

Chapitre I.

Le cannabis et les cannabinoïdes à usage médical, scientifique et « récréatif » : risques et intérêts

1. Les gouvernements de plusieurs États ont adopté une législation autorisant les patients souffrant de certaines pathologies (comme le cancer en phase terminale, l'épilepsie et des maladies neurologiques) à utiliser des cannabinoïdes et du cannabis pour traiter leurs symptômes (voir l'encadré 1 pour les définitions des termes clefs). Certains programmes de cannabis médical ont eu des incidences néfastes en matière de santé publique, car ils

n'ont pas été réglementés conformément aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, ce qui a conduit au détournement de cannabis vers un usage non médical. Dans plusieurs pays, des programmes de cannabis médical mal réglementés et la moindre perception des risques qui y est associée ont pu contribuer à la légalisation de l'usage non médical du cannabis, en contravention desdits traités (voir par. 5 et sections H-K ci-après).

Encadré 1.

Quelques termes clefs

1. Le terme « cannabis et ses dérivés » désigne tous les produits dérivés de la plante de cannabis. Ceux-ci comprennent les sommités florifères (marijuana), la résine de cannabis compressée (haschisch), les huiles de cannabis, les extraits de cannabis concentrés (cires) et les produits à ingérer (infusions, biscuits et chocolats, par exemple).
2. Les cannabinoïdes sont des substances présentes uniquement dans la plante de cannabis. On estime à 104 le nombre de cannabinoïdes naturels, dont deux ont fait l'objet d'études plus approfondies que les autres, le tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD) :
 - Le THC est responsable des effets psychoactifs, comme l'euphorie, la relaxation et les expériences sensorielles accrues, recherchés par les consommateurs qui font un usage « récréatif » du cannabis ;
 - Le CBD a peu d'effets psychoactifs. Il peut modérer ceux du THC et possède des propriétés antioxydantes, anti-inflammatoires et neuroprotectrices.
3. Les cannabinoïdes de synthèse sont des substances produites en laboratoire qui ont des effets similaires à ceux du THC ou d'autres cannabinoïdes (nabilone, par exemple).
4. On compte parmi les cannabinoïdes pharmaceutiques approuvés le dronabinol, la nabilone, le nabiximols et le CBD. Des recherches sur les usages potentiels d'autres cannabinoïdes sont en cours.

Sources : National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research* (Washington, National Academies Press, 2017) ; OMS, *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use* (Genève, 2016) ; et Leslie L. Iversen, *The Science of Marijuana*, 2^e éd. (Oxford, Oxford University Press, 2008).

2. Le cannabis est inscrit aux Tableaux I et IV de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972¹, car il provoque une dépendance et a des conséquences nocives pour la santé publique (voir la section E ci-après)². Ces conséquences incluent des traumatismes dus à des accidents de la circulation, des maladies mentales comme la psychose, une réduction des capacités cognitives et des capacités d'apprentissage, des problèmes de développement chez les adolescents et des effets néfastes sur le développement du fœtus. Une consommation de cannabis qui débute à l'adolescence peut endommager le cerveau à une période où il est particulièrement vulnérable.

3. Les principaux cannabinoïdes possédant des propriétés psychoactives, à savoir le THC et ses isomères et variantes stéréochimiques, sont inscrits au Tableau I de la Convention sur les substances psychotropes de 1971³ parce qu'ils sont susceptibles de provoquer un état de dépendance et de constituer un problème de santé publique et un problème social.

4. Dans son rapport annuel pour 2017⁴, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) a revu la terminologie employée dans le contexte de l'usage médical des cannabinoïdes. Ainsi, dans le présent chapitre, le terme « cannabinoïdes médicinaux » désigne uniquement les cannabinoïdes qui ont été extraits de la plante ou synthétisés, qui ont fait l'objet d'essais cliniques contrôlés ayant permis d'en évaluer l'innocuité et l'efficacité et dont l'utilisation comme médicament a été autorisée.

5. Mal contrôlés, les programmes d'usage médical des cannabinoïdes peuvent avoir des effets néfastes sur la santé publique. Ils peuvent accroître l'usage non médical (dit « récréatif ») de cannabis chez les adultes et contribuer à sa légalisation en affaiblissant, au sein de l'opinion publique, la conscience des risques qu'il représente et les craintes relatives à une telle légalisation, contraire aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues.

¹Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 976, n° 14152.

²Au moment de la rédaction du présent rapport, le Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance était sur le point de tenir sa quarante et unième réunion (12-16 novembre 2018), au cours de laquelle il devait procéder à un examen critique, entre autres, du cannabis et des substances apparentées, à savoir le cannabis et la résine, les extraits et les teintures de cannabis, le *delta-9-THC* et les isomères du THC, afin de donner un avis au Directeur général de l'OIMS quant à la soumission d'une éventuelle recommandation ou évaluation à la Commission des stupéfiants pour examen, comme prévu au paragraphe 3, alinéa iii, et aux paragraphes 4, 5 et 6 de l'article 3 de la Convention de 1961 telle que modifiée et au paragraphe 4 de l'article 2 de la Convention de 1971.

³Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1019, n° 14956.

⁴E/INCB/2017/1.

6. Le présent chapitre précise les conditions dans lesquelles les traités internationaux autorisent l'usage des cannabinoïdes à des fins médicales. Il contient aussi une courte synthèse des éléments dont on dispose concernant l'innocuité et l'efficacité des cannabinoïdes pour divers types d'usage médical et présente les points forts et les limites des différentes approches réglementaires suivies eu égard à l'autorisation de cet usage, y compris les risques de détournement du cannabis vers un usage non médical. Enfin, ce chapitre examine comment une mauvaise réglementation des programmes de cannabis médical peut être propice à des actions visant la légalisation de l'usage non médical, et il se termine par des recommandations aux États sur la manière de mettre en œuvre des programmes de cannabinoïdes médicinaux conformes aux exigences des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues.

A. Le cannabis, ses dérivés et les conventions internationales relatives au contrôle des drogues

7. L'article 4, alinéa c, de la Convention de 1961 telle que modifiée limite l'usage des drogues placées sous contrôle, dont le cannabis et ses dérivés, aux seules fins médicales et scientifiques. Au titre de la Convention, les cannabinoïdes peuvent faire l'objet d'essais cliniques contrôlés destinés à déterminer les intérêts et les dangers de leur usage en médecine.

8. Les traités imposent des obligations aux États parties en ce qui concerne l'autorisation de l'usage du cannabis et de ses dérivés à des fins médicales. Par exemple, les articles 23 et 28 de la Convention de 1961 telle que modifiée exigent que les gouvernements créent un organisme national du cannabis chargé de contrôler la production et de réguler l'offre des cannabinoïdes à usage médical. Cet organisme doit délivrer des licences aux producteurs, acheter les récoltes et en prendre matériellement possession, et détenir un monopole sur le commerce de gros et la conservation des stocks. Chaque année, il doit communiquer à l'OICS des évaluations des quantités de substance qui seront utilisées à des fins médicales ainsi que du nombre de patients qui en bénéficieront.

9. Afin de prévenir l'abus et le trafic de cannabis, les États parties doivent prendre des mesures visant à empêcher la culture non autorisée de la plante de cannabis et saisir et éradiquer les cultures illicites. Tous les programmes d'usage médical des cannabinoïdes doivent être conçus et mis en œuvre sous la pleine autorité de l'État concerné.

10. Les traités exigent la mise en place de cadres législatifs efficaces, propres à assurer que l'usage du cannabis et de ses dérivés a lieu sous surveillance médicale et à prévenir tout détournement de ces substances à des fins non médicales. Les gouvernements autorisant l'usage médical du cannabis doivent faire en sorte que celui-ci soit prescrit par des médecins compétents, dans le cadre d'une pratique médicale judicieuse et sur la base de preuves scientifiques solides.

11. L'usage des cannabinoïdes à des fins médicales doit être approuvé sur le fondement de données scientifiques issues d'essais cliniques contrôlés attestant la qualité, l'innocuité et l'efficacité de ces substances. Les cannabinoïdes médicaux approuvés doivent être prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien. Les gouvernements doivent surveiller les personnes habilitées à prescrire et à dispenser des cannabinoïdes ainsi que les patients, afin de s'assurer que ces substances ne sont pas détournées à des fins d'usage non médical ni d'abus.

12. L'OICS a réaffirmé à plusieurs reprises que la culture du cannabis par des particuliers à des fins d'usage médical était contraire à la Convention de 1961 telle que modifiée, car elle avait notamment pour effet d'accroître le risque de détournement⁵. Lorsque le cannabis destiné à un usage médical est cultivé par des particuliers, les gouvernements ne sont pas en mesure d'exercer la supervision prévue par la Convention de 1961 sur la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'utilisation et la détention de cannabis, d'établir des évaluations de l'usage médical, de fournir les données statistiques requises ou d'appliquer les dispositions de l'article 28 de la Convention. Mis à part les risques de détournement, autoriser les particuliers à cultiver du cannabis pour leur consommation médicale personnelle peut présenter des risques sanitaires accrus du fait que les dosages et les quantités de THC absorbées peuvent différer de ceux qui sont prescrits dans le cadre médical. La production de concentrés et d'extraits à très forte teneur en THC destinés à un « usage médical » exacerbe les craintes de l'OICS quant aux risques de détournement à des fins non médicales.

B. Régimes d'enregistrement et de prescription des produits pharmaceutiques

13. Fumer du cannabis n'est pas un moyen médicalement acceptable d'absorber des doses normalisées de

cannabinoïdes, pour deux raisons : premièrement, les plantes de cannabis n'ayant pas toutes la même composition, il est difficile de prescrire des doses précises⁶ ; deuxièmement, l'inhalation des substances cancérigènes et des toxines présentes dans la fumée de cannabis fait courir des risques sanitaires aux patients⁷.

14. Les tentatives de commercialisation de produits du cannabis et de promotion de leur usage en tant que « médicaments à base de plante » sont incompatibles avec l'inscription du cannabis et de ses dérivés aux Tableaux des conventions de 1961 et de 1971.

15. Les cannabinoïdes de qualité pharmaceutique doivent être approuvés par le système national de réglementation pharmaceutique pour des usages médicaux précisément définis. L'intérêt pharmacologique spécifique des cannabinoïdes pour le traitement de pathologies données doit être démontré, afin d'éviter que ces substances ne soient utilisées dans la prise en charge de pathologies pour lesquelles les preuves de leur efficacité sont limitées. Les cannabinoïdes approuvés de la sorte sont les plus à même de libérer des doses normalisées de substances connues, de bonne qualité, dans le cadre d'un usage médical⁸.

16. Les organismes de réglementation autorisent l'usage médical d'un produit quand il est prouvé que celui-ci a été fabriqué de manière à atteindre le niveau de qualité et d'innocuité requis. Ces organismes exigent aussi que des essais cliniques randomisés contrôlés aient prouvé l'innocuité et l'efficacité du produit, c'est-à-dire le fait que celui-ci est plus efficace qu'un placebo, ou aussi efficace qu'un médicament actif, chez des patients souffrant d'un trouble donné⁹.

⁶Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Cannabis Legislation in Europe: An Overview* (Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2018), p. 7.

⁷États-Unis, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research* (Washington, National Academies Press, 2017).

⁸Jennifer H. Martin, Yvonne Bonomo et Adrian D. B. Reynolds, « Compassion and evidence in prescribing cannabinoids: a perspective from the Royal Australasian College of Physicians », *Medical Journal of Australia*, vol. 208, n° 3 (février 2018).

⁹Odilia Osakwe, « Pharmaceutical regulation: the role of Government in the business of drug discovery », in *Social Aspects of Drug Discovery, Development and Commercialization*, Odilia Osakwe et Syed A. A. Rizvi (sous la direction de) (Londres, Elsevier, 2016) ; Lembit Rågo et Budiono Santoso, « Drug regulation: history, present and future », in *Drug Benefits and Risks: An International Textbook of Clinical Pharmacology*, 2^e édition révisée, Chris J. van Boxtel, Budiono Santoso et I. Ralph Edwards (sous la direction de) (Uppsala (Suède), Uppsala Monitoring Centre, 2008).

⁵Ibid., par. 177.

17. Lorsqu'ils évaluent le potentiel d'une substance soumise à contrôle à être utilisée à des fins médicales, les États devraient s'assurer que les avantages thérapeutiques qu'elle présente ne peuvent être obtenus d'aucune autre substance non soumise au contrôle et n'ayant pas ou peu de propriétés addictogènes¹⁰.

18. Quand des médicaments sont approuvés pour l'usage médical, les écoles et sociétés de médecine mettent souvent au point des directives cliniques sur le sujet. Ces directives ont pour objet d'aider les prescripteurs à incorporer au mieux les nouveaux médicaments à leur pratique clinique, en indiquant par exemple pour quelles indications ils peuvent être utilisés, s'ils constituent un traitement de première intention ou non, et s'ils sont destinés à être administrés en monothérapie ou en complément d'un autre traitement.

19. Une fois que l'usage médical d'un médicament est autorisé, les autorités sanitaires peuvent surveiller les effets néfastes apparaissant chez les patients qui le prennent. Cette surveillance postérieure à la mise sur le marché est nécessaire pour détecter les effets néfastes rares mais graves qui peuvent ne pas être détectés lors des essais cliniques menés aux fins de l'obtention de l'autorisation. Les essais cliniques sont généralement réalisés sur de courtes périodes et sur des groupes de patients très restreints. Les effets néfastes rares peuvent n'être détectés que lorsqu'un grand nombre de patients non sélectionnés ont pris le médicament.

20. Une entreprise commercialisant un médicament peut en promouvoir les usages médicaux approuvés auprès des médecins. Ceux-ci peuvent prescrire le médicament hors indications, c'est-à-dire pour la prise en charge de pathologies autres que celles pour lesquelles il a été approuvé. Cela étant, le système de réglementation ne permet pas aux entreprises de faire la promotion d'usages ne correspondant pas aux indications approuvées, par exemple en élargissant le champ des indications, en encourageant les médecins à prescrire le médicament hors indications, en exagérant ses effets bénéfiques ou en minimisant ses effets néfastes.

21. De nombreux systèmes nationaux de réglementation des médicaments ont établi des programmes d'accès spécial qui permettent à des patients souffrant de maladies graves (comme le cancer) d'avoir recours à des médicaments non approuvés. La preuve doit alors être apportée que les traitements classiques sont restés sans effet, et les patients doivent donner leur consentement éclairé à l'usage

d'un médicament non approuvé. Les médicaments obtenus de cette manière peuvent avoir été approuvés pour usage médical dans d'autres pays mais n'être pas disponibles dans le pays où réside le patient, ou ils peuvent faire l'objet d'essais cliniques encore en cours¹¹. Ils doivent normalement être prescrits par un médecin agréé et recevoir l'approbation de l'organisme de réglementation des produits pharmaceutiques avant d'être importés et utilisés.

C. Usages médicaux des cannabinoïdes

22. Dans diverses régions du monde, un large éventail de préparations contenant des cannabinoïdes sont utilisées, qui présentent des unités de prises, des concentrations de substances actives et psychoactives et des voies d'administration différentes. Leur usage se fonde sur la conviction qu'elles atténueront un grand nombre de symptômes, alors qu'il n'existe souvent aucune preuve concluante de leur innocuité ni de leur efficacité. Dans bien des cas, on ne connaît pas précisément la teneur des préparations en cannabinoïdes (principes actifs et dosage), le mode d'administration qui serait le meilleur ni les effets secondaires possibles. Il se peut alors que les patients confondent les puissants effets euphorisants des cannabinoïdes avec une efficacité médicinale à long terme¹².

23. Les résultats d'essais cliniques contrôlés indiquent que certains cannabinoïdes pourraient atténuer les symptômes de certaines maladies, sans toutefois en traiter la cause¹³. Ces cannabinoïdes sont principalement utilisés en association avec d'autres substances, et en général uniquement si les traitements approuvés pour la maladie dont souffre le patient sont restés sans effet. Pour aucune de ces maladies les cannabinoïdes ne constituent un traitement de première intention. La synthèse des éléments concernant l'efficacité des cannabinoïdes à usage médical ci-après a été établie à partir de revues systématiques de la littérature¹⁴.

¹¹J. Martinalbo *et al.*, « Early market access of cancer drugs in the EU », *Annals of Oncology*, vol. 27, n° 1 (janvier 2016), p. 96 à 105.

¹²Martin, Bonomo et Reynolds, *Compassion and evidence in prescribing cannabinoids*.

¹³Vincenzo Di Marzo et Luciano De Petrocellis, « Plant, synthetic, and endogenous cannabinoids in medicine », *Annual Review of Medicine*, vol. 57 (2006), p. 553 à 574 ; Institute of Medicine, *Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base* (Washington, National Academies Press, 1999) ; *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*.

¹⁴Dont *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids* ; Penny F. Whiting *et al.*, « Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 313, n° 24 (juin 2015), p. 2456 à 2473.

¹⁰Martin, Bonomo et Reynolds, *Compassion and evidence in prescribing cannabinoids*.

a) Douleur neuropathique et spasticité causées par la sclérose en plaques

24. Des essais cliniques randomisés ont comparé l'efficacité du nabiximols (qui contient des quantités égales de THC et de CBD) à celle d'un placebo dans le traitement des spasmes musculaires et de la douleur neuropathique chez les patients atteints de sclérose en plaques. Les patients ayant reçu du nabiximols ont signalé moins de spasticité musculaire que ceux ayant reçu un placebo, mais la différence mesurée par les médecins était minime¹⁵.

25. Les revues systématiques des essais cliniques ont conclu que le nabiximols était plus efficace qu'un placebo contre la douleur neuropathique des patients atteints de sclérose en plaques. Toutefois, cette efficacité n'était que marginalement supérieure à celle d'un placebo : une diminution de 50 % de la douleur a été rapportée par 21 % des patients ayant reçu le cannabinoïde et par 17 % de ceux ayant reçu un placebo¹⁶. Aucun essai clinique n'a comparé les effets analgésiques des cannabinoïdes à ceux d'autres analgésiques, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

b) Épilepsie infantile réfractaire

26. Des essais contrôlés randomisés ont été menés pour comparer la fréquence des crises d'épilepsie chez les enfants atteints des syndromes de Dravet et de Lennox-Gastaut (formes rares d'épilepsie d'origine génétique) ayant reçu soit du CBD soit un placebo, en complément d'autres antiépileptiques. Le CBD a entraîné une plus forte réduction de la fréquence des crises que le placebo, mais d'autres essais cliniques sont nécessaires pour déterminer à quelles doses il réduit les crises avec le moins d'effets néfastes¹⁷. Des essais cliniques supplémentaires doivent aussi être réalisés pour évaluer l'efficacité du CBD dans le traitement d'autres types d'épilepsie chez les enfants et les adultes.

¹⁵The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids ; Whiting *et al.*, « Cannabinoids for medical use » ; John Zajicek *et al.*, « Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial », *Lancet*, vol. 362, n° 9395 (novembre 2003), p. 1517 à 1526.

¹⁶Martin Mücke *et al.*, « Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3 (2018).

¹⁷Emily Stockings *et al.*, « Evidence for cannabis and cannabinoids for epilepsy: a systematic review of controlled and observational evidence », *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 89, n° 7 (juillet 2018).

c) Propriétés antiémétiques

27. Des essais cliniques randomisés ont été menés pour établir si le THC (en prise orale) était plus efficace qu'un placebo ou qu'un autre antiémétique contre les nausées et les vomissements causés par la chimiothérapie chez les patients atteints du cancer. Les revues systématiques ont abouti à des conclusions différentes quant à l'efficacité du THC : selon une revue Cochrane, les preuves étaient peu convaincantes¹⁸, mais selon une autre étude, il existait des « preuves concluantes » que le THC (ou un cannabinoïde ayant les mêmes effets) était plus efficace pour réduire les nausées et vomissements qu'un placebo ou que le médicament antiémétique auquel il était comparé¹⁹.

28. L'une des principales limites de ces essais cliniques est que le THC était comparé à un médicament qui n'est plus utilisé et qui est bien moins efficace contre les nausées et les vomissements que des médicaments plus récents²⁰. Très peu d'essais cliniques comparant les effets du THC à ceux de médicaments comme l'ondansétron ont été menés²¹.

d) Stimulation de l'appétit

29. En 1992, le THC a été autorisé aux États-Unis d'Amérique comme stimulant de l'appétit dans le traitement de la perte de poids liée au VIH. Les revues systématiques ont conclu que les essais cliniques ne fournissaient pas de preuves suffisantes de l'intérêt du THC dans cette indication, en raison d'un important risque de biais²². De plus, il n'est guère besoin, d'un point de vue clinique, de stimuler l'appétit des patients souffrant du sida car peu d'entre eux sont sujets à une perte de poids liée au VIH s'ils suivent un traitement antirétroviral hautement actif. Il existe d'autres troubles pouvant nécessiter une stimulation de l'appétit (cancer et anorexie mentale, par exemple), mais les preuves en faveur de l'usage médical des cannabinoïdes pour les traiter sont insuffisantes²³.

¹⁸Whiting *et al.*, « Cannabinoids for medical use ».

¹⁹*The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*.

²⁰*Marijuana and Medicine* ; Rudolph M. Navari, « Pharmacological management of chemotherapy induced nausea and vomiting: focus on recent developments », *Drugs*, vol. 69, n° 5 (mars 2009), p. 515 à 533.

²¹*The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids* ; Navari, « Pharmacological management of chemotherapy-induced nausea and vomiting ».

²²*The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids* ; Whiting *et al.*, « Cannabinoids for medical use ».

²³*The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*.

D. Effets néfastes de l'usage à court terme de cannabinoïdes médicinaux

30. Les effets néfastes des cannabinoïdes médicinaux n'ont été évalués qu'à court terme. Les essais cliniques contrôlés randomisés qui ont été consacrés aux effets néfastes des cannabinoïdes utilisés pour traiter les nausées et les vomissements ont été conduits sur 1 à 6 jours, et les essais consacrés à la stimulation de l'appétit et au traitement des douleurs et de la spasticité chez les patients atteints de sclérose en plaques, sur 8 à 15 semaines.

31. Une analyse des événements indésirables constatés lors de 79 essais cliniques randomisés de cannabinoïdes utilisés pour traiter les troubles précités a montré que le risque d'événement indésirable était environ trois fois plus important chez les patients ayant reçu un cannabinoïde que chez ceux ayant pris un placebo, que le risque d'arrêt du traitement à la suite d'un tel événement était aussi près de trois fois supérieur, et que le risque d'événement indésirable grave était de 40 % supérieur. Les événements indésirables que les patients ayant reçu des cannabinoïdes médicinaux ont signalés le plus fréquemment étaient les étourdissements, la sécheresse buccale, la désorientation, l'euphorie, la confusion et la somnolence²⁴.

E. Effets néfastes de l'usage à long terme de cannabis et de ses dérivés

32. Les effets néfastes qu'à sur la santé l'usage à court terme et à long terme de cannabis hors cadre médical sont récapitulés à l'encadré 2 ci-après. En comparaison, on dispose de très peu d'informations sur les effets néfastes de l'usage régulier (quotidien, par exemple) de cannabinoïdes à des fins médicales sur des périodes de plusieurs mois ou années²⁵. Il est probable que l'usage médical à long terme de cannabinoïdes débouche sur une dépendance au cannabis²⁶. On peut raisonnablement supposer, à la lumière de ce qui se passe avec d'autres médicaments, que le risque de dépendance serait plus élevé chez les patients prenant

quotidiennement des cannabinoïdes pendant des mois pour traiter des douleurs chroniques que chez ceux qui en prendraient pour traiter les nausées dues à la chimiothérapie sur une durée ne dépassant pas une semaine. Cependant, on ne dispose d'aucune donnée sur ces risques.

33. Fumer du cannabis sur le long terme est associé à un risque accru de bronchite chronique, mais les éléments disponibles ne permettent pas d'établir si fumer quotidiennement du cannabis augmente le risque de bronchopneumopathie chronique obstructive²⁷. Les risques de troubles respiratoires liés à l'usage non médical de cannabis²⁸ sont dus au fait que celui-ci est fumé, souvent en association avec du tabac et par des fumeurs de tabac²⁹. Un patient prenant des cannabinoïdes médicinaux par voie orale ne serait pas concerné par ces troubles respiratoires.

34. L'usage quotidien à long terme de cannabis à des fins non médicales a été associé à des troubles de la mémoire, de l'attention, de la prise de décision et de l'organisation chez les adolescents et les jeunes adultes. Ces effets peuvent s'avérer préoccupants chez les patients souffrant d'affections neurologiques, chez qui l'usage régulier de cannabinoïdes pourrait aggraver les troubles cognitifs causés par leur affection³⁰.

35. L'usage quotidien de cannabis peut précipiter des symptômes et troubles psychotiques, en particulier chez les sujets jeunes ayant des antécédents personnels ou familiaux de ce type de troubles. On ne dispose d'aucune donnée concernant le risque de psychose chez les patients plus âgés prenant des cannabinoïdes. Les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose seraient bien avisées de ne pas prendre de cannabinoïdes^{31, 32}. Le CBD, cannabinoïde dénué de

²⁷Organisation mondiale de la Santé, *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use* (Genève, 2016) ; *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*.

²⁸Jeanette M. Tetrault *et al.*, « Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review », *Archives of Internal Medicine*, vol. 167, n° 3 (février 2007), p. 221 à 228.

²⁹Wan C. Tan *et al.*, « Marijuana and chronic obstructive lung disease: a population-based study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, n° 8 (avril 2009), p. 814 à 820.

³⁰Rebecca D. Crean, Natania A. Crane et Barbara J. Mason, « An evidence-based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 5, n° 1 (mars 2011), p. 1 à 8 ; Nadia Solowij *et al.*, « Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment », *Journal of the American Medical Association*, vol. 287, n° 9 (2002), p. 1123 à 1131.

³¹Louisa Degenhardt et Wayne Hall, « Is cannabis use a contributory cause of psychosis? », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 9 (août 2006), p. 555 à 565 ; *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use ; The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*.

³²Philip McGuire *et al.*, « Cannabidiol (CBD) as an adjunctive therapy in schizophrenia: a multicenter randomized controlled trial », *American Journal of Psychiatry*, vol. 175, n° 3 (2018), p. 225 à 231.

²⁴Whiting *et al.*, « Cannabinoids for medical use ».

²⁵Tongtong Wang *et al.*, « Adverse effects of medical cannabinoids: a systematic review », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 13 (juin 2008), p. 1669 à 1678.

²⁶Wayne Hall, Louisa Degenhardt et Michael Lynskey, *The Health and Psychological Effects of Cannabis Use*, Monograph Series, n° 44, 2^e édition (Canberra, Commonwealth Department of Health and Ageing, 2001).

Encadré 2.

Effets nocifs de l'usage de cannabis sur la santé

Les effets nocifs à court terme du cannabis incluent :

- L'intoxication, avec altération de la conscience, des capacités cognitives, des perceptions, des affects ou comportements, et des fonctions psychophysiologiques ;
- Des crises de panique, des hallucinations et des vomissements (chez une minorité des personnes en consommant pour la première fois) ;
- L'altération des capacités de conduite et un risque accru de traumatisme dû à un accident de la circulation (risque multiplié par 1,3 à 2,0) ;
- Le possible déclenchement d'incidents coronariens chez les fumeurs de cannabis les plus jeunes ;
- Des effets néfastes pour le fœtus si la mère fume du cannabis pendant la grossesse.

Les effets psychosociaux à long terme d'une consommation régulière de cannabis incluent :

- La dépendance (le risque est de 1 sur 10 pour les personnes ayant déjà consommé, 1 sur 6 pour les adolescents et 1 sur 3 pour les usagers quotidiens) ;
- Des effets néfastes plus graves et persistants chez les adolescents que chez les adultes ;
- Une relation dose-effet entre l'usage de cannabis à l'adolescence et le risque de développer des symptômes psychotiques ou une schizophrénie au début de l'âge adulte ;
- Un risque accru d'abandon scolaire précoce, de troubles cognitifs, d'usage illicite d'autres drogues, de symptômes dépressifs et d'idéation et comportement suicidaires (en cas d'usage quotidien de cannabis à l'adolescence et au début de l'âge adulte).

Les autres risques physiologiques à long terme associés à une consommation régulière de cannabis peuvent inclure :

- La bronchite chronique et aiguë et la lésion des cellules du revêtement bronchique ;
- L'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux chez les jeunes usagers de cannabis ;
- Un risque accru de cancer et d'autres maladies respiratoires si le cannabis est consommé avec du tabac ;
- Le cancer des testicules (le lien nécessite des recherches plus approfondies).

Source : OMS, *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use* (Genève, 2016).

propriétés psychoactives, pourrait avoir des effets anti-psychotiques qu'il faudrait étudier plus avant.

36. Les risques cardiovasculaires liés à l'usage de cannabis et de cannabinoïdes à long terme pourraient être préoccupants pour les patients plus âgés, qui sont plus sujets aux maladies cardiovasculaires³³. On manque d'enquêtes épidémiologiques relatives aux conséquences de l'usage de cannabinoïdes à des fins médicales sur la santé cardiovasculaire des patients.

³³ Wayne Hall et Rosalie Liccardo Pacula, *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*, nouveau tirage (Cambridge, Cambridge University Press, 2010).

F. Usage médical de cannabinoïdes approuvés à cette fin

37. Un certain nombre de pays, principalement en Europe et en Amérique du Nord, autorisent l'usage médical de cannabinoïdes (voir tableau 1). La Food and Drug Administration des États-Unis, par exemple, a approuvé le recours à plusieurs cannabinoïdes à des fins médicales. En 1985, elle a ainsi autorisé l'utilisation d'une forme synthétique de THC, le dronabinol (Marinol), comme médicament antiémétique destiné aux patients cancéreux suivant une chimiothérapie. La nabilone (Cesamet), un cannabinoïde de synthèse dont les effets sont similaires à

Tableau 1.

Cannabinoïdes pharmaceutiques approuvés pour l'usage médical

Cannabinoïde	Composition	Nom commercial	Administration	Indications
Dronabinol	<i>delta</i> -9-THC de synthèse	Marinol	Capsule (voie orale)	Nausées et vomissements ^a
Nabilone	Cannabinoïde synthétique mimant les effets du THC	Cesamet	Capsule (voie orale)	Nausées et vomissements ; stimulation de l'appétit ^b
Nabiximols	Extrait de cannabis comprenant des doses égales de THC et de CBD	Sativex	Spray buccal (voie orale)	Spasticité musculaire et douleur causées par la sclérose en plaque ^c
CBD	CBD extrait de la plante de cannabis	Epidiolex	Huile (voie orale)	Épilepsie dans les syndromes de Lennox-Gastaut et de Dravet chez les sujets de 2 ans et plus ^d

^a National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research* (Washington, National Academies Press, 2017).

^b Ibid.

^c Royaume-Uni, electronic Medicines Compendium (eMC), « Sativex Oromucosal Spray ». Disponible à l'adresse: www.medicines.org/uk.

^d Food and Drug Administration des États-Unis.

ceux du THC, a été approuvé en 1992 sous forme de capsules destinées à stimuler l'appétit chez les patients présentant une perte de poids liée au VIH³⁴. En juin 2018, la Food and Drug Administration a approuvé l'usage d'un produit à base de CBD (Epidiolex) pour le traitement des patients âgés de 2 ans et plus atteints des syndromes de Lennox-Gastaut et de Dravet.

38. Le dronabinol et la nabilone ne sont pas beaucoup utilisés aux États-Unis, car les patients trouvent difficile d'obtenir des effets thérapeutiques sans effets indésirables³⁵. Lorsque le THC est administré par voie orale, son action n'est pas immédiate ; souvent, soit les patients n'absorbent pas suffisamment de THC pour bénéficier d'un effet thérapeutique, soit ils en absorbent trop et souffrent d'effets secondaires indésirables³⁶.

39. Dans plusieurs pays, comme au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, le nabiximols (Sativex) a été approuvé pour le traitement des spasmes musculaires chez les patients atteints de sclérose

en plaques³⁷ ; il n'est toutefois pas utilisé à grande échelle, notamment parce qu'il ne bénéficie pas de subventions publiques, ce qui accroît le coût laissé à la charge des patients.

G. Systèmes d'accès spécial aux cannabinoïdes médicaux

40. Plusieurs pays à travers le monde ont mis en place des systèmes d'accès spécial aux cannabinoïdes. Les paragraphes ci-après citent des exemples de systèmes qui ont été décrits dans diverses publications. Il ne s'agit pas d'un compte-rendu exhaustif, car d'autres systèmes de ce type ont été instaurés plus récemment dans de nombreux pays et on ne dispose pas encore de beaucoup d'informations sur leur fonctionnement.

41. Depuis 2001, Israël autorise l'usage médical du cannabis, avec l'aval et sous le contrôle de l'Unité du cannabis médical du Ministère de la santé. Cette unité délivre aux patients, sur recommandation des médecins, des permis relatifs à l'usage d'herbe de cannabis et de nabiximols à des fins médicales. Elle autorise également les cultivateurs à produire du cannabis et à en fournir aux patients concernés.

³⁴ *Marijuana and Medicine* ; Douglas C. Throckmorton, Directeur adjoint des programmes de réglementation au Centre d'évaluation et de recherche sur les drogues de la Food and Drug Administration, Département de la santé et des services sociaux, « Researching the potential medical benefits and risks of marijuana », déclaration faite à la Sous-Commission sur la criminalité et le terrorisme de la Commission des affaires judiciaires du Sénat des États-Unis, 13 juillet 2016.

³⁵ Franjo Grotenhermen, « Cannabinoids for therapeutic use: designing systems to increase efficacy and reliability », *American Journal of Drug Delivery*, vol. 2, n° 4 (2004), p. 229 à 240 ; *Marijuana and Medicine*.

³⁶ Grotenhermen, « Cannabinoids for therapeutic use » ; Leslie L. Iversen, *The Science of Marijuana*, 2^e édition (Oxford, Oxford University Press, 2007).

³⁷ Iversen, *The Science of Marijuana* ; Ethan Russo et Geoffrey W. Guy, « A tale of two cannabinoids: the therapeutic rationale for combining tetrahydrocannabinol and cannabidiol », *Medical Hypotheses*, vol. 66, n° 2 (2006), p. 234 à 246.

Encadré 3.

Caractéristiques des programmes de cannabis médical insuffisamment réglementés

Les programmes de cannabis médical insuffisamment réglementés^a :

- a) Permettent aux patients de fumer du cannabis à des fins « médicales » ;
- b) Permettent l'« usage médical de cannabis » pour des états pathologiques très divers, en l'absence de toute preuve d'innocuité et d'efficacité qui aurait été établie au moyen d'essais cliniques contrôlés ;
- c) Permettent la fourniture de produits du cannabis non normalisés, sous une supervision médicale minimale, souvent autorisée contre rémunération par des médecins ne possédant aucune compétence spécialisée ni connaissance du parcours de soins du patient ;
- d) Permettent aux patients de cultiver leurs propres pieds de cannabis ou d'acheter des produits du cannabis auprès de détaillants qui produisent leur cannabis illicitement.

^a Beau Kilmer et Robert J. MacCoun, « How medical marijuana smoothed the transition to marijuana legalization in the United States », *Annual Review of Law and Social Science*, vol. 13 (2017), p. 181 à 202.

42. Israël fournit de l'herbe de cannabis sous forme d'huile ou de fleurs séchées, à fumer ou à inhaler par vaporisation. C'est le médecin qui détermine la teneur voulue en THC et en CBD. Le nabiximols est autorisé pour le traitement de la spasticité modérée à aiguë chez les patients atteints de sclérose en plaques ainsi que pour le traitement de la douleur cancéreuse³⁸.

43. Depuis juillet 2014, l'usage médical de cannabinoïdes en Israël n'est permis que si le médecin a eu recours à des traitements reconnus qui n'ont pas eu les effets escomptés sur le patient. Les cas pour lesquels l'usage médical est approuvé incluent le cancer ; les maladies inflammatoires de l'intestin ; les douleurs neuropathiques qui persistent après une année de traitement dans un centre antidouleur ; la perte de poids liée au VIH ; les maladies neurologiques telles que la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et le syndrome de la Tourette ; les troubles de stress post-traumatiques ; et les maladies en phase terminale³⁹.

44. En 2003, les Pays-Bas ont adopté une législation autorisant les médecins à prescrire du cannabis pour différentes indications. Le cannabis est produit par une entreprise privée spécialement habilitée par les pouvoirs publics, et il est dispensé par les pharmaciens sur ordonnance médicale, sous une forme standard à administrer par voie orale.

45. En 2011, la Suisse a adopté une législation autorisant l'usage médical de cannabis pour le traitement des

douleurs chroniques et de la spasticité, dans des circonstances exceptionnelles et avec l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique. Pour chacun des patients concernés, les médecins peuvent demander l'autorisation d'utiliser un THC de synthèse disponible dans le commerce (dronabinol) ou une teinture de *Cannabis sativa* contenant 5 % de THC, préparée par un pharmacien.

H. Programmes de cannabis médical insuffisamment réglementés en Amérique du Nord

46. Dans le cadre de programmes de cannabis médical mis en place au Canada et dans certains États des États-Unis, les patients sont autorisés à acheter du cannabis dans le commerce pour traiter diverses affections, et ce sous une surveillance médicale minimale. L'insuffisance de la réglementation relative à l'usage médical, en plus de permettre le détournement de cannabis à des fins non médicales, a selon certains observateurs favorisé la légalisation de l'usage non thérapeutique dans différents États des États-Unis⁴⁰. Les principales caractéristiques de ces programmes sont récapitulées à l'encadré 3 et décrites dans les paragraphes qui suivent.

47. Dans certains États des États-Unis, l'usage médical de cannabis a été légalisé par l'intermédiaire de

³⁸ Jacob Ablin *et al.*, « Medical use of cannabis products: lessons to be learned from Israel and Canada », *Der Schmerz*, vol. 30, n° 1 (janvier 2016).

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Beau Kilmer et Robert J. MacCoun, « How medical marijuana smoothed the transition to marijuana legalization in the United States », *Annual Review of Law and Social Science*, vol. 13 (2017), p. 181 à 202.

référendums d'initiative citoyenne. C'est ainsi qu'en 1996, en Californie, les votants ont approuvé la proposition 215 visant à autoriser l'usage de cannabis pour traiter les nausées, les pertes de poids, les douleurs et les spasmes musculaires, ainsi que toute autre affection qu'il pourrait soulager.

48. Aux États-Unis, l'usage médical de cannabis est désormais autorisé dans plus de 30 États ainsi que dans le district fédéral de Columbia. La réglementation des programmes en place diffère d'un État à l'autre. Dans certains, la notion d'« usage médical » est définie de façon très large et des centres de délivrance commerciaux sont autorisés à vendre du cannabis aux personnes munies d'une recommandation médicale. Dans d'autres, l'usage est limité au traitement d'affections spécifiques, et la vente dans le commerce n'est pas autorisée⁴¹.

49. Le profil des personnes bénéficiant des programmes de cannabis médical en Californie porte à croire que la notion d'« usage médical » est définie de manière très vague dans cet État. Entre 2001 et 2007, parmi les 4117 patients recensés dans la région de la baie de San Francisco, 77 % étaient de sexe masculin. La plupart (88 %) avaient commencé à consommer du cannabis avant l'âge de 19 ans, et 90 % étaient des fumeurs quotidiens⁴². Dans le cadre d'une enquête représentative menée dans la population adulte de Californie, 7 % des personnes interrogées ont indiqué faire un « usage médical de cannabis ». La proportion la plus élevée était observée chez les personnes âgées de 18 à 24 ans (10 %) ; la plus faible (1,5 %), chez les personnes de plus de 65 ans⁴³. Ces caractéristiques ne correspondent pas aux situations mises en avant par les partisans des usages médicaux du cannabis, qui évoquent des malades âgés en phase terminale, des personnes atteintes de maladies neurologiques et des enfants souffrant d'épilepsie.

50. La plupart des programmes de cannabis médical mis en place aux États-Unis contreviennent aux dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues ou aux dispositions de la législation nationale. Il arrive que le cannabis distribué dans les centres de délivrance soit produit et vendu de manière illicite. Il se pourrait que les produits du cannabis destinés à un

usage médical soient massivement détournés vers des usages non médicaux. Les preuves scientifiques attestant l'efficacité de nombreux usages prétendument médicaux sont souvent faibles ou inexistantes, et ces usages « médicaux » font l'objet d'une surveillance médicale très limitée.

51. En avril 2001, le Gouvernement du Canada a adopté une législation autorisant les patients à se procurer du cannabis à des fins médicales⁴⁴. Les personnes concernées étaient celles atteintes d'une maladie en phase terminale réduisant leur espérance de vie à moins de 12 mois ; d'une sclérose en plaques, d'une lésion ou d'une maladie de la moelle épinière, de douleurs cancéreuses, du sida, d'arthrite ou d'épilepsie ; ou d'une autre affection grave que des traitements classiques n'avaient pas permis de soulager⁴⁵.

52. Comme suite à une série de décisions prononcées par les tribunaux canadiens, le Gouvernement a été contraint d'étendre l'accès au cannabis et à ses dérivés à des fins thérapeutiques. Cela s'est traduit par une définition élargie de l'« usage médical » et par l'apparition d'une branche d'activité – la culture du cannabis – dans laquelle les producteurs agréés peuvent directement fournir les patients munis de documents médicaux autorisant un usage thérapeutique. La longue liste des indications autorisées permet à n'importe quel médecin de prescrire du cannabis s'il considère que cela peut être bénéfique pour le patient⁴⁶. Les personnes autorisées à faire usage de cannabis à des fins médicales peuvent également cultiver ce dont elles ont besoin ou désigner quelqu'un pour le faire à leur place, ce qui constitue une pratique incompatible avec les dispositions des conventions (voir par. 12 ci-dessus). L'application de décisions de justice successives, fondées sur des arguments constitutionnels, a ainsi débouché sur un programme de cannabis médical qui contrevient, sur des points importants, aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues.

⁴¹Rosalie Liccardo Pacula et Rosanna Smart, « Medical marijuana and marijuana legalization », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 13 (2017), p. 397 à 419.

⁴²Thomas J. O'Connell et Ché B. Bou-Matar, « Long term marijuana users seeking medical cannabis in California (2001-2007): demographics, social characteristics, patterns of cannabis and other drug use of 4117 applicants », *Harm Reduction Journal*, vol. 4, n° 16 (2007).

⁴³Suzanne Ryan-Ibarra, Marta Induni et Danielle Ewing, « Prevalence of medical marijuana use in California, 2012 », *Drug and Alcohol Review*, vol. 34, n° 2 (mars 2015), p. 141 à 146.

⁴⁴Tony Bogdanoski, « Accommodating the medical use of marijuana: surveying the differing legal approaches in Australia, the United States and Canada », *Journal of Law and Medicine*, vol. 17, n° 4 (février 2010), p. 508 à 531 ; Philippe G. Lucas, « Regulating compassion: an overview of Canada's federal medical cannabis policy and practice », *Harm Reduction Journal*, vol. 5, n° 5 (2008).

⁴⁵Philippe G. Lucas, « It can't hurt to ask; a patient-centered quality of service assessment of Health Canada's medical cannabis policy and program », *Harm Reduction Journal*, vol. 9, n° 2 (2012) ; Anthony C. Moffat, « The legalisation of cannabis for medical use », *Science and Justice*, vol. 42, n° 1 (janvier 2002), p. 55 à 57.

⁴⁶Benedikt Fischer, Sharan Kuganesan et Robin Room, « Medical marijuana programs: implications for cannabis control policy – observations from Canada », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, n° 1 (janvier 2015), p. 15 à 19.

I. Effets néfastes des programmes de cannabis médical en matière de santé publique

53. Certains chercheurs et décideurs ont noté avec inquiétude que les programmes de cannabis médical insuffisamment réglementés mis en place dans certains États des États-Unis avaient pu provoquer une augmentation de l'usage non médical de cannabis chez les jeunes. Des chercheurs ont évalué le bien-fondé de ces préoccupations en comparant les données d'enquêtes sur l'usage de cannabis parmi les adolescents qui avaient été menées dans les États qui avaient légalisé l'usage médical et dans ceux qui ne l'avaient pas fait.

54. La plus vaste étude réalisée à partir de données d'enquêtes nationales⁴⁷ indiquait que l'entrée en vigueur des lois autorisant l'usage médical de cannabis n'avait pas entraîné de changement dans la consommation des adolescents. L'analyse des données obtenues dans le cadre de l'enquête nationale sur l'usage de drogues réalisée auprès des ménages ne révélait pas non plus d'augmentation de l'usage de cannabis chez les jeunes âgés de 12 à 20 ans⁴⁸.

55. Cependant, la consommation de cannabis a augmenté chez les adultes de plus de 21 ans dans les États qui ont adopté une législation autorisant l'usage médical⁴⁹. Dans ces États, la population adulte affiche des taux de consommation quotidienne de cannabis, d'abus de cannabis et de dépendance au cannabis supérieurs à ceux observés dans les États n'ayant pas adopté ce type de législation. Le nombre d'adultes de sexe masculin sollicitant un traitement pour des troubles liés à l'usage de cannabis s'est aussi davantage accru dans les États dotés de lois favorables au cannabis médical⁵⁰ ; cette augmentation concernait des personnes qui n'étaient pas dirigées vers un traitement par le système de justice pénal.

56. En ce qui concerne les effets de la législation relative au cannabis médical sur les décès causés par des accidents de véhicules motorisés, les analyses divergent.

⁴⁷Deborah S. Hasin *et al.*, « Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys », *Lancet Psychiatry*, vol. 2, n° 7 (juillet 2015), p. 601 à 608.

⁴⁸Hefei Wen, Jason M. Hockenberry et Janet R. Cummings, « The effect of medical marijuana laws on adolescent and adult use of marijuana, alcohol, and other substances », *Journal of Health Economics*, vol. 42 (juillet 2015), p. 64 à 80.

⁴⁹Ibid.

⁵⁰Yu-Wei Luke Chu, « The effects of medical marijuana laws on illegal marijuana use », *Journal of Health Economics*, vol. 38 (décembre 2014), p. 43 à 61.

Certaines études⁵¹ ont conclu à une augmentation du nombre de conducteurs présentant des traces de cannabis dans le sang parmi ceux qui étaient impliqués dans des accidents mortels dans les États ayant adopté une législation favorable au cannabis médical, tandis que d'autres⁵² ont observé une diminution. D'après une étude comparant les accidents de la route mortels survenus entre 1994 et 2011 au Colorado et dans 34 États qui n'avaient pas légiféré sur le cannabis médical, l'augmentation du nombre de décès liés au cannabis a été plus forte au Colorado à partir de 2009. Aucune variation significative n'était constatée concernant le nombre de décès liés à l'alcool, que ce soit au Colorado ou dans les 34 États qui n'avaient pas autorisé le cannabis médical⁵³.

J. Légalisation de l'usage non médical de cannabis

57. Dans certains États des États-Unis, les partisans de la légalisation du cannabis se sont appuyés sur les programmes de « cannabis médical » pour promouvoir la légalisation de son usage non médical. Les premiers États à avoir légalisé l'usage de cannabis à des fins non médicales (Colorado, Oregon et Washington) disposaient de programmes de « cannabis médical » mal réglementés, dans le cadre desquels les centres de délivrance servaient de fait à mettre en place un marché légal du cannabis pour les consommateurs qui en faisaient un usage non médical. Dans ces États, ces centres fournissaient du cannabis à toute personne satisfaisant aux critères très larges utilisés pour définir la notion d'« usage médical »⁵⁴.

58. La tolérance dont les centres de délivrance bénéficient sur le plan juridique a permis, dans ces États, le développement d'un secteur commercial du cannabis quasi légal. Dans le Colorado, les acteurs de la vente au détail de cannabis médical ont participé à la conception du régime réglementaire applicable à

⁵¹Scott V. Masten et Gloriam Vanine Guenzburger, « Changes in driver cannabinoid prevalence in 12 U.S. States after implementing medical marijuana laws », *Journal of Safety Research*, vol. 50 (septembre 2014), p. 35 à 52.

⁵²D. Mark Anderson, Benjamin Hansen et Daniel I. Rees, « Medical marijuana laws, traffic fatalities, and alcohol consumption », *Journal of Law and Economics*, vol. 56, n° 2 (mai 2013), p. 333 à 369.

⁵³Stacy Salomonsen-Sautel *et al.*, « Trends in fatal motor vehicle crashes before and after marijuana commercialization in Colorado », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 140 (juillet 2014), p. 137 à 144.

⁵⁴Kilmer et MacCoun, « How medical marijuana smoothed the transition to marijuana legalization in the United States ».

l'usage non médical, et ils ont obtenu la primeur de l'accès au marché⁵⁵.

59. Le développement de programmes de « cannabis médical » insuffisamment réglementés est allé de pair, aux États-Unis, avec un appui croissant de l'opinion publique en faveur de la légalisation de l'usage non médical⁵⁶.

60. La perception de moins en moins forte des risques associés à l'usage de cannabis et le marketing social actif du secteur constituent des obstacles importants à la prévention de la consommation chez les jeunes. Les discours infondés vantant les effets bénéfiques du cannabis se sont accompagnés aux États-Unis d'une moindre perception des risques liés à l'usage de cannabis chez les jeunes⁵⁷. Le fait que des adultes consomment du cannabis, dans les États des États-Unis où l'usage non médical a été légalisé, peut encourager les adolescents à faire de même à un âge où leurs cerveaux sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes d'une telle consommation.

K. Incidences sur le contrôle international des drogues

61. La légalisation de l'usage non médical de cannabis va à l'encontre des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. Le fait que des États parties, tels que le Canada et l'Uruguay (ainsi que certains États des États-Unis), aient légalisé ce type d'usage met gravement en péril le respect intégral et universel des traités. L'action de ces pays et États fédérés compromet l'application des traités. Elle pourrait aussi encourager d'autres États parties à suivre la même voie et à se servir de leur exemple comme d'une justification.

62. En 2013, l'Uruguay a légalisé l'usage non médical de cannabis, autorisé la vente de cannabis en pharmacie et permis la création de clubs de cultivateurs ainsi que la production de cannabis à domicile par les usagers. En 2018, le Canada a légalisé la production de cannabis à des fins commerciales et sa vente aux adultes pour un usage non médical ; la loi en question est entrée en vigueur en octobre 2018.

⁵⁵Wayne Hall et Michael Lynskey, « Evaluating the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the United States », *Addiction*, vol. 111, n° 10 (octobre 2016), p. 1764 à 1773.

⁵⁶Kilmer et MacCoun, « How medical marijuana smoothed the transition to marijuana legalization in the United States ».

⁵⁷Hannah Carliner *et al.*, « Cannabis use, attitudes, and legal status in the U.S.: a review », *Preventive Medicine*, vol. 104 (novembre 2017), p. 13 à 23.

63. Les exemples de l'alcool et du tabac donnent à penser que la légalisation réduira la perception des risques liés à l'usage de cannabis ainsi que la désapprobation sociale dont fait l'objet la consommation adulte, et que davantage de cannabis sera détourné pour parvenir jusqu'aux personnes n'ayant pas l'âge minimum légal pour en acheter et en consommer⁵⁸. La légalisation de l'usage non médical de cannabis risque aussi d'accroître la consommation de cette substance chez les adultes en la rendant plus largement disponible, peut-être même à un prix plus bas et sous des formes plus puissantes (des concentrés, notamment). On peut également craindre qu'au cours des décennies à venir, la légalisation ne fasse augmenter le nombre de nouveaux usagers chez les adolescents et les jeunes adultes.

64. L'un des arguments avancés par ceux qui prônent la légalisation du cannabis à usage non médical est que celle-ci restreindrait l'accès des mineurs au produit. L'expérience de l'État de Washington amène à douter sérieusement de cette affirmation. En effet, les autorités ont signalé de nombreuses entreprises agréées qui vendraient du cannabis à des mineurs, infraction qui n'est passible que de faibles amendes.

65. Toute augmentation de l'usage non médical de cannabis se traduira par une hausse des effets néfastes sur la santé publique. Les plus probables de ces effets sont des augmentations des accidents de la route, de la dépendance et de l'abus, des psychoses et autres troubles mentaux, et des conséquences psychosociales préjudiciables pour les adolescents.

66. La légalisation de l'usage non médical dans certains États compliquera encore, pour les États voisins qui se conforment aux dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, la bonne application de ces dispositions. Il sera par exemple plus difficile de lutter contre le trafic transfrontalier de produits du cannabis en provenance des pays où l'usage non médical a été légalisé et à destination des pays voisins où ce n'est pas le cas.

L. Conclusions et recommandations

67. Dans le cadre des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, l'usage médical des cannabinoïdes n'est autorisé que si les États se conforment aux prescriptions destinées à éviter les détournements à des fins non

⁵⁸Rosalie Liccardo Pacula *et al.*, « Developing public health regulations for marijuana: lessons from alcohol and tobacco », *American Journal of Public Health*, vol. 104, n° 6 (juin 2014), p. 1021 à 1028.

médicales. Les traités exigent des États que la production de cannabis à usage médical soit soumise à un système d'autorisations et à un contrôle, que des évaluations des besoins nationaux en cannabis destiné à un tel usage soient fournies et que les cannabinoïdes médicinaux ne soient utilisés que si leur innocuité et leur efficacité sont prouvées, et sous surveillance médicale. Ces mesures doivent aussi contribuer à préserver l'intégrité du système de réglementation des produits pharmaceutiques.

68. D'après de récentes revues des résultats d'essais cliniques : *a)* des éléments peu probants donnent à penser que le dronabinol peut être utile dans le traitement des nausées et des vomissements chez les patients atteints d'un cancer ; *b)* des éléments modérément probants indiquent que le nabiximols peut présenter de l'intérêt dans le traitement des douleurs neuropathiques et de la spasticité musculaire chez les patients atteints de sclérose en plaques ; et *c)* des éléments modérément probants laissent supposer que le CBD peut réduire la fréquence des crises associées à certains syndromes d'épilepsie infantile réfractaire d'origine génétique. Pour aucune de ces affections les cannabinoïdes ne sont un traitement de première intention.

69. Les preuves attestant que les cannabinoïdes peuvent soulager les symptômes de certaines maladies ne justifient pas l'« usage médical » de cannabis par inhalation de fumée. Fumer une plante à l'état brut ne constitue pas une manière sûre et fiable d'absorber des doses normalisées de cannabinoïdes.

70. Mal contrôlés, les programmes d'usage médical des cannabinoïdes peuvent avoir des effets néfastes sur la santé publique. Ils peuvent accroître l'usage non médical (dit « récréatif ») de cannabis chez les adultes et contribuer à sa légalisation en affaiblissant, au sein de l'opinion publique, la conscience des risques qu'il représente et les craintes relatives à une telle légalisation, contraire aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues.

71. Les gouvernements qui ont mis en place des systèmes d'accès spécial autorisant l'usage médical de cannabis devraient veiller à ce que ces programmes ne servent

pas à légaliser de fait l'usage non médical. Ils devraient limiter les indications de l'usage médical de cannabis aux affections pour lesquelles son efficacité est avérée, restreindre le recours aux cannabinoïdes médicinaux et contrôler la prescription et l'usage des cannabinoïdes de sorte à réduire au minimum les risques de détournement et d'abus.

72. Dans le cadre des programmes de cannabis médical mis en place au Canada et peut-être dans quelques autres États, ainsi que dans certains États des États-Unis, l'usage médical des cannabinoïdes n'est pas réglementé de façon satisfaisante. Ces programmes ne sont pas conformes aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, dans la mesure où ils ne permettent pas un contrôle adéquat de la production et de l'offre. Ils ne permettent pas de garantir la délivrance sous surveillance médicale de médicaments de qualité, et ils rendent possible le détournement du cannabis et de ses dérivés à des fins non médicales.

73. En outre, les partisans de la légalisation ont pu profiter des programmes de « cannabis médical » pour faire aboutir la légalisation de l'usage non médical, qui est contraire aux dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. Les programmes de ce type définissent de façon très large la notion d'« usage médical » et autorisent des entreprises commerciales à vendre du cannabis produit de manière illicite. Aux États-Unis, il apparaît également que les programmes mis en place ont réduit la perception des risques liés à l'usage de cannabis et affaibli, dans l'opinion publique, les craintes relatives à la légalisation du cannabis.

74. Les gouvernements qui autorisent l'usage médical de cannabinoïdes devraient surveiller et évaluer les effets de ces programmes. Cela suppose de recueillir des données sur le nombre de patients faisant usage de cannabinoïdes, les pathologies pour lesquelles ils en prennent, l'évaluation, par les patients et les cliniciens, des intérêts que présentent ces substances, et la fréquence des événements indésirables. Les gouvernements concernés devraient également surveiller l'ampleur du détournement de cannabinoïdes à des fins non médicales, en particulier à destination de mineurs.