnels nationaux.

Comment peut-on admettre la tolérance de l'usage, au regard de la Déclaration des Droits de l'Homme, dans certains états et pas dans d'autres ? N'est-ce pas une déclaration universelle ? Pourquoi est-elle interprétée si différemment par les Nations ?

Chaque État est responsable de la santé de sa population (statuts de l'OMS). Cela explique l'existence actuelle, entre les Etats-membres, d'une grande diversité de "traitement" de l'usager: en effet, certains États établissent une distinction entre le cannabis et les autres drogues, estimant que le cannabis représente un risque sanitaire et social moindre pour les individus et la société, et en dépénalisent ou en légalisent l'usage. D'autres États font des distinctions entre la détention pour la consommation personnelle et la détention pour trafic, assorties de sanctions plus ou moins mineures selon le cas..

Chaque État doit intervenir en légiférant si l'intérêt collectif de la population l'exige. Or ne sommes-nous pas dans ce cas-là ? La protection d'un groupe passe par celle de chacun des membres du groupe. Si un début de politique communautaire est apparu avec la lutte contre le blanchiment des capitaux-produits de la Drogue et contre le trafic de stupéfiants, qui sont tous deux lourdement sanctionnés dans tous les Etats-membres, il n'en est pas de même pour l'usage du cannabis; selon l'application nationale des conventions, l'usager de cannabis sera ou ne sera pas poursuivi; et lorsqu'il est poursuivi, il l'est davantage en tant que détenteur de la drogue qu'en tant qu'usager.

Un mouvement de pensées voudrait rapprocher le cannabis des autres drogues licites qualifiées de "plus dangereuses". Ainsi, la comparaison avec le tabac et l'alcool, réputés plus dangereux, ne semble pas convaincante; en effet ces drogues présentent des risques similaires à consommation occasionnelle et modérée, de même qu'à consommation fréquente et en grandes quantités...

Devant la banalisation du Cannabis, et dans le cas où son usage deviendrait licite, une question se pose:

Comment contrôler l'enrichissement en THC du cannabis ? Il faudrait contrôler chaque lot de cannabis pour séparer « le bon grain de l'ivraie » ...car laisser sur le marché du cannabis à forte proportion de THC ne pourrait-il pas être considéré comme « une mise en danger » ...

Poursuivre l'État ne donne pas toujours les résultats attendus..et peut "éclabousser" des personnes de bonne foi !

Donner au cannabis un statut de drogue licite n'apparaît donc pas satisfaisant. Cependant un usage thérapeutique pourrait être reconnu: des études cliniques effectuées sur le THC reproduit par synthèse permettraient peut-être à certains malades d'utiliser en toute légalité cette substance qui se révèle dotée de grandes qualités thérapeutiques ..les USA ont mis en place un réseau "officiel" de distribution, le Royaume-Uni étudie la question, et la France ?

Dans ce contexte, il faudrait que les politiciens abordent ouvertement le débat et apportent une réponse claire au devenir de cette plante. Peut-être alors ira-t-on vers une harmonisation européenne "officielle" des législations.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 5 Juin 2000

LE DOYEN

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER - GRENOBLE 1 - FACULTÉ DE PHARMACIE
FACULTÉ DE PHARMACIE

P. DEMENGE

LE PRESIDENT DE THESE

M.C.U.

PROFESSEUR : M. DELETRAZ-DELPORTE

BIBLIOGRAPHIE

1. ADDICTION RESEARCH FUNDATION OF ONTARIO/ WORLD EALTH ORGANIZATION - *Report of an ARF/WHO scientific meeting on adverse health and behavioral consequences of cannabis use. Toronto, Canada, 30 mars-3 avril 1981.* Addiction Research Foundation, Toronto, 1981, 49p.

2. AQUATIAS S., MAILLARD I., ZORMAN M. - *Faut-il avoir peur du haschich? Entre diabolisation et banalisation:les vrais dangers pour les jeunes.* Syros, Paris, 1999.

3. AUDERSERT M-J., HELD J-B., BLOCH-LAINE J-F. - *Les drogues, un piège.* De la Martinière jeunesse, Paris, 1999.

4. BAUDIER F. - Consommation de cannabis : ce que disent les français. *La santé de l'homme*, 1997, **332** : 22.

5. BERNAT de CELIS J. - *Drogues: consommation interdite; La genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants.* L'Harmattan, Paris, 1996.

6. BOUAZIZ F. - Et si on dépénalisait ? *Le Nouvel Economiste*, 1998, **1106** : 71-76.

7. BRUNETON J. - Cannabis, *In* : *Pharmacognosie. Phytochimie. Plantes médicinales.* Technique et Documentation, Paris, 1999 : 447-460.

8. CABALLERO F. - *Droit de la drogue.* Editions Dalloz, Paris, 1989.

9. CESONI M-L. - *Usage de stupéfiants, politiques européennes.* Georg, Genève, 1996.

10. CHARLES G. - Les ambiguïtés du cannabizness. *L'Express*, 1998, 24/09 : 48-49.

11. CHEYMOL J., DOUADY D. - Haschisch ou marijuana... drogue douce. *Bull. Acad. Nat. Méd.*,1979, **163** : 916-919.

12. COMITE OMS D'EXPERTS DE LA PHARMACODEPENDANCE - Dronabinol, *In* : Vingt-septième rapport, OMS, Genève, 1991, Séries de Rapports techniques, N° 808 : 11-14.

13. COMMUNAUTES EUROPEENNES - *L'Union européenne en action contre la drogue.* Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.

14. CONSEIL GENERAL DU NORD - *Mieux connaitre les drogues pour mieux en parler.*CDRIP, Lille, 1998.

15. CROSNIER E. - Exclure la drogue et non le toxicomane. *Le Pharmacien de France*, 1997, Janvier : 24-37.

16. DECOURRIERE A. - *Les drogues dans l'Union européenne. Le droit en question.* Bruylant, Bruxelles, 1996.

17. DI LIVIO P. - Vietato per legge. *Narcomafie*, 1999, février.

18. DI LIVIO P. - Droghe leggere : informare o punire ? *Narcomafie*, 1999, mars.

19. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE - *Le cannabis en question. Dossier documentaire.* Ministère de la Santé, Paris, 1997.

20. D'WELLES M.-C. - *Et si on parlait du haschich. Des jeunes témoignent.* Presses de la Renaissance, Paris, 1999.

21. FOLLEA L. - La dépénalisation de l'usage de drogues divise la commission Henrion. *Le Monde*, 4/02/1995 : 9.

22. FOURNIER L., CARPENTIER C., COSTES J.-M., SIMMAT-DURAND L. - Usage de drogues et toxicomanies. *Actualité et dossier en santé publique*, 1998, **22** : Dossier.

23. FRYDMAN N., MARTINEAU H. - *La drogue: où en sommes-nous?* La documentation française, Paris, 1998.

24. GASSIN R. - Séduction idéologique ou réalisme scientifique? Réponse à Francis Caballero. *Droits*, 1994, **19** : 137-151.

25. GILLOT D., FOING D., NASSIF P.,MERLIAC H. - 7 millions de personnes fument du cannabis! L'hypocrisie française. *L'Evénement du Jeudi*, 18 au 24/12/ 1997 : 10-18.

26. GRINSPOON L., BAKALAR J. - *Cannabis: médecine interdite.* Editions du Lézard, 1995.

27. GODOT T. - *Cannabis et pharmacopsychoses.* Faculté de médecine de Besançon, thèse 055, 1992.

28. GRAY J. - Drogues. La "New Britain" part dans la fumée d'un joint. *Courrier international*, 1998, **377** : 13.

29. HOVNANIAN L. - L'évolution de la toxicomanie en France. *Sem. Hôp. Paris*, 1980, **56** : 297-299.

30. INGOLD R., TOUSSIRT M. - L*e cannabis en France.* Anthropos, Paris, 1998.

31. INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE - Cannabis. *Drug capsule*, 1995, **3**.

32. INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE - Legalisation: For and Against. *Drug capsule*, 1995, **16**.

33. KOUCHNER B., de PRACONTAL M. - Faut-il dépénaliser le cannabis? "Le risque est nécessaire, l'interdit aussi". *Le Nouvel Observateur*, 25/06-01/07/ 1998 : 86-89.

34. LAGARDE D., AUDUSSEAU M., de BELLMOND A., LUKSIC V., MILCENT B., THANH V. - Les européens inégaux. *L'Express*, 1998, 19/11 : 76-77.

35. MAGNAN G. - Faut-il autoriser le cannabis? *Science et Vie*, 1998, **964** : 43-46.

36. MECHOULAM R. - Marihuana chemistry. *Science*, 1970, **168** (3936) : 1159-1166.

37. MICHKA - *Le cannabis est-il une drogue?* Georg, Genève, 1993.

38. M.I.L.D.T. - *Livrets de connaissances.* C.F.E.S., Vanves, 1999.

39. NAHAS G., ARMAND J.P., TROUVE R., LATOUR C. - Le point sur l'usage thérapeutique du cannabis et du THC. *Le Concours Médical*, 1998, **120** (09) : 603-607.

40. OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES - *Rapport annuel 1999 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne.* Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1999.

41. OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES - *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et Tendances.* Edition 1995, Paris, 1996.

42. OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES - *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et Tendances.* Edition 1999, Paris, 1999.

43. OBSERVATOIRE GEOPOLITIQUE DES DROGUES - *Etat des drogues, drogue des Etats.* Hachette, Collection pluriel, Paris, 1994.

44. OCTRIS - Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1998, ministère de l'Intérieur, 1999: 42-56.

45. OUI M., GALLAND J.-P., d'AUBERT F. - Faut-il légaliser le cannabis? *L'Etudiant* Juillet- Août 1998 : 34-35.

46. PARIS M. - Le cannabis : un sujet d'actualité. *Ann. Pharm. Fr.*, 1997, **55** : 169-173.

47. PARIS M., HURABIELLE M. - *Abrégé de matière médicale.* Ed. Masson, Tome 2, 1986.

48. PARQUET J. - *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives.* Dossiers techniques, éditions CFES, Vanves, 1998.

49. PELISSIER A.L., LEONETTI G., VILLANI P., CIANFARANI F., BOTTA A. - Le cannabis : mise au point toxicocinétique et méthodologique du dépistage urinaire. *Thérapie*, 1997, **52** : 213-218.

50. PENNEAU J. - Substances vénéneuses, stupéfiants. *Editions du Juris-Classeur, Pénal annexes, Commentaires*, 1996, **9**.

51. PENNEAU J. - Trafic de stupéfiants, Art.222-34 à 222-43. *Editions du Juris-Classeur, Pénal,* 1996, **5**.

52. PIOMELLI D. - Le cannabis : de la drogue au médicament. *La Recherche*, 1999, **323** : 58-64.

53. PIQUARD P. - Faut-il libérer le cannabis? Le débat sur l'hypocrisie du "tout-répressif". *L'Evénement du Jeudi*, 17 au 23/07/ 1997 : 32-41.

54. PIQUARD P., KOSTRECHE J. - Voyage dans la France du cannabis. *L'Evénement du Jeudi*, 1998, **735** : 38-48.

55. RAUFER X. - Libéralisation, mode d'emploi. *L'Express*, 1993, 30/09/ 93 : 96-101.

56. RICHARD D., SENON J.-L. - *Le cannabis.* Que sais-je? n°3084. Presses universitaires de France, Paris, 1996.

57. RICHARD D., SENON J.-L. - Le cannabis; Revue bibliographique générale. *Revue documentaire Toxibase*, 1995, 1er trimestre, Dossier: 1-22.

58. ROBERTSON K. - L'observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *L'Europe sans frontières*, 2000, Supplément n°3.

59. ROBSON P. - Cannabis. *Archives of Disease in Childhood*, 1997, **77** : 164-166.

60. ROQUES B. - *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'Etat à la Santé*, Odile Jacob/La Documentation française, Paris, 1999.

61. ROSENZWEIG M. - *Les drogues dans l'histoire entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié*, De Boeck Université, Paris, 1998.

62. SALOMON P.Y. - Toxicomanies - Une vigilance permanente *Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires*, 1992, **1966**, Dossier pratique : I-VIII.

63. SIMONNOT P. - Le kif du Rif. *Le Monde*, 10/08/ 1995 : 7.

64. SPRUIT I.P., van LAAR M.W. - Cannabis policy. *Netherlands Alcohol and Drug Report*, 1997, **7**, publié par Trimbos-instituut, Utrecht.

65. VOTH E., SCHWARTZ R. - Medicinal Applications of Delta-9-Tetrahydrocannabinol and Marijuana. *Ann. Intern. Med.*, 1997, **126** : 791-798.

66. WHO Scientific Group - The use of cannabis, Report of a WHO Scientific Group, Genève. *World Health Organization Technical Series*, 1971, **478**, 47p.

67. WIEVIORKA S. - Aspects médico-psychologiques de la consommation de cannabis. *La revue du praticien*, 1995, **45** : 1367-1370.

TEXTES DE LOI:

68. Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que amendée par le protocole de 1972.

69. Convention de 1971 sur les substances psychotropes.

70. Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

71. Code de la santé publique, Édition permanente Tissot, Annecy.

72. Code pénal, Dalloz, Paris, 2000.

ANNEXES

THÈSE SOUTENUE PAR : **Cécile FROMENTAL**

TITRE : **LE CANNABIS A L'AUBE DU TROISIÈME MILLÉNAIRE : LA RÉALITÉ DE L'APPLICATION DES CONVENTIONS INTERNATIONALES DANS QUELQUES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE.**

CONCLUSIONS

En cette fin de vingtième siècle, les questions posées par l'utilisation du cannabis n'obtiennent toujours pas "officiellement" les réponses attendues. On observe une banalisation de plus en plus importante de son usage en tant que drogue, surtout parmi les jeunes et dans tous les pays.

Le contexte juridique de la plante est un contexte international: le cannabis est classé parmi les stupéfiants au niveau mondial depuis la Convention des Nations-Unies de 1961; le THC figure au rang des psychotropes depuis celle de 1971; la Convention internationale de 1988 renforce les textes précédents visant à lutter contre le trafic et l'utilisation abusive des drogues, y compris du cannabis.

En application des premières conventions, des dispositions légales et administratives nationales devraient limiter l'utilisation du cannabis à des fins médicales et scientifiques dès août 2000...

Pourtant, tout en réaffirmant le statut de délinquant de celui qui contrevient à ces dispositions, la convention de 1971 tolère expressément l'utilisation traditionnelle en cas de cérémonies magiques ou religieuses; celle de 1988 qualifie l'usager de cannabis de délinquant tout en acceptant indirectement l'usage personnel et occasionnel à deux conditions: d'une part que cet usage ne trouble pas l'ordre public et d'autre part qu'il s'agisse de respecter la liberté individuelle en tant qu'application d'un des principes constitutionnels nationaux.

Comment peut-on admettre la tolérance de l'usage, au regard de la Déclaration des Droits de l'Homme, dans certains états et pas dans d'autres ? N'est-ce pas une déclaration universelle ? Pourquoi est-elle interprétée si différemment par les Nations ?

Chaque État est responsable de la santé de sa population (statuts de l'OMS). Cela explique l'existence actuelle, entre les Etats-membres, d'une grande diversité de "traitement" de l'usager: en effet, certains États établissent une distinction entre le cannabis et les autres drogues, estimant que le cannabis représente un risque sanitaire et social moindre pour les individus et la société, et en dépénalisent ou en légalisent l'usage. D'autres États font des distinctions entre la détention pour la consommation personnelle et la détention pour trafic, assorties de sanctions plus ou moins mineures selon le cas..

Chaque État doit intervenir en légiférant si l'intérêt collectif de la population l'exige. Or ne sommes-nous pas dans ce cas-là ? La protection d'un groupe passe par celle de chacun des membres du groupe. Si un début de politique communautaire est apparu avec la lutte contre le blanchiment des capitaux-produits de la Drogue et contre le trafic de stupéfiants, qui sont tous deux lourdement sanctionnés dans tous les Etats-membres, il n'en est pas de même pour l'usage du cannabis; selon l'application nationale des conventions, l'usager de cannabis sera ou ne sera pas poursuivi; et lorsqu'il est poursuivi, il l'est davantage en tant que détenteur de la drogue qu'en tant qu'usager.

Un mouvement de pensées voudrait rapprocher le cannabis des autres drogues licites qualifiées de "plus dangereuses". Ainsi, la comparaison avec le tabac et l'alcool, réputés plus dangereux, ne semble pas convaincante; en effet ces drogues présentent des risques similaires à consommation occasionnelle et modérée, de même qu'à consommation fréquente et en grandes quantités...

Devant la banalisation du Cannabis, et dans le cas où son usage deviendrait licite, une question se pose:

Comment contrôler l'enrichissement en THC du cannabis ? Il faudrait contrôler chaque lot de cannabis pour séparer « le bon grain de l'ivraie » ...car laisser sur le marché du cannabis à forte proportion de THC ne pourrait-il pas être considéré comme « une mise en danger » ...

Poursuivre l'État ne donne pas toujours les résultats attendus..et peut "éclabousser" des personnes de bonne foi !

Donner au cannabis un statut de drogue licite n'apparaît donc pas satisfaisant. Cependant un usage thérapeutique pourrait être reconnu: des études cliniques effectuées sur le THC reproduit par synthèse permettraient peut-être à certains malades d'utiliser en toute légalité cette substance qui se révèle dotée de grandes qualités thérapeutiques ..les USA ont mis en place un réseau "officiel" de distribution, le Royaume-Uni étudie la question, et la France ?

Dans ce contexte, il faudrait que les politiciens abordent ouvertement le débat et apportent une réponse claire au devenir de cette plante. Peut-être alors ira-t-on vers une harmonisation européenne "officielle" des législations.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 5 Juin 2000

LE DOYEN

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER - GRENOBLE 1 - FACULTÉ DE PHARMACIE
FACULTÉ DE PHARMACIE

P. DEMENGE

LE PRESIDENT DE THESE

M.C.U.

PROFESSEUR : M. DELETRAZ-DELPORTE

BIBLIOGRAPHIE

1. ADDICTION RESEARCH FUNDATION OF ONTARIO/ WORLD EALTH ORGANIZATION - *Report of an ARF/WHO scientific meeting on adverse health and behavioral consequences of cannabis use. Toronto, Canada, 30 mars-3 avril 1981.* Addiction Research Foundation, Toronto, 1981, 49p.

2. AQUATIAS S., MAILLARD I., ZORMAN M. - *Faut-il avoir peur du haschich? Entre diabolisation et banalisation:les vrais dangers pour les jeunes.* Syros, Paris, 1999.

3. AUDERSERT M-J., HELD J-B., BLOCH-LAINE J-F. - *Les drogues, un piège.* De la Martinière jeunesse, Paris, 1999.

4. BAUDIER F. - Consommation de cannabis : ce que disent les français. *La santé de l'homme*, 1997, **332** : 22.

5. BERNAT de CELIS J. - *Drogues: consommation interdite; La genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants.* L'Harmattan, Paris, 1996.

6. BOUAZIZ F. - Et si on dépénalisait ? *Le Nouvel Economiste*, 1998, **1106** : 71-76.

7. BRUNETON J. - Cannabis, *In* : *Pharmacognosie. Phytochimie. Plantes médicinales.* Technique et Documentation, Paris, 1999 : 447-460.

8. CABALLERO F. - *Droit de la drogue.* Editions Dalloz, Paris, 1989.

9. CESONI M-L. - *Usage de stupéfiants, politiques européennes.* Georg, Genève, 1996.

10. CHARLES G. - Les ambiguïtés du cannabizness. *L'Express*, 1998, 24/09 : 48-49.

11. CHEYMOL J., DOUADY D. - Haschisch ou marijuana... drogue douce. *Bull. Acad. Nat. Méd.*,1979, **163** : 916-919.

12. COMITE OMS D'EXPERTS DE LA PHARMACODEPENDANCE - Dronabinol, *In* : Vingt-septième rapport, OMS, Genève, 1991, Séries de Rapports techniques, N° 808 : 11-14.

13. COMMUNAUTES EUROPEENNES - *L'Union européenne en action contre la drogue.* Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1998.

14. CONSEIL GENERAL DU NORD - *Mieux connaitre les drogues pour mieux en parler.*CDRIP, Lille, 1998.

15. CROSNIER E. - Exclure la drogue et non le toxicomane. *Le Pharmacien de France*, 1997, Janvier : 24-37.

16. DECOURRIERE A. - *Les drogues dans l'Union européenne. Le droit en question.* Bruylant, Bruxelles, 1996.

17. DI LIVIO P. - Vietato per legge. *Narcomafie*, 1999, février.

18. DI LIVIO P. - Droghe leggere : informare o punire ? *Narcomafie*, 1999, mars.

19. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE - *Le cannabis en question. Dossier documentaire.* Ministère de la Santé, Paris, 1997.

20. D'WELLES M.-C. - *Et si on parlait du haschich. Des jeunes témoignent.* Presses de la Renaissance, Paris, 1999.

21. FOLLEA L. - La dépénalisation de l'usage de drogues divise la commission Henrion. *Le Monde*, 4/02/1995 : 9.

22. FOURNIER L., CARPENTIER C., COSTES J.-M., SIMMAT-DURAND L. - Usage de drogues et toxicomanies. *Actualité et dossier en santé publique*, 1998, **22** : Dossier.

23. FRYDMAN N., MARTINEAU H. - *La drogue: où en sommes-nous?* La documentation française, Paris, 1998.

24. GASSIN R. - Séduction idéologique ou réalisme scientifique? Réponse à Francis Caballero. *Droits*, 1994, **19** : 137-151.

25. GILLOT D., FOING D., NASSIF P.,MERLIAC H. - 7 millions de personnes fument du cannabis! L'hypocrisie française. *L'Evénement du Jeudi*, 18 au 24/12/ 1997 : 10-18.

26. GRINSPOON L., BAKALAR J. - *Cannabis: médecine interdite.* Editions du Lézard, 1995.

27. GODOT T. - *Cannabis et pharmacopsychoses.* Faculté de médecine de Besançon, thèse 055, 1992.

28. GRAY J. - Drogues. La "New Britain" part dans la fumée d'un joint. *Courrier international*, 1998, **377** : 13.

29. HOVNANIAN L. - L'évolution de la toxicomanie en France. *Sem. Hôp. Paris*, 1980, **56** : 297-299.

30. INGOLD R., TOUSSIRT M. - L*e cannabis en France.* Anthropos, Paris, 1998.

31. INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE - Cannabis. *Drug capsule*, 1995, **3**.

32. INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE - Legalisation: For and Against. *Drug capsule*, 1995, **16**.

33. KOUCHNER B., de PRACONTAL M. - Faut-il dépénaliser le cannabis? "Le risque est nécessaire, l'interdit aussi". *Le Nouvel Observateur*, 25/06-01/07/ 1998 : 86-89.

34. LAGARDE D., AUDUSSEAU M., de BELLMOND A., LUKSIC V., MILCENT B., THANH V. - Les européens inégaux. *L'Express*, 1998, 19/11 : 76-77.

35. MAGNAN G. - Faut-il autoriser le cannabis? *Science et Vie*, 1998, **964** : 43-46.

36. MECHOULAM R. - Marihuana chemistry. *Science*, 1970, **168** (3936) : 1159-1166.

37. MICHKA - *Le cannabis est-il une drogue?* Georg, Genève, 1993.

38. M.I.L.D.T. - *Livrets de connaissances.* C.F.E.S., Vanves, 1999.

39. NAHAS G., ARMAND J.P., TROUVE R., LATOUR C. - Le point sur l'usage thérapeutique du cannabis et du THC. L*e Concours Médical*, 1998, **120** (09) : 603-607.

40. OBSERVATOIRE EUROPEEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES - *Rapport annuel 1999 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne.* Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 1999.

41. OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES - *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et Tendances.* Edition 1995, Paris, 1996.

42. OBSERVATOIRE FRANCAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES - *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et Tendances.* Edition 1999, Paris, 1999.

43. OBSERVATOIRE GEOPOLITIQUE DES DROGUES - *Etat des drogues, drogue des Etats.* Hachette, Collection pluriel, Paris, 1994.

44. OCTRIS - Usage et trafic de stupéfiants : Statistiques 1998, ministère de l'Intérieur, 1999: 42-56.

45. OUI M., GALLAND J.-P., d'AUBERT F. - Faut-il légaliser le cannabis? *L'Etudiant* Juillet- Août 1998 : 34-35.

46. PARIS M. - Le cannabis : un sujet d'actualité. *Ann. Pharm. Fr.*, 1997, **55** : 169-173.

47. PARIS M., HURABIELLE M. - *Abrégé de matière médicale.* Ed. Masson, Tome 2, 1986.

48. PARQUET J. - *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives.* Dossiers techniques, éditions CFES, Vanves, 1998.

49. PELISSIER A.L., LEONETTI G., VILLANI P., CIANFARANI F., BOTTA A. - Le cannabis : mise au point toxicocinétique et méthodologique du dépistage urinaire. *Thérapie*, 1997, **52** : 213-218.

50. PENNEAU J. - Substances vénéneuses, stupéfiants. *Editions du Juris-Classeur, Pénal annexes, Commentaires*, 1996, **9**.

51. PENNEAU J. - Trafic de stupéfiants, Art.222-34 à 222-43. *Editions du Juris-Classeur, Pénal,* 1996, **5**.

52. PIOMELLI D. - Le cannabis : de la drogue au médicament. *La Recherche*, 1999, **323** : 58-64.

53. PIQUARD P. - Faut-il libérer le cannabis? Le débat sur l'hypocrisie du "tout-répressif". *L'Evénement du Jeudi*, 17 au 23/07/ 1997 : 32-41.

54. PIQUARD P., KOSTRECHE J. - Voyage dans la France du cannabis. *L'Evénement du Jeudi*, 1998, **735** : 38-48.

55. RAUFER X. - Libéralisation, mode d'emploi. *L'Express*, 1993, 30/09/ 93 : 96-101.

56. RICHARD D., SENON J.-L. - *Le cannabis.* Que sais-je? n°3084. Presses universitaires de France, Paris, 1996.

57. RICHARD D., SENON J.-L. - Le cannabis; Revue bibliographique générale. *Revue documentaire Toxibase*, 1995, 1er trimestre, Dossier: 1-22.

58. ROBERTSON K. - L'observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *L'Europe sans frontières*, 2000, Supplément n°3.

59. ROBSON P. - Cannabis. *Archives of Disease in Childhood*, 1997, **77** : 164-166.

60. ROQUES B. - *La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'Etat à la Santé*, Odile Jacob/La Documentation française, Paris, 1999.

61. ROSENZWEIG M. - *Les drogues dans l'histoire entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié*, De Boeck Université, Paris, 1998.

62. SALOMON P.Y. - Toxicomanies - Une vigilance permanente *Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires*, 1992, **1966**, Dossier pratique : I-VIII.

63. SIMONNOT P. - Le kif du Rif. *Le Monde*, 10/08/ 1995 : 7.

64. SPRUIT I.P., van LAAR M.W. - Cannabis policy. *Netherlands Alcohol and Drug Report*, 1997, **7**, publié par Trimbos-instituut, Utrecht.

65. VOTH E., SCHWARTZ R. - Medicinal Applications of Delta-9-Tetrahydrocannabinol and Marijuana. *Ann. Intern. Med.*, 1997, **126** : 791-798.

66. WHO Scientific Group - The use of cannabis, Report of a WHO Scientific Group, Genève. *World Health Organization Technical Series*, 1971, **478**, 47p.

67. WIEVIORKA S. - Aspects médico-psychologiques de la consommation de cannabis. *La revue du praticien*, 1995, **45** : 1367-1370.

TEXTES DE LOI:

68. Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que amendée par le protocole de 1972.

69. Convention de 1971 sur les substances psychotropes.

70. Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

71. Code de la santé publique, Édition permanente Tissot, Annecy.

72. Code pénal, Dalloz, Paris, 2000.

ANNEXES

Marijuana: Facts Parents Need to Know

Document source:http://www.nida.nih.gov/MarijBroch/Marijparentstxt.html(public domain)

Contents

- A Letter to Parents
- What is marijuana?
- What are the current slang terms for marijuana?
- How is marijuana used?
- How many people smoke marijuana?
- How can I tell if my child has been using marijuana?
- Why do young people use marijuana?
- Does using marijuana lead to other drugs?
- What are the effects of marijuana?
- What happens after a person smokes marijuana?
- How long does marijuana stay in the user's body?
- Can a user have a bad reaction?
- How is marijuana harmful?
- How does marijuana affect driving?
- What are the long-term effects of marijuana?
- What about pregnancy?
- What happens if a nursing mother uses marijuana?
- How does marijuana affect the brain?
- Can the drug cause mental illness?
- Do marijuana users lose their motivation?
- Can a person become addicted to marijuana?
- What is "tolerance" for marijuana?
- Are there treatments to help marijuana users?
- Can marijuana be used as medicine?
- Talking to your children about marijuana
- Resources

A Letter to Parents

Marijuana is the illegal drug most often used in this country. During the last three years, we have seen a doubling in marijuana use among 8th graders, and significant increases among 10th and 12th graders. Our research shows that accompanying this upward pattern of use is a significant erosion in antidrug perceptions and knowledge among young people today. While current marijuana use among high school seniors has increased by 38 percent, the proportion of those who believe marijuana use is harmful has dropped by 22 percent in the past three years.

These changes in perception and knowledge may be due to a decrease in antidrug messages in the media, an increase in prodrug messages through the pop culture, and a lack of awareness among parents about this resurgence in drug use - most thinking, perhaps, that this threat to their children had diminished.

In December 1994, HHS Secretary Donna E. Shalala, Ph.D. called for an Initiative to alert the public - particularly parents - to the rise in marijuana use, its potential health consequences to young people, and the need for parents to take action to prevent the return of a full-blown epidemic of teenage drug use.

Because many parents of this generation of teenagers experimented with marijuana when they were in college, they often find it difficult to talk about marijuana use with their children and to set strict ground rules against drug use. But marijuana use today starts at a younger age - the average age of first use is about 13.5 years old - and more potent forms of the drug are available to these young children. Parents need to recognize that marijuana use is a serious threat - and they need to tell their children not to use it.

We at the National Institute on Drug Abuse (NIDA) are pleased to offer these two short booklets, ***Marijuana: Facts for Teens*** and ***Marijuana: Facts Parents Need to Know***, for parents and their children to review the scientific facts about marijuana. While it is best to talk about drugs when children are young, it is never too late to talk about the dangers of drug use.

Talking to our children about drug abuse is not always easy, but it is very important. I hope these booklets can help.

Alan I. Leshner, Ph.D.
Director
National Institute on Drug Abuse

Fact: There are stronger forms of marijuana available to adolescents today than in the 1960's. Stronger marijuana means stronger effects.

Q: What is marijuana? Are there different kinds?

A: Marijuana is a green, brown, or gray mixture of dried, shredded flowers and leaves of the hemp plant *(Cannabis sativa)*. Before the 1960s, many Americans had never heard of marijuana, but today it is the most often used illegal drug in this country.

Cannabis is a term that refers to marijuana and other drugs made from the same plant. Stronger forms of cannabis include sinsemilla *(sin-seh-me«-yah)*, hashish *("hash" for short)*, and hash oil.

All forms of cannabis are mind-altering *(psychoactive)* drugs; they all contain THC *(delta-9-tetrahydrocannabinol)*, the main active chemical in marijuana. There are about 400 chemicals in a cannabis plant, but THC is the one that affects the brain the most.

There are stronger forms of marijuana available today than there were in the 1960s. The strength of the drug is measured by the amount of average THC in test samples confiscated by law enforcement agencies.

- Most ordinary marijuana has an average of 3 percent THC.
- Sinsemilla *(made from just the buds and flowering tops of female plants)* has an average of 7.5 percent THC, with a range as high as 24 percent.
- Hashish *(the sticky resin from the female plant flowers)* has an average of 3.6 percent, with a range as high as 28 percent.
- Hash oil, a tar-like liquid distilled from hashish, has an average of 16 percent, with a range as high as 43 percent.

Q: What are the current slang terms for marijuana?

A: There are many different names for marijuana. Slang terms for drugs change quickly, and they vary from one part of the country to another. They may even differ across sections of a large city.

Terms from years ago, such as pot, herb, grass, weed, Mary Jane, and reefer, are still used. You might also hear the names Aunt Mary, skunk, boom, gangster, kif, or ganja.

There are also street names for different strains or "brands" of marijuana, such as "Texas tea," "Maui wowie," and "Chronic." A recent book of American slang lists more than 200 terms for various kinds of marijuana.

Q: How is marijuana used?

A: Most users roll loose marijuana into a cigarette *(called a joint or a nail)*. The drug can also be smoked in a pipe. One well-known type of water pipe is the bong. Some users mix marijuana into foods or use it to brew a tea.

Lately, young people have a new method: They slice open cigars and replace the tobacco with marijuana, making what's called a blunt. When the blunt is smoked with a 40 oz. bottle of malt liquor, it is called a "B-40."

Q: How many people smoke marijuana? At what age do children generally start?

A: A recent government survey tells us:

- Over 70 million Americans over the age of 12 have tried marijuana at least once.
- About 10 million had used the drug in the month before the survey.
- More than 5 million Americans smoke marijuana at least once a week.
- Among teens aged 12 to 17, the average age of first trying marijuana was 13.5 years old.

A yearly survey of students in grades 8 through 12 shows that by 10th grade, nearly 16 percent are "current" users *(that is, used within the past month)*. Among 12th-graders, nearly 40 percent have tried marijuana/hash at least once, and 19 percent were current users.

Other researchers have found that use of marijuana and other drugs usually peaks in the late teens and early twenties, then goes down in later years.

Fact: Research shows that nearly 40 percent of. teenagers try marijuana before they graduate high school.

Q: How can I tell if my child has been using marijuana?

A: There are some signs you might be able to see. If someone is high on marijuana, he or she might

- seem dizzy and have trouble walking;
- seem silly and giggly for no reason;
- have very red, bloodshot eyes; and
- have a hard time remembering things that just happened.

When the early effects fade, over a few hours, the user can become very sleepy.

Parents should be aware of changes in their child's behavior, although this may be difficult with teenagers. Parents should look for withdrawal, depression, fatigue, carelessness with grooming, hostility, and deteriorating relationships with family members and friends. In addition, changes in academic performance, increased absenteeism or truancy, lost interest in sports or other favorite activities, and changes in eating or sleeping habits could be related to drug use. However, these signs may also indicate problems other than use of drugs.

In addition, parents should be aware of:

- signs of drugs and drug paraphernalia, including pipes and rolling papers.
- odor on clothes and in the bedroom
- use of incense and other deodorizers
- use of eye drops
- clothing, posters, jewelry, etc., promoting drug use

Q: Why do young people use marijuana?

A: Children and young teens start using marijuana for many reasons. Curiosity and the desire to fit into a social group are common reasons. Certainly, youngsters who have already begun to smoke cigarettes and/or use alcohol are at high risk for marijuana use.

Also, research suggests that the use of alcohol and drugs by other family members plays a strong role in whether children start using drugs. Parents, grandparents, and older brothers and sisters in the home are models for children to follow.

Some young people who take drugs do not get along with their parents. Some have a network of friends who use drugs and urge them to do the same *(peer pressure)*. All aspects of a child's environment-home, school, neighborhood-help to determine whether the child will try drugs.

Children who become more heavily involved with marijuana can become dependent and that is their prime reason for using the drug. Others

mention psychological coping as a reason for their use-to deal with anxiety, anger, depression, boredom, and so forth. But marijuana use is not an effective method for coping with life's problems, and staying high can be a way of simply not dealing with the problems and challenges of growing up.

Q: Does using marijuana lead to other drugs?

A: Long-term studies of high school students and their patterns of drug use show that very few young people use other illegal drugs without first trying marijuana. Using marijuana puts children and teens in contact with people who are users and sellers of other drugs. So there is more of a chance for a marijuana user to be exposed to and urged to try more drugs. However, most marijuana users do not go on to use other illegal drugs.

Q:What are the effects of marijuana?

A: The effects of marijuana on each person depend on the

- type of cannabis and how much THC it contains;
- way the drug is taken *(by smoking or eating)*;
- experience and expectations of the user;
- setting where the drug is used; and
- whether drinking or other drug use is also going on.

Some people feel nothing at all when they first try marijuana. Others may feel high *(intoxicated and/or euphoric)*.

It's common for marijuana users to become engrossed with ordinary sights, sounds, or tastes, and trivial events may seem extremely interesting or funny. Time seems to pass very slowly, so minutes feel like hours. Sometimes the drug causes users to feel thirsty and very hungry-an effect called "the munchies."

Q: What happens after a person smokes marijuana?

A: Within a few minutes of inhaling marijuana smoke, the user will likely feel, along with intoxication, a dry mouth, rapid heartbeat, some loss of coordination and poor sense of balance, and decreased reaction time. Blood vessels in the eye expand, so the user's eyes look red.

For some people, marijuana raises blood pressure slightly and can double the normal heart rate. This effect can be greater when other drugs are mixed with the marijuana; but users do not always know when that happens.

As the immediate effects fade, usually after 2 to 3 hours, the user may become sleepy.

Q: How long does marijuana stay in the user's body?

A: THC in marijuana is strongly absorbed by fatty tissues in various organs. Generally, traces *(metabolites)* of THC can be detected by standard urine testing methods several days after a smoking session. However, in heavy chronic users, traces can sometimes be detected for weeks after they have stopped using marijuana.

Q: Can a user have a bad reaction?

A: Yes. Some users, especially someone new to the drug or in a strange setting, may suffer acute anxiety and have paranoid thoughts. This is more likely to happen with high doses of THC. These scary feelings will fade as the drug's effects wear off.

In rare cases, a user who has taken a very high dose of the drug can have severe psychotic symptoms and need emergency medical treatment.

Other kinds of bad reactions can occur when marijuana is mixed with other drugs, such as PCP or cocaine.

Fact: Marijuana has adverse effects on many of the skills for driving a car. Driving while high leads to car accidents.

Q: How is marijuana harmful?

A: Marijuana can be harmful in a number of ways, through both immediate effects and damage to health over time.

Marijuana hinders the user's short-term memory *(memory for recent events)*, and he or she may have trouble handling complex tasks. With the use of more potent varieties of marijuana, even simple tasks can be difficult.

Because of the drug's effects on perceptions and reaction time, users could be involved in auto crashes. Drug users also may become involved in risky sex. There is a strong link between drug use and unsafe sex and the spread of HIV, the virus that causes AIDS.

Under the influence of marijuana, students may find it hard to study and learn. Young athletes could find their performance is off; both timing and coordination are affected by THC.

Some of the more long-range effects of marijuana use are described later in this document.

Q: How does marijuana affect driving?

A: Marijuana has adverse effects on many of the skills needed for driving a car. These effects may include difficulty in judging distances and delayed reactions to sights and sounds that drivers need to notice.

There are data showing that marijuana plays a role in crashes. When users combine marijuana with alcohol, as they often do, the hazards of driving can be more severe than with either drug alone.

A study of patients in a shock-trauma unit who had been in traffic accidents revealed that 15 percent of those who had been driving a car or motorcycle had been smoking marijuana, and another 17 percent had both THC and alcohol in their blood.

In Memphis, Tennessee, researchers found that, of 150 reckless drivers who were tested for drugs at the arrest scene, 33 percent showed signs of

marijuana use, and 12 percent tested positive for both marijuana and cocaine.

Fact: Marijuana users may have many of the same respiratory problems that tobacco smokers have, such as chronic bronchitis and inflamed sinuses.

Q: What are the long-term effects of marijuana?

A: While all of the long-term effects of marijuana use are not yet known, there are studies showing serious health concerns. For example, a group of scientists in California examined the health status of 450 daily smokers of marijuana but not tobacco. They found that the marijuana smokers had more sick days and more doctor visits for respiratory problems and other types of illness than did a similar group who did not smoke either substance.

Findings so far show that the regular use of marijuana or THC may play a role in cancer and problems in the respiratory, immune, and reproductive systems.

Cancer

It is hard to find out whether marijuana alone causes cancer because many people who smoke marijuana also smoke cigarettes and use other drugs. Marijuana smoke contains some of the same cancer-causing compounds as tobacco, sometimes in higher concentrations. Studies show that someone who smokes five joints per week may be taking in as many cancer-causing chemicals as someone who smokes a full pack of cigarettes every day.

Tobacco smoke and marijuana smoke may work together to change the tissues lining the respiratory tract. Marijuana smoking could contribute to early development of head and neck cancer in some people.

Reproductive system

Heavy marijuana use can affect hormones in both males and females, so it can affect sexual characteristics and reproductive function. Heavy doses of the drug may delay the onset of puberty in young men. Marijuana also can have adverse effects on sperm production.

Among women, regular marijuana use can disrupt the normal monthly menstrual cycle and inhibit the discharge of eggs from the ovaries

(ovulation).

Immune system

The immune system protects the body from many agents that cause disease. It is not certain whether marijuana damages the immune system of people. But both animal and human studies have shown that marijuana impairs the ability of T-cells in the lungs' immune defense system to fight off some infections. People with HIV and others whose immune system is impaired should avoid marijuana use.

Respiratory system

Someone who smokes marijuana regularly may have many of the same respiratory problems that tobacco smokers have. They have symptoms of daily cough and phlegm *(chronic bronchitis)* and more frequent chest colds. Continuing marijuana smoking can lead to abnormal function of the lungs and airways. Scientists have found signs of lung tissue injured or destroyed by marijuana smoke.

Q: What about pregnancy: Will smoking marijuana hurt the baby?

A: Doctors advise pregnant women not to use any drugs because they might harm the growing fetus.

Some scientific studies have found that babies born to marijuana users were shorter, weighed less, and had smaller head sizes than those born to mothers who did not use the drug. Smaller babies are more likely to develop health problems. Other scientists have found effects of marijuana that resemble the features of fetal alcohol syndrome. There are also research findings that show nervous system problems in children of mothers who smoked marijuana.

Researchers are not certain whether a newborn baby's health problems, if they are caused by marijuana, will continue as the child grows.

Q: What happens if a nursing mother uses marijuana?

A: When a nursing mother uses marijuana, some of the THC is passed to the baby in her breast milk. This is a matter for concern, since the THC in the mother's milk is much more concentrated than that in the mother's blood. One study has shown that the use of marijuana by a mother during the first month of breastfeeding can impair the infant's motor development *(control of muscle movement).*

Fact: Marijuana smoking affects the brain and leads to impaired short-term memory, perception, judgment and motor skills.

Q: How does marijuana affect the brain?

A: THC disrupts the nerve cells in the part of the brain where memories are formed. This makes it hard for the user to recall recent events *(such as what happened a few minutes ago)*, and so it is hard to learn while high. A working short-term memory is required for learning and performing tasks that call for more than one or two steps.

Some studies show that when people have smoked large amounts of marijuana for many years, the drug takes its toll on mental functions. Among a group of long-time heavy marijuana users in Costa Rica, researchers found that the people had great trouble when asked to recall a short list of words *(a standard test of memory)*. People in that study group also found it very hard to focus their attention on the tests given to them.

It may be that marijuana kills some brain cells. In laboratory research, some scientists found that high doses of THC given to young rats caused a loss of brain cells such as that seen with aging. At 11 or 12 months of age *(about half their normal life span)*, the rats' brains looked like those of animals in old age.

Researchers are still learning about the many ways that marijuana could affect the brain.

Q: Can the drug cause mental illness?

A: Scientists do not yet know how the use of marijuana relates to mental illness. Some researchers in Sweden report that regular, long-term intake of THC *(from cannabis)* can increase the risk of developing certain mental diseases, such as schizophrenia.

Still others maintain that regular marijuana use can lead to chronic anxiety, personality disturbances, and depression.

Q: Do marijuana users lose their motivation?

A: Some frequent, long-term marijuana users show signs of a lack of motivation *(amotivational syndrome)*. Their problems include not caring about what happens in their lives; no desire to work regularly; fatigue; and lack of concern about how they look. As a result of these symptoms, most users tend to perform poorly in school or at work. Scientists are still studying these problems.

Q: Can a person become addicted to marijuana?

A: Yes. While not everyone who uses marijuana becomes addicted, when a user begins to feel that he or she needs to take the drug to feel well, that person is said to be dependent on the drug or addicted to it. In 1993, over 100,000 people entering drug treatment programs reported marijuana as their primary drug of abuse, showing they need help to stop using.

Some heavy users of marijuana show signs of dependence because when they do not use the drug, they develop withdrawal symptoms. Some subjects in an experiment on marijuana withdrawal had such symptoms as restlessness, loss of appetite, trouble with sleeping, weight loss, and shaky hands.

Q: What is "tolerance" for marijuana?

A: "Tolerance" means that the user needs increasingly larger doses of the drug to get the same desired results that he or she previously got from smaller amounts. Some frequent, heavy users of marijuana may develop tolerance for it.

Q: Are there treatments to help marijuana users?

A: Up until a few years ago, it was hard to find treatment programs specifically for marijuana users. Treatments for marijuana dependence were much the same as therapies for other drug abuse problems. These include detoxification, behavioral therapies, and regular attendance at meetings of support groups, such as Narcotics Anonymous.

Recently, researchers have been testing different ways to attract marijuana users to treatment and help them abstain from drug use. There are currently no medications for treating marijuana dependence. Treatment programs focus on counseling and group support systems. From these studies, drug treatment professionals are learning what characteristics of users are predictors of success in treatment and which approaches to treatment can be most helpful.

Further progress in treatment to help marijuana users includes a number of programs set up to help adolescents in particular. Some of these programs are in university research centers, where most of the young clients report marijuana as their drug of choice. Others are in independent adolescent treatment facilities. Family physicians are also a good source for information and help in dealing with adolescent marijuana problems.

Q: Can marijuana be used as medicine?

A: No. Under U.S. law since 1970, marijuana is a Schedule I controlled substance. This means that the drug, at least in its smoked form, has no commonly accepted medical use in this country.

In considering possible medical uses of marijuana, it is important to distinguish between whole marijuana and pure THC or other specific chemicals derived from cannabis. Whole marijuana contains hundreds of chemicals, some of which are clearly harmful to health.

THC, manufactured into a pill that is taken by mouth, not smoked, can be used for treating the nausea and vomiting that go along with certain cancer treatments. Another chemical related to THC *(nabilone)* has also been approved by the Food and Drug Administration for treating cancer patients who suffer nausea. The oral THC is also used to help AIDS patients eat more to keep up their weight.

Scientists are studying whether THC and related chemicals in marijuana *(called cannabinoids)* may have other medical uses. Some think that these chemicals could be useful for treating severe pain. But further research is needed before such compounds can be recommended for treatment of medical problems.

Q: How can I prevent my child from getting involved with marijuana?

A: There is no magic bullet for preventing teenage drug use. But parents can be influential by talking to their children about the dangers in using marijuana and other drugs, and remain actively engaged in their children's lives. Even after teenage children enter high school, parents can stay involved in schoolwork, recreation, and social activities with their children's friends. Research shows that appropriate parental monitoring can reduce future drug use, even among those adolescents who may be prone to marijuana use, such as those who are rebellious, cannot control their emotions, and experience internal distress.

Talking to your children about marijuana

As this booklet has shown, marijuana is clearly a dangerous drug which poses a particular threat to the health and well-being of children and adolescents at a critical point in their lives -when they are growing, learning, maturing, and laying the foundation for their adult years. As a parent, your children look to you for help and guidance in working out problems and in making decisions, including the decision not to use drugs. As a role model, your decision to not use marijuana and other illegal drugs will reinforce your message to your children.

There are numerous resources, many right in your own community, to obtain information so that you can talk to your children about drugs. To find these, you can consult your local library, school, or community service organization.

The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI) offers an extensive collection of publications, videotapes, and educational materials to help parents talk to their children about drug use. For more information on marijuana and other drugs, contact:
National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information,
P.O. Box 2345,
Rockville, MD 20847
1-800-729-6686

Resources

- Fried, P.A., Prenatal exposure to tobacco and marijuana: effects during pregnancy, infancy, and early childhood. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 36:319-337, 1993.

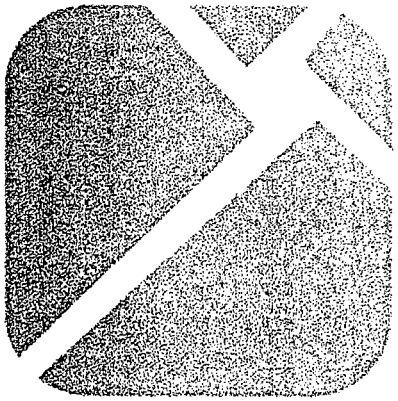
- *Growing Up Drug Free: A Parent's Guide to Prevention*, U.S. Department of Education, Washington, D.C., NCADI Publication No. PHD533 (also in Spanish PHD541), 1993.
- Hermes, W.J., and Galperin, A. *The Encyclopedia of Psychoactive Drugs: Marijuana, Its Effects on Mind and Body*, Chelsea House Publishers, 1992.
- Jaffe, J.H. Drug abuse and addiction. In: Gilman, A.G.; Rall, T.W.; Nies, A.S.; Taylor, P., eds. *The Pharmacological Bases of Therapeutics*, 8th ed. New York: Macmillan, 522-573, 1990.
- Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; and Bachman, J.G. *National Survey Results on Drug Use From the Monitoring the Future Study*, 1975-1993 (Vol. I and II). National Institute on Drug Abuse. Washington, D.C.: BKD 149 and BKD 150, 1994.
- *Keeping Youth Drug Free: A Guide for Parents, Grandparents, ...and other Caregivers*, Center for Substance Abuse Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, In Press, 1995.
- *Marijuana: Facts for Teens*, National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, NCADI Publication No. PHD713, 1995.
- *Marijuana: Facts Parents Need to Know*, National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, NCADI Publication No. PHD712, 1995.
- *Marijuana: What Can Parents Do?*, Videotape, National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, NCADI Stock No. VHS82, 1995. Cost: $8.50
- O'Brien, C.P. Drug Abuse and Dependence. In: Syngaarden, J.B., et al. (eds.) *Cecil Textbook of Medicine*. 19th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1992
- Schwartz, R.H.; Gruenewald, P.J.; Klitzner, M.; and Fedio, P. Short-term memory impairment in cannabis-dependent adolescents. *American J. of Diseases of the Child* 143:1214-1219, 1989.
- Tashkin, D.P.; Coulson, A.H.; Clark, V.A.; et al. Respiratory system and lung function in habitual, heavy smokers of marijuana alone, smokers of marijuana and tobacco, smokers of tobacco alone, and nonsmokers. *Am Rev Respir Dis* 135:209-216, 1987.

Document source:http://www.nida.nih.gov/MarijBroch/Marijparentstxt.html(public domain)

Drug Abuse USA Home | **Information**

Disclaimer

For information on this web site send mail to drgabuse@drug-abuse.com
This page created by Megalynx Web Creations
Copyright Megalynx Web Services, Inc.© 1998 all rights reserved
This web site is owned and operated by Megalynx Web Services, Inc.
We cannot guarantee the accuracy of information posted at this web site.



PREMIER MINISTRE

MILDT

MISSION
INTERMINISTERIELLE
DE LUTTE CONTRE LA DROGUE
ET LA TOXICOMANIE

www.drogues.gouv.fr

Conception & réalisation [BaBeL@STaL]

1. **Le cannabis**
2. La cocaine
3. L'ecstasy
4. L'heroïne
5. L'alcool
6. Le tabac
7. Les pratiques dopantes
8. Les médicaments psychoactifs

Mieux connaître les principaux produits pour mieux connaître leurs effets et leurs dangers

Le cannabis

De plus en plus répandu, l'usage du cannabis concerne aussi bien les jeunes que les moins jeunes. Banalisés, le joint est le 1er produit illicite consommé. Au point qu'on ne sait plus s'il est légal ou pas et quels en sont les dangers réels. Un point complet à l'usage des usagers, de leurs proches et de ceux qui veulent en savoir plus.

Le cannabis qu'est-ce que c'est, et à quoi ça ressemble ?

Le cannabis est une plante. Il se présente sous trois formes différentes :

- **l'herbe** (marijuana) : feuilles, tiges et sommités fleuries, simplement séchées. Se fume généralement mélangée à du tabac, roulée en cigarette souvent de forme conique (le stick, le joint, le pétard...).

- **le haschich** (shit) : résine de la plante, obtenue en raclant les feuilles et en y ajoutant la poudre obtenue des plants séchés et secoués. Se présente sous la forme de plaques compressées, barrettes de couleur verte, brune ou jaune selon les régions de production. Se fume généralement mélangé à du tabac et plus rarement consommé sous forme de préparations culinaires.

  Le haschich peut être coupé avec d'autres substances plus ou moins toxiques comme le henné, le cirage, la paraffine...

- **l'huile** : préparation plus concentrée en principe actif, consommée généralement au moyen d'une pipe. Son usage est actuellement peu répandu.

Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahydrocannabinol), inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est

cannabis séché

très variable selon les préparations et la provenance du produit.

Les propriétés thérapeutiques du THC contre la douleur et les vomissements sont reconnues scientifiquement. Dans quelques états des Etats-Unis et en Grande Bretagne, sa prescription est autorisée au cours des chimiothérapies anticancéreuses et dans certaines affections liées au VIH.

Effets et dangers du cannabis

Les usagers de tous âges consomment généralement pour le plaisir et la détente. Les effets de la consommation de cannabis sont variables : légère euphorie, accompagnée d'un sentiment d'apaisement et d'une envie spontanée de rire, légère somnolence. Des doses fortes entraînent rapidement des difficultés à accomplir une tâche, perturbent la perception du temps, la perception visuelle et la mémoire immédiate, et provoquent une léthargie. Ces effets peuvent être dangereux si l'on conduit une voiture, si l'on utilise certaines machines sous l'effet de l'ivresse cannabique.

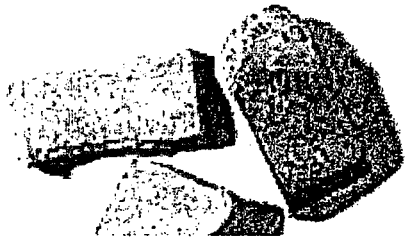
Les principaux effets physiques du cannabis peuvent provoquer selon la personne, la quantité consommée et la composition du produit, l'augmentation du rythme du pouls (palpitations), la diminution de la salivation (bouche sèche), le gonflement des vaisseaux sanguins (yeux rouges), et parfois, la sensation de nausée.

Les effets nocifs du cannabis sur la santé sont à certains égards moins importants que ceux d'autres substances psychoactives. L'appareil respiratoire est exposé aux risques identiques à ceux du tabac (nicotine et goudrons toxiques), et les risques sont amplifiés dans certaines conditions d'inhalation (pipes à eau, " douilles ").
Toutefois, certains effets, mal perçus de la population et des consommateurs, ont déjà des conséquences importantes et marquent l'existence d'un usage nocif : difficultés de concentration, difficultés scolaires, préoccupations centrées sur l'obtention du produit, contacts avec des circuits illicites.

Chez certaines personnes plus fragiles, le cannabis peut déclencher des hallucinations ou des modifications de perception et de prise de conscience d'eux-mêmes : dédoublement de la personnalité, sentiment de persécution. Ces effets peuvent se traduire par une forte anxiété. Un usage nocif de cannabis peut favoriser des troubles psychiques.

Cannabis et dépendance

L'usage répété et l'abus de cannabis entraînent une dépendance psychique moyenne à forte selon les individus. En revanche, les experts s'accordent à dire que la dépendance physique est minime. Toutefois, un usage régulier, souvent révélateur de problèmes, est préoccupant, surtout lorsqu'il s'agit de très jeunes



usagers.

résine de cannabis

Le cannabis est un produit illicite.

Originaire des contreforts de l'Himalaya, le cannabis (ou chanvre indien) est utilisé par l'homme depuis des millénaires ; d'où sa diffusion vers le continent indien puis vers l'Extrême-Orient, le Moyen-Orient puis l'Europe. Cultivé pour ses fibres destinées à la fabrication de cordages, de papiers et de tissus, sa résine était utilisée autrefois en tant que spasmolytique, hypnotique et analgésique.

Introduit en Europe au début du 19è siècle par les soldats de Bonaparte et par des médecins anglais de retour des Indes, le cannabis fut utilisé en médecine pour le traitement des migraines, de l'asthme et de l'épilepsie.

Sources :
- Dictionnaire des drogues - Larousse, 1999
- Drogues : s'informer, prévenir, agir - CFES,Ministère de la Jeunesse et des Sports, CNDT, MILDT, 1998

Consommation : les chiffres d'une réalité française

- Un peu plus de 6 millions de personnes de 15 à 44 ans déclarent avoir consommé du cannabis une fois dans leur vie, soit un homme sur trois et une femme sur cinq.
- 7,5% des adultes de 18 à 44 ans (1,8 millions de personnes) déclarent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans l'année.
- Entre 23 et 34% des jeunes de 15 à 19 ans (environ 1 million de personnes) déclarent consommer du cannabis au moins une fois dans l'année.
- Environ 11% des jeunes de 15 à 19 ans (400 000 jeunes) déclarent consommer du cannabis au moins 10 fois au cours de l'année.
- En 1997, 23% des personnes qui demandent du soin sont en difficulté avec le cannabis. L'âge moyen de ces usagers était de 25 ans.
- Aucun décès lié à l'usage de cannabis n'a été recensé par la police jusqu'à maintenant. Néanmoins, depuis juin 1999, la loi prévoit la recherche de cannabis chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel.
- 73 000 usagers et usagers revendeurs de cannabis ont été interpellés en 1998. Leur âge moyen était de 22 ans. Le

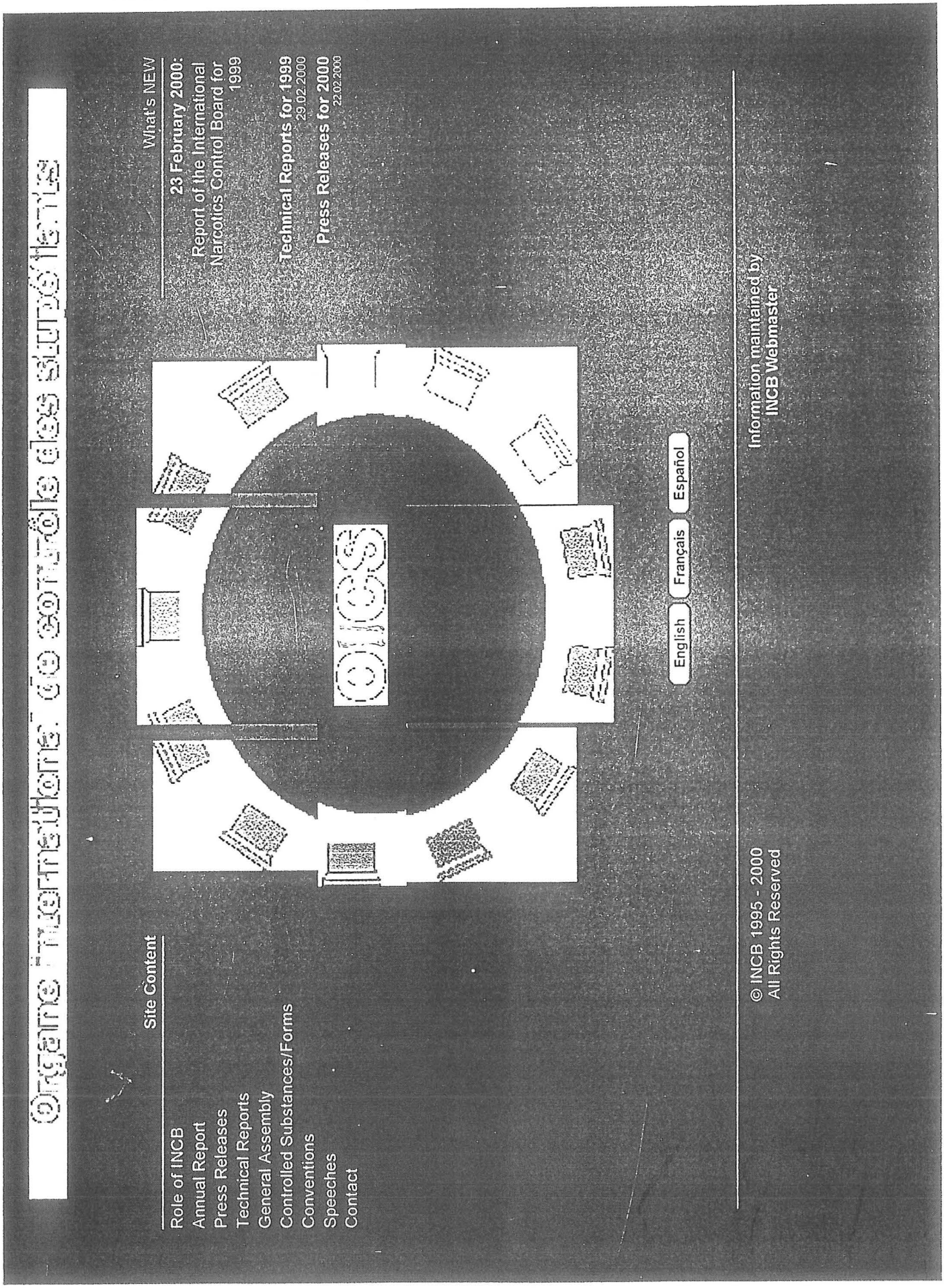
- 75 000 usagers et usagers revendeurs de cannabis ont été interpellés en 1998. Leur âge moyen était de 22 ans. Le nombre d'usagers de cannabis interpellés a fortement augmenté en quelques années et représente une part croissante de l'ensemble des interpellations pour usage de stupéfiants (85% en 1998).
- Un peu plus de 3 000 personnes ont été interpellées pour trafic de cannabis en 1998.

Tendance statistique : **la consommation déclarée de cannabis est en hausse, en particulier chez les jeunes.**

Source : OFDT - Drogues et toxicomanies, livrets/indicateurs et tendances, 1999 [note]

Date de mise à jour : décembre 99
Emetteur : MILDT/CFES

ANNEXE 3 L'Organe international de contrôle des stupéfiants



- Mandat de l'Organe
- Composition de l'Organe
- Secrétariat de l'Organe
- Portée du contrôle international des drogues
- Contrôle des stupéfiants
- Contrôle des substances psychotropes
- Contrôle des précurseurs et des produits chimiques essentiels utilisés dans la fabrication illicite de drogues
- Evaluation et appui des efforts nationaux
- Dialogue avec les gouvernements
- Programmes de formation
- Rapport annuel
- Le système des Nations Unies, les organes de contrôle des drogues et leur secrétariat

---

Au cours des 80 dernières années, un système mondial de contrôle des drogues faisant l'objet d'un abus s'est développé progressivement grâce à l'adoption d'une série de traités internationaux. Les conventions multilatérales importantes actuellement en vigueur sont la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (Convention de 1961), telle que modifiée par le Protocole de 1972; la Convention sur les substances psychotropes de 1971 (Convention de 1971) et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (Convention de 1988) adoptée en 1988. Chacun de ces traités est venu à son tour compléter la réglementation en vigueur et a fait progresser le droit international. Dès le début, l'objectif principal des traités internationaux de contrôle des drogues était de limiter l'utilisation de ces drogues à des fins médicales et scientifiques.

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS ou Organe) est un organe de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues; il a été créé en 1968 par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédentes conventions sur les drogues, dès l'époque de la Société des Nations.

L'Organe est indépendant tant des gouvernements que de l'ONU. Ses 13 membres exercent leurs fonctions à titre personnel. Ils sont élus par le Conseil économique et social de l'ONU et leurs travaux sont financés par l'ONU. Trois membres sont choisis sur une liste de candidats désignés par l'OMS et les 10 autres sur une liste de personnes désignées par les gouvernements.

Mandat de l'Organe

L'Organe est chargé de promouvoir l'application des dispositions des traités sur le contrôle des drogues par les gouvernements. Ses tâches sont fixées par les traités. Elles sont essentiellement de deux ordres :

- En ce qui concerne la fabrication, le commerce et la vente licites de drogues, l'Organe veille à ce que des quantités suffisantes soient disponibles à des fins médicales et scientifiques, et à ce qu'il n'y ait pas de détournements des sources licites vers le trafic illicite. A cette

fin, il administre un système d'évaluations des stupéfiants et un système d'évaluations volontaires des substances psychotropes, et il surveille le commerce international des drogues à l'aide d'un système de rapports statistiques. Par ailleurs, l'Organe suit les mesures prises par les gouvernements pour contrôler des produits chimiques utilisés dans la fabrication illicite des drogues et les aide à prévenir le détournement de ces substances vers le trafic illicite.

- En ce qui concerne la fabrication et le trafic illicites de drogues, l'Organe repère les faiblesses des systèmes de contrôle nationaux et internationaux et contribue à améliorer la situation. En outre, l'Organe est chargé d'évaluer quels produits chimiques servant à la fabrication illicite de drogues pourraient être soumis au contrôle international.

Composition de l'Organe

Les membres de l'Organe dont le mandat expire au 1er mars de l'année indiquée, sont les suivants :

Edouard Armenakovich BABAYAN	Fédération de Russie	2000
Chinmay CHAKRABARTY	India	2002
Nelia CORTES-MARAMBA	Philippines ●	2002
Jacques FRANQUET	France	2002
Hamid GHODSE	Iran (Rép. islamique d') ●	2002
Dil Jan KHAN	Pakistan	2002
Mohamed MANSOUR	Egypte	2000
António Lourenço MARTINS	Portugal	2000
Herbert OKUN	Etats-Unis d'Amérique	2002
Alfredo PEMJEAN	Chili ●	2000
Oskar SCHROEDER	Allemagne	2000
Elba TORRES GRATEROL	Venezuela	2000
Sergio URIBE RAMIREZ	Colombie	2002

● Elu par le Conseil économique et social parmi les candidats désignés par l'OMS.

Secrétariat de l'Organe

Il est possible d'écrire au secrétariat de l'Organe à l'adresse suivante:

Centre international de Vienne
Bureau E-1313
B.P. 500
A-1400 Vienne
Autriche
Le secrétariat peut aussi être contacté par:

Téléphone: (43-1) 26060
Télécopieur: (43-1) 26060-5867 / 5868 - 232156
Télex: 135612
Télégramme: unations vienna

Le Secrétaire de l'Organe est M. Herbert Schaepe.

Portée du contrôle international des drogues

Deux catégories de drogues, les stupéfiants et les substances psychotropes, sont contrôlées en vertu des traités internationaux sur le contrôle des drogues :

- A l'heure actuelle, un contrôle est exercé sur plus de 116 stupéfiants au titre de la Convention de 1961. Il s'agit avant tout de produits naturels tels que l'opium et ses dérivés, la morphine, la codéine et l'héroïne, mais aussi de stupéfiants de synthèse tels que la méthadone et la péthidine, ainsi que du cannabis et de la cocaïne.
- Quelque 111 substances psychotropes sont contrôlées en vertu de la Convention de 1971. La plupart d'entre elles sont contenues dans des produits pharmaceutiques agissant sur le système nerveux central. En bref, il s'agit des hallucinogènes, des stimulants, des dépresseurs et de quelques analgésiques.

La sévérité des mesures de contrôle prescrites par ces deux conventions varie d'un groupe de drogues à l'autre. A cette fin, les drogues sont inscrites dans divers tableaux annexés aux conventions en fonction de leurs propriétés toxicomanogènes, de leur valeur thérapeutique et du risque d'abus qu'elles présentent. La Commission des stupéfiants des Nations Unies (la Commission), qui est une commission technique du Conseil économique et social, est habilitée à décider si une nouvelle drogue doit être inscrite à un tableau ou si une drogue inscrite à un tableau doit être transférée à un autre tableau ou si elle doit en être retirée. Ce faisant, la Commission doit tenir compte des constatations et des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le contrôle international des drogues, d'abord limité aux stupéfiants et aux substances psychotropes, qui ont en commun de causer une dépendance, a été étendu par la Convention de 1988 à 22 produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes.

Contrôle des stupéfiants

Le système international de contrôle du mouvement licite des stupéfiants prévu par la Convention de 1961 fonctionne de façon généralement satisfaisante, et les drogues produites ou fabriquées licitement ne constituent normalement pas une source de trafic illicite. Cette situation est essentiellement due au système d'évaluation qui couvre tous les pays, parties ou non à la Convention. Les pays sont tenus de ne pas dépasser les montants des évaluations confirmées ou établies par l'Organe.

L'Organe, en coopération avec l'OMS, publie des rapports sur l'offre et la demande d'opiacés à des fins médicales et scientifiques. Ces rapports analysent la production des matières premières et la consommation d'opiacés. Ils présentent aussi des recommandations aux gouvernements, aux associations professionnelles et au corps médical, pour réduire au minimum, à défaut de surmonter les contraintes limitant la disponibilité des opiacés nécessaires au traitement et au soulagement de certaines douleurs intolérables.

Contrôle des substances psychotropes

La Convention de 1971 est entrée en vigueur en 1976. Contrairement à ce qui est le cas dans le trafic illicite de stupéfiants obtenus par production et fabrication illicites, les substances psychotropes proviennent souvent de détournements de la fabrication licite. Ces détournements sont dus avant tout à l'insuffisance de la législation dans un certain nombre de pays producteurs et exportateurs et à l'absence d'informations permettant de prévoir les besoins médicaux et scientifiques réels. Des millions de doses unitaires de ces substances non requises ont ainsi été "exportées" vers des pays qui n'en avaient nul besoin, donnant ensuite lieu à un abus dans le monde entier.

A la suite de recommandations présentées par l'OICS en 1981, 1991 et 1993, le Conseil économique et social a demandé à tous les gouvernements de fournir à l'Organe une évaluation de leurs besoins réels de substances psychotropes placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques. A l'heure actuelle, près de 170 gouvernements communiquent ces informations à l'Organe, du moins pour les substances psychotropes les plus dangereuses. Ces chiffres sont régulièrement publiés par l'Organe. Le détournement de substances fabriquées de façon légitime a déjà considérablement diminué, du fait que les autorités des pays exportateurs peuvent maintenant facilement vérifier si les commandes reçues correspondent aux besoins réels des pays importateurs. En cas de doute, les pays exportateurs consultent l'OICS.

Contrôle des précurseurs et des produits chimiques essentiels utilisés dans la fabrication illicite de drogues

L'article 12 de la Convention de 1988 a introduit un certain nombre de mesures de contrôle de diverses substances fréquemment utilisées dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes. Cet article a confié à l'Organe la mission de surveiller l'application par les gouvernements des mesures de contrôle de ces substances et d'évaluer les substances chimiques devant éventuellement faire l'objet d'un contrôle international. L'Organe fait rapport chaque année à la Commission sur l'application de cet article.

Au besoin, l'Organe assiste les gouvernements à vérifier la légitimité de transactions avec des précurseurs ou des produits chimiques essentiels afin

de prévenir leur détournement dans le trafic illicite. Grâce à ce mécanisme, un certain nombre de tentatives de détournement de telles substances ont été identifiées et les expéditions en question ont été arrêtées. L'Organe a établi une banque de données afin d'utiliser pleinement l'information fournie par les gouvernements ou obtenue d'autres sources. Cette banque de données est utilisée comme un instrument pour assister les gouvernement à prévenir les détournements, de même que pour aider l'Organe à identifier des substances qui pourraient éventuellement être placées sous contrôle international.

Evaluation et appui des efforts nationaux

L'examen et l'analyse des informations reçues de quelque 190 pays et territoires permet à l'Organe de suivre la bonne application des traités dans le monde entier. Par cette évaluation continue des efforts des pays, l'OICS peut recommander des mesures et proposer des ajustements aux systèmes de contrôle nationaux et internationaux. S'il y a lieu, l'OICS peut recommander aux organes compétents de l'ONU, aux institutions spécialisées et aux gouvernements de fournir une assistance technique ou financière aux gouvernements pour les aider à s'acquitter des obligations qui leur incombent en vertu des traités.

Dialogue avec les gouvernements

Pour promouvoir les objectifs des traités, l'Organe entretient un dialogue permanent avec les gouvernements par le biais de consultations régulières et de missions organisées en accord avec les gouvernements intéressés. De ce fait, certains pays sont devenus parties aux conventions et ont renforcé leur législation, notamment pour ce qui est des substances psychotropes, ou ont amélioré la coordination des activités nationales de contrôle des drogues.

A maintes reprises, l'Organe a souligné que des progrès réels et durables dans la lutte contre l'abus et le trafic des drogues dépendent de l'engagement résolu des gouvernements, de la fixation de priorités et de l'attribution de ressources suffisantes par les autorités nationales, puisque ce sont elles et elles seules qui peuvent prendre les mesures nécessaires dans leur pays. Pour avoir un impact maximum, toutes ces mesures nationales doivent être coordonnées aux échelons régional et mondial.

Programmes de formation

Pour aider les administrations nationales chargées du contrôle des drogues à améliorer le fonctionnement de leurs services, le secrétariat de l'Organe organise des séminaires de formation à l'intention des personnels de ces services, en particulier de ceux des pays en développement. Les séminaires préparent les fonctionnaires à appliquer les mesures imposées par les traités, notamment celles ayant trait à la coopération entre l'OICS et les parties aux traités. Des séminaires régionaux ont permis non seulement d'améliorer la coopération des pays participant mais aussi de renforcer la collaboration entre pays à l'intérieur des régions. Ils sont organisés en étroite coopération avec le Programme des Nations Unies pour

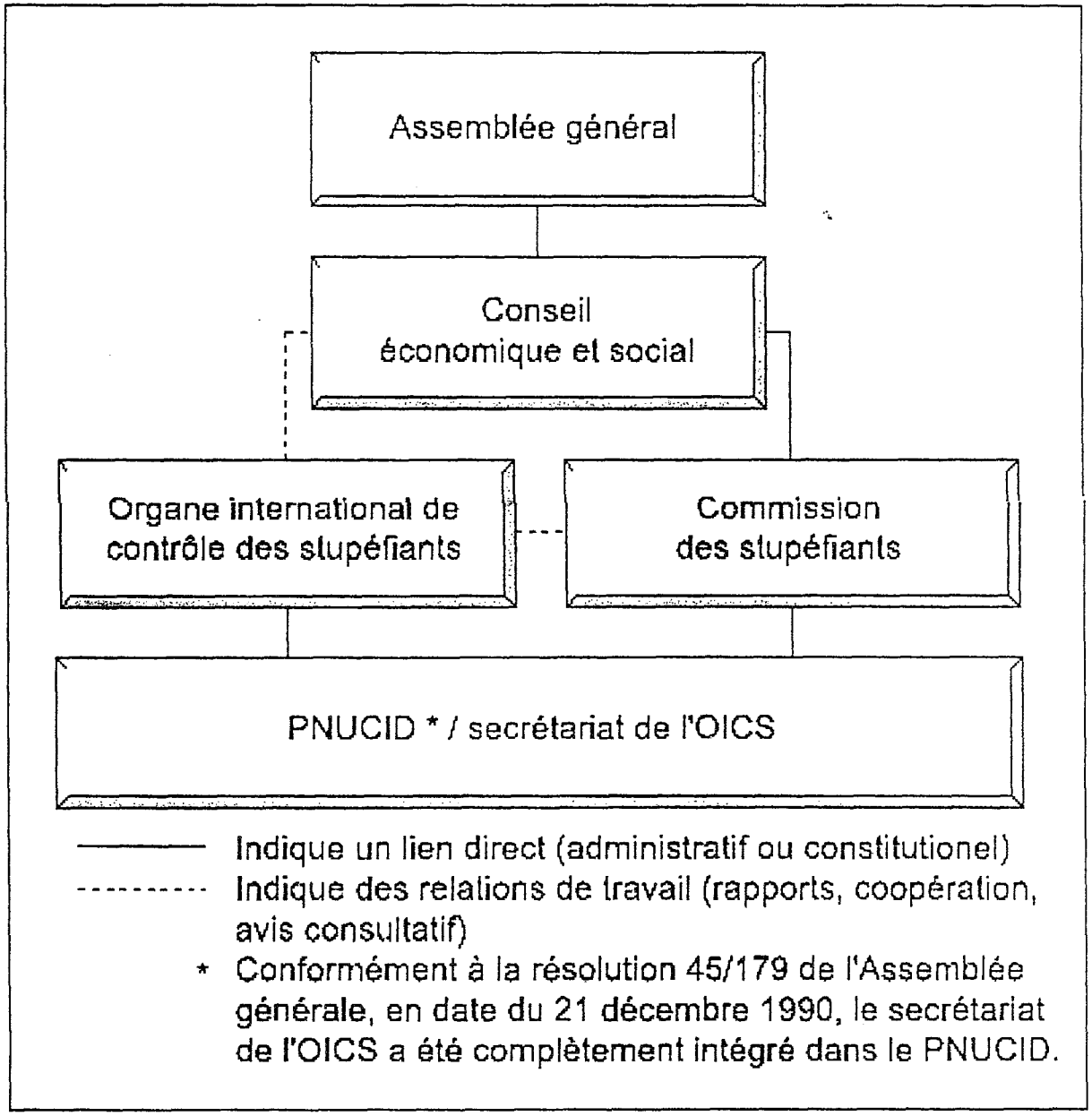
le contrôle international des drogues (PNUCID) et d'autres organisations internationales compétentes, en particulier l'OMS et l'Organisation internationale de la police criminelle. Les administrations nationales envoient également des fonctionnaires faire des stages de formation au secrétariat de l'OICS.

Rapport annuel

L'Organe publie un rapport annuel sur ses activités, qui est soumis au Conseil économique et social par l'intermédiaire de la Commission. Ce rapport donne un tableau complet de la situation en matière de contrôle des drogues dans diverses parties du monde. En tant qu'organe impartial, l'OICS s'efforce de repérer et de prévoir les tendances inquiétantes et propose les mesures nécessaires. Ce rapport est complété par des rapports techniques sur les stupéfiants et les substances psychotropes, qui donnent un état détaillé des évaluations des besoins légitimes annuels pour chaque pays ainsi que les données relatives à la production, à la fabrication, au commerce et à la consommation licites de ces substances dans le monde entier.

Le rapport est également complété par un rapport à la Commission des stupéfiants sur l'application de l'article 12 de la Convention de 1988. Ce dernier rapport contient une analyse des mesures prises par les gouvernements contre le détournement de précurseurs et de produits chimiques essentiels et des tendances dans le trafic illicite de ces substances.

Le système des Nations Unies, les organes de contrôle des drogues et leur secrétariat



ANNEXE 4 Centres de soins pour toxicomanes à Grenoble (Isère)

38 **Département :** Isère **Ville :** GRENOBLE
Nom : Centre médico social d'accueil et de soins pour toxicomanes
Domaine(s) : Toxicomanie
Secteur(s) d'activité : PREVENTION , SOIN , INSERTION
Adresse :
1, rue Hauquelin
38000 Grenoble
Service : Administration **Tél :** 04 76 54 24 29

Fiche détaillée

38 **Département :** Isère **Ville :** GRENOBLE
Nom : Point Virgule
Domaine(s) : Toxicomanie
Secteur(s) d'activité : PREVENTION , SOIN , INSERTION
Adresse :
19, rue des Bergers
4ème étage
38000 Grenoble
Service : Administration **Tél :** 04 76 17 21 21

Fiche détaillée

38 **Département :** Isère **Ville :** VARCES
Nom : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes Intervenant en Milieu Pénitentiaire
Domaine(s) : Toxicomanie
Secteur(s) d'activité : PREVENTION , SOIN , PROFESSIONNEL
Adresse :
Espace Charles de Gaulle
38760 Varces
Service : Administration **Tél :** 04 76 72 82 13

Fiche détaillée

Serment des Apothicaires

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Candidat :	Cécile FROMENTAL

Titre de le thèse :	Le cannabis à l'aube du troisième millénaire: La réalité de l'application des conventions internationales dans quelques pays de l'Union européenne.

Date de soutenance :	Mardi 27 juin 2000

JURY :	Président :	Madame M. DELETRAZ-DELPORTE
	Membres :	Madame A.-M. MARIOTTE
		Monsieur C. CABUT
		Madame C. LAPOSTOLLE-DANGREAUX

RÉSUMÉ :

Le cannabis est une plante classée parmi les stupéfiants au niveau international, et qui possède des vertus thérapeutiques encore non utilisées "officiellement". C'est aujourd'hui la drogue illicite la plus consommée à travers le monde.
En cette fin de vingtième siècle, les questions soulevées par l'utilisation du cannabis n'obtiennent toujours pas les réponses attendues. Nous avons donc souhaité faire le point sur l'utilisation de cette plante et sur les textes juridiques qui l'encadrent.

La qualification de la "drogue" cannabis est régulièrement sujette à de nombreuses polémiques entre les partisans d'une "drogue douce" et utile au plan médical, qui prônent la dépénalisation, et les tenants d'une politique répressive qui considèrent que c'est une drogue dangereuse pour la santé.
Le cannabis est encadré juridiquement par les trois conventions internationales concernant les stupéfiants et les substances psychotropes. En application de ces conventions, des dispositions harmonisées légales et administratives nationales devraient limiter l'utilisation du cannabis à des fins médicales et scientifiques dès août 2000. Pourtant, aucun des États européens étudiés ne semble mettre en place une telle politique harmonisée, et actuellement nous observons une grande diversité dans le "traitement" de l'usager occasionnel de cannabis.

Nous avons donc, dans une première partie, présenté la plante, ses utilisations et ses dangers. Dans une deuxième partie, nous avons abordé les conventions internationales et les législations françaises et européennes concernant le cannabis, ainsi que leur application. Enfin dans une troisième partie, nous avons constaté à travers les statistiques l'ampleur de la consommation illicite de cannabis en France, essentiellement pour ses vertus non thérapeutiques. Mais dans l'avenir nous pourrions assister, à la lumière des expériences menées Outre-Atlantique, aux premiers essais officiels d'un usage thérapeutique en Europe.

MOTS - CLÉS : CANNABIS - CHANVRE - DROGUE - LÉGISLATION - STUPÉFIANTS CONVENTIONS INTERNATIONALES - UNION EUROPÉENNE