



POUR UNE RÉGLEMENTATION DU CANNABIS EN BELGIQUE

RAPPORT COMPLET

Le présent document est le fruit d'un travail collaboratif mené au sein d'un groupe de travail dédié à la question de la régulation du cannabis en Belgique à l'initiative de la FEDITO BXL asbl.

GROUPE DE TRAVAIL Patricia Bernaert (Prospective Jeunesse asbl), Martin de Duve (Univers Santé asbl), Guilhem de Crombrughe (Prospective Jeunesse asbl), Sarah Fautré (Liaison Antiprohibitionniste asbl), Camille Hatte (CAP-ITI asbl), Michaël Hogge (Eurotox asbl), Alexis Jurdant (FEDITO BXL asbl), Stéphane Leclercq (FEDITO BXL asbl), Florence Marcin (Le Pélican asbl), Bégonia Montilla (CBPS asbl), Caroline Rasson (Fares asbl), Clémentine Stévenot (Eurotox asbl), Valentine Teller (Le Pélican asbl), Bruno Valkeneers (Transit asbl), Nicolas Vanderlinden (Modus Vivendi asbl), Bryce Vandystadt (RAT asbl), Rocco Vitali (Infor-Drogues asbl)

COORDINATION DU GT Guilhem de Crombrughe

COMITÉ DE RÉDACTION Guilhem de Crombrughe (Prospective Jeunesse asbl), Sarah Fautré (Liaison Antiprohibitionniste asbl), Michaël Hogge (Eurotox asbl), Alexis Jurdant (FEDITO BXL asbl), Bégonia Montilla (CBPS asbl), Caroline Rasson (Fares asbl), Clémentine Stévenot (Eurotox asbl), Bruno Valkeneers (Transit asbl), Nicolas Vanderlinden (Modus Vivendi asbl), Bryce Vandystadt (RAT asbl)

À PROPOS DE LA FEDITO BXL ASBL La FEDITO BXL, Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes asbl, est agréée par la Commission communautaire française (COCOF), et rassemble 29 institutions actives à Bruxelles dans l'information, la prévention, la réduction des risques, les soins, l'accompagnement et l'épidémiologie relatives aux consommations de substances psychoactives (alcool, tabac et autres drogues) et aux addictions (avec ou sans produit).

CONTACT Stéphane Leclercq (directeur) – 02.514.12.60
s.leclercq@feditobxl.be – www.feditobxl.be – www.stop1921.be

ÉDITEUR RESPONSABLE Ce texte est édité par la FEDITO BXL asbl, Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes. Éditeur responsable : S. Leclercq (directeur), rue du Président 55, 1050 Bruxelles

DROIT D'AUTEUR Ce texte est mis à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution - Pas de Modification 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

GRAPHISME & MISE EN PAGE Doris à Collerette – www.dac-collectif.be

NOTE Afin d'éviter certaines lourdeurs liées à l'écriture inclusive, nous avons choisi d'utiliser alternativement les formes masculines et féminines. Nous espérons ainsi concilier égalité des genres et fluidité de lecture.

POUR UNE
RÉGLEMENTATION
DU CANNABIS EN
BELGIQUE

RAPPORT COMPLET

1. INTRODUCTION

En 2014, la FEDITO BXL asbl a publié un premier positionnement appelant à une régulation du cannabis. Déjà – et depuis longtemps – elle faisait le constat qu'en matière de santé publique, la prohibition du cannabis et la relative politique de tolérance menée en Belgique à son encontre ne semblait avoir que peu d'impact sur les prévalences de consommation et sur l'ampleur du marché noir.

Six ans plus tard, le constat est identique : les prévalences de consommation sont toujours aussi importantes (voire plus élevées), l'illégalité de la production et de la vente empêchent toujours tout contrôle sur les produits en circulation et laisse plus que jamais le champ libre aux réseaux criminels qui s'enrichissent chaque jour.

Les risques liés à la consommation de cannabis sont donc, en réalité, toujours décuplés par la prohibition du cannabis, dont la relative politique de tolérance ne contrebalance pas grandement les inconvénients.

Il ne fait pas plus de doute que la loi drogues promulguée le 24 février 1921 est désuète et inadaptée pour répondre aux besoins et aux enjeux sociosanitaires dont il est question ici. Loin d'être appliquée et applicable, cette loi est bafouée au quotidien par des dizaines de milliers de citoyens belges qui achètent, consomment, cultivent parfois du cannabis hors de tout cadre légal et, la plupart du temps, sans être inquiétés par la justice.

Quand la norme s'estompe, c'est qu'il est temps de la changer.

Depuis la publication de notre précédent rapport, de nouveaux éléments sont aujourd'hui à prendre en compte :

– Avec son autorisation de mise sur le marché du Sativex en 2015, la Belgique a rejoint les pays

dont la législation reconnaît et permet l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques. Reste que les conditions d'accès sont très strictes et sont encore loin de répondre aux attentes et aux besoins de nombreuses personnes malades qui, dès lors, continuent de s'approvisionner au marché noir et d'utiliser des produits non contrôlés.

- Plusieurs citoyennes belges et associations se sont récemment retrouvées devant la justice pour avoir participé à l'organisation de Cannabis Social Clubs et les avoir soutenus. Ces personnes et associations ont été sévèrement condamnées pour avoir, en toute transparence, et dans une démarche militante, cherché à sortir le cannabis des réseaux criminels dans une perspective non marchande et responsable.
- Depuis 2018, profitant d'une zone grise juridique, de nombreuses boutiques proposant des produits à base de cannabidiol (CBD) se sont ouvertes un peu partout en Belgique. Le SPF Finances a pris la décision d'assimiler (et de taxer) le CBD à un « produit du tabac à fumer », rendant cette substance plus chère que le cannabis en vente au marché noir. Par conséquent, de nombreux CBD shops ont dû fermer, et une partie de ce commerce s'est déplacée vers des magasins non spécialisés (librairies, night shops, etc.).
- Au niveau international, plusieurs États ont décidé de sortir du paradigme de la prohibition et de reprendre le contrôle sur le commerce du cannabis (comme au Canada, en Uruguay et dans plusieurs États américains). Bon nombre sont également en passe de le faire (entre autres le Luxembourg, le Mexique, l'Afrique du Sud et plusieurs États des Caraïbes). Les Pays-Bas entendent expérimenter, dans le cadre d'un projet-pilote, un processus de production légale du cannabis dans plusieurs municipalités, afin d'approvisionner légalement les coffee shops (qui

jusqu'à maintenant s'approvisionnent encore au marché noir !). La Suisse s'apprête à mener des expérimentations de plusieurs modèles de régulation dans différentes villes. D'autres évolutions, dans un sens ou dans l'autre, sont visibles en Europe et ailleurs.

- En Belgique, un Bureau du Cannabis devrait bientôt être constitué, rattaché à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), dont le rôle sera d'encadrer la production de cannabis à usage thérapeutique et/ou scientifique.

Notre positionnement actuel se place dans la continuité de la publication du texte cosigné par les professeurs Tom Decorte (UGent), Paul De Grauwe (London School of Economics et KULeuven) et Jan Tytgat (KULeuven) : «Cannabis : bis? Plaidoyer pour une évaluation critique de la politique belge en matière de cannabis». Ce texte, rédigé en 2013, appelle à reconnaître l'inefficacité de la politique actuelle en matière de cannabis et la nécessité de son évaluation critique.

Il est grand temps de sortir du statu quo, de reprendre le contrôle et de réguler le marché du cannabis. La politique menée à son égard est non seulement incohérente en regard de celles qui sont menées en matière d'alcool ou de médicaments pharmaceutiques, mais elle est aussi coûteuse, contre-productive, et en porte-à-faux avec les aspirations d'une partie importante de la population.

Diverses expériences menées à l'étranger tendent à démontrer la viabilité, et surtout la pertinence et les bénéfices – sanitaires, économiques et sociaux – de la réglementation du cannabis. Ces expérimentations ont l'avantage d'ouvrir des perspectives de solutions

réformatrices et pragmatiques à la problématique du cannabis.

La FEDITO BXL propose aux autorités belges de s'en inspirer, et les y aide en pointant les principes fondateurs d'une éventuelle réglementation du cannabis en Belgique : au-delà de règles claires distinguant qui est autorisé à consommer du cannabis et qui ne l'est pas, il s'agit d'organiser et de contrôler une filière de production et de vente, en faisant appel à des expertises diverses et en construisant le modèle de réglementation sur les études de prévalence et l'expérience des professionnels de terrain.

Non moins important : il nous paraît également essentiel que l'État soutienne, davantage qu'il ne le fait aujourd'hui, les messages et actions de prévention, de réduction des risques et d'aide à destination de l'ensemble de la population et en particulier vers les consommatrices et les groupes plus vulnérables. Aujourd'hui en effet, l'interdit entretient un tabou qui complique l'accès à l'aide et pèse parfois lourdement sur le parcours de certaines personnes, renforçant les problématiques et l'exclusion sociale.

Mais il est également question de justice sociale lorsqu'on parle de prohibition et de régulation du cannabis. Comme souvent, ce sont les personnes les plus vulnérables ou défavorisées socialement et économiquement qui sont les premières victimes de ce système. Elles sont en effet largement surreprésentées dans les affaires traitées par la justice, mais également en termes de consommations problématiques. La loi n'est pas toujours favorable à l'égalité des chances.

Aujourd'hui, le constat de l'inefficacité de la prohibition du cannabis est sans appel, et d'autres voies doivent être explorées.

2. LA CONSOMMATION DE CANNABIS EN BELGIQUE

RÉSUMÉ

Le cannabis est, après l'alcool et le tabac, la drogue la plus consommée en Belgique. Malgré son interdiction, la consommation de cannabis est clairement en augmentation dans la population belge ces dernières années : l'usage au cours de la vie a plus que doublé entre 2001 et 2018, passant de 10,7% à 22,6%. Cela étant, il apparaît que la plupart des usagers qui consomment du cannabis le font de manière occasionnelle et non problématique.

Malgré une relative tolérance des autorités à l'égard des consommatrices de cannabis, les usagères sont, proportionnellement, les plus nombreuses à être impactées directement par la répression, davantage que les dealers ou les producteurs.

On constate que la plus-value en termes de santé publique qu'offre la prohibition du cannabis est plus que discutable. Alors qu'elle n'a pratiquement aucun impact sur l'offre et la demande, elle augmente la dangerosité des produits en circulation et leur nocivité, en raison de l'absence de contrôle et de réglementation de leur composition.

UN PRODUIT LARGEMENT CONSOMMÉ

Le cannabis est, après l'alcool et le tabac, la substance psychoactive la plus consommée à travers le monde. La prévalence de la consommation reste particulièrement élevée, même dans les pays où le produit est interdit. La Belgique n'échappe pas à ce constat. Ainsi, selon la dernière enquête HIS^{1,2}, réalisée en 2018, près de 23% de la population belge âgée de 15 à 64 ans, soit 1,65 million de personnes, ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, 7% au cours des 12 derniers mois³, et 4,3% au cours des 30 derniers jours. L'usage fréquent (au moins 20 jours de consommation au cours du dernier mois) concernerait 1,3% de la population belge. Un quart des jeunes de 15-24 ans a déjà essayé le cannabis, mais c'est dans la tranche des 24-34 ans que l'on retrouve la plus grande proportion de personnes qui l'ont déjà expérimenté (38,1%). Ce produit est généralement consommé pour la première fois vers la fin de l'adolescence, en moyenne vers 19 ans. A noter que dans leur classification des drogues les plus consommées en fonction des dommages individuels, mais également des coûts sociaux qu'elles occasionnent, Nutt⁴ et ses collègues situent le cannabis en 8^e position, derrière l'alcool (1^{er}) et le tabac (6^e).

Malgré son interdiction, la consommation de cannabis est clairement en augmentation dans la population belge, nonobstant l'intransigeance instaurée en 2014 par le gouvernement Michel en ce qui concerne l'usage dans l'espace public : l'usage au cours de la vie a plus que doublé entre 2001 et 2018, passant de 10,7% à 22,6%. L'usage « fréquent » (20 jours sur les 30 der-

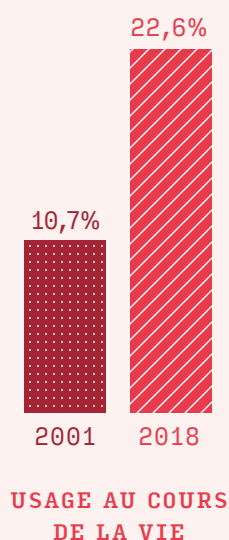
1 Gisle et Drieskens (2019)

2 L'enquête *Health Interview Survey* est réalisée par Sciensano environ tous les cinq ans à l'échelle de la Belgique. Il est généralement admis que cette enquête sous-estime la consommation de drogues, car elle se fait sur base volontaire (or le pourcentage de refus de participation est relativement élevé) et parce que la méthodologie ne permet pas d'inclure certains groupes particulièrement concernés par la consommation de substances psychoactives (personnes incarcérées, personnes institutionnalisées, personnes sans domicile fixe...).

3 La majorité des personnes qui en ont consommé (69%) sont donc des anciens consommateurs (occasionnels ou réguliers) ou des personnes qui ont juste essayé ce produit.

4 Nutt et al. (2010)

niers jours) a augmenté moins fortement, passant de 0,8% à 1,3% de 2004 à 2018. En ce qui concerne spécifiquement les jeunes (voir Dujeu et al., 2020), l'enquête HBSC^{5, 6}, 2018 montre qu'une élève sur quatre (27,1%) a déjà consommé du cannabis au moins une fois au cours de sa vie, et que près de 6% en consommaient régulièrement au moment de l'enquête (3,2% de manière hebdomadaire et 2,6% de manière quotidienne). Contrairement à ce que l'on observe dans la population générale, l'usage de cannabis semble en diminution chez les jeunes en Fédération Wallonie-Bruxelles.



Il apparaît donc que la plupart des usagers consommation du cannabis de manière occasionnelle, probablement dans un contexte festif (sorties, soirées entre amis, etc.). Une faible proportion en consomme de manière régulière, mais contrôlée, c'est-à-dire sans réelle dépendance ni impact sur le fonctionnement quotidien. Enfin, dans des cas beaucoup plus rares, le cannabis peut faire l'objet d'un usage problématique et d'une dépendance ayant des conséquences dommageables pour la personne sur le plan physique, psychique et/ou social.

Le risque de dépendance et de conséquences dommageables au niveau sociosanitaire est plus élevé chez les jeunes consommateurs. Il est donc important de renforcer l'offre en matière de prévention (en particulier de prévention sélective, ciblant les jeunes et personnes à risque) et de détection précoce des usages problématiques. Le contexte prohibitif actuel ne le favorise pas, les jeunes ayant tendance (et même parfois intérêt) à cacher leur consommation autant que possible.

Selon l'enquête HIS 2018, 1,8% de la population belge aurait présenté des signes d'usage problématique⁷ au cours des 12 derniers mois, soit environ 8% des personnes en ayant déjà consommé⁸. Une bonne partie des usages «problématiques» sont passagers, de faible gravité et se résorberont spontanément sans recours à une aide professionnelle. Mais pour certaines personnes, l'usage peut devenir chronique et engendrer, sur la durée, des conséquences préjudiciables, réduisant leur qualité de vie et leur bien-être. Ce glissement vers un usage problématique est généralement progressif et consécutif à une confrontation avec des difficultés (sociales, familiales, scolaires, professionnelles, psychiatriques,...). Le produit acquiert alors une fonction réparatrice, stabilisatrice ou anesthésiante. Le contexte socioéconomique et culturel actuel, générateur d'inégalités sociales et de stress, favorise l'émergence des usages nocifs et problématiques.

Il est donc important d'assurer la disponibilité et l'accessibilité de l'offre d'aide et de soins pour ces personnes (y compris l'aide à distance et l'intervention précoce⁹), afin qu'elles puissent bénéficier d'une aide efficace lorsqu'elles désirent réduire ou interrompre leur consommation. Au niveau national, un peu plus de 4.000 épisodes de traitement pour usage de cannabis sont introduits chaque année en Belgique auprès des services spécialisés en assuétudes ou des hôpitaux¹⁰. Le nombre de demandes de traitement pour usage de

5 L'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* est réalisée par le service SIPES de l'ULB tous les quatre ans à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les questions sur l'usage de drogues concernent les jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire supérieur (hors enseignement spécialisé).

6 Dujeu M., et al. (2020)

7 Cet indicateur se base sur l'échelle CAST (Cannabis Abuse Screening Test) développé par l'OFDT (Spilka et al., 2013).

8 Sur base des prévalences rapportées dans l'enquête HIS 2018, on peut estimer qu'environ 1.657.259 Belges de 15 à 64 ans ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, et 513.310 en auraient consommé au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Au total, 131.994 personnes auraient présenté des signes d'usage problématique au cours des 12 derniers mois, soit 25,7% des usagères récentes (12 derniers mois) et 8% des personnes qui ont déjà consommé ce produit au moins une fois dans leur vie.

9 Le GREA (Groupement Romand d'Études des Addictions) définit l'intervention précoce comme étant « une démarche interdisciplinaire/interprofessionnelle qui vise à formaliser et à organiser – entre la communauté, les acteurs de premières lignes et les spécialistes – le soutien nécessaire aux personnes en situation de vulnérabilité. Elle s'articule autour de quatre étapes distinctes et complémentaires : la promotion d'un environnement favorable, le repérage, l'évaluation et la prise en charge. »

10 Antoine (2019)

cannabis est toutefois stable ces dernières années, malgré l'augmentation du nombre de consommatrices.

Il convient de souligner également que toutes les demandes de traitement ne se font pas pour des motifs sanitaires. En Belgique, en 2018, 30% des demandes de traitement sont initiées par le système judiciaire. Cette pratique est surtout répandue en Flandre (34% des cas versus 13-14% pour la Wallonie et Bruxelles). Il peut s'agir de mesures probatoires chez des usagers ayant commis un ou plusieurs délits liés à leur usage (vols, deal, conduite sous influence,...). L'injonction thérapeutique est également pratiquée en Belgique chez des personnes (souvent jeunes) qui ne sont pas des usagères problématiques mais qui ont eu la malchance d'être interceptées par la police pour simple détention de cannabis.

Enfin, il est important de souligner que la consommation de cannabis recouvre une diversité d'usages (expérimentaux, occasionnels, festifs, sociaux, réguliers, fréquents, intensifs, etc.) qui répondent à la multiplicité des motivations à consommer. Certains usagers réguliers en consomment de manière thérapeutique (pour soulager des douleurs somatiques, de l'anxiété, des troubles du sommeil,...) ou simplement pour se détendre durant la soirée, comme en témoigne un récent sondage effectué par Le Vif en collaboration avec Eurotox¹¹. Il apparaît ainsi qu'en Belgique, 72% des usagères régulières de cannabis évoquent au moins un motif que l'on peut considérer comme thérapeutique pour expliquer leur consommation¹². La politique belge actuelle en matière de cannabis, qui vise à incriminer ces personnes en les assimilant à des délinquants, est peu cohérente face à un public qui utilise la consommation de cannabis pour améliorer son bien-être et sa qualité de vie.

L'usage de cannabis non-psychoactif (CBD¹³) est très peu documenté en Belgique. Toutefois, dans une enquête réalisée par Le Vif, 23,1% des Belges sondées déclarent avoir déjà consommé des produits à base

de CBD, et 21,3% au cours des 12 derniers mois. Les usagers de cannabis psychoactif sont clairement plus nombreux à déclarer avoir consommé du CBD au cours de la vie ou au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, d'anciennes usagères et des non-usagères de cannabis psychoactif rapportent également en avoir consommé par curiosité, mais aussi pour des motifs thérapeutiques. Au-delà du potentiel thérapeutique du CBD, bien documenté (cf. chapitre sur l'usage thérapeutique du cannabis¹⁴), les fleurs de CBD pourraient aussi constituer un produit de substitution ou d'aide au sevrage pour les usagers qui ont un usage intensif de cannabis psychoactif et qui souhaitent diminuer ou mettre un terme à leur consommation¹⁵. Le CBD pourrait également être un adjuvant dans le traitement d'autres formes de dépendance, d'après certaines études menées sur l'animal¹⁶.

IMPACTS DE LA PROHIBITION SUR LES CONSOMMATEURS

Malgré la prohibition du cannabis, le nombre de saisies et les quantités saisies sur le territoire belge ne fléchissent pas, en raison des revenus importants que génère le marché noir. Le prix de vente y est relativement stable, mais la concentration en THC des produits en circulation augmente globalement au cours du temps¹⁷. La prohibition se traduit par une répression active de la part des forces de l'ordre. Le nombre d'infractions constatées reflète davantage le niveau d'activité répressive que l'ampleur de la consommation. Ainsi, en 2018, la police fédérale faisait état de près de 31.673 infractions pour détention de cannabis (soit le double de ce qui était observé en 2011), et environ 6.000 pour commerce ou import/export. Un peu plus de 1.000 infractions pour culture de cannabis ont été signalées en 2018, pour un total d'environ 422.000 plants saisis. Le cannabis est de très loin le produit pour lequel le nombre d'infractions est le plus élevé¹⁸. Proportionnellement, ses usagères sont les plus nombreuses à être impactées directe-

11 Stévenot et Hogge (2020)

12 La recherche de détente n'est pas ici considérée comme un motif thérapeutique, bien que la frontière entre détente et soulagement de l'anxiété soit probablement ténue.

13 Le CBD est un cannabinoïde non psychoactif qui a notamment pour particularité de diminuer les potentiels effets psychologiques indésirables (anxiété, paranoïa, délires, hallucinations,...) du THC ou tétrahydrocannabinol, la principale substance psychoactive contenue dans le cannabis.

14 Potentiel thérapeutique liés à des propriétés antidouleur, anti-inflammatoires, anxiolytiques, antidépressives, antipsychotiques, antiépileptiques, neuroprotectives et anti-tumorales, essentiellement étudiées chez l'animal à l'heure actuelle (voir Pisanti et al., 2017).

15 Crippa et al. (2012)

16 Thirion (2019)

17 Stévenot et Hogge (2020)

18 Stévenot et Hogge (2020)

ment par la répression liée aux drogues, suivies par les dealers (dont un grand nombre sont des usagers qui financent leur propre consommation via la revente). En revanche, les chiffres de la répression des faits liés au trafic et à la production des drogues demeurent beaucoup moins élevés¹⁹.

L'augmentation du nombre d'infractions constatées peut s'expliquer par plusieurs facteurs : augmentation de la disponibilité du produit, augmentation du nombre d'usagers, augmentation de la répression et des moyens qui lui sont alloués. On peut également poser l'hypothèse que l'assouplissement de la politique en matière de cannabis au début des années 2000 a rendu plus visible la consommation. Cette augmentation témoigne cependant de l'inefficacité de l'approche prohibitionniste, laquelle devrait logiquement, si elle était efficace, entraîner une diminution des consommations et de la disponibilité des produits et de leur pureté, avec pour corollaire une augmentation des prix²⁰. L'inefficacité de la prohibition du cannabis et de l'hypothétique rôle préventif de l'interdit est également étayée par le fait que les pays les plus répressifs, comme la France par exemple, n'observent pas forcément les niveaux de consommation les plus bas, et inversement²¹.

UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

La plus-value en termes de santé publique de la prohibition du cannabis est plus que discutable. En effet, elle augmente la dangerosité des produits en circulation et leur nocivité, en raison de l'absence de contrôle et de réglementation de leur composition. La concentration en THC des produits sur le marché a fortement augmenté au cours des dernières décennies, et la proportion en CBD est très variable selon les variétés cultivées. Certaines variétés excessivement psy-

choactives augmentent ainsi le risque de survenue d'une attaque de panique, en particulier chez l'utilisateur inexpérimenté ou fragile psychologiquement. Les produits hautement concentrés en THC (et pauvres en CBD) augmentent également le risque de survenue de troubles psychotiques, en particulier d'épisodes délirants et, plus rarement, de schizophrénie chez les personnes présentant une prédisposition ou ayant des antécédents familiaux^{22, 23}.

Le fait de consommer du cannabis fortement concentré en THC augmente aussi le risque de dépendance chez les usagers réguliers²⁴, y compris le risque de dépendance physique (une tolérance élevée ainsi que des symptômes de sevrage peuvent survenir en cas d'arrêt brutal de la consommation chez les grands consommateurs de variétés hautement psychoactives²⁵).

Le cannabis produit dans des conditions illégales peut avoir un impact nocif sur la santé des usagers en raison des risques de contamination bactérienne, fongique, ou par des métaux lourds, ainsi qu'en raison de l'utilisation massive d'engrais et pesticides permettant de maximiser les récoltes²⁶.

Le cannabis issu du marché noir peut parfois contenir des cannabinoïdes de synthèse, qui sont pulvérisés par des trafiquants afin d'augmenter la puissance d'un produit peu ou pas psychoactif. Ces produits peuvent être extrêmement dangereux si la concentration en cannabinoïdes de synthèse est élevée.

Enfin, la résine de cannabis est souvent coupée avec des excipients (cellulose, paraffine, henné, etc.) tandis que les fleurs de cannabis sont quelques fois frelatées (avec du sable, des microbilles de verre, etc.) afin d'en augmenter le poids²⁷. Ces produits de coupe peuvent également avoir un effet délétère sur la santé de la consommatrice.

19 Cette comparaison doit toutefois être nuancée par le fait que les infractions liées à la détention et au commerce correspondent généralement à un nombre équivalent d'individus, alors que les faits de trafic ou de fabrication impliquent généralement un réseau de personnes.

20 Werb et al. (2013)

21 EMCDDA (2019) et Hogge (2015)

22 Di Forti et al. (2014)

23 Une association entre l'usage de cannabis et la schizophrénie a été largement discutée dans la littérature, sans toutefois fournir de conclusions univoques. Selon certains auteurs, le cannabis agirait en tant que facteur déclenchant chez des personnes à risque (prédisposées). D'autres recherches suggèrent à l'inverse que le cannabis a tendance à être utilisé par des personnes présentant des signes psychotiques parce qu'il permet d'atténuer certains symptômes. Enfin, selon certaines études, usage de cannabis et schizophrénie pourraient dépendre d'une cause commune (par exemple d'origine génétique). Il est probable que ces trois explications ne soient pas mutuellement exclusives.

24 Freeman et Winstock (2015)

25 Smith (2005)

26 Cole et al. (2010), Dryburgh et al. (2018) et Tytgat et al. (2017)

27 Cole et al. (2010)

TABLEAU 1: LE CANNABIS DE SYNTHÈSE ²⁸

Le Spice (apparu en 2008) et les produits équivalents (K2, Annihilation, Jamaican Gold Extreme, etc.) sont des noms de vente donnés aux préparations à base de débris végétaux inertes ou provenant de plantes légèrement psychoactives (*Scutellaria*, *Damiana*, *Nymphaea caerulea*, etc.), mélangés à un ou plusieurs cannabinoïdes de synthèse, souvent détournés d'un usage en recherche fondamentale. Leur succès est en partie dû au fait qu'ils ne sont généralement pas détectés par les tests salivaires et urinaires classiques.

Alors que l'on aurait pu s'attendre à ce que les effets du cannabis synthétique soient similaires à ceux générés par du cannabis végétal, de nombreuses sources ont fait état de l'apparition de vagues d'intoxications inquiétantes suite à la consommation de cannabis de synthèse²⁹. Plusieurs décès induits par l'usage de cannabis synthétique ont même été répertoriés³⁰, et ce alors que le cannabis végétal n'a jamais provoqué de décès par overdose. Les intoxications au cannabis synthétique se caractérisent par des symptômes somatiques et psychiatriques nécessitant souvent une prise en charge médicale : hypersudation, hypertension, palpitations cardiaques et douleurs thoraciques, nausées et vomissements, convulsions, anxiété, paranoïa et délires psychotiques, hallucinations, perte de conscience³¹. Plusieurs cas d'infarctus du myocarde ont également été rapportés chez des adolescents ayant consommé des cannabinoïdes synthétiques³², ainsi que des cas d'insuffisance rénale aiguë³³.

Comment expliquer ce décalage entre les effets généralement contrôlables et peu dommageables d'une consommation ponctuelle de cannabis végétal et ceux, plus inquiétants, provoqués par ces préparations à base de cannabinoïdes synthétiques ? Plusieurs hypothèses, qui ne sont pas mutuellement exclusives, permettent d'en rendre compte. Premièrement, même si on dispose actuellement de peu d'information sur la composition exacte des échantillons de cannabis de synthèse, certaines analyses en laboratoire ont montré qu'ils peuvent contenir plusieurs cannabinoïdes³⁴, ce qui peut entraîner une activation massive de l'ensemble des récepteurs cannabinoïdes situés dans le cerveau et en périphérie, renforçant ainsi les effets psychotropes et physiologiques.

Deuxièmement, certains cannabinoïdes de synthèse utilisés dans ces préparations ont une plus grande affinité que le THC pour les récepteurs cannabinoïdes situés dans le cerveau, ce qui explique pourquoi ils ont des effets plus marqués que le cannabis végétal à dosage équivalent³⁵.

Troisièmement, certains cannabinoïdes synthétiques ont un temps de demi-vie plasmatique³⁶ particulièrement élevé, ce qui augmente la durée des effets et potentialise ainsi les risques de développer des symptômes d'anxiété, de paranoïa, etc. chez les consommateurs novices, et favorise le risque de surdose en cas de consommation répétée. À l'inverse, d'autres cannabinoïdes ont des temps de demi-vie relativement courts (et ont donc des effets brefs), ce qui favorise l'usage compulsif et le développement d'une dépendance.

Quatrièmement, le cannabis végétal contient, contrairement au cannabis synthétique, des cannabinoïdes non psychoactifs (notamment du cannabidiol) qui permettent de juguler certains effets indésirables du THC (paranoïa, hallucinations, anxiété...) en raison de vertus antipsychotiques³⁷.

Cinquièmement, pulvériser une molécule psychoactive sur des débris végétaux est une opération délicate qui ne peut être réalisée correctement et de manière standardisée qu'avec du matériel de pointe étalonné et vérifié régulièrement. Or le cannabis de synthèse est actuellement commercialisé par des entrepreneurs qui ne sont soumis à aucune norme sanitaire de fabrication et de commercialisation. D'après les sources policières, l'opération qui consiste à mélanger les débris végétaux et le cannabis synthétique dissout se fait généralement à l'aide d'une bétonnière ou des mélangeurs à plâtre. Il n'est donc pas étonnant que les produits qui circulent soient de composition et de concentration variables³⁸, même lorsqu'ils proviennent d'un même échantillon³⁹, certains pouvant être fortement surdosés, voire potentiellement contaminés par des substances ou bactéries dangereuses.

28 Ce texte est repris et légèrement adapté de l'article de Hogge (2014).

29 Cohen et al. (2012) et Barceló et al. (2016)

30 Adamowicz (2016), EMCDDA (2013b), Gurney et al. (2014)

31 Cohen et al. (2012), Heath et al. (2012), Wells et Ott (2011) ; pour une revue, voir Gunderson et al. (2012).

32 Mir et al. (2011) et McKeever et al. (2015)

33 Bhanushali et al. (2013) et Thornton et al. (2013)

34 Voir par exemple Ng et al. (2013).

35 C'est le cas notamment du AM-2201 et du HU-210 (voir Gurney et al., 2014).

36 Il s'agit du temps qu'il faut pour que l'organisme élimine la moitié de la concentration plasmatique initiale de la substance psychoactive. Ce paramètre important en pharmacocinétique détermine en grande partie la durée des effets d'une substance.

37 Zuardi et al. (2012)

38 Lindigkeit et al. (2009) et Zuba & Byrska (2012)

39 Ng et al. (2013)

3. LE CADRE ~~LÉGISLATIF~~ EN BELGIQUE

RÉSUMÉ

Les conventions internationales et les lois belges qui interdisent l'usage, l'achat, la vente et la circulation des drogues illicites sont multiples, complexes et répressives, et datent bien souvent d'une époque lointaine où les contextes de consommation n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui. La loi de 1921, pilier du droit pénal belge en matière de drogues illégales, définit les types d'infractions relatives aux substances interdites et les peines leur correspondant. Une liste des substances prohibées, y compris le cannabis, est établie par l'arrêté royal de 2017. La circulaire des procureurs généraux de 2015 (révisée en 2018) oriente quant à elle l'interprétation que fera le ministère public de ce corpus légal.

Parallèlement, le contexte législatif actuel autorise les produits à base de CBD contenant moins de 0,2% de THC et régit la délivrance de cannabis thérapeutique. La complexité et la multiplicité des textes, dont la portée varie, ainsi que l'usage de notions prêtant à interprétation, suscitent une insécurité juridique considérable. L'application et l'interprétation des textes juridiques peuvent en effet différer selon les représentantes de la police et de la justice, l'orientation politique d'une zone géographique.

LE CADRE LÉGISLATIF ⁴⁰ GÉNÉRAL DU CANNABIS

LA LOI DU 24 FÉVRIER 1921

La loi du 24 février 1921 est le pilier du droit pénal belge en matière de drogues illégales. Elle définit les types d'infractions relatives aux substances interdites (celles-ci sont définies par le Roi) et les peines leur correspondant. Elle autorise le Roi à réglementer et surveiller l'importation, l'exportation, le transit, la fabrication, la conservation (c'est-à-dire le stockage dans les conditions requises), l'étiquetage, le transport, la détention, le courtage, la vente et l'offre en vente, la délivrance, la prescription et l'acquisition, à titre onéreux ou à titre gratuit, des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques ainsi que la culture des plantes dont ces substances peuvent être extraites. Il faut préciser que la consommation de drogues ne constitue pas une infraction pénale en Belgique, ce sont les comportements qui l'entourent, cités ci-dessus, qui sont visés.

Historiquement, l'intention du législateur visait à lutter contre le trafic et non la consommation. Ce n'est qu'au fil du temps que les priorités se sont inversées et que l'appareil judiciaire s'est d'avantage focalisé sur l'usage. Au début des années 2000, la loi de 1921 a toutefois connu plusieurs modifications visant à alléger les sanctions liées à la détention de cannabis pour usage personnel (par des personnes majeures uniquement).

LA LOI DU 4 AVRIL 2003 MODIFIANT LA LOI DE 1921

La loi du 4 avril 2003 apporte des changements à la loi de 1921 et autorise, par arrêté royal, la création de distinctions entre les drogues illicites. Les différentes catégories de drogues ainsi créées renvoient

40 Chapitre rédigé par l'asbl Eurotox, Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles.

aux sanctions correspondantes prévues dans la loi de 1921. Le Roi peut ainsi permettre un traitement pénal spécifique des poursuites liées à la détention de cannabis⁴¹.

L'ARRÊTÉ ROYAL DU 6 SEPTEMBRE 2017

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 renvoie aux peines les plus légères de la loi de 1921 pour les infractions liées au cannabis «pour l'usage personnel» et prévoit toutefois des peines plus lourdes en cas de circonstances aggravantes, c'est-à-dire lorsque les infractions sont commises dans un établissement pénitentiaire, une institution de protection de la jeunesse ou un établissement scolaire, sur la voie publique ou en tout lieu accessible au public.

Cependant, la notion d'«usage personnel» de cannabis reste floue, selon le secteur spécialisé en assuétudes et l'avis du Conseil d'État⁴². Ni la loi, ni les arrêtés royaux ne se prononcent sur la quantité de cannabis qu'un individu peut détenir; et ils définissent l'usage personnel comme «un critère intentionnel, comme un élément moral de l'infraction, par définition subjectif, mais inhérent à toute infraction pénale»⁴³. L'appréciation de la quantité de cannabis autorisée et de l'intention de l'usagère serait donc laissée à l'appréciation de l'appareil policier et judiciaire (police, procureur, etc.).

Plus encore, ce nouvel arrêté royal rend incertaine la tolérance quant à la culture d'un plant de cannabis femelle et la détention de trois grammes de cannabis maximum par individu⁴⁴. En effet, d'une part, l'arrêté royal rappelle la loi de 1921 et réitère que «[n]ul ne peut importer, exporter, transporter, fabriquer, produire, détenir, vendre ou offrir en vente, fournir, délivrer ou acquérir, à titre onéreux ou à titre gratuit, des produits, sans autorisation d'activités préalablement accordée par le/la Ministre ou par son délégué

pour le lieu où se déroulent les activités.» D'autre part, l'arrêté royal ajoute que «la culture de plants de cannabis, de plants de coca et de plants de l'espèce *Papaver somniferum* L. est interdite et ne peut être autorisée.» Ainsi, d'après l'arrêté royal, la culture d'un plant femelle n'est dès lors pas autorisée (ce qui est nuancé par la circulaire des procureurs généraux, voir ci-après).

L'arrêté royal du 6 septembre 2017 autorise néanmoins la culture de variétés de cannabis pour un usage industriel, dont la somme des concentrations de THC (delta-9-tétrahydrocannabinol) et de THCA (delta-9-acide tétrahydrocannabinolique) ne dépasse pas 0,2%. Si ce seuil est dépassé, la culture est jugée illégale et est passible de poursuite. Actuellement, seules les agricultrices sont susceptibles d'obtenir une autorisation de cultiver du chanvre textile ou pour d'autres buts industriels, en pleine terre. L'autorisation s'accompagne de contrôles sur l'origine des variétés et la teneur en THC (arrêté ministériel relatif à la culture de chanvre du 27 juillet 2011).

Interpellé le 18 octobre 2017 à la Chambre des représentants, le ministre de la Justice d'alors, M. Koen Geens, n'avait guère contribué à dissiper le brouillard de l'insécurité juridique, affirmant à la fois que la tolérance envers le cannabis était toujours d'actualité (celle-ci pouvant être suspendue en fonction d'impératifs locaux) et que le Gouvernement appliquait la politique de tolérance zéro dans l'espace public, conformément à l'accord de Gouvernement⁴⁵.

LA CIRCULAIRE DES PROCUREURS GÉNÉRAUX DU 21 DÉCEMBRE 2015 (RÉVISÉE EN 2018)⁴⁶

L'adoption de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 abrogeant plusieurs arrêtés royaux⁴⁷ a nécessité la révision de la circulaire des procureurs généraux du 21 décembre 2015 en 2018.

41 Actuellement, la simple de détention de cannabis pour usage personnel peut être punie d'une amende de 15 à 25€ pour la 1^{re} infraction, d'une amende de 26 à 50€ en cas de récidive dans l'année depuis la première condamnation, et d'un emprisonnement de 8 jours à un mois et d'une amende de 50 à 100€ en cas de récidive dans l'année depuis la 2^e condamnation (les amendes sont à multiplier par le coefficient en vigueur, actuellement de 8).

42 Avis n° 61.002/3 du 3 avril 2017 du Conseil d'État

43 Exposé des motifs de l'Arrêté Royal du 6 septembre 2017 <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2017/09/06/2017031231/justel>

44 Une tolérance instaurée par la Circulaire commune de 2005, révisée en 2015 et en 2018 (voir ci-après) et qui a remplacé les directives des 16 mai 2003 et 25 janvier 2005.

45 Question orale de M. Frédéric à Mme De Block et M. Geens sur « l'arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques », Compte rendu intégral de la Commission de la Justice du 18/10/2017

46 Circulaire commune du ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites

47 Les Arrêtés royaux des 31 décembre 1930 et 22 janvier 1998

TABLEAU 2 : UN RECOURS AUPRÈS DU CONSEIL D'ÉTAT

Suite à la publication de l'arrêté royal de 2017, un recours en annulation au Conseil d'État a été introduit conjointement par les asbl FEDITO BXL, Infor-Drogues, Modus Vivendi et deux médecins. Les auteurs du recours ont soulevé dans un premier temps la non-consultation de la société civile spécialisée lors de l'élaboration de l'arrêté royal, ce qui va à l'encontre des engagements européens de la Belgique. Le recours porte sur plusieurs points d'incertitude, notamment le flou de la législation actuelle en matière de cannabis, qui entraîne une insécurité juridique. L'audience du Conseil d'État a eu lieu en mars 2020. Un premier arrêt en date du 9 octobre 2020 a été rendu mais la procédure est toujours pendante.

La circulaire révisée maintient globalement le système de tolérance vis-à-vis de la détention de moins de trois grammes de cannabis ou d'un plant femelle, en ce compris la saisie systématique des substances illégales, quelle que soit l'infraction commise. De plus, elle distingue deux types d'infractions concernant la détention de cannabis : la détention-contravention et la détention-délict⁴⁸. Les détentions-contraventions désignent des faits d'importation, fabrication, transport, acquisition, culture et détention de cannabis pour usage personnel et sans circonstances aggravantes. Les détentions-délits se rapportent aux mêmes faits pour usage personnel, sans circonstances aggravantes, mais qui portent atteinte à l'ordre public (voir encadré ci-dessous pour une définition).

Un procès-verbal simplifié est dressé pour :

- Les détentions-contraventions par une personne majeure, de moins de trois grammes ou une plante de cannabis, sans indice de vente ni circonstance aggravante ;
- Les détentions-délits pour une personne majeure, de moins de trois grammes ou une plante de cannabis, sans indice de vente et avec la seule circonstance que les faits ont été commis, sans ostentation, sur la voie publique ou en un lieu accessible au public.

Un procès-verbal simplifié, précisant notamment l'identité de l'auteur de l'infraction, est conservé sur support informatique au sein du service de police ayant mené le constat, et transmis au parquet une fois

par mois. Il revient au procureur du Roi de décider de poursuivre ou non. Ces infractions constituent le degré le plus bas de la politique de poursuite. Toute autre infraction que celles-ci fera l'objet d'un procès-verbal ordinaire.

Selon la circulaire de 2018, les détentions-délits avec ou sans circonstances aggravantes, ainsi que les détentions-contraventions de plus de trois grammes ou d'une plante, peuvent mener à des amendes, une mise à l'épreuve (probation prétorienne), le suivi d'un traitement médical, un travail d'intérêt public, ou encore l'obligation de suivre une formation. Conformément à la Loi, la circulaire rappelle que des sanctions plus sévères sont prévues en cas de récidive, jusqu'à des peines d'emprisonnement, en ce compris pour la détention de cannabis.

La circulaire introduit également une distinction concernant la vente de drogues illégales en petites quantités : d'un côté la vente par appât du gain, de l'autre la vente pour financer sa consommation personnelle. La vente par appât du gain est considérée comme un maillon de la distribution organisée des drogues illégales et dès lors traitée de manière répressive, à l'instar de tout fait relevant de la délinquance organisée. Concernant la vente pour financer sa consommation personnelle, le parquet applique les mesures recommandées pour traiter la détention d'une quelconque drogue illégale autre que le cannabis (avec ou sans circonstances aggravantes), c'est-à-dire une amende, une mise à l'épreuve, le suivi d'un traitement médical, un travail d'intérêt public, l'obligation de suivre une formation, ou bien une citation ou

⁴⁸ Les personnes détentrices de cannabis, ou ayant commis une infraction en lien avec les drogues illégales, sont majeures. Les personnes mineures dépendent, elles, de la loi du 8 avril 1965 sur la protection de la jeunesse.

TABLEAU 3 : LES CIRCONSTANCES AGGRAVANTES

- 1 Le délinquant était membre ou dirigeant d'une association qui délivre de la drogue ;
- 2 Les délits ont été commis à l'égard de mineures ;
- 3 L'usage de drogue a provoqué chez autrui une maladie paraissant incurable, une incapacité permanente de travail, la perte de l'usage absolu d'un organe, une mutilation grave voire la mort.

TABLEAU 4 : LES CIRCONSTANCES CONSTITUANT UNE DÉTENTION-DÉLIT [AUTREFOIS DÉSIGNÉES COMME CONSTITUANT UN TROUBLE À L'ORDRE PUBLIC]

- 1 La détention de cannabis dans un établissement pénitentiaire ou dans une institution de protection de la jeunesse ;
- 2 La détention de cannabis dans un établissement scolaire ou similaire ou dans ses environs immédiats. Il s'agit de lieux où les élèves se rassemblent ou se rencontrent, tel qu'un arrêt de transport en commun ou un parc proche d'une école ;
- 3 La détention ostentatoire de cannabis dans un lieu public ou un endroit accessible au public (ex. un hôpital).

un renvoi correctionnel (avec le risque d'une peine de prison allant de trois mois à un an, et une amende allant de 1.000 à 100.000€, à multiplier par le coefficient en vigueur).

DE L'INSÉCURITÉ JURIDIQUE DU CADRE LÉGAL ACTUEL

Cette profusion de textes légaux et réglementaires, dont la portée et l'influence diffèrent, ne joue pas en faveur de la clarté du contexte légal dans lequel s'inscrit la détention de cannabis.

D'abord, la portée des circulaires, qu'elles soient progressistes ou non, est limitée. Ces textes sont au plus bas de la hiérarchie des normes juridiques et sont seulement contraignants pour une partie des acteurs concernés. Les circulaires ne concernent en effet que les membres du ministère public (c'est-à-dire le parquet, les procureurs du Roi), dans une perspective d'uniformisation des politiques de poursuite. Le parquet est libre de les interpréter et peut tout à fait

s'écarter de celles-ci, à condition de motiver leur décision⁴⁹. En revanche, les circulaires ne s'imposent pas aux juges, étant donné que ces circulaires émanent du pouvoir exécutif.

L'application des lois et arrêtés royaux pose aussi question ; elle dépend en effet de l'interprétation d'un même fait par les magistrats (juges, procureurs du Roi) et les policiers, (appréciation des notions de « circonstances aggravantes », « environnements immédiats », « appât du gain », « détention ostentatoire » ou « trouble de l'ordre public ») et du traitement qu'en feront les 14 différents parquets (c'est-à-dire quelle priorité sera donnée aux cas de détention de cannabis).

Les poursuites et condamnations pour la seule détention de cannabis sont relativement rares, bien qu'elles restent d'actualité dans certains arrondissements judiciaires. Toutefois, la détention de cannabis constitue un instrument pénal qui peut être mobilisé pour justifier des interpellations, des arrestations et l'ou-

49 Moïny (2018)

verture d'un dossier, souvent à charge de personnes précarisées, marginalisées, racisées, ou d'origine étrangère⁵⁰.

L'ensemble de ces éléments pose une véritable question vis-à-vis du caractère prévisible de la loi pénale. La Constitution consacre en effet le principe de légalité des délits et des peines⁵¹, dont le corollaire est une loi claire et précise qui permet à toute citoyenne de la connaître et de savoir si elle l'enfreint ou non. La loi pénale doit être prévisible puisque des peines peuvent être appliquées en cas d'infraction. Or, en l'état actuel du cadre légal, et compte tenu de plusieurs déclarations politiques récentes, favorisant la répression et parfois contradictoires, il est difficile d'anticiper les conséquences pénales qu'entraîne la détention de cannabis.

LA VENTE DE PRODUITS À BASE DE CANNABIDIOL (CBD)

Les normes européennes et belges autorisent la culture de cannabis (ou chanvre) à des fins industrielles et agro-alimentaires, à condition que celui-ci ne contienne pas plus de 0,2% de THC⁵². Le commerce d'huile de chanvre, de graines de chanvre et les produits à base de celles-ci sont autorisés depuis de nombreuses années (en tant que produits alimentaires, moyennant une dérogation).

En 2017 et 2018, la vente de produits à base de CBD a fleuri en Belgique, que ce soit en magasin ou par internet. L'existence des magasins de CBD se base sur l'absence d'interdiction de la substance CBD (qui n'est pas visée par la loi de 1921, ni par l'arrêté royal de 2017) et l'autorisation de la culture des produits du cannabis contenant moins de 0,2% de THC. Ces produits sont vendus sous forme de fleurs de cannabis, d'huile, d'e-liquide, etc.

Toutefois, la commercialisation de produits pour un « usage humain » (que ce soit cosmétique, alimentaire, médical, etc.) est strictement encadrée et les produits qui ne bénéficient pas d'une autorisation spécifique

sont interdits. Les commerçants ne peuvent donc pas vendre ces produits comme des aliments ou des cosmétiques; ils ne peuvent pas non plus en promouvoir les propriétés médicinales. Afin de contourner cette interdiction, les produits à base de CBD étaient dès lors officiellement vendus comme non destinés à l'usage humain, en tant que « pot-pourri » par exemple.

LE CBD EN TANT QUE PRODUIT DESTINÉ À ÊTRE FUMÉ

De nombreux magasins de CBD ont fermé, depuis qu'en avril 2019, le Service public fédéral Finances a assimilé les produits à base de CBD à la catégorie fiscale des « autres tabacs à fumer », afin de pallier le flou de cette situation et d'encadrer la vente de ces produits. Ils doivent dès lors se soumettre à la législation en matière de tabac, c'est-à-dire : application des accises, respect des règles de fabrication, d'emballage et de mise dans le commerce, et transfert de la liste des ingrédients au SPF Santé publique. La reconnaissance par le SPF Finances signifie également que la vente de ces produits peut désormais sortir des commerces spécialisés et être pratiquée par les commerces vendant habituellement du tabac (librairies, night-shops, stations-service, etc.) qui ne sont pas forcément compétents pour dispenser des conseils de prévention aux usagers. Avec l'application des accises du tabac et donc l'augmentation des prix, de nombreux commerces spécialisés n'ont pas pu poursuivre leurs activités en raison de l'étranglement de leurs marges bénéficiaires.

LE CBD EN TANT QUE DENRÉE OU COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

Actuellement, l'Union européenne considère les produits alimentaires contenant du CBD comme un « novel food », c'est-à-dire un aliment ou ingrédient dont la consommation était négligeable, voire inexistante dans les pays de l'Union avant 1997. Les produits considérés comme « novel food » doivent faire l'objet d'une autorisation européenne pour leur commercialisation en tant que denrée alimentaire, après évaluation de leur dangerosité.

50 Mormont (2014)

51 Principe de légalité en vertu duquel une personne ne peut être poursuivie et condamnée pour une infraction qui n'était pas prévue par la loi avant que l'infraction ne soit commise

52 Voir le Règlement n° 1307/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/fr/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013R1307>.

Même si elles ne sont pas considérées comme des « novel foods » au niveau européen, la plante de Cannabis sativa L. et les préparations obtenues à partir de celle-ci ne sont pas pour autant autorisées comme denrées alimentaires ou compléments alimentaires en Belgique (d'après l'arrêté royal du 29 août 1997); une dérogation peut toutefois être demandée auprès du SPF Santé publique pour tout aliment à base de plante de cannabis (fleurs, feuilles) contenant moins de 0,2% de THC. Aucune dérogation n'est accordée dans les cas où les fleurs ou feuilles de plante peuvent être utilisées en infusion.

Parallèlement, l'huile de graines de chanvre, les graines de chanvre et les produits à base de celles-ci ne sont pas considérés comme des « novel foods », mais leur commerce en tant que denrées alimentaires n'est pas pour autant autorisé par la Belgique. Une dérogation peut toutefois être demandée auprès du SPF Santé publique; cette dérogation s'applique cependant à un lot spécifique d'un certain produit, et non pas au produit générique.

LE CBD SOUS FORME E-LIQUIDE

Des produits à base de CBD au format e-liquide sont également vendus. Les e-liquides n'entrent pas dans le cadre prévu pour les « autres tabacs à fumer », qui ne concerne que les produits consommés par combustion. Les e-cigarettes et les e-liquides bénéficient d'un cadre légal depuis l'arrêté royal du 28 octobre 2016, qui contraint les fabricantes à déclarer les ingrédients

utilisés dans la production des e-liquides au SPF Santé publique avant leur mise sur le marché. La vente à distance des e-cigarettes et flacons de recharge est interdite, bien qu'il soit encore possible d'en acheter sur des sites internet étrangers. Il n'existe actuellement pas de cadre réglementaire clair en matière de CBD sous forme d'e-liquide, à même de préciser le caractère légal de la production et de la vente de ces produits, ainsi que leur teneur en CBD et leurs conditions de mise sur le marché.

VERS LA MISE EN PLACE D'UN BUREAU DU CANNABIS ?

Un cadre légal permettant une culture contrôlée destinée à alimenter la recherche scientifique fait défaut en Belgique, condamnant d'avance toute initiative allant dans ce sens.

La situation a récemment connu quelques changements. En effet, le 28 mars 2019, la Chambre des Représentants a adopté la proposition de « loi modifiant des dispositions relatives à la remise des avis scientifiques et techniques par l'AFMPS⁵³ et portant sur le financement de l'AFMPS ainsi que sur la création d'un bureau du cannabis »⁵⁴. Sous réserve que la culture de cannabis soit autorisée, il est prévu que le Bureau du cannabis soit attaché à l'AFMPS et chargé de contrôler la culture du cannabis à des fins médicales ou scientifiques; la culture sera assurée par des productrices autorisées.

TABLEAU 5 : LA RÉGULATION DES "NOVEL FOODS" DANS L'UE

ALIMENT OU INGRÉDIENT	NOVEL FOOD (UE)	DENRÉE ALIMENTAIRE AUTORISÉE (BELGIQUE)
Plante Cannabis sativa L. (>0,2% THC)	Non	Non
Plante Cannabis sativa L. (<0,2% THC)	Non	Oui, si dérogation
Huile de graine	Non	Oui, si dérogation
Graines de cannabis	Non	Oui, si dérogation
Extraits de cannabis (THC, CBD, etc.)	Oui	Non

53 Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

54 La loi ne bénéficie pas encore d'arrêtés d'exécution.

La création du Bureau répond aux exigences internationales en matière de contrôle de la culture du cannabis à des fins médicales ou scientifiques : la Convention de 1961⁵⁵ stipulant que toute recherche médicale et scientifique devra avoir lieu sous la surveillance et le contrôle directs des États. Les recherches scientifiques et médicales porteraient dès lors principalement sur les vertus thérapeutiques du CBD, puisque

seules les variétés de cannabis ne contenant pas plus de 0,2% de THC substance ne font pas l'objet d'interdiction actuellement. Dans le cadre d'une réglementation du cannabis en Belgique, le Bureau pourrait se saisir des missions relatives au contrôle de la production et de la distribution, à l'instar de ce qui se fait actuellement dans de nombreux États ayant régulé le marché du cannabis (voir chapitre 4).

TABLEAU 6 : RISQUES LIÉS À L'UTILISATION DES E-LIQUIDES

Aux États-Unis, en date du 20 novembre 2019, 2290 hospitalisations (dont 47 décès) ont été recensées sur quelques mois, faisant état de maladies respiratoires aiguës chez des adeptes du vapotage. L'enquête menée par les autorités de santé américaines a permis d'écarter les causes habituelles de maladies pulmonaires et d'isoler un dénominateur commun : l'utilisation d'une cigarette électronique pour consommer des produits non réglementaires (contenant le plus souvent du THC). Des analyses supplémentaires ont permis d'incriminer l'acétate de vitamine E comme agent pathogène, mais il n'est actuellement pas exclu que d'autres substances, telles que des huiles, puissent également être impliquées⁵⁶. En Belgique, un décès apparemment induit par le vapotage d'une substance toxique est survenu en novembre 2019.

Sur le plan de la santé publique, la cigarette électronique est un dispositif tout à fait pertinent, dans la mesure où elle permet de réduire les risques liés à la combustion des produits du tabac⁵⁷. En revanche, tous les produits ne sont pas forcément destinés à être vapotés, et certains peuvent manifestement s'avérer dangereux.

Les principaux composants utilisés dans les e-liquides commercialisés (propylène glycol, glycérine végétale, arômes) ne semblent pas nocifs pour la santé en usage aigu. Et, si leurs effets à long terme sur la santé ne sont pas encore connus, selon toute vraisemblance, ils seraient minimes ou moindres que ceux induits par le tabac. L'exemple des États-Unis met en revanche clairement en évidence les risques liés à la consommation de produits vendus au marché noir, dont la composition n'est bien évidemment pas contrôlée⁵⁸. De plus, les différents composants des e-liquides peuvent être achetés séparément, laissant aussi aux usagers la possibilité de fabriquer et doser leur propre recharge. On ne peut donc pas exclure l'ajout de composants supplémentaires impropres à la consommation par vapotage (par exemple, une huile de CBD destinée à être consommée par ingestion, telle que celle vendue dans les CBD shops, ou une huile contenant du THC achetée sur internet).

En Belgique, l'évaluation des risques sanitaires liés aux substances contenues dans les e-liquides revient aux fabricants, importateurs ou distributeurs. Et seuls les e-liquides contenant de la nicotine bénéficient d'une liste officielle de substances interdites (additifs cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques). Plus spécifiquement, les e-liquides à base de CBD vendus en Belgique ne bénéficient pas d'une réglementation claire et spécifique, ni de normes de composition permettant d'apporter des garanties aux usagers sur le plan de la santé publique. Certains e-liquides actuellement commercialisés sont donc susceptibles de contenir des substances dangereuses pour la santé des usagers.

56 L'acétate de vitamine E est une substance liposoluble extraite d'huiles végétales. Elle est inoffensive lorsqu'elle est consommée par voie orale. En revanche, inhalée après échauffement dans une cigarette électronique, elle ne parvient pas à être métabolisée et se « colle » aux alvéoles pulmonaires, entraîne leur inflammation, et les rend incapables de fonctionner correctement et d'oxygéner le sang (pneumopathie lipidique exogène). Il est vraisemblable que la vitamine E soit utilisée par les fabricants pour faciliter l'extraction du THC ou du CBD des fleurs de cannabis ou pour en améliorer la conservation. Mais d'autres huiles pourraient aussi être en cause car, de manière générale, l'inhalation de diverses huiles peut provoquer une pneumopathie lipidique (Ukkola-Pons et al., 2010).

57 Il est important de rappeler que le tabac est une des causes principales de décès dans les pays occidentalisés.

58 Layden et al. (2019)

55 La convention unique des Nations-Unies sur les stupéfiants, ratifiée le 30 mars 1961 à New York. Son objectif est de limiter la production et le commerce de substances interdites en établissant une liste de ces substances, qualifiées de stupéfiants.

LE STATUT DU CANNABIS À USAGE THÉRAPEUTIQUE

Les conventions internationales des Nations Unies n'interdisent pas l'utilisation du cannabis ou de produits à base de cannabis à des fins médicales et scientifiques. Il n'y a pas de législation européenne à ce sujet et chaque État membre est libre de légiférer. Force est de constater que la Belgique adopte une position restrictive en matière de cannabis thérapeutique en comparaison avec d'autres pays européens, toujours plus nombreux à en élargir l'accès.

L'arrêté royal du 11 juin 2015 a formellement interdit la délivrance de préparations officinales ou magistrales⁵⁹ à base de THC en Belgique. Les médicaments à base de THC doivent donc être des spécialités pharmaceutiques (c'est-à-dire des médicaments préparés et conditionnés à l'avance). Sur le plan légal, les médicaments contenant du THC peuvent donc bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché par l'AFMPS et dès lors être délivrés en pharmacie sur prescription médicale. Les médicaments autorisés doivent faire l'objet de tests approfondis, de manière à ce que leur composition, qualité, dosage et effets secondaires soient bien connus.

Seul le médicament Sativex® est actuellement autorisé en Belgique (depuis le 1^{er} janvier 2016)⁶⁰. Les conditions de prescription et de remboursement sont cependant très strictes et limitées.

Parallèlement à l'avènement de la vente de produits à base de CBD, l'AFMPS a publié en juillet 2019 une circulaire se prononçant sur la délivrance de préparations à base de CBD, contenant des traces de THC, en pharmacie⁶¹. L'Agence statue que, lorsqu'une matière première n'est pas autorisée, un pharmacien peut tout de même et uniquement l'utiliser dans des préparations magistrales (donc, sur prescription) et à condition qu'il y ait un certificat d'analyse délivré par un laboratoire agréé. La préparation est acceptable si la patiente est exposée à maximum 1 microgramme de THC par kg de poids corporel par jour. Dès lors, les pharmaciens peuvent transformer la matière première (sous forme de poudre) en huile, en pilule ou encore en pommade. Les préparations officinales et la vente de compléments alimentaires à base de CBD sont interdites en pharmacie.

Ces éléments sont développés plus loin dans le chapitre dédié aux usages thérapeutiques du cannabis.

59 Les préparations magistrales sont préparées en pharmacie pour une patiente déterminée et selon une prescription médicale, en raison de l'absence de spécialité disponible ou adaptée. Les préparations officinales sont également préparées en pharmacie, mais ne nécessitent pas de prescription et ne sont pas remboursées.

60 L'Epidiolex (principalement à base de CBD et contenant moins de 0,1% de THC) est délivré dans des cas exceptionnels, introduits par une déclaration du médecin, puisque ce médicament ne bénéficie pas encore d'une autorisation de mise sur le marché en Belgique.

61 Circulaire « Interprétation de l'arrêté royal du 11 juin 2015 réglementant les produits contenant un ou plusieurs tétrahydrocannabinols, en ce qui concerne les matières premières pour les préparations magistrales » publiée le 16/07/2019.

4. LES ALTERNATIVES À LA PROHIBITION

MODÈLES ET EXPÉRIENCES

RÉSUMÉ

Depuis plusieurs années, nous assistons à différents changements dans les politiques des drogues à l'étranger. La prohibition pure et simple n'est plus le fondement unique au niveau international. Des alternatives sont mises en place afin d'apporter des réponses axées sur la santé et les droits humains et non plus sur la seule criminalisation des personnes usagères.

Ce chapitre abordera différentes politiques de tolérance, telles que les coffee shops néerlandais ou les Cannabis Social Clubs espagnols, le modèle de décriminalisation portugais ainsi que les modèles de légalisation/régulation du cannabis à usage récréatif en Uruguay, dans certains États des États-Unis et au Canada.

La coexistence de ces différents modèles montre que l'usage de drogues est profondément culturel et qu'un modèle valable dans un pays ne l'est pas forcément dans un autre ; il faut donc tenir compte des spécificités de chaque pays. De plus, il est nécessaire d'inscrire les changements dans la loi pour garantir à la politique mise en place une certaine continuité. Enfin, aucun modèle n'est parfait et sa mise en œuvre requiert des évaluations régulières et des adaptations.

LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE RÉGULATION⁶²

Depuis une décennie environ, les politiques en matière de cannabis tendent à être assouplies dans de nombreux États selon des modalités différentes, oscillant entre tolérance, dépénalisation, décriminalisation, légalisation, régulation et réglementation. Ce chapitre propose un bref tour d'horizon, non exhaustif, des orientations politiques alternatives à un strict interdit afin d'éclairer le propos. Plusieurs notions juridiques parcourent le sujet et méritent d'être définies :

- Le régime de **tolérance** ne modifie en rien l'interdit frappant les drogues illégales ni les sanctions dont sont passibles ces transgressions, mais incite les agents de contrôle et de sanction à ne pas poursuivre certaines pratiques, à les tolérer.
- La **dépénalisation** consiste en l'abaissement des peines prévues pour certaines pratiques – qui restent interdites – jusqu'à leur suppression éventuelle. En matière de drogues, elles concernent en général la détention et l'usage ; rarement le commerce ou la production.
- La **décriminalisation** va un peu plus loin puisqu'elle sort complètement un comportement du champ pénal. Il est toujours interdit, mais n'est plus considéré comme une infraction (qu'il s'agisse d'une contravention, d'un délit ou d'un crime), donc n'est plus sanctionné. En matière de drogues, cela concerne principalement la détention et l'usage.
- La **légalisation** est le fait de donner un cadre légal à un comportement, c'est la reconnaissance « active » d'une liberté. La légalisation peut s'accompagner d'une régulation ou d'une réglementation

62 Guillain C., Scalia D. (2020)

de la part de l'État visant à encadrer ces nouvelles libertés.

- La **régulation** est un terme emprunté au domaine économique, qui désigne les mécanismes dont dispose un État pour maintenir l'équilibre sur un marché de biens ou de services, notamment pour éviter la formation de monopoles ou d'oligopoles. La réglementation est un des mécanismes de la régulation.
- La **réglementation** consiste à édicter un ensemble de normes et de règles en termes d'accès au produit, d'âge minimum légal, de production, de publicité, de sécurité routière, comme c'est le cas pour l'alcool et le tabac.

Chacune des options énoncées peut être déclinées de plusieurs manières. Par exemple, la tolérance peut être instaurée pour le cannabis et pas pour les autres drogues ; la décriminalisation peut s'inscrire dans les textes de loi (= décriminalisation de droit) ou s'opérer sur le terrain (= décriminalisation de fait, à l'initiative, par exemple, de la police qui ne dresserait plus procès-verbal).

Ces quelques notions juridiques sont parfois utilisées à tort et à travers, semant la confusion dans les esprits et les débats. Toutefois, elles sont importantes, elles permettent en effet d'envisager un large champ d'actions possibles. Changer de politique ne signifie donc pas forcément « ouvrir la porte à la consommation ». Au contraire, dans le cas d'une régulation du cannabis, il est tout à fait possible de donner moins de publicité que ce qui a cours aujourd'hui sur le marché illicite du cannabis (ex. via les réseaux sociaux) ou sur le marché légal de l'alcool. Réglementer le marché du cannabis ne constitue absolument pas une facilitation ou une incitation à l'usage.

LES COFFEE SHOPS NÉERLANDAIS : DÉPÉNALISATION DE LA POSSESSION ET TOLÉRANCE DE LA VENTE

Les Pays-Bas ont été les premiers à adopter une politique de tolérance envers la consommation, la possession et la vente de cannabis. Depuis 1976, la culture de cinq plants et la possession de 30 grammes de cannabis ne constituent plus des infractions criminelles,

mais de simples délits passibles d'une amende. La vente dans des lieux spécifiques – les coffee shops – est tolérée mais pas légalisée. Cette approche pragmatique demeure un modèle paradoxal, car elle dépénalise partiellement la consommation et tolère la vente de cannabis sans permettre sa production. C'est donc sur le marché noir que s'approvisionnent les coffee shops, en l'absence de tout contrôle sur les modes de production du produit et, *in fine*, sur le cannabis vendu au public.

Plus de 40 ans après son adoption, ce modèle est de plus en plus critiqué. De nombreuses grandes villes du pays ont exigé dès le début des années 2010 un changement de politique en matière de cannabis. Elles sont à présent plus de deux cents à demander ce changement. En septembre 2017, la question de la régulation de la production a été mise à l'agenda politique afin d'expérimenter une production locale dans six à dix grandes villes néerlandaises, et ce projet a été voté en 2018. Depuis lors, sa mise en application a pris du retard, mais devrait se mettre en place prochainement.

LES CANNABIS SOCIAL CLUBS ESPAGNOLS : UNE TOLÉRANCE PEU RÉGULÉE

En Espagne, la production, le trafic, la vente et la détention de cannabis sont interdits. Mais la consommation, excepté dans les lieux publics, n'est pas prohibée. Puisqu'il est difficile de consommer sans posséder, tant que la consommation relève de la vie privée et ne trouble pas l'ordre public, les juges ne sanctionnent pas la détention dans l'espace public dans le cadre de l'usage personnel.

Jouant sur cette zone grise et cette marge de tolérance, les Cannabis Social Clubs sont apparus au cours des années 1990 et sont encore à ce jour tolérés par les instances policières et judiciaires. Il s'agit d'associations ou de coopératives de personnes usagères qui s'organisent pour produire collectivement le cannabis nécessaire à leur consommation personnelle. Autrement dit, au lieu de cultiver chacune sa plante dans son jardin ou sur son balcon, ils mettent leurs plants en commun et se répartissent la production, ou délèguent les tâches de culture pour ensuite récupérer chacun sa part de cannabis.

TABLEAU 7 : LES CANNABIS SOCIAL CLUBS EN ESPAGNE

L'organisation de ces clubs privés s'appuie sur différents arguments légaux : outre la non-prohibition de l'usage privé, la Cour Suprême a développé un concept de « consommation partagée », non punissable. Ce concept a émergé dans le courant des années 1980, pendant la crise sociale et sanitaire engendrée par l'augmentation de la consommation d'héroïne. L'Espagne assiste alors à de nombreuses affaires judiciaires impliquant des consommateurs ou des parents de consommatrices qui sont jugés pour l'achat de petites quantités de drogues destinées à la redistribution parmi leurs pairs ou membres de leur famille. Ceci a entraîné la condamnation d'un grand nombre de personnes à des peines disproportionnées allant jusqu'à plusieurs années de prison pour délit de trafic de drogue. Pour remédier à cette situation, la Cour Suprême a adopté une doctrine selon laquelle aucune infraction criminelle ne pouvait être imputée à ces personnes lorsqu'un ensemble de conditions étaient remplies : il doit s'agir d'un groupe fermé de personnes consommatrices, aucun des individus impliqués ne doit tirer un profit de la distribution, et les drogues doivent être distribuées pour consommation immédiate⁶³.

63 Alvarez Garcia et Majón-Cabeza (2009)

Étant donné que seule la commercialisation des substances illégales telles que le cannabis est une infraction légale, les Cannabis Social Clubs ont développé un modèle non lucratif, dans le cadre d'un circuit ou club fermé de personnes consommatrices adultes. Comme chaque club dispose de ses propres règles, certains observateurs regrettent, à juste titre, que certains Cannabis Social Clubs n'aient d'associatif que le nom, et que leur dimension coopérative ait été remplacée par une logique marchande. Afin d'éviter ce genre de dérives, les questions de la taille du club et du prix de vente sont essentielles.

Réelle alternative au marché noir, cette proposition non commerciale nous paraît particulièrement intéressante pour une nouvelle politique en matière de cannabis, pour peu qu'elle soit suffisamment encadrée. Elle relève aussi d'une forme de citoyenneté active visant à s'organiser au lieu de s'en remettre au marché commercial, au marché noir, ou à l'État. Nous développerons ces éléments dans le chapitre 6.

LA DÉCRIMINALISATION AU PORTUGAL : SOIGNER PLUTÔT QUE RÉPRIMER

Ces dernières années, dans les discussions sur les politiques en matière de drogues, le Portugal est régulièrement cité en exemple. La décriminalisation de l'usage, de l'acquisition et la détention, de toutes les

drogues, depuis 2001, en fait de loin le pays le plus avancé en Europe en matière de législation. Le gouvernement portugais a opéré un changement radical de politique par rapport aux années de répression. La motivation de ce changement résulte du constat de l'inefficacité de la prohibition face à une problématique relevant de la santé publique.

Bien que décriminalisée, la possession de drogues pour usage personnel constitue une infraction administrative qui astreint les individus interpellés avec une quantité inférieure à 10 jours de consommation⁶⁴ à se présenter devant une commission ou « panel » de dissuasion. Celle-ci se compose de conseillers juridiques, de psychiatres et de travailleuses sociales. Elle est chargée d'évaluer si la consommation est problématique et à quel niveau. Elle peut imposer des amendes (environ 10% des cas) ou des services communautaires. Mais son rôle est surtout de persuader celles et ceux qui en ont besoin de s'inscrire à un programme de traitement. Environ 30% des personnes examinées (toutes drogues confondues) sont évaluées ainsi et réorientées vers les services de santé.

UN CHANGEMENT DE PARADIGME AUX EFFETS MESURABLES

Les effets de la décriminalisation au Portugal sont nombreux et globalement positifs, et ils sont loin de confirmer l'angoisse d'une prétendue facilitation de l'usage de drogues. Au contraire :

64 Au-delà de ces quantités, les individus peuvent éventuellement être poursuivis pour trafic.

- L'usage de drogues a globalement diminué au cours des 15 dernières années. Selon les autorités portugaises, le nombre d'héroïnomanes a baissé de 60% en une décennie⁶⁵. D'après le rapport 2009 de l'Institut de la drogue et des toxicomanies portugais (IDT), le Portugal serait le pays où la consommation de cannabis des 15-64 ans est la plus faible d'Europe⁶⁶. Idem pour la consommation de cocaïne – même si elle suit globalement la tendance européenne à l'augmentation.
- Le nombre de contaminations au VIH imputables aux injections de drogues a été divisé par 25 en 12 ans et le nombre de décès liés à l'usage de drogues a été divisé par 8 sur la même période.
- On constate une réduction de la charge des délinquants toxicomanes sur le système de justice pénale (en termes financiers et de surpopulation carcérale).

Malgré une politique de réduction des risques bien plus efficace et efficiente depuis l'introduction du modèle en 2001, la vision des personnes usagères comme malades et incompetentes a cependant favorisé la mise en place d'une politique de l'abstinence. Celles qui sont pris avec des produits illicites doivent participer à des rendez-vous médicalisés pour encourager l'arrêt de la consommation ou – dans certains cas – accepter de payer une amende. Ainsi, ces personnes continuent à être les sujets d'un traitement forcé et involontaire, d'une injonction thérapeutique. Aucune place n'est laissée au choix du traitement, tel que des produits de substitution, voire au choix de porter atteinte à sa santé sans causer le moindre dommage à autrui. Il n'y a aucun encouragement à l'autonomie ou à la consommation responsable. Même dans le cadre d'un modèle de décriminalisation, persiste une violation de la liberté, de la dignité et des droits fondamentaux.

Le modèle portugais de décriminalisation partielle est donc un premier pas, non un point final. Ses insuffisances résident dans l'absence d'une véritable vision de promotion de la santé. Pour être totalement cohérente, la décriminalisation devrait être accompagnée

d'une régulation du marché des drogues et d'une politique active en matière de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion dont la majorité des personnes usagères demeurent les victimes.

LA LÉGALISATION AUX ÉTATS-UNIS : UN CONTRÔLE DE L'ÉTAT EMPREINT DE LIBÉRALISME ÉCONOMIQUE

L'usage, la vente, la détention, la culture ou le transport de cannabis sont des comportements interdits aux États-Unis. Le Gouvernement fédéral a cependant annoncé que les États fédérés pouvaient, à leur niveau, légiférer dans le cadre d'un usage récréatif ou médical, confirmant ainsi une tendance amorcée dès la fin des années 1990 en Californie.

La situation évolue rapidement au pays de l'oncle Sam, et à l'heure actuelle, 33 États sur 50 ont légalisé le cannabis à usage médical contre une dizaine pour le récréatif. Il en résulte une situation paradoxale et injuste, dans laquelle des personnes sont emprisonnées pour des faits liés au cannabis dans certains États, alors qu'il est légalisé dans d'autres. Rappelons également que près de la moitié (46,2 %) des prisonniers aux USA le sont pour des faits de drogues⁶⁷, dont 40 % pour des faits liés au cannabis (possession en très grande majorité)⁶⁸.

De manière générale, on peut dire que les légalisations américaines sont résolument orientées vers le marché vu que le paradigme économique de la libre concurrence reste le modèle dominant aux États-Unis. D'autres modèles comme les monopoles d'État ou les coopératives ne sont ni culturellement ni légalement envisageables, pour le moment en tout cas.

À l'heure actuelle, ce sont les États fédérés qui fixent les conditions de la légalisation du cannabis. Sur le principe, on constate des similitudes dans l'organisation du commerce du cannabis ; des nuances existent toutefois, notamment concernant le régime fiscal et de taxation des recettes du commerce du cannabis.

65 EMCDDA (2019)

66 Hogge (2015) ; Eurotox distingue les prévalences de consommation pour les 15-64 ans et pour les 15-34 ans.

67 https://www.bop.gov/about/statistics/statistics_inmate_offenses.jsp, consulté le 21/09/2020

68 <https://ucr.fbi.gov/crime-in-the-u.s/2018/crime-in-the-u.s.-2018/topic-pages/persons-arrested>, consulté le 21/09/2020. Les derniers chiffres actuellement disponibles portent sur 2018.

LE CAS DE L'ÉTAT DU COLORADO

Le Colorado est le premier État à avoir légalisé et régulé le commerce du cannabis récréatif selon un principe : éviter que le cannabis ne tombe entre les mains des enfants, des criminelles et des autres États. Le seul mandat qui a été donné aux pouvoirs publics est de « réglementer le cannabis comme l'alcool ».

Depuis 2014, l'État délivre des licences d'exploitation aux producteurs et aux magasins de détail. Pour obtenir la licence, il faut respecter un cahier des charges strict, notamment en termes de localisation, de superficie, de publicité, de sécurité, ... Les publications relatives à la culture de cannabis sont quant à elles soumises à la loi s'appliquant aux imprimés pornographiques. Les lois du Colorado restreignent la publicité à la télévision, à la radio ou sur papier. Une exception est faite si la preuve peut être apportée que le public qui recevra l'annonce sera majoritairement âgé de 21 ans (âge légal pour la consommation de cannabis).

Si le Colorado est pionnier dans la légalisation du cannabis aux États-Unis, on peut s'interroger sur la place donnée à la santé publique dans ce modèle, ainsi que sur le rôle de l'industrie : n'est-elle pas tout simplement en train d'encourager la consommation, comme ce fut le cas à une autre époque pour l'alcool et le tabac ?

LA RÉGULATION ÉTATIQUE EN URUGUAY : UN MODÈLE NON LUCRATIF PRUDENT

En juin 2012, le gouvernement uruguayen annonce au monde entier sa volonté de réguler la vente et la production de cannabis à usage récréatif. L'objectif est de lutter plus efficacement contre le crime organisé lié au trafic de drogues, en provenance du Paraguay, et de mieux remplir les objectifs de santé publique.

Ce modèle se distingue par la diversité des formes d'accès au cannabis récréatif (non cumulables) telles que l'autoculture, les Cannabis Social Clubs ou la vente en pharmacie.

La régulation en Uruguay rencontre cependant des difficultés, du moins en ce qui concerne la distribution

en pharmacie et l'attribution de licences de production à des sociétés privées. Une partie de la corporation des pharmaciens est réfractaire à l'idée de distribuer du cannabis en officine, jugeant que ce n'est pas sa mission. Les sociétés privées jugent l'investissement industriel risqué dans un contexte où le gouvernement a prévu de pouvoir mettre un terme, après évaluation, à la légalisation en cas d'objectifs non atteints ou d'effets indésirables de la légalisation.

À ce jour, seules deux entreprises sont autorisées à produire le cannabis destiné à être vendu en pharmacie, mais elles devraient être rejointes rapidement par cinq autres afin, entre autres, de pouvoir répondre à la demande (l'offre actuelle étant clairement insuffisante). Quant aux pharmacies enregistrées, elles étaient 16 en 2017 contre 12 à l'heure actuelle. Le prix pratiqué défie toute concurrence, à 1,40 dollars le gramme. À ce tarif, on peut affirmer avec certitude que les recettes pour l'État sont quasi nulles.

Le modèle uruguayen place résolument la santé publique au centre du dispositif et sa mise en œuvre a été menée de manière prudente. Néanmoins, l'obligation de s'enregistrer officiellement pour accéder au cannabis pose question et est peu appréciée par la population qui y voit un moyen de contrôle. Certaines personnes refusent toujours de s'inscrire dans de tels registres et s'approvisionnent probablement encore au marché noir. L'Uruguay a évité la commercialisation à outrance en se focalisant sur la protection des personnes usagères, mais peut-être les prochaines années verront-elles pointer un modèle plus commercial, notamment en ce qui concerne le cannabis médical. Il existe par contre une certitude : cette régulation a permis d'offrir des produits de bien meilleure qualité par rapport au cannabis du marché noir, en provenance du Paraguay, reconnaissable à l'odeur chimique qui se dégage lors de sa combustion⁶⁹.

LE CANADA : LÉGALISER POUR RÉGULER ET CONTRÔLER L'ACCÈS AU CANNABIS

Après l'Uruguay, le Canada est le deuxième pays au monde à légaliser le cannabis à l'échelle nationale et le premier pays du G7 à réglementer la production et

69 Philibert et Zobel (2019)

la vente de cannabis à des fins récréatives. Cette politique est entrée en application le 17 octobre 2018.

La loi C-45 tente de trouver un équilibre entre la législation fédérale qui fixe le cadre légal et l'autonomie des territoires et provinces, qui ont tous proposé leur propre projet de légalisation encadrée. Les objectifs fixés par la loi canadienne sont de deux ordres, le premier est de garantir la santé publique, en protégeant au maximum les jeunes, et le second est d'éliminer le marché noir pour assurer la sécurité publique.

La loi fédérale autorise, pour les adultes, la possession de 30 grammes maximum en public et l'autoculture. Elle édicte les règles de production, de distribution et d'accès. Les provinces et territoires décident des détails des réglementations. Afin d'assurer un contrôle de la qualité, seuls les producteurs autorisés par Santé Canada – le Ministère de la Santé – peuvent approvisionner les commerces de vente au détail. Il n'y a, pour le moment, aucune règle concernant les prix, et ceux pratiqués actuellement ne semblent pas vraiment concurrencer le marché noir. Parmi les différentes analyses consacrées à la mise en place du modèle canadien, celle d'Alexandra Maillard pour l'association NORML⁷⁰ France est éclairante :

LES POINTS POSITIFS

- La santé publique est enfin au centre des politiques sur le cannabis ;
- La loi est plus adaptée aux mœurs et met fin à la discrimination de l'usage adulte privé ;
- La liberté de cultiver dans son jardin est actée au niveau fédéral (4 plants par personne adulte) ; elle est cependant interdite dans certaines provinces comme le Québec et le Manitoba. Cela étant, la justice québécoise a récemment estimé que cette interdiction était anticonstitutionnelle. Le gouvernement québécois a fait appel de ce jugement ;
- Le fait que chaque province et chaque municipalité puisse choisir d'adapter le cadre légal va permettre d'étudier différentes variantes de régulation ;
- L'évaluation triennale de la loi devrait permettre des adaptations ultérieures.

La valeur d'exemple est indéniable pour les autres pays : il est clairement possible pour chaque État de mettre en place des politiques de régulation du cannabis à l'heure où les conventions internationales sont ouvertement critiquées par plus du quart des États membres de l'ONU.

LES POINTS NÉGATIFS : LIMITES ET INCOHÉRENCES

La législation se veut libérale, mais intraitable à l'égard de celles et ceux qui ne la respectent pas. Les infractions au cadre fixé sont sévèrement sanctionnées par des peines d'emprisonnement. Par exemple, si une personne majeure vend ou donne du cannabis à une personne mineure, elle risque une peine allant jusqu'à 14 ans d'incarcération (peine réservée aux crimes violents et aux viols). Quant à la conduite sous influence, elle passe de 1000 dollars d'amende à la déchéance définitive du permis de conduire, bien qu'il n'y ait pas de corrélation établie entre le taux détectable de THC résiduel et l'inaptitude à conduire.

Les licences sont très chères ; en conséquence, seules les grandes entreprises peuvent les obtenir, tandis que les clubs et petites entreprises locales se voient obligés de mettre la clé sous la porte. Beaucoup de dispensaires de cannabis médical sont également contraints de fermer ; ils s'adressent pourtant à un public qui est dans une démarche thérapeutique et en attente de services et de conseils que le circuit commercial semble peu apte à leur fournir. Enfin, l'insuffisance de l'offre, ainsi que la politique de prix, ne permettent pas d'éradiquer le marché noir, tout comme le fait que certaines provinces aient fait le choix de repousser l'âge légal d'accès au cannabis de 18 à 21 ans.

Le modèle canadien se situe entre la prudence, voire la rigidité, du modèle uruguayen et l'approche libérale à l'américaine. Il est le reflet d'une approche qui tente de concilier intérêts sanitaires et intérêts économiques. La mise en place d'une réglementation transparente est un immense pas en avant, mais la sévérité d'application de cette nouvelle loi constitue peut-être un frein aux objectifs de santé publique. Une question reste en suspens : celle de la place réservée aux victimes de l'ancienne prohibition dans ce nouveau marché. Sans doute importe-t-il dès lors de rester attentif à la manière dont cette politique va s'adapter aux réalités d'ici les prochaines années.

70 NORML France (2018)

5. LES USAGES THÉRAPEUTIQUES DU CANNABIS

RÉSUMÉ

La plante de cannabis a fait partie de la pharmacopée occidentale jusqu'à la Convention unique sur les stupéfiants des Nations Unies en 1961 qui en a interdit l'usage. La découverte du système endocannabinoïde chez l'être humain, dans les années 1990, a permis un regain d'intérêt de la part de la communauté scientifique et une multiplication des études sur les usages thérapeutiques du cannabis, dont de nombreuses encore en cours actuellement. Nombre d'études récentes ont établi l'impact positif du cannabis sur diverses formes d'affections, notamment en ce qui concerne le traitement de la douleur.

La communauté internationale est divisée entre les États qui ont choisi de s'appuyer sur ces connaissances scientifiques pour mettre en place des programmes d'accès au cannabis à usage thérapeutique, parfois en dépit des conventions internationales, et ceux qui considèrent encore que les risques liés à l'usage thérapeutique de cannabis sont plus importants que ses avantages. La Belgique fait partie de ce second groupe.

Souvent sollicité par des patients désabusés qui se plaignent de subir une double peine, notre secteur spécialisé invite les autorités belges à élargir sans tarder l'accès au cannabis à usage thérapeutique. Elles pourraient directement s'inspirer de l'expérience de nombreux pays, parfois proches de nous (comme les Pays-Bas ou l'Allemagne) et permettre à ses citoyennes d'accéder à un cannabis contrôlé pour soulager leurs

douleurs pathologiques et/ou chroniques, ou les effets secondaires de traitements médicaux, plutôt que de laisser le marché noir répondre à ce besoin.

A noter que ces patients disposent parfois d'une ordonnance médicale en bonne et due forme, mais qu'ils restent dans l'impossibilité légale d'obtenir en Belgique leur traitement ou de l'importer, même en envisageant de s'approvisionner (légalement) dans une pharmacie d'un pays limitrophe. Autrement dit, la Belgique refuse l'accès à des traitements auxquels ces mêmes patients pourraient prétendre, par exemple, aux Pays-Bas ou en Allemagne.

Le cannabis est l'une des plus anciennes plantes connues et cultivées par l'homme, tant pour son intérêt agricole que pour ses propriétés médicinales et psychoactives. On retrouve des traces d'utilisation de cannabis pour ses vertus thérapeutiques dans toutes les grandes civilisations. Jusqu'à la Convention unique sur les stupéfiants des Nations-Unies en 1961 qui en a interdit l'usage, la plante faisait partie de la pharmacopée occidentale. Ce n'est qu'à partir des années 1990, avec la découverte du système endocannabinoïde chez l'être humain, que les applications médicales du cannabis ont connu un regain d'intérêt de la part de la communauté scientifique.

Les termes de «cannabis thérapeutique», «cannabis médical» ou «cannabis médicinal» peuvent prêter à confusion, car il n'existe pas de variété de la plante plus propice qu'une autre à être utilisée comme remède. Toutes les formes de cannabis peuvent être utilisées à des fins thérapeutiques et récréatives à la fois. C'est en effet le contexte d'utilisation, et les motivations de l'usagère, qui permettront de distinguer un usage thérapeutique d'un usage récréatif.

Ceci dit, la limite entre les deux n'est pas toujours évidente à placer puisque certains usagers récréatifs consomment également du cannabis pour améliorer leur sommeil, leur appétit, gérer leur stress, etc. De même, de nombreuses personnes qui utilisent le cannabis pour des raisons thérapeutiques sont contraintes de se fournir sur le marché noir lorsque le contexte légal leur en interdit l'accès. Dans ce chapitre, nous avons choisi de parler de cannabis sur prescription médicale, lorsque c'est le cas, ou d'usages thérapeutiques de cannabis, ce qui renvoie aux motivations des usagères.

Actuellement, les produits à base de cannabis se présentent sous des formes multiples et variées (fleurs, résine, extraits, teintures, poudres, produits alimentaires, sprays, gels, crèmes, etc.). Afin de distinguer ces différentes formes, il y a lieu, en premier, de faire la différence entre les produits contenant des cannabinoïdes naturels, issus directement de la plante, et les produits contenant des cannabinoïdes de synthèse.

En ce qui concerne le cannabis naturel, une deuxième distinction peut être faite au niveau des méthodes de culture. Les récentes évolutions législatives à travers le monde ont permis l'émergence d'un secteur pharmaceutique spécialisé dans la production de cannabis naturel issu de processus de culture industriels standardisés. Les leaders du marché sont basés aux États-Unis, au Canada et aux Pays-Bas. Il faut pouvoir distinguer ce cannabis standardisé du cannabis issu du marché noir ou cultivé, de manière plus ou moins artisanale, par les consommateurs eux-mêmes. Ce dernier peut s'avérer de bonne qualité, mais la teneur en cannabinoïdes, par exemple, le ratio THC/CBD est forcément moins précis et constant.

Une troisième distinction peut être faite entre, d'une part, les produits qui ont obtenu une autorisation de mise sur le marché de la part d'une autorité centrale comme l'AFMPS⁷¹ en Belgique ou, au niveau européen, l'Agence européenne du médicament, et d'autre part, les préparations magistrales composées par des

pharmaciennes à partir de matières premières (fleurs ou poudre de cannabinoïdes naturels ou de synthèse) sur prescription d'un médecin.

ÉTAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES

On estime que la plante de cannabis (*Cannabis sativa* L.) contient plusieurs centaines de principes actifs, dont une centaine de cannabinoïdes et plus de 200 terpènes⁷². Les cannabinoïdes les plus connus sont le THC (tétrahydrocannabinol) et le CBD (cannabidiol). Le THC est surtout connu pour procurer les effets psychoactifs du cannabis, tandis que le CBD procure des effets analgésiques et relaxants (non psychoactifs), comme de nombreux autres cannabinoïdes⁷³. Cela dit, les rôles ne sont pas distribués de manière aussi cloisonnée : le THC a par lui-même des effets analgésiques, et c'est souvent l'association THC-CBD, modulée en fonction de l'effet recherché, qui procure les meilleurs résultats thérapeutiques.

L'action du cannabis sur le corps humain est encore mal comprise, mais on sait que les cannabinoïdes de la plante ont la capacité d'interagir avec notre système endocannabinoïde⁷⁴. Le corps humain produit en effet ses propres cannabinoïdes qui jouent un rôle dans la régulation de nombreuses fonctions physiologiques, notamment la mémoire, la digestion, les fonctions motrices, la réponse immunitaire, l'appétit, etc. Le système endocannabinoïde intervient notamment dans le signalement de la douleur et un certain nombre d'études ont démontré que le cannabis pouvait influencer sur différents types de douleur, notamment les douleurs neuropathiques⁷⁵.

Ces dernières années, plusieurs études⁷⁶ ont démontré que c'est moins l'action isolée de chaque cannabinoïde qui procure ses effets pharmacologiques au cannabis que la combinaison entre les différents cannabinoïdes et terpènes. L'effet pharmacologique du THC seul est très différent de l'effet du THC en com-

71 Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

72 Les terpènes sont des molécules qui confèrent aux plantes leurs propriétés odoriférantes. On les retrouve notamment dans les huiles essentielles.

73 Elikkottil et al. (2010)

74 Le système endocannabinoïde est un réseau de neurorécepteurs répartis à travers tout le corps (cerveau, système gastro-intestinal, système endocrinien, cœur...)

75 Backes (2016)

76 Blasco-Benito et al. (2018), Russo (2011), Russo (2019) et Pamplona et al. (2018)

binaison avec les autres principes actifs de la plante ; c'est ce qu'on appelle l'effet d'entourage. D'après ces études, les produits les plus efficaces dans le cadre d'un usage thérapeutique sont donc ceux qui n'isolent pas l'un ou l'autre principe actif, mais qui contiennent l'ensemble des éléments de la plante.

En 2017, une étude indépendante de grande envergure réalisée par les National Academies of Sciences⁷⁷ a recensé plus de 10.000 recherches scientifiques réalisées après 1999 concernant les effets sur la santé du cannabis et des cannabinoïdes. C'est l'étude la plus exhaustive en la matière aujourd'hui. Elle conclut que les connaissances scientifiques actuelles permettent d'affirmer que les traitements à base de cannabis contribuent à réduire significativement les douleurs chroniques chez l'adulte, y compris les douleurs neuropathiques, les douleurs liées au cancer, à la sclérose en plaques, à l'arthrite rhumatoïde, ainsi que les douleurs liées aux traitements à la chimiothérapie.

Outre les effets sur la douleur, l'étude conclut que les traitements à base de cannabis permettent également de diminuer les spasmes musculaires liés à la sclérose en plaques, et de réduire la perte d'appétit et les nausées causées par la chimiothérapie.

Une autre étude⁷⁸ datant de 2016 portant sur un ensemble de 140 essais cliniques contrôlés concernant des traitements à base de cannabis aboutit aux mêmes conclusions en ce qui concerne leur efficacité en termes de gestion de la douleur, y compris neuropathique, de spasticité liée à la sclérose en plaques, et d'action antiémétique. Les données étudiées ici semblent indiquer que le cannabis pourrait également être efficace dans le traitement de la cachexie chez les patientes atteintes du cancer ou du VIH, mais aussi du syndrome de Gilles de la Tourette, de lésions de la moelle épinière, de la maladie de Crohn, du côlon irritable et du glaucome.

En ce qui concerne le traitement de l'épilepsie, et plus particulièrement de l'épilepsie infantile, une troisième revue systématique de la littérature⁷⁹ a conclu que l'ajout de CBD aux traitements conventionnels

réduisait significativement la fréquence des crises, notamment pour les syndromes de Dravet et de Lennox-Gastaut.

Dans une résolution du 13 février 2019⁸⁰, le Parlement européen reconnaît sans ambiguïté la plupart des usages thérapeutiques décrits ci-dessus, ainsi que plusieurs autres, dont notamment le soulagement des symptômes en cas d'inflammation ou d'infection bactérienne, la stimulation à la reconstruction osseuse, le traitement de la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique. La résolution mentionne qu'il existe des preuves sérieuses indiquant que le cannabis pourrait être efficace dans la réduction des symptômes de la maladie d'Alzheimer, de l'arthrite, de l'asthme, de certains cancers, des douleurs menstruelles et dans la diminution du risque de diabète et d'obésité.

Le Parlement encourage les États membres à mettre en place les démarches nécessaires pour garantir l'accès aux traitements à base de cannabis à toutes les patientes, soutenant que cela pourrait aider à améliorer leur quotidien. Le Parlement souligne également la nécessité d'autoriser les médecins à prescrire ce type de traitements, et de fournir au personnel médical une information fiable et objective sur ces questions.

Il importe de souligner que l'état actuel des connaissances scientifiques ne permet pas d'évaluer l'entière du potentiel thérapeutique des traitements à base de cannabis. Outre les nombreuses études scientifiques sur le sujet, il existe une multitude de témoignages de patients et de praticiennes qui rapportent une efficacité dans le cas de nombreuses affections qui n'ont pas été citées ci-dessus, notamment différents types d'épilepsie, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, la fibromyalgie, les migraines, l'hypertension, les troubles de l'attention (TDAH), différents symptômes psychiatriques, des maladies auto-immunes, des allergies, etc.

Bien entendu, il importe de compléter les connaissances scientifiques actuelles par des recherches

77 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017)

78 Grotenhermen et Müller-Vahl (2016)

79 Stockings et al. (2018)

80 B8-0071/2019

systématiques, sans pour autant perdre de vue que des médicaments dont l'usage est généralisé, comme les corticoïdes, les opiacés et la méthadone, n'ont jamais été soumis aux types d'essais cliniques qui sont aujourd'hui exigés pour le cannabis⁸¹. Comme l'a dit le docteur Jérôme Kassirer, «ce qui compte vraiment pour un traitement... c'est de savoir si un patient très malade se sent soulagé après son administration et non de savoir si un essai contrôlé peut prouver son efficacité.»⁸².

LES EFFETS SECONDAIRES

D'après un rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies⁸³, les effets secondaires des traitements à base de cannabis sont similaires à ceux occasionnés par d'autres médicaments couramment utilisés. Les effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont les effets de sédation et de vertiges. D'après Grotenhermen et Müller-Vahl, environ 10 % des patientes sont concernées. Cependant, ceci ne concerne que les traitements riches en THC (et pas en CBD) et la tolérance à ces effets secondaires s'acquiert rapidement. Les symptômes de dépendance ne constituent généralement pas un problème dans un cadre thérapeutique⁸⁴. Dans de rares cas, si l'utilisateur présente une prédisposition, la consommation de cannabis peut déclencher une réaction psychotique. Aucun cas de décès d'adulte par overdose attribuable à la consommation de cannabis (sous sa forme naturelle), dans le cadre d'un usage tant thérapeutique que récréatif, n'a jamais été rapporté à ce jour⁸⁵, contrairement à de nombreux médicaments, même sans ordonnance.

En outre, plusieurs études ont démontré que le recours au cannabis dans le cadre de traitements à base d'opiacés permet de diminuer significativement les

doses de ces derniers⁸⁶. Les États américains ayant autorisé l'usage de cannabis (à usage médical et/ou récréatif) ont observé une baisse significative du nombre d'addictions aux opiacés, ainsi que d'overdoses aux opiacés. Certains États ont rapporté des baisses de mortalité liée aux opiacés allant jusqu'à 33 %⁸⁷.

Il importe ici de faire un parallèle avec la crise des opiacés que subissent actuellement les États-Unis⁸⁸, où les décès par overdoses aux opiacés sur prescription ont quadruplé en 20 ans⁸⁹. Cette tendance est à mettre en relation avec le fait que les prescriptions médicales d'opiacés ont également quadruplé au cours de ces 20 dernières années de part et d'autre de l'Atlantique⁹⁰.

SITUATION BELGE ET INTERNATIONALE

De nombreux pays et territoires ont pris le parti d'introduire des législations en vue d'assurer l'accès aux traitements à base de cannabis pour certains types de patientes. L'Australie, l'Allemagne, le Canada, le Chili, la Croatie, l'Espagne, la Hollande, l'Italie, Israël, la Jamaïque, le Luxembourg, le Portugal, la République tchèque et une trentaine d'États américains ont déjà développé des programmes d'accès plus ou moins ambitieux, parfois en dépit de la législation internationale⁹¹.

Au niveau international, c'est la Convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961 qui constitue le texte de référence. Cette dernière classe le cannabis dans le tableau IV, aux côtés de l'héroïne et d'autres substances ayant un potentiel addictif fort, des effets nocifs importants et sans valeur thérapeutique notable. La Convention n'interdit pas la mise en

81 Allocution du Dr Lossignol, spécialiste en traitement de la douleur, lors de la journée d'étude organisée par le CAL Luxembourg, *Cannabis, alcool : on en parle ?*, le 21/11/2019

82 Kassirer (1997)

83 EMCDDA (2018)

84 Grotenhermen et Müller-Vahl (2016)

85 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017), chapitre 9/4

86 O'Connell et al. (2019) et Goggin et al. (2019)

87 Powellet al. (2018) et Bachhuber et al. (2014)

88 Si l'Europe est beaucoup moins touchée par la crise des opiacés, on observe une tendance à la hausse en matière d'overdoses mortelles causées par la consommation de fentanyl ou de ses dérivés. Il convient dès lors d'adopter une posture prudente et attentive.

89 NIDA (2019)

90 Enquête du journal Médor & Jetpack.AI (2019)

91 Aguilar et al. (2018)

place de mesures visant l'utilisation médicale de cannabis. Mais les États qui souhaitent mettre en place de tels programmes doivent alors instaurer une agence nationale visant à contrôler, à superviser la culture des plants de cannabis et à assurer que la production ne soit pas déviée vers les canaux illégaux. Depuis le 30 mai 2019, la Belgique dispose d'un cadre légal pour la création d'un bureau du cannabis (voir chapitre 3).

Nous n'avons pas placé la Belgique parmi les pays ayant mis en place des mesures en faveur de l'accès aux traitements à base de cannabis, car à ce jour, le seul médicament ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché en Belgique est le Sativex®, un spray buccal contenant des cannabinoïdes naturels à hauteur d'environ 50% de THC et 50% de CBD. Un traitement au Sativex® coûte plus de 400 à 500 euros pour trois flacons de 100 ml et n'est remboursé que s'il est prescrit par un neurologue dans le cadre du traitement des symptômes de spasticité liés à la sclérose en plaques chez des patientes adultes n'ayant pas suffisamment répondu à d'autres traitements antispastiques⁹². Il peut être prescrit pour traiter d'autres maux, mais ne sera dans ce cas pas remboursé.

Or, un médicament contenant un ratio THC/CBD de 1:1 pourrait être prescrit pour un grand nombre d'autres cas de douleurs chroniques, comme c'est le cas au Canada où le Sativex® est également remboursé lorsqu'il est prescrit pour des douleurs liées au cancer. Il se fait que la Belgique a fait marche arrière en la matière ces dernières années, puisque jusqu'à son abrogation par l'Arrêté Royal du 11 juin 2015, l'Arrêté Royal du 4 juillet 2001 autorisait la délivrance de médicaments contenant du THC dans le cadre d'essais cliniques pour le traitement de nausées et malaises liés à la chimiothérapie et la radiothérapie, du glaucome, de la spasticité liée à la sclérose en plaque, des syndromes liés au VIH, et de douleurs chroniques, après l'échec d'autres traitements de la douleur.

Seules les personnes ayant participé aux premières études cliniques du début des années 2000 en ont véritablement bénéficié, car ces études n'ont par la suite pas été poursuivies. Depuis, l'Arrêté Royal du 11 juin 2015 a formellement interdit la délivrance de prépara-

tions officinales ou magistrales à base de THC en Belgique. Les produits contenant du THC ne peuvent donc être délivrés en pharmacie sur prescription médicale que s'ils ont fait l'objet de tests approfondis et obtenu une autorisation de mise sur le marché par l'AFMPS.

Suite à la prolifération de produits à base de CBD dans le commerce, l'AFMPS a publié une circulaire, le 16 juillet 2019, autorisant la délivrance de préparations magistrales à base de CBD. La circulaire explique qu'un pharmacien peut réaliser des préparations magistrales (huile, pilule, pommade,...) à base de CBD à condition que celles-ci soient accompagnées d'un certificat d'analyse délivré par un laboratoire agréé. La préparation est autorisée si le patient est exposée à maximum 1 microgramme de THC par kg de poids corporel par jour.

Il faut toutefois souligner que les préparations à base de CBD naturel contiennent toujours une quantité résiduelle de THC. Il apparaît cependant que pour rester dans les limites de THC autorisées par la circulaire, il n'est bien souvent pas possible d'atteindre les doses de CBD recommandées pour un usage médical⁹³, ce qui réduit évidemment fortement l'intérêt de prescrire des préparations à base de CBD dans ce cadre. Soulignons qu'en Belgique, les préparations officinales sont limitées et que la vente de compléments alimentaires à base de CBD est interdite en pharmacie, alors que chez nos voisins bataves, l'huile de CBD relève de la loi sur les denrées alimentaires, et est en vente libre dans les drogueries.

L'Epidiolex® est un autre médicament à base de CBD naturel théoriquement disponible sur le marché belge, puisqu'il a obtenu une autorisation de mise sur le marché au niveau européen. Il est utilisé pour traiter certaines formes d'épilepsie. Mais, en janvier 2020, il n'était toujours pas disponible en Belgique. Il serait en principe possible pour un pharmacien de l'importer, sur demande d'un médecin, mais la procédure est fastidieuse. Il faut également souligner que le coût d'un traitement avec Epidiolex® est prohibitif puisqu'il atteint les 32.500 dollars⁹⁴ par an. Signalons enfin que depuis février 2020, le laboratoire Amophar commercialise une huile de CBD (CBD Phar®) dans

92 KLAV (2015)

93 Folia Pharmacotherapeutica, décembre 2019.

94 Arnold (2018)

les pharmacies belges. Ce produit est accessible sans ordonnance, mais il est actuellement vendu comme destiné à usage externe afin de contourner l'absence de cadre réglementaire.

Les arguments sont nombreux pour encourager la Belgique à améliorer l'accès au cannabis à usage médical. De nombreux travaux scientifiques ont démontré les bienfaits des traitements à base de cannabis sur le traitement de la douleur. Et il apparaît clairement que les effets secondaires du cannabis sont bien moins importants que ceux d'autres médicaments couramment utilisés pour traiter la douleur. Selon une étude européenne réalisée en 2013, la prévalence de la douleur chronique serait de 23% dans la population belge⁹⁵. L'enquête de santé par interview réalisée en 2018⁹⁶ révèle quant à elle qu'un peu plus d'un quart (28,5%) de la population belge âgée de 15 ans et plus présentait des douleurs physiques au cours des 4 semaines précédant l'enquête. Et une personne sur trois (34,5%) parmi celles qui ont rapporté une douleur physique ressentait à cet égard une gêne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. De nombreux Belges pourraient donc potentiellement être soulagés grâce au cannabis. Mais pour ce faire, il est nécessaire d'élargir le nombre de traitements à base de cannabis disponibles en Belgique et d'en faciliter l'accès.

QUELQUES BALISES DANS LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE CANNABIS À USAGE THÉRAPEUTIQUE

L'IDPC⁹⁷, qui œuvre en faveur d'un débat ouvert et objectif sur les politiques drogues, répertorie un certain nombre de recommandations à respecter dans le cadre de la mise en place d'un programme de cannabis à usage thérapeutique afin de garantir la priorité à la santé publique.

IMPLIQUER LES BÉNÉFICIAIRES

De plus en plus de pays développent des projets pilotes avec différents groupes de patients afin de les impliquer dans les processus de développement des programmes et des législations relatives au cannabis

à usage thérapeutique. Impliquer les bénéficiaires finaux, mais aussi le secteur associatif spécialisé, permet d'éviter de mettre en place des règles qui ne répondent pas aux besoins existants, notamment en matière de diversité de l'offre et de qualité des produits. Il y a également un intérêt à encourager la recherche et assurer la récolte de données en matière d'utilisation médicale du cannabis.

ÉLARGIR LES GROUPES CIBLES

De nombreux pays ont pris le parti de ne pas définir à l'avance une liste de maladies qui donnent accès au cannabis, mais de l'autoriser à toute personne souffrant d'une affection pour laquelle les traitements conventionnels ne sont pas satisfaisants. Bien souvent, ce sont les patientes elles-mêmes, en collaboration avec leur médecin traitant, qui sont les mieux placées pour définir si l'usage de cannabis est pertinent dans leur cas spécifique. Par ailleurs, si les démarches administratives en vue d'obtenir le statut de patient autorisé à utiliser du cannabis à des fins thérapeutiques sont trop compliquées, ceux-ci risquent de se détourner du programme et de continuer à se fournir sur le marché noir.

ÉVITER UN CADRE LÉGISLATIF TROP CONTRAIGNANT

Il importe également d'éviter de devoir développer un cadre juridique spécifique pour chaque nouveau produit proposé. Il est nécessaire de coordonner les différentes agences gouvernementales concernées de façon à simplifier autant que possible la mise sur le marché de nouveaux médicaments à base de cannabis, tout en assurant la protection de la santé des usagers.

FORMER LES PRATICIENS

Dans les pays qui ont mis en place des programmes d'accès au cannabis à usage thérapeutique, il s'est souvent avéré nécessaire de réduire la résistance des médecins et des pharmaciens à prescrire et à délivrer des traitements à base de cannabis. Il est donc fondamental d'organiser l'information et la formation du personnel médical à ces nouveaux produits.

95 Breivik et al. (2006)

96 Drieskens et al. (2019)

97 Aguilar et al. (2018)

METTRE EN PLACE DES CAMPAGNES DE COMMUNICATION GRAND PUBLIC

Il importe de mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'éducation à destination du grand public et des patientes au sujet du cannabis thérapeutique, afin de les informer objectivement sur l'usage de cannabis dans un cadre thérapeutique, le changement de législation le cas échéant, les modalités d'accès et de remboursement, etc.

CONTRÔLER LES PRIX ET ASSURER LE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE

La question du contrôle des prix et du remboursement par l'assurance maladie est bien entendu centrale à la politique d'accès. Comme nous l'avons mentionné, certains traitements peuvent s'avérer fort coûteux. Un produit comme le Sativex®, qui a obtenu une autorisation de mise sur le marché belge en 2015, est relativement inaccessible en raison d'une politique de remboursement trop restrictive. Les mutualités pourraient également être associées à l'élaboration d'une politique équilibrée autour de l'usage médical du cannabis.

DIVERSIFIER LES CIRCUITS DE PRODUCTION

Une recommandation importante, qui est également valable en ce qui concerne la régulation du marché du cannabis récréatif, est celle de multiplier les canaux d'approvisionnement afin de répondre à la demande. De nombreux pays qui ont régulé le marché du cannabis ont dû, dans les premiers temps de la régulation, faire face à des problèmes d'approvisionnement.

Mais il s'agit aussi d'éviter la création de situations de monopole où les autorisations de production et de vente seraient concentrées dans les mains de quelques acteurs commerciaux au détriment de l'équilibre économique et surtout de la santé publique. En effet, ces enjeux impliquent de mettre en place les mesures nécessaires pour assurer, à côté de l'offre commerciale, une offre issue du secteur non marchand, de petits producteurs, voire de reconnaître l'autoproduction

pour raisons thérapeutiques. Il faut donc veiller à développer l'assistance technique nécessaire pour permettre aux petits producteurs, ou aux productrices à domicile, de respecter les normes de sécurité et d'hygiène pour protéger la santé des consommateurs.

AUTOCULTURE DE CANNABIS À USAGE THÉRAPEUTIQUE

En matière de reconnaissance de l'autoproduction de cannabis pour un usage thérapeutique, il faut noter une différence notable entre les pays européens et les pays du continent américain. En effet, en Europe, aucun pays n'a autorisé officiellement la production de cannabis à usage thérapeutique par l'autoproduction à domicile ou via les Cannabis Social Clubs. Par contre, 18 États américains, le Canada, l'Argentine, le Chili et la Colombie ont pris le parti d'autoriser les patientes enregistrées à cultiver à domicile du cannabis pour un usage thérapeutique, et ceci afin d'assurer un accès le plus large possible au produit et surtout de diminuer les coûts des traitements pour les patients⁹⁸. Au Canada, par exemple, une patiente enregistrée a le droit de cultiver chez elle jusqu'à six plants.

Cette différence d'approche par rapport à l'autoproduction s'explique probablement par le contexte historique. En effet, au Canada et dans certains États américains, cela fait plus de 20 ans que les usagers de cannabis médical s'organisent en associations pour produire leur propre cannabis de qualité. Dans les années 2000, ces «compassion clubs», tolérés par les autorités, fournissaient déjà des dizaines de milliers de patientes⁹⁹. Il existe de nombreux documents qui décrivent en détails les règles à respecter pour éviter les altérations et les contaminations. Suite à la récente vague de légalisation, plusieurs États ont même publié des guides de bonnes pratiques pour l'autoproduction de cannabis à usage thérapeutique¹⁰⁰.

Plus près de chez nous, en Espagne, le modèle des Cannabis Social Clubs a permis l'apparition de clubs spécialisés en matière d'usages thérapeutiques de cannabis qui peuvent accompagner les personnes qui souhaitent suivre un traitement à base de cannabis¹⁰¹.

98 Aguilar et al. (2018)

99 Lucas (2008)

100 Gouvernement du Canada (2016)

101 Philibert et Zobel, F. (2019), p. 43.

Certains clubs demandent aux postulants de fournir un certificat médical afin de vérifier si ces personnes souffrent d'une maladie pour laquelle le cannabis est indiqué. La référence étant la liste publiée régulièrement par l'IACM (International Association for Cannabinoid Medicines).

La recherche indique que ces clubs, dont une des caractéristiques est d'avoir un ancrage communautaire, réduisent les risques et maximisent les bénéfices liés à l'usage de cannabis¹⁰². En effet, ils développent l'expertise nécessaire liée à l'usage thérapeutique, notamment en produisant de nombreuses variétés associées à différents types de symptômes, et proposent plusieurs alternatives à la combustion (vaporisation, teintures, huiles, comestibles, spray buccal, etc.).

De nombreuses usagères thérapeutiques sont partisans de l'autoproduction et invoquent l'argument de l'autonomie, financière bien sûr, mais également en ce qui concerne le choix des variétés qui conviennent le mieux à leur situation médicale spécifique, et le fait de pouvoir éventuellement choisir des variétés moins psychoactives que celles qui sont disponibles sur le marché¹⁰³. Selon une étude canadienne, 92 % des usagers de cannabis à usage thérapeutique considèrent que chaque variété a un effet de soulagement spécifique sur leurs symptômes¹⁰⁴.

CONCLUSION

Nous avons vu qu'entre 50.000 et 150.000 Belges¹⁰⁵ souffrent de douleurs chroniques qui pourraient être soulagées grâce au cannabis si elles y avaient accès. Un nombre important d'entre elles utilisent déjà du cannabis pour des raisons thérapeutiques et sont contraintes de transgresser la loi pour soulager leurs douleurs. La situation légale actuelle met en péril leur droit fondamental d'améliorer, autant que possible, leur état de santé. Celles et ceux qui se fournissent néanmoins en cannabis s'exposent à des poursuites judiciaires. Pourtant, selon le principe fondamental de l'autonomie du patient, un adulte bien informé doit pouvoir choisir son traitement en son âme et conscience.

Dans ce chapitre, nous avons démontré que les raisons de cet interdit sont plus idéologiques que basées sur des considérations médicales. À l'heure actuelle, le modèle biomédical, centré sur la maladie, est remis en question, car il mène trop souvent à une déshumanisation des soins et à une médecine technocratique incapable d'entendre les patientes dans leur singularité. Nous enjoignons dès lors la Belgique à prendre en considération la souffrance de ces dizaines de milliers de personnes et à faire confiance aux patients, et aux médecins, qui souhaitent utiliser du cannabis dans le cadre d'un traitement.

102 Lucas (2012)

103 Fontana (2000)

104 Lucas (2008)

105 Estimation réalisée sur base des chiffres français mentionnés dans l'article du Figaro (2018).

6. PROPOSITION DE PRINCIPES FONDATEURS POUR L'ÉMERGENCE D'UN MODÈLE BELGE

RÉSUMÉ

La régulation du marché du cannabis est un instrument politique qui permet de favoriser la santé publique et de lutter contre un trafic hors de tout contrôle.

Il s'agit toutefois d'un exercice délicat qui, tout en donnant la priorité à la santé publique, doit envisager de faire émerger une offre légale suffisante pour répondre à la demande actuelle et éviter que les consommatrices continuent à s'approvisionner au marché noir.

L'étude des différents modèles existants au niveau international plaide pour un modèle qui ne reproduirait pas les erreurs faites pour le tabac et l'alcool et qui limiterait fortement la pression exercée par l'industrie, notamment en garantissant un axe de production et de distribution non marchand.

Le modèle que nous proposons ici articule un circuit non marchand, un circuit commercial et un circuit médical, et verrait l'État se doter des instruments nécessaires pour contrôler la production, la distribution et le prix final du cannabis.

L'encadrement strict du circuit marchand et l'existence d'un axe non marchand garantissent la priorité à la santé publique au sein de l'ensemble du dispositif. Nous entendons par axe non marchand le renforcement des stratégies de promotion de la santé et de réduction des risques, la culture pour usage personnel et l'encadrement des Cannabis Social Clubs. Nous proposons notamment une série de balises en vue de l'application d'un modèle de Cannabis Social Clubs en Belgique.

COMMENT ET POURQUOI RÉGULER LE MARCHÉ DU CANNABIS EN BELGIQUE ?

Tous les États qui ont régulé le marché du cannabis évoquent un ensemble d'objectifs similaires : restreindre l'accès aux publics jeunes, réduire l'activité criminelle, redéployer les forces de police et désengorger la justice et les prisons, contrôler la qualité des produits, développer une filière génératrice d'activité et d'emplois légaux et, enfin, dégager de nouvelles recettes fiscales. Mais la priorité donnée à l'un ou à l'autre de ces objectifs a pu conduire à la mise en œuvre de politiques fort différentes, comme en attestent les expériences de l'Uruguay et du Colorado (cf. chapitre consacré aux différents modèles de régulation).

Comme l'ont démontré Tom Decorte et ses collègues¹⁰⁶, le régime prohibitionniste et le modèle commercial peu régulé ont en commun la maximisation des dommages sociaux et sanitaires liés à la consommation de cannabis.

Afin de garantir une place centrale aux enjeux de santé publique, le secteur spécialisé bruxellois préconise un modèle de réglementation stricte, dans lequel l'État contrôle l'offre de cannabis sous ses différentes formes. Les expériences de régulation du marché du cannabis à travers le monde permettent d'ores et déjà de tirer plusieurs enseignements et de formuler un certain nombre de recommandations. D'abord, instaurer une régulation du cannabis requiert de la **préparation** en amont, ainsi que des **évaluations** régulières permettant des **ajustements** progressifs. Cette préparation ne saurait se passer de la prise en compte des connaissances scientifiques actuelles, des bonnes pratiques répertoriées et de la consultation des services et acteurs spécialisés, et des usagers récréatifs et thérapeutiques. Le cadre

106 Decorte et al. (2017)

législatif et organisationnel doit réguler le marché en donnant la priorité aux enjeux de santé publique. Il doit pour cela assurer une offre suffisante afin d'offrir une alternative à la hauteur de l'offre du marché noir, dans l'intérêt de toutes les usagères et patients, mais également en protégeant les personnes vulnérables et les plus jeunes des motivations mercantiles et d'une commercialisation agressive des produits du cannabis (marketing attractif, publicité, sponsoring, etc.) qui pourraient être le fait de certains lobbies ou de monopoles.

L'étude des différents modèles existants au niveau international plaide pour un modèle qui donnerait à l'industrie une place moins importante qu'elle n'a obtenu aux États-Unis. Dans le modèle que nous proposons, l'État se doterait des instruments nécessaires pour contrôler la production, la distribution et le prix final du cannabis. Un organe de contrôle indépendant, associé au développement d'outils statistiques relatifs au suivi de l'évolution de la consommation et de la structure du secteur permettraient d'encadrer efficacement le marché et d'en prévenir les dérives éventuelles¹⁰⁷.

Le modèle proposé combine trois circuits de production et de distribution :

1. Un **circuit non marchand**, qui inclut la culture pour usage personnel et les Cannabis Social Clubs ;
2. Un **circuit commercial**, au sein duquel des acteurs autorisés à produire et à distribuer du cannabis seraient agréés par l'État ;
3. Un **circuit médical**, qui autoriserait des acteurs spécialisés à produire un cannabis de qualité pharmaceutique (sous forme de fleurs, de préparations magistrales ou de produits dérivés), délivré sur prescription médicale, via le réseau de pharmacies existant.

Pour maintenir leur agrément, les acteurs seraient tenus de respecter un cahier des charges spécifique au circuit de production et de distribution.

Outre ces trois canaux, il semblerait intéressant d'envisager également la vente en ligne. Plusieurs arguments plaident pour cette filière :

1. Le commerce en ligne et la vente par correspondance occupent une place importante dans notre manière de consommer aujourd'hui ;
2. Actuellement, des filières illégales occupent ce terrain (aussi bien sur des cryptomarkets et sur les réseaux sociaux grand public que sur les messageries comme WhatsApp, Telegram ou Messenger) ;
3. Toute proportion gardée, l'accessibilité du cannabis (notamment en milieu rural) est un ingrédient crucial de la réussite de la transition d'un marché noir vers un marché légal.

Au Canada, cette disposition a été prévue par le gouvernement fédéral en considérant ces aspects.

UNE POLITIQUE DES PRIX STRATÉGIQUE ET FLEXIBLE

Le prix est bien entendu un déterminant crucial d'une régulation réussie du marché. D'une part, il ne doit pas être trop élevé, afin de permettre au cannabis des circuits légaux d'être plus attrayant que celui du marché noir. Il ne doit pas non plus être trop bas, afin d'éviter d'inciter à la consommation.

Le régulateur dispose, par le biais des accises, d'un instrument fiscal qui lui permet d'exercer un certain contrôle sur les prix. Afin d'assurer la cohérence avec les objectifs susmentionnés, il peut également fixer une fourchette de prix pour différents types de produits. Les prix varieraient en effet en fonction des différentes variétés de cannabis et des taux de THC et de CBD, ainsi que des différents produits transformés du cannabis.

La politique des prix en matière de cannabis doit aussi se doter d'une certaine flexibilité dans le temps. Dans un premier temps, il serait judicieux de pratiquer un prix suffisamment faible pour assurer un avantage définitif au marché légal, qui serait de nature à rendre obsolètes les filières du marché noir. À terme, quand ce dernier serait suffisamment déstructuré, voire aurait disparu, et que le marché légal serait bien établi, une augmentation du prix en fonction de considérations de santé publique pourrait être envisagée, sans que celui-ci atteigne cependant

107 Auriol et Geoffard (2019)

des niveaux qui rendraient viable une réorganisation des circuits d'approvisionnement illégal.

UN NÉCESSAIRE ORGANE DE CONTRÔLE

La plupart des pays et territoires qui ont réglementé le cannabis se sont dotés d'un organe ou d'une autorité de contrôle chargé de coordonner la collecte d'informations relatives aux surfaces cultivées et aux quantités en circulation, d'établir les règles en matière de consommation, de production et de distribution, d'octroyer les licences aux différents acteurs agréés et enfin, de définir la politique des prix et de taxation.

La Belgique dispose désormais du cadre légal lui permettant d'instaurer un Bureau du cannabis. Dans l'état actuel des choses, cet organe serait rattaché à l'AFMPS et aurait pour mission de contrôler la production de cannabis à destination de la recherche et du secteur médical, mais nous encourageons le régulateur à élargir ses missions au contrôle de la production et de la distribution de cannabis récréatif dans le cadre d'un futur marché réglementé.

Il faudra cependant veiller à ce que ce Bureau soit suffisamment indépendant des instances étatiques pour éviter la tentation de maximiser les recettes fiscales liées à la vente de cannabis, ce qui pourrait compromettre les finalités de santé publique et de lutte contre le marché criminel qu'un tel système cherche à rencontrer¹⁰⁸.

Pour résumer, la mission que le secteur spécialisé bruxellois propose de confier au régulateur serait d'articuler les trois circuits de production et de distribution tout en garantissant une place centrale aux enjeux de santé publique. Limiter les consommations problématiques, éviter la promotion de la consommation et contribuer à assécher le marché noir constitueraient les principaux objectifs du dispositif.

ENCADRER LA CONSOMMATION

Un premier ensemble de règles que le régulateur serait amené à développer concerne l'encadrement de la

consommation. Ces règles fournissent un cadre à la vente, à l'achat, à la consommation, aux quantités autorisées, et visent essentiellement à protéger les personnes les plus vulnérables. Bien qu'il soit encore difficile de faire des prévisions sur l'évolution à long terme, certains chiffres tendent à indiquer que la consommation des plus jeunes pourrait baisser suite à la régulation du cannabis. En effet, selon une étude fédérale américaine publiée à la fin des deux premières années de légalisation complète (2014-2015) dans les États de Washington et du Colorado, la consommation chez les adolescentes aurait diminué de 12 %. Cette chute serait due à la réglementation mise en place pour encadrer la consommation, mais aussi à l'affaiblissement du marché noir. Grâce à l'ouverture des magasins réservés aux adultes, le trafic de rue ayant diminué, les adolescents sont moins en contact avec les dealers et leurs produits¹⁰⁹. Cependant, dans la population adulte, on peut s'attendre à une hausse des consommations par rapport aux données de prévalence actuellement disponibles, tout comme ce qui est observé au Canada. Notons par ailleurs qu'une régulation libère la parole des consommatrices et permet d'abaisser le seuil d'une demande d'aide en cas de consommation problématique. En effet, un comportement illicite est le plus souvent caché puisque dans un tel contexte, admettre sa consommation revient à s'incriminer, vu que c'est un aveu d'infraction à la loi pénale.

INTERDIT LÉGAL POUR LES MINEURS

La consommation de cannabis présente bien entendu certains risques en termes de santé publique et son usage ne doit, en aucune façon, être banalisé. La consommation de cannabis chez les plus jeunes s'accompagne d'un risque plus élevé de dépendance et d'effets néfastes sur la santé, ceci en partie parce que le cannabis affecte le développement du cerveau, dont la plupart des zones n'arrivent à maturité qu'à l'âge adulte. Une régulation du marché du cannabis se doit donc de conserver l'interdit légal pour les mineures. Cependant, en se basant sur le constat que l'interdit ne réduit qu'en partie les réalités de consommation, il convient de renforcer les dispositifs de promotion de la santé et l'offre en matière de prévention des assuétudes et de réduction des risques auprès de ce public spécifique. Le contexte prohibitif ne favorise pas

108 *Ibidem*.

109 SAMHSA (1971-2014)

l'émergence de ce type de dispositifs, les jeunes ayant tendance (et intérêt) à cacher leur consommation au maximum.

Par ailleurs, il importe de décriminaliser la consommation de cannabis par des mineurs. Les mineures consommatrices, ainsi que leurs familles, doivent pouvoir être accompagnées afin de mettre des mots sur cette consommation et d'évaluer si elle est problématique. En cas de situation problématique, il faut pouvoir orienter les consommateurs et leurs familles vers des structures d'aide et de soins spécifiques. Autrement dit, même si l'interdit est maintenu pour les mineures, leur consommation doit être abordée comme un problème de santé publique ou mentale et non comme un problème relevant de la justice pénale. Actuellement, un grand nombre d'adolescents se retrouvent ainsi stigmatisés comme « consommateurs de drogues », parfois exclus de leur établissement scolaire ou de leur internat, avant tout pour avoir bravé un interdit légal, alors que leur consommation ne reflète pas nécessairement un usage problématique. Les conséquences de l'application de la loi sont parfois plus lourdes sur le parcours scolaire et éducatif que l'usage du produit lui-même. Les interventions et « descentes » de police en milieu scolaire sont également préjudiciables à la mission éducative de l'école qui repose sur la construction d'une relation de confiance avec les élèves et sur la promotion de la santé via le renforcement des compétences psycho-sociales et des facteurs protecteurs (estime de soi, confiance en soi, communication,...).

Pour des raisons de lisibilité et de clarification, il s'agira à terme de réétudier la question de l'âge légal de manière transversale pour l'alcool, le tabac et le cannabis, et d'assurer la formation des travailleurs sur les lieux de vente et le contrôle de l'application de la loi.

LIMITER LA CONSOMMATION DANS L'ESPACE PUBLIC

La consommation de cannabis dans l'espace public devrait au minimum faire l'objet des mêmes restrictions que celle du tabac. Elle pourrait être interdite notamment à proximité des écoles, ainsi que dans les lieux fréquentés par les enfants et adolescentes. Cependant, il semblerait opportun de ne pas l'interdire dans certains espaces comme les parcs.

INSTAURER DES LIEUX DE CONSOMMATION

La plupart des pays, même ceux qui ont commencé par interdire la consommation en dehors de l'espace privé, envisagent désormais la possibilité de consommer dans certains lieux dédiés, afin d'éviter certaines nuisances publiques, mais aussi de renforcer le lien social entre les consommateurs, comme ce qui se fait pour l'alcool au sein de l'Horeca.

Deux types de lieux de consommation sociale pourraient être autorisés. D'une part à l'instar des coffee shops néerlandais, des opérateurs privés ou associatifs pourrait proposer des espaces de consommation ouverts au grand public. D'autre part, les Cannabis Social Clubs constitueraient des lieux de consommation réservés aux seules membres. Ces établissements devraient pour autant disposer d'un local répondant aux normes sanitaires en vigueur, notamment en matière de ventilation. Ces lieux auraient toutefois un immense avantage par rapport à leurs équivalents néerlandais, à savoir le cadre légal de l'approvisionnement. Il est souhaitable que les lieux qui proposent du cannabis soient dédiés à cette activité, à l'exclusion de toutes les autres. En effet, il est plus facile de contrôler le respect de l'interdit de vente aux mineurs si ces derniers n'ont aucune raison de rentrer dans ces espaces.

LIMITER LE TOURISME DU CANNABIS

L'expérience néerlandaise suggère que l'interdiction d'acheter du cannabis pour les non-résidentes a pour conséquence de profiter au marché noir. De nombreuses municipalités sont revenues sur la politique du « wietpas » qui restreignait l'accès aux coffee shops, dans certaines villes, uniquement aux résidents néerlandais. Un choix que plusieurs États ont fait est celui de limiter le tourisme du cannabis en fixant une quantité maximum par personne et par jour pour les non-résidentes, à 5 grammes par exemple. Il y a également un enjeu à autoriser des établissements dédiés à la consommation de cannabis pour éviter que les touristes ne consomment dans des endroits où ce n'est pas autorisé, ou se dirigent vers des produits comestibles, plus discrets mais auxquels ils sont parfois peu habitués, ce qui a tendance à augmenter les risques de surdosage.

PRÉVENIR LES NUISANCES SUR LA VOIE PUBLIQUE

Le consommateur sous l'emprise des effets du cannabis qui crée un trouble à l'ordre public, même dans un lieu où cette consommation est autorisée, s'exposerait à des sanctions. L'usage du cannabis constituerait dans ce cas une circonstance aggravante. La consommation, la fumée et l'odeur en elles-mêmes ne seront cependant pas considérées comme des nuisances.

ENCADRER LA CONDUITE SOUS INFLUENCE

Réglementer la conduite sous influence représente un autre élément-clé des nouveaux systèmes de régulation. Les tests de dépistage (urine, sang, salive), qui permettent une mesure précise de la quantité de THC dans le corps sont critiqués puisque les résidus de THC peuvent rester plusieurs jours voire plusieurs semaines dans le sang, et aucun tests de ce type ne pourra jamais présumer avec certitude de l'incapacité à conduire.

Actuellement en Belgique, la police procède à un test de dépistage salivaire si elle a une présomption de consommation récente sur base d'une check-list qui évalue grossièrement l'état apparent du conducteur (yeux, visage, élocution, démarche,...). Un prélèvement salivaire est ensuite effectué en vue d'une analyse en laboratoire si le test de dépistage est positif. Cette procédure ne permet malheureusement pas d'évaluer directement l'aptitude à conduire, ni de déterminer si une éventuelle inaptitude est effectivement liée à la consommation du produit. Au Canada, la police dispose d'officiers spécialisés dans la détection de la conduite sous influence, chargés de procéder à une évaluation approfondie de la personne (y compris sur le plan psychomoteur) afin de déterminer si elle présente effectivement une inaptitude à la conduite.

Il est donc souhaitable de mettre en place une méthode qui vise à évaluer l'impact du cannabis sur les capacités de conduite, plutôt que de recourir à une méthode qui vérifie uniquement la présence du produit dans l'organisme, sous peine de s'éloigner de l'objectif de sécurité routière.

LIMITER LES QUANTITÉS ACHETÉES ET DÉTENUES

Les expériences internationales divergent sur la question de la limite des quantités autorisées pour les ré-

sidentes. En Uruguay, la limite est fixée à 40 grammes par mois ; au Canada et dans plusieurs États américains, à 30 grammes par transaction. Ce seuil vaut généralement également pour la détention dans l'espace public. Dans le cadre des Cannabis Social Clubs espagnols, la limite varie entre 60 et 90 grammes par mois. Il s'agit évidemment de ne pas placer le curseur trop bas pour pouvoir répondre à la demande sans inciter à la consommation, tout en évitant que les consommateurs aient recours au marché noir. Seules les usagères thérapeutiques en possession d'une prescription médicale sont autorisées à déroger à ces limites.

Outre les quantités maximum, la méthode appliquée varie également. En Uruguay, les consommateurs sont enregistrés pour ce faire dans un registre centralisé. Cependant, ce dispositif engendre une certaine méfiance auprès des acheteuses. En effet, après des décennies de répression, il est difficile pour ces dernières de ne pas être méfiantes vis-à-vis d'une telle procédure, et beaucoup d'entre elles préfèrent alors continuer à se fournir en dehors des canaux légaux. Ce sont toutes les autres mesures visant à encadrer la consommation, ainsi que le renforcement des stratégies de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques qui doivent permettre de limiter les consommations. Cela étant, pour acheter du cannabis, il sera cependant nécessaire de présenter sa carte d'identité afin de garantir l'interdiction de vente aux mineures. Comme toutes les asbl, les Cannabis Social Clubs, quant à eux, doivent tenir à jour un registre des membres, anonymisé ou non, afin de permettre aux services de contrôle de connaître le nombre de membres.

LIMITATION DES TAUX DE THC

Il est admis que le taux de THC présent naturellement dans la plante ne dépasse pas 30% actuellement, ce qui pourrait constituer une limite raisonnable en ce qui concerne le cannabis en fleurs, tout en tenant compte des attentes des usagers. Cependant, les extraits, les huiles et les produits alimentaires, dont les taux de THC peuvent monter beaucoup plus haut, occupent une part importante du marché et doivent donc être réglementés spécifiquement. Certains produits affichent des concentrations en THC allant jusqu'à 90% et peuvent occasionner des malaises, en particulier lorsqu'ils sont consommés par des personnes ayant peu d'expérience en matière de consommation de cannabis.

Plutôt que de limiter le taux de THC dans les produits, le Canada a choisi de limiter la quantité de THC par unité ou par emballage à 10 milligrammes, tout en interdisant les mélanges avec l'alcool ou avec une quantité de caféine excédant 30 milligrammes par unité. Une démarche intéressante, car la diversification des modes de consommation a mené notamment au développement d'e-cigarettes contenant du cannabis. Les e-liquides utilisés sont très concentrés, mais ils sont consommés en très petites quantités. Par ailleurs, les usages thérapeutiques et les besoins des patientes nécessitent parfois des concentrations importantes de THC.

Dans l'état actuel des connaissances, les cannabinoïdes autres que le THC sont considérés comme non psychoactifs et ne nécessitent donc pas d'encadrement spécifique. Les prix, mais aussi le packaging et les conseils de prévention et de réduction des risques pourraient varier en fonction du taux de THC.

ENCADRER LE SYSTÈME DE PRODUCTION ET DE DISTRIBUTION

Un deuxième ensemble de mesures doit être développé afin de garantir des produits de qualité, d'assurer la séparation entre marché légal et marché noir, de limiter la promotion de l'usage de cannabis et des produits dérivés et, enfin, de limiter la densité des points de distribution sur le territoire. Tous les pays ayant réglementé ont mis en place un système d'octroi de licences afin d'identifier clairement les acteurs autorisés à produire, transformer et distribuer du cannabis.

LICENCES DE PRODUCTION ET CONTRÔLE DE QUALITÉ

L'État pourrait proposer trois types de licences différentes, chacune assortie d'un cahier des charges spécifique établi selon le modèle des *good agricultural practices*¹¹⁰ en vigueur dans la production d'autres types de produits agricoles. Ces cahiers des charges permettraient de définir un ensemble de règles en matière de méthodes de culture, de transformation, de stockage, de sécurité électrique, de sécurisation des espaces de production, de traçabilité des produits, etc.

Le **premier type de licence** serait octroyé aux **acteurs industriels agréés** par l'État pour des cultures supérieures à une surface (en intérieur et en extérieur) à définir par le législateur.

Un **second type de licence** serait une **licence de production simplifiée**, disponible à un coût réduit, et serait accordée aux **Cannabis Social Clubs et aux petits producteurs** dont la surface cultivée ne dépasse pas les limites définies par le législateur.

Un **troisième type de licence** serait délivré aux acteurs produisant du **cannabis pour un usage thérapeutique**, dont le cahier des charges serait plus détaillé, notamment en ce qui concerne la standardisation des produits (composition et taux de cannabinoïdes).

Un point important et commun aux différents cahiers des charges est l'obligation de se soumettre aux contrôles de qualité de la production. En effet, des agents de l'État doivent pouvoir prélever des échantillons aléatoires de récolte afin de les faire analyser pour y déceler d'éventuelles traces de contamination. Un deuxième point important est une liste d'ingrédients prohibés, dangereux pour la santé ou incitant à la consommation, et l'interdiction d'utiliser des engrais chimiques et des pesticides dérivés du pétrole.

Lorsque l'**autoculture** est autorisée, elle n'est généralement soumise à aucune licence ni contrôle de qualité. C'est la personne elle-même qui est responsable de la qualité du cannabis qu'elle produit. Plusieurs États font cependant circuler des fiches de bonnes pratiques et de conseils pour cultiver chez soi du cannabis dans les meilleures conditions possibles.

Les États qui autorisent la culture à domicile ont limité le nombre de plants à quatre ou six plants femelles par personne, avec un maximum par foyer, dans le cas où plusieurs consommatrices vivent sous le même toit. Cependant, des initiatives récentes remplacent le nombre de plants par un équivalent en « surface de canopée en floraison » (quatre plants femelles en floraison correspondent environ à un mètre carré de canopée), ce qui permet une plus grande souplesse dans le choix de la méthode de culture. Le cannabis produit en autoculture ne peut, bien sûr, pas être vendu. Un

110 Voir par exemple, le document du gouvernement néerlandais : Office of Medicinal Cannabis (2002).

autre principe récurrent est que les plants ne peuvent pas être visibles depuis l'extérieur de l'habitation.

Les Cannabis Social Clubs reconnus par l'État auraient le droit de cultiver une surface proportionnelle au nombre de membres tout en respectant les limites de surface et de production définies par le législateur. Les clubs seraient également contraints de déclarer les lieux de culture, les surfaces cultivées, les quantités produites et le nombre de graines et de boutures distribuées.

Afin de lutter contre le phénomène de quasi-monopole de grandes entreprises, il est important de limiter la taille des acteurs. Plusieurs États américains ont notamment interdit l'accumulation de licences et l'intégration verticale, c'est-à-dire la propriété des différentes étapes de production et de vente par un seul opérateur. Le système de licences simplifiées pour les petites cultures contribue notamment à assurer une certaine diversité parmi les opérateurs cannabis. Sans un tel système, il s'avère que ce sont principalement des entreprises et des personnes disposant d'un fort capital social et économique qui accèdent au marché. Or, l'un des enjeux de la régulation est également de réintégrer certains acteurs du marché noir vers le marché légal et éventuellement de favoriser l'économie locale.

La régulation du marché du cannabis implique également d'assurer le lien entre l'industrie du cannabis et le secteur des banques et assurances. Il importe, en effet, d'éviter une situation comme celle que connaissent les États-Unis actuellement, où les banques refusent de traiter avec les entreprises de production ou de distribution de cannabis, par crainte d'enfreindre les lois fédérales. En conséquence, la majeure partie des transactions se font en liquide, y compris en ce qui concerne le paiement des factures et des salaires des employées. Outre les nombreux problèmes d'organisation que cette situation occasionne, la forte disponibilité d'argent liquide augmente le risque de cambriolage ou de braquage violent.

LICENCES DE TRANSFORMATION

Le cannabis en fleurs ne constitue qu'une partie du marché. Il existe de nombreux produits transformés issus du cannabis : des extraits, des huiles, des

boissons, des produits alimentaires, mais aussi des crèmes, des produits de beauté, etc. Ici aussi, il y aurait deux types de licences assorties d'un cahier des charges différent. L'une pour les transformations incluant des procédés d'extraction mécanique, sans solvants, et un deuxième, plus complet, pour les acteurs utilisant des techniques d'extraction avec solvants. Un point important des cahiers des charges relatifs à la transformation concerne la déclaration des fournisseurs de cannabis et les obligations en termes de traçabilité (voir ci-après).

LICENCES DE DISTRIBUTION

Les pays ayant régulé ont également instauré des règles pour limiter la densité des lieux de distribution et organiser leur répartition sur le territoire. Beaucoup ont également instauré des distances minimales à respecter par rapport aux écoles, parcs publics et centres communautaires.

Dans un premier temps, on peut imaginer un réseau d'opérateurs agréés par l'État, réparti sur tout le territoire et garantissant des points de vente dans les principales villes de Belgique.

Ce réseau viendrait compléter celui des Cannabis Social Clubs, non soumis eux à l'obtention d'une licence de distribution étant donné qu'ils n'ont pas pignon sur rue et que seules les membres enregistrées ont le droit de s'y procurer du cannabis. Leur présence reflète une demande existante qu'il est nécessaire de combler.

Dans un second temps, le marché pourrait graduellement s'ouvrir à d'autres acteurs marchands spécialisés, tout en régulant leur densité afin d'éviter des situations de concentration des points de vente dans certains quartiers. Il importe également d'interdire que ces lieux, s'ils disposent d'un espace de consommation, puissent combiner une licence de distribution de cannabis et de débit de boissons (alcoolisées). Ces points de vente devraient également déclarer leurs fournisseurs de cannabis et s'acquitter des obligations en termes de traçabilité.

En ce qui concerne le cannabis à usage thérapeutique et les médicaments à base de cannabis, avec ou sans prescription, ceux-ci pourraient être distribués via le réseau de pharmacies existant.

Les bonnes pratiques en matière d'alcool recommandent d'accompagner la délivrance de licences de la formation des vendeurs (contrôle de l'âge, ne pas servir à une personne déjà ivre, etc.). En ce qui concerne le cannabis, une telle formation pourrait comprendre les conseils de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques (y compris les modes de consommation sans tabac), la détection précoce des consommations problématiques, l'orientation vers des acteurs de prévention, réduction des risques, soins, accompagnement, etc.

Enfin, il importe de prévoir et d'autoriser la vente en ligne de cannabis et de produits à base de cannabis pour les raisons évoquées plus haut.

INTERDICTION DE TOUTE PUBLICITÉ

Tout comme pour le tabac, toute publicité à l'égard du cannabis, sous ses différentes formes, devrait être strictement interdite. En effet, la publicité a une réelle influence sur nos comportements de consommation.

Dans un contexte où les stratégies et techniques publicitaires sont de plus en plus agressives, et difficiles à contrer à travers l'utilisation massive des réseaux sociaux et d'outils promotionnels ultra-ciblés et efficaces, il importe d'envoyer un message clair en ce qui concerne la publicité. Il s'agit d'un enjeu fondamental compte tenu du poids considérable de la publicité dans notre société, des importants revenus qu'elle génère, de son omniprésence et enfin, de son influence sur nos représentations sociales et nos comportements de consommation, plus particulièrement chez les jeunes et les consommatrices plus vulnérables.

En matière d'alcool par exemple, de nombreuses études prouvent l'effet très important de la publicité sur la consommation, en particulier sur les publics les plus à risques que sont les jeunes et les personnes dépendantes^{111, 112, 113}. Dès lors, l'État, dans le cadre d'une politique « drogues » cohérente, doit permettre aux consommateurs de faire des choix libres et éclairés, dénués de toute influence publicitaire et commerciale

qui pousse indéniablement à la surconsommation de ces produits.

IMPOSER DES CRITÈRES D'ÉTIQUETAGE

Les informations mentionnées sur les emballages des produits du cannabis constituent un véritable enjeu de santé publique. Il est essentiel que les consommatrices soient clairement informées, via l'étiquetage, de la composition exacte des produits, ainsi que, le plus précisément possible, des taux de THC, CBD et éventuellement d'autres cannabinoïdes présents. Une équivalence en cannabis séché devrait aussi être indiquée sur les emballages de produits comestibles et d'huiles, pour aider les usagers à s'y retrouver. Différents messages de prévention et de réduction des risques doivent également apparaître sur les paquets et devront être adaptés aux taux de THC et autres cannabinoïdes présents. Par exemple, il serait utile d'informer les consommatrices que les produits à forte teneur en THC peuvent causer des crises de panique ou de paranoïa. Les numéros du centre anti-poison ou d'une ligne d'aide en cas de consommation problématique pourraient également se trouver sur les paquets.

IMPOSER LES EMBALLAGES NEUTRES ET SÉCURISÉS

Afin de limiter la promotion de la consommation, il semble également opportun d'interdire la publicité sur les paquets d'emballage et d'imposer un packaging neutre, comme pour les produits du tabac. Afin d'éviter autant que possible l'ingestion accidentelle par les enfants, les emballages doivent être difficiles à ouvrir pour eux et les produits eux-mêmes ne peuvent pas ressembler à des friandises. Un certain nombre d'accidents impliquant des enfants ont eu lieu dans le Colorado à cause de produits très similaires à des sucreries classiques et présentés dans des emballages colorés.

TRAÇABILITÉ SUR TOUTE LA CHAÎNE, DU PRODUCTEUR AU CONSOMMATEUR

La mise en place d'un système de traçabilité des plantes et des produits dérivés, de la graine aux

111 Belspo (2019)

112 Critchlow et al. (2019)

113 Vasiljevic et al. (2018)

consommatrices, constitue l'un des enjeux essentiels du dispositif. Il doit permettre à l'État de savoir à tout moment quelles sont les quantités de cannabis produites et en circulation. Cela doit permettre d'estimer l'évolution de la consommation, mais aussi de s'assurer que le cannabis produit légalement ne soit pas dévié vers le marché noir. Il existe plusieurs méthodes pour assurer cette traçabilité et, ici aussi, le cahier des charges en matière de traçabilité devra être adapté au type d'acteur concerné, le coût de certaines technologies étant trop lourd pour les petits producteurs et les Cannabis Social Clubs.

Le Canada a notamment développé un système de traçabilité destiné aux acteurs commerciaux, mais qui pourrait être adapté aux acteurs non marchands. Toutes les détentrices de licence (culture, transformation, distribution) sont tenues de remettre des rapports mensuels en ce qui concerne les quantités de cannabis produites, achetées, stockées, vendues, destinées à l'analyse ou à la recherche, détruites, perdues, etc. Le système fait la distinction entre quatre classes de produits (plantes de cannabis, extraits, comestibles et produits à usage externe), et fait aussi la distinction entre le cannabis « frais » avant transformation et le cannabis taillé et séché. Ce système permet de suivre, mois par mois, les quantités en circulation à chaque étape de la chaîne, des producteurs aux consommateurs. Les producteurs doivent notamment déclarer leurs fournisseurs de boutures et de graines, ainsi que les quantités achetées.

Certains États américains ont choisi de combiner un système de traçabilité de ce type avec des technologies RFID¹¹⁴, plus coûteuses, mais permettant d'aller plus loin dans le suivi « from seed to sale ». Chaque plant individuel est pourvu d'un marqueur RFID, permettant une radio-identification qui vise à suivre chaque mouvement du plant et de savoir qui l'a déplacé. Ce système permet d'avoir une vue d'ensemble sur les quantités en circulation et sur la gestion des cycles de production. À terme, ce type de marqueur pourrait aussi collecter différentes variables environnementales utiles pour optimiser la production (température, taux d'humidité, durées d'éclairage, etc.).

Afin de s'assurer que les Cannabis Social Clubs n'alimentent pas le marché noir, ils doivent, eux aussi, déclarer les lieux de production, les surfaces de culture, ainsi que les quantités produites et distribuées. La production de cannabis doit correspondre à la consommation totale des membres, la quantité maximale par personne et par mois étant définie par l'État. Pour garantir la transparence, les clubs devraient publier une liste anonymisée de leurs membres. Ainsi, avec le nombre de membres, le prix du gramme de cannabis, et les comptes détaillés, il est possible de savoir exactement quelle quantité chaque membre a reçu.

LES CANNABIS SOCIAL CLUBS EN BELGIQUE

En Belgique, les Cannabis Social Clubs se sont développés en s'appuyant sur la directive ministérielle du 25 janvier 2005¹¹⁵ selon laquelle, en dehors de circonstances aggravantes, la possession d'un plant de cannabis femelle par adulte ne doit engendrer qu'un procès-verbal simplifié, sans confiscation dudit pied. Des groupes de consommatrices se sont donc rassemblés pour cultiver leur pied en commun. Les clubs n'ont pourtant eu de cesse de se débattre contre la Justice, comme en témoigne l'histoire du plus vieux club belge, l'asbl Trekt Uw Plant.

Les clubs belges mettent en place un circuit fermé entre cultivateurs et consommatrices afin de satisfaire la consommation personnelle de leurs membres. Ces derniers confient donc leur plant au club qui assure sa culture et sa récolte dans les meilleures conditions possibles. Lorsque la récolte est prête, les membres se la partagent contre une participation qui couvre les frais de culture et de gestion du club.

Afin de garantir un maximum de transparence, les clubs se sont développés en asbl. Leurs statuts stipulent que leur objet social est de mettre du cannabis à disposition de ses membres. Ils déclarent la liste de leurs membres et le prix du gramme de cannabis, et publient leurs comptes. Ils mettent également en place une politique active en vue d'instaurer le dialogue avec les autorités afin de faire reconnaître leur

114 Radio Frequency Identification

115 Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis. Cette directive a été abrogée et remplacée par la circulaire des procureurs généraux de 2015 révisée en 2018.

TABLEAU 8 : L'ASBL TREKT UW PLANT À NOUVEAU POURSUIVIE DEVANT LA JUSTICE

L'asbl Trekt Uw Plant, basée à Anvers, gérait le plus ancien Cannabis Social Club de Belgique. Depuis 13 ans, elle développe le modèle des Cannabis Social Clubs en toute transparence. Le 27 juin 2019, le tribunal correctionnel d'Anvers a rendu un jugement visant à démanteler l'association, et à condamner certains de ses membres à des peines allant jusqu'à 20 mois de prison avec sursis et des milliers d'euros d'amende. Il met ainsi fin à une grande expérience dans l'organisation d'un modèle essentiel dans le cadre d'une politique en matière de drogues basée sur la santé publique et la justice sociale. L'asbl avait pourtant déjà bénéficié deux fois d'un non-lieu (en 2008 et en 2012) dans le cadre de dossiers semblables. Cette fois encore, Trekt Uw Plant a fait appel de ce jugement.

modèle. Dans ce but, ils organisent régulièrement des événements publics.

Comme le montre l'expérience espagnole, les Cannabis Social Clubs ont également un impact non négligeable en termes de création d'emploi. En effet, Tom Decorte et ses collègues ont estimé que la gestion d'un club de 400 membres nécessite le travail de 5 ou 6 personnes¹¹⁶. Nous y reviendrons.

BALISES POUR LA RECONNAISSANCE DES CANNABIS SOCIAL CLUBS

Le rôle des Cannabis Social Clubs dans un marché réglementé en tant que circuit non marchand de production et de distribution est d'une part de contribuer à l'approvisionnement du marché, ce qui est fondamental pour affaiblir le marché noir et réduire l'accès des plus jeunes au produit, mais aussi d'autre part de garantir la place centrale de la santé publique dans le dispositif et de limiter le poids des acteurs commerciaux, dont l'intérêt est de générer du profit et de promouvoir la consommation. Les Cannabis Social Clubs proposent un modèle alternatif aux circuits marchands, et portent des valeurs de collaboration, de partage, de solidarité, de démocratie et de convivialité. Afin de leur permettre de jouer ce rôle, nous proposons un certain nombre de balises à respecter.

FORME JURIDIQUE

La forme juridique des Cannabis Social Clubs doit permettre un fonctionnement non commercial, participa-

tif, démocratique et transparent. La forme juridique de l'asbl semble se prêter à ces principes, mais d'autres formes, comme la société coopérative bénéficiant d'un agrément en tant qu'entreprise sociale, peuvent également être envisagées. Le nom des membres du Conseil d'administration, ainsi que les comptes détaillés, seront publiés conformément à la législation en vigueur.

LA CHARTE MORALE D'ENCOD

Encod¹¹⁷ est un groupe de pression international qui a rédigé un code de conduite à destination des Cannabis Social Clubs européens¹¹⁸. Ce code reprend les grands principes de transparence, de démocratie et d'absence de profit, et propose également une série de balises en matière de fonctionnement interne et de méthodes de culture. Ce code de conduite pourrait constituer une balise intéressante dans le cadre de la création d'un club.

LE CAHIER DES CHARGES EN MATIÈRE DE PRODUCTION

L'objet du club est de produire un cannabis de qualité, produit localement et en circuit court afin de couvrir la consommation personnelle de ses membres. Pour ce faire, le club passe des contrats avec des cultivateurs qui doivent respecter un cahier des charges en matière de production et de transformation. Ce que nous proposons ici est que ce cahier des charges, spécifique aux Cannabis Social Clubs, soit rédigé en collaboration entre les clubs et l'organe de régulation. Parmi les éléments qui devraient se trouver dans ce cahier des charges, on peut citer :

116 Decorte et al. [2017]

117 European Coalition for Just and Effective Drug Policies, voir www.encod.org

118 Code de conduite pour un Cannabis Social Club Européen, <https://cannabis-social-clubs.eu/fr/code-de-conduite-pour-un-cannabis-social-club-europeen>

- Déclaration des lieux et des surfaces de production, ainsi que des lieux de stockage ;
- Déclaration des lieux de distribution ;
- Mesures en matière de ventilation et de sécurité électrique des espaces de culture ;
- Les appareils électriques utilisés (lampes, extracteurs, filtres, etc.) doivent porter un label ;
- Mesures de sécurisation des espaces de production pour éviter les vols de récolte ;
- Déclaration de la provenance, du type et de la quantité de graines ou de boutures achetées pour chaque cycle de production ;
- Mesures en matière de séchage, de stockage ;
- Mesures en matière de nuisances olfactives et sonores ;
- Mesures en matière de transport du lieu de production au lieu de distribution ;
- Interdiction d'utiliser des pesticides ou des engrais chimiques, ainsi que d'altérer ou de manipuler les récoltes avec des produits non naturels ;
- Garantir des procédés d'extraction sans solvants pour la fabrication d'huile ou autres produits à base de cannabis ;
- Prévoir les sanctions en cas de manquement à ce cahier des charges.

CONTRÔLE DE QUALITÉ

Comme pour les autres producteurs, afin de s'assurer de la qualité du cannabis produit, un système de contrôle devrait être mis en place en vue de prélever des échantillons aléatoires sur les récoltes pour les faire analyser afin de déceler d'éventuelles traces de pesticides, engrais chimiques, moisissures, champignons, métaux lourds, etc.

Afin d'informer au mieux les consommatrices, il est important de permettre aux clubs de faire appel, à un coût préférentiel, aux services de laboratoires agréés pour faire analyser des échantillons de leurs récoltes. En effet, bien que les producteurs de graines fournissent déjà des chiffres relativement précis en ce qui concerne les taux de THC et de CBD, il importe de pouvoir fournir aux consommateurs une information aussi détaillée que possible et de s'assurer de l'absence de contamination des récoltes. Les données récoltées constitueraient par ailleurs un intérêt pour la recherche sur les différentes applications industrielles et médicales du cannabis.

FIXATION DES PRIX

Les prix pratiqués par les Cannabis Social Clubs sont bien entendu tributaires des coûts liés à la gestion du club, ainsi que de la location de l'espace de culture, de coûts liés au matériel et des honoraires des cultivateurs. Ils doivent cependant être cohérents avec la politique de prix globale mise en place par le régulateur, qui dispose par le biais des accises d'un levier pour influencer leur niveau afin de concurrencer le marché noir et de préserver la santé publique.

LES MEMBRES

Afin d'éviter toute dérive commerciale, nous recommandons un maximum de 400 membres par club, tout en respectant les limites de surfaces de culture définies par le législateur. Le chiffre de 400 membres est basé sur une expérience de plus de dix ans de certains clubs belges. Le nombre minimum est limité par le nombre de personnes nécessaires pour créer une asbl, soit trois membres. Cela doit permettre à de petits groupes de s'organiser en club afin d'éviter certaines dérives observées en Espagne dans de trop grands clubs. Ces seuils devront être évalués à la lumière des expériences concrètes. Une manière de limiter la taille des clubs est de leur interdire de dépasser les critères relatifs à une micro-asbl¹¹⁹.

Par ailleurs, les membres doivent être résidents belges afin d'éviter l'effet incitatif sur les consommatrices des pays limitrophes. Le fait d'avoir été condamné pour culture de cannabis par le passé ne doit pas constituer un frein à l'adhésion.

119 10 travailleurs ETP en moyenne sur l'année, 700.000 euros hors TVA de chiffre d'affaire annuel, et 350.000 euros de total du bilan.

AUTORISER LES CLUBS À PRODUIRE UN SURPLUS DE CANNABIS

Le risque de mauvaise récolte ou de vol n'est pas négligeable et les clubs devraient donc être autorisés à produire un surplus pour faire face à ces aléas. Par ailleurs, les clubs devraient aussi être autorisés à utiliser ce surplus pour venir en aide à d'autres clubs faisant face à des difficultés passagères. Le mode de gestion de ce surplus devrait également être défini dans les statuts ou dans le cahier des charges.

AUTORISER LES CLUBS À OUVRIR DES LIEUX DE CONSOMMATION

Les clubs constituent donc des endroits privés, sans pignon sur rue, et n'ayant pas recours à la publicité, dans lesquels seuls des membres majeurs inscrits peuvent se procurer du cannabis. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, l'aspect de socialisation est une dimension importante des clubs en termes de santé publique. En effet, ils permettent de réduire la stigmatisation associée à l'usage de cannabis et augmentent les interactions et la participation dans les rapports sociaux, ce qui constitue également un important déterminant de la santé¹²⁰. Il y a donc un enjeu à ce que ces lieux puissent offrir un espace de consommation sociale suffisamment convivial pour qu'il soit fréquenté par les membres. Les clubs devraient également avoir la possibilité d'organiser des événements culturels à destination des membres ou non. Afin d'obtenir une autorisation d'ouverture, ces lieux devraient faire l'objet d'une visite d'inspection.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES RISQUES

Toute personne qui s'affilie à un club doit notamment déclarer être consommatrice et être consciente des risques liés à la consommation de cannabis, connaître la loi en la matière et avoir pris connaissance du règlement d'ordre intérieur du club.

Les employés des clubs qui assurent les permanences et qui sont en contact avec le public devraient régulièrement suivre des formations en prévention, en promotion de la santé et en réduction de risques liés à la consommation de cannabis, organisées par les acteurs du secteur spécialisé. Ils doivent être capables

de vérifier une identité et de reconnaître les signes d'une consommation problématique. Ils devraient également connaître la loi et les sanctions en cas de violation. Les clubs constituent, en effet, des espaces privilégiés pour la diffusion d'informations en matière de promotion de la santé et de réduction des risques, notamment en ce qui concerne les modes de consommation alternatifs à la combustion.

Les employés des clubs devraient également être capables de mettre en lien avec les services adéquats les membres qui en exprimeraient le souhait. Les clubs pourraient ainsi établir des partenariats avec différents acteurs du secteur social-santé, afin que les membres qui en ressentent le besoin puissent facilement entrer en lien avec les services existants. Les clubs, s'inscrivant dans la première ligne, peuvent porter une action vers un public marginalisé avec lequel les services n'entrent pas toujours facilement en contact.

ASPECTS ÉCONOMIQUES

La mise en place d'alternatives à la prohibition du cannabis occasionne inévitablement un impact sur les finances publiques, plus ou moins conséquent selon l'option de régulation choisie et ses modalités précises. Des économies peuvent être réalisées via une réduction de la répression des comportements actuellement prohibés, et des recettes générées via un régime de taxation ainsi que via la création d'emploi en lien avec un éventuel marché réglementé. Des prévisions économiques ont été réalisées en France (voir Kopp, Ben Lakhdar & Perez, 2014; Geoffard, Beuve & Fize, 2019) et en Belgique (voir Raone, Hanard & Proesmans, 2019), et nous renvoyons le lecteur intéressé vers ces documents pour plus de détails, car nous n'exposerons ici que les éléments principaux, à titre indicatif.

LES ÉCONOMIES SUR LE PLAN RÉPRESSIF ET SÉCURITAIRE

La majeure partie des dépenses publiques relatives aux drogues illicites sont liées à la répression et à la sécurité (Lievens et al., 2016; Vander Laenen et al., 2011), essentiellement mises en œuvre par les forces

120 Lucas (2012)

de l'ordre et l'appareil judiciaire. La grande majorité des infractions constatées sur le territoire belge en matière de drogues impliquent du cannabis. En Belgique, en 2018, près de 32.000 faits de détention de cannabis ont été constatés par la police, et un peu plus de 1.000 plantations de cannabis ont été démantelées (voir Stévenot & Hogge, 2020). L'appareil répressif a aussi sanctionné en 2018 quelques 4.600 faits de deal et 1.300 faits de trafic de cannabis (généralement des faits d'importation). La répression de cette criminalité a un coût direct important pour la société en raison de l'activité policière (enquêtes, interventions, arrestations, démantèlements, etc.) et de la justice (cours, tribunaux, incarcérations) y afférant. En outre, cette répression monopolise une partie des effectifs des forces de police, engorge le fonctionnement de la justice et participe à la surpopulation carcérale.

En cas de décriminalisation de la détention de cannabis, des économies considérables pourraient être réalisées puisqu'une grande partie des infractions liées aux drogues illégales portent sur des faits de détention de cannabis. Des économies supplémentaires seraient également possibles en cas de mise en place d'un marché réglementé, car la production et la distribution sortiraient en grande partie de la clandestinité. Selon Raone, Hanard & Proesmans (2019), en Belgique, les dépenses publiques annuelles en matière de répression du cannabis relatives aux frais de police et de justice¹²¹ s'échelonnaient entre 76 millions et 228 millions d'euros¹²². Selon ces auteurs, une grande partie de ces dépenses pourrait donc être économisée en cas de mise en place d'une alternative à la prohibition : -37,5% en cas de décriminalisation, -68,3% en cas de légalisation et vente via un monopole public, et environ -50% en cas de légalisation et vente via un marché concurrentiel.

LES RECETTES LIÉES À LA TAXATION

En cas de mise en place d'un marché réglementé, la vente de cannabis permettrait de générer des recettes publiques via la taxation (accises et TVA). Selon les

estimations de Raone, Hanard & Proesmans (2019), qui se basent sur les prévalences de consommation estimées en Belgique via l'enquête de santé par interview 2013, les recettes fiscales liées à la vente de cannabis aux personnes majeures devraient avoisiner les 40 millions d'euros. Cette estimation pourrait être revue à la hausse dans la mesure où la consommation de cannabis est en hausse par rapport à 2013¹²³. Une partie de ces recettes devrait idéalement être réinvestie dans des programmes de prévention des assuétudes et de réduction des risques, de manière à limiter le développement d'usages problématiques. Les barèmes de taxation ne doivent pas être excessifs et doivent pouvoir être adaptés progressivement afin que les produits vendus légalement puissent rester concurrentiels par rapport à l'offre du marché noir, sans pour autant inciter à une augmentation de la consommation¹²⁴.

LES RECETTES LIÉES À LA CRÉATION D'EMPLOIS

En cas de mise en place d'un marché réglementé, les recettes publiques devraient aussi être valorisées par l'impôt des sociétés et l'impôt des personnes physiques, en raison de la création d'emplois liés à cette nouvelle filière (qui comprend la culture, la transformation, la distribution et la vente de formes de cannabis directement consommables). Il n'existe pas à l'heure actuelle d'estimation du nombre d'emplois que pourrait générer un tel marché à l'échelle de la Belgique. En France, le nombre d'emplois a été estimé à minimum 27.500 et maximum 57.000, sur base d'une production annuelle théorique de 500 tonnes¹²⁵. Les auteurs se sont basés sur les chiffres relatifs à la création d'emploi que ce marché a généré au Colorado et en Californie. Sur base de ces chiffres, il apparaît que le marché du cannabis créerait entre 55 et 114 emplois par tonne de cannabis produite et vendue (en présupposant donc que la production ait lieu en Belgique). En Belgique, sur base des données de l'enquête HIS 2018, on peut estimer que le nombre total d'utilisateurs de cannabis s'élève à 1.653.817. Ce nombre est très probablement sous-estimé, d'une part parce que l'usage peut survenir avant

121 Hors dépenses relatives aux accidents de la route ou aux problèmes relevant de la sécurité routière.

122 L'étude SOCOST, sur laquelle se sont basés les auteurs, estimait les dépenses publiques totales en matière de drogues illégales pour l'année 2012 à environ 448 millions d'euros (Lievens et al., 2016). Sur base de ce chiffre, la part des dépenses incombant spécifiquement au cannabis étant inconnue, Raone et ses collaborateurs ont réalisé plusieurs estimations en fixant cette part à 25%, 50% et 75% ; ils obtiennent ainsi des montants alloués spécifiquement au volet répressif du cannabis de respectivement 76, 152 et 228 millions d'euros (Roane et al., 2019).

123 Gisle & Drieskens (2019)

124 La fixation du prix doit être motivée dans un premier temps par une recherche d'assèchement du marché noir. Dans un second temps, les prix pourront être relevés afin de contenir les consommations.

125 Geoffard, Beuve & Fize (2019)

l'âge de 15 ans et se prolonger au-delà de l'âge de 64 ans (l'enquête HIS porte sur la population belge âgée de 15 à 64 ans), et d'autre part parce que l'enquête HIS sous-estime l'usage de drogues de par sa méthodologie (voir Stévenot & Hogge, 2020). Si on reprend les quantités consommées utilisées par Geoffard et ses collaborateurs dans leurs estimations, et si on exclut les expérimentateurs et anciennes consommatrices, on peut estimer à 54 tonnes la quantité de cannabis

consommée annuellement en Belgique. Le nombre d'emplois créés par cette filière, pour autant que ces quantités soient produites sur le territoire belge, pourrait donc être compris entre 2.970 et 6.156. Cette estimation est bien évidemment théorique et présuppose d'une part que l'approvisionnement lié au marché noir soit nul et d'autre part que les prévalences de consommation ne soient pas impactées par la mise en place du marché réglementé.

TABLEAU 9 : ESTIMATIONS DU NOMBRE D'USAGERS ET DES QUANTITÉS DE CANNABIS CONSOMMÉES SUR BASE ANNUELLE

TYPES D'USAGERS	HIS 2018 % ¹²⁶	NOMBRE D'USAGERS à l'échelle de la population belge de 15 à 64 ans au 1 ^{er} janvier 2018	CONSOMMATION (GRAMME/AN)	CONSOMMATION TOTALE (TONNES/AN)
Expérimentateurs ou anciens consommateurs ¹²⁷	15,59	1.140.841	/	/
Usagers occasionnels ¹²⁸	2,71	198.312	5	0,99
Usagers réguliers ¹²⁹	3,0	219.533	73	16,03
Usagers quotidiens ¹³⁰	1,3	95.131	393	37,39
Total	22,6	1.653.817	/	54,4

126 Prévalences de consommation en Belgique selon l'enquête HIS 2018 (Gisle & Drieskens, 2019).

127 Personnes n'en ayant pas consommé au cours des 12 derniers mois.

128 Personnes en ayant consommé au cours des 12 derniers mois, mais pas le dernier mois.

129 Personnes en ayant consommé au cours des 30 derniers jours, mais pas de manière quotidienne.

130 Personnes en ayant consommé au moins 20 jours au cours des 30 derniers jours.

7. PRÉVENTION, RÉDUCTION DES RISQUES ET SOINS

RÉSUMÉ

Dans ce chapitre, nous rappelons l'importance d'accompagner la régulation du marché du cannabis par un renforcement général des stratégies de promotion de la santé que sont la prévention des assuétudes et la réduction des risques. En effet, la multiplication des messages et des démarches de promotion de la santé permettra de renforcer la capacité des individus et des communautés à prendre en main leur santé, de construire les balises d'un usage responsable de cannabis, et de limiter ainsi les consommations problématiques. Il s'agit également de développer les actions spécifiques auprès des groupes les plus vulnérables, de soutenir les dispositifs de soins et de traitement spécialisés, et d'impliquer les médecins généralistes.

VERS UN RENFORCEMENT DES STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé a été définie par l'OMS dans le cadre de la Charte d'Ottawa en 1986¹³¹. La prévention et la réduction des risques font partie des stratégies de promotion de la santé en matière d'assuétudes. Nous l'avons déjà mentionné, il est fondamental que la régulation du cannabis s'accompagne d'un renforcement de ces stratégies.

À l'heure actuelle, seul 0,6% des dépenses annuelles liées aux drogues sont consacrées à la prévention et à

la réduction des risques¹³². Dans le cadre de la régulation, il sera nécessaire de réaffecter certains budgets en vue d'adopter une politique plus équilibrée entre la prévention, la réduction des risques, les soins et la répression. De manière plus générale, il s'agit ici de renforcer les approches de promotion de la santé dans une démarche intersectorielle en vue d'intégrer la «santé dans toutes les politiques». Il s'agit notamment de tenir systématiquement compte des conséquences des politiques publiques en matière de santé.

FAVORISER UNE APPROCHE GLOBALE DE L'USAGE DE CANNABIS

En agissant favorablement sur les milieux de vie et les déterminants de santé, les démarches de prévention des assuétudes et de réduction des risques visent à anticiper et à éviter des comportements, des situations ou des états susceptibles d'avoir des répercussions négatives sur l'individu ou sur la société.

La pénalisation des usages de drogues conditionne un discours basé sur l'interdit qui se limite à «informer des dangers», «faire peur», «empêcher d'entrer en contact avec les produits», etc. Toute tentative de déconstruction de ces approches, dont les effets sont paralysants et stigmatisants, est d'emblée suspectée de banalisation, voire d'encouragement à l'usage. Or, c'est en s'extirpant de la panique morale que les stratégies de promotion de la santé pourront sortir le produit psychoactif du tabou dans lequel l'enferme le discours prohibitionniste, et permettront de porter un autre regard sur les usagers. En effet, la promotion de la santé vise à impliquer tous les publics concernés par les usages de drogues dans l'élaboration des stratégies de santé, notamment en ce qui concerne la construction des balises d'un usage responsable.

131 La promotion de la santé est définie par la Charte d'Ottawa comme « le processus qui confère aux populations et aux individus les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la 'santé' comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. »

132 Le coût social des drogues légales et illégales en Belgique, étude Belspo, 2016.

La régulation du cannabis, comme le montre l'exemple du Canada¹³³, permet de déployer pleinement les méthodes et les principes de promotion de la santé, depuis longtemps reconnus comme efficaces¹³⁴ : une approche globale, centrée non uniquement sur les produits, mais bien sur les personnes et leur santé physique, mentale et sociale. La promotion de la santé vise avant tout l'augmentation de la capacité des individus et des communautés à agir sur leur santé et leur environnement.

La régulation du marché du cannabis favorise un changement des mentalités et permet de renforcer l'action sur les milieux de vie et sur les autres déterminants de la santé. Ainsi, dans les familles, la réglementation facilite une meilleure compréhension et moins de rejet de la part de l'entourage, ce qui constitue une ressource essentielle pour la santé des jeunes. Dans la rue, elle permet d'éviter les « délits de sale gueule » et l'utilisation du cannabis comme un outil de contrôle social, comme c'est le cas aujourd'hui. À l'école, elle invite les acteurs à réfléchir et à se former à d'autres modes d'intervention que le recours à la police et l'exclusion, actions qui dans leur sillage drainent la confusion entre forces de l'ordre et acteurs relais de prévention.

RÉDUCTION DES RISQUES ET PROMOTION D'UN USAGE RESPONSABLE

Une politique forte d'information doit être développée à destination des citoyens, à l'instar de ce qui est développé pour l'alcool. Les messages de prévention et de réduction des risques, élaborés en collaboration avec des usagères et avec les acteurs spécialisés, doivent permettre d'amener des balises, aux fins d'un usage du cannabis responsable. L'attention du public devra être attirée notamment vers la concentration en THC, la fréquence de la consommation, les quantités consommées, les potentielles addictions connexes, comme le tabac pour le cannabis fumé, les mélanges à éviter, mais également sur les risques sociaux (école, travail, famille, amis,...).

En termes de réduction des risques, des modes de consommation alternatifs, moins nocifs pour la santé que le cannabis fumé, doivent être proposés. L'inha-

lation de vapeurs du cannabis, par exemple via un vaporisateur, présente nettement moins de risques cardio-vasculaires que le cannabis fumé, et ce dès lors que cette inhalation des vapeurs se réalise sans combustion. Afin de limiter le taux de particules toxiques libérées par la combustion, l'utilisation de filtres à cigarette pourra également être encouragée auprès des publics qui souhaitent continuer à fumer du cannabis. Nous en savons cependant encore peu sur le rôle joué par les modes de consommation alternatifs au cannabis fumé dans les risques liés à la consommation de cannabis. Des études scientifiques rigoureuses sur la question devraient dès lors être encouragées et soutenues par les pouvoirs publics.

DES ACTIONS DE PRÉVENTION SPÉCIFIQUES POUR LES GROUPES À RISQUE

Certaines personnes présentent une susceptibilité psychologique, voire une prédisposition à des dérèglements de la fonction psychique. Pour ces personnes, la consommation de cannabis est à déconseiller et les mesures de prévention et de réduction des risques à leur rencontre doivent être renforcées. La consommation de cannabis est également à déconseiller pour les femmes enceintes, chez qui elle peut entraîner des effets négatifs sur le développement du fœtus. Les recherches sur les populations à risque se sont souvent limitées aux deux populations précitées. Des recherches auprès d'autres populations potentiellement à risque, comme les personnes souffrant de maladies cardio-vasculaires, devraient dès lors être encouragées par les pouvoirs publics.

En parallèle avec les mesures ci-dessus, il faudra veiller à lever les barrières à l'accès aux soins et au traitement. Ces barrières sont plus nombreuses pour les femmes enceintes qui font l'objet de jugements moraux encore plus négatifs que les autres usagers. Ces jugements moraux trouvent leurs fondements dans des rapports de genre inégaux et dans une idéologie sexiste. Si la réglementation du cannabis, telle que proposée dans ce texte, facilitera le travail de désigmatisation de l'usage de drogues en général, et de l'usage de drogues par des femmes enceintes en particulier, elle ne le rendra pas caduc.

133 Gagnon et Loslier (2019)

134 La Santé en action (2019)

Pour les professionnelles de la santé, les mesures doivent aller au-delà de la sensibilisation pour aussi inclure des dispositifs qui leur permettent de se former à la détection de l'usage de drogues pendant la grossesse et à l'adoption d'une attitude non jugeante, et de s'informer sur les besoins de l'enfant et de la mère. Prises ensemble, ces mesures de sensibilisation et de formation devraient permettre de prendre en compte le bien-être de l'enfant, mais aussi celui de la mère plutôt que de privilégier l'un au détriment de l'autre.

De manière générale, nous préconisons la mise en place de mesures permettant à tous les intervenants de première ligne de renforcer leurs compétences en matière de promotion de la santé et de reconnaissance des troubles liés aux usages d'alcool et de drogues afin de réagir de manière adéquate et, lorsque nécessaire, de faire le relais vers les services spécialisés. Une information plus générale en la matière peut également être diffusée auprès des acteurs du social-santé, de la jeunesse, de l'enseignement et du grand public.

DES ACTIONS DE PRÉVENTION SPÉCIFIQUES POUR LES MINEURES

Prenant en compte le fait que l'interdit n'entraîne pas forcément l'abstinence, il s'agira de développer une prévention spécifique à l'égard des mineurs, non seulement parce que le propre de l'adolescence est de tester les limites, y compris de l'interdit légal, mais aussi parce que l'adolescence est souvent l'âge des premières consommations et que cette catégorie d'âge présente de fortes prévalences comparées à la population générale. Cette prévention spécifique devrait se développer au moins dans l'espace scolaire, au sein des mouvements de jeunesse, des clubs de sport, et sur Internet.

RENFORCER LES POLITIQUES VISANT À CRÉER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES A LA SANTÉ

Les milieux de vie des jeunes, et notamment le climat scolaire et l'environnement familial, constituent des déterminants importants de la santé. Les politiques de prévention doivent viser à créer des environnements favorables. Dans cette optique, il s'agit notamment de renforcer les compétences des adultes entourant les jeunes en matière de promotion de la santé afin de les aider à mettre en place des programmes de

développement des compétences psychosociales et de l'estime de soi des jeunes. Encore une fois, il s'agit ici de valoriser les politiques de promotion de la santé au sein des milieux de vie des jeunes : déproblématiser pour orienter les actions de prévention vers les questions de bien-être, sortir des réponses immédiates dictées par l'urgence en renforçant les stratégies sur le long terme.

Ce travail s'étend également à d'autres milieux de vie, par exemple au milieu professionnel, au sein duquel les employeurs doivent veiller au bien-être des travailleuses, notamment en instaurant un environnement de travail favorable à leur bonne santé. Plus largement, les politiques tournées vers la justice sociale et la lutte contre les inégalités sociales, notamment en matière de logement ou d'accès aux droits sociaux, participent à créer des environnements favorables à la santé.

FAVORISER LA COOPÉRATION INTERSECTORIELLE ENTRE LE SECTEUR SPÉCIALISÉ ET LES DIFFÉRENTS ACTEURS CONCERNÉS

De nombreuses mesures publiques ont un impact sur la santé et il importe de tenir compte systématiquement des conséquences des politiques publiques en matière de santé en vue d'intégrer la «santé dans toutes les politiques». Il s'agit notamment de mettre en place des protocoles de collaboration entre les entités fédérées en matière d'assuétudes et d'assurer la consultation du secteur spécialisé drogues

Il s'agit également de soutenir les projets, initiatives et rencontres intersectorielles. En effet, il est important que les différents acteurs de la santé (secteur drogues, santé mentale, promotion de la santé, secteur hospitalier, services de Promotion de la Santé à l'École, centres Psycho-Médico-Sociaux,...), mais aussi d'autres acteurs concernés, puissent développer un langage commun, des balises communes et une approche cohérente s'appuyant sur des données probantes.

BALISES POUR RENFORCER LES DISPOSITIFS DE SOINS ET DE TRAITEMENT SPÉCIALISÉS

Ces dernières années ont vu l'émergence de dispositifs de soins et de traitement spécialisés, soit en unités spécifiques, soit en réseaux. Ces deux types de dis-

positifs doivent être renforcés, ainsi que leur articulation avec les secteurs de la santé mentale d'un côté, et ceux de la prévention et de la réduction des risques de l'autre. Il est également primordial que l'information sur l'existence des différents services d'aide et soins soit diffusée aussi largement que possible.

La philosophie générale de soins et de traitement à l'égard du cannabis, et des drogues en général, devrait instituer le médecin généraliste comme premier acteur de santé pour la consommatrice. Ce médecin généraliste doit toutefois être soutenu, soit par des réseaux d'expertise auxquels il peut se référer pour discuter de cas problématiques, soit par des services spécialisés auprès desquels il peut réorienter les consommatrices problématiques lorsque la prise en charge en médecine générale atteint ses limites.

FORMATIONS CONTINUES À L'ÉGARD DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les différents cénacles de formation continue à destination des médecins généralistes, tels que les GLEM (Groupes locaux d'évaluation médicale) et les Dodécagroupes (groupes visant à la formation continue des médecins généralistes, autour d'une problématique spécifique, au sein de la SSMG), mais aussi les colloques spécialisés, devraient permettre de renforcer durablement le savoir des professionnelles de santé de première ligne. Les autorités devraient appeler les sociétés de médecine générale et les fédérations spécialisées du secteur assuétudes, ou leurs membres, à

constituer des modules de formation à destination des médecins généralistes. Parce que la qualité et la pertinence de ces formations seront cruciales, elles pourraient être évaluées de manière indépendante via des audits externes annuels, et ce durant les premières années de la nouvelle réglementation cannabis.

RENFORCEMENT DE RÉSEAUX OPÉRANT À LA RENCONTRE ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET ACTEURS SPÉCIALISÉS

Au-delà de la formation des médecins généralistes, la disponibilité de supports informatifs, que ce soit en matière de prévention, de réduction des risques ou d'usages thérapeutiques, est certainement nécessaire. C'est là qu'apparaît la pleine pertinence de réseaux opérant à la rencontre entre médecins généralistes et services spécialisés, l'avantage étant de permettre un partage de connaissance et d'expérience des services spécialisés vers les médecins généralistes.

RENFORCEMENT DE L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS VIA DES OUTILS NUMÉRIQUES

Des outils en ligne, spécifiques sur le cannabis, de type «self-help», faciliteraient l'accessibilité de l'information et des soins en matière de cannabis. Ils peuvent soutenir et renforcer une démarche de soin pour des publics qui ne se retrouvent pas dans les structures de soin. Ces outils sont complémentaires aux services existants en matière d'aide aux personnes qui sont en difficulté avec leur consommation, ou celle d'un proche.

RECOMMANDATIONS

- Changer en profondeur la législation, à minima **décriminaliser tous les comportements entourant l’usage du cannabis** à des fins personnelles (détention, acquisition, transport, culture,...), et adapter le cadre organisationnel afin de permettre la **régulation du cannabis dans une perspective de santé publique**.
- **Encadrer la consommation de cannabis**
 - Maintenir un interdit légal pour les mineurs ;
 - Limiter la consommation dans l’espace public, notamment dans les lieux publics non couverts ou aux abords des lieux fréquentés par les mineures ;
 - Instaurer des lieux de consommation gérés par des opérateurs privés ou associatifs et au sein des Cannabis Social Clubs (pour les membres) ;
 - Limiter les quantités achetées et détenues ;
 - Contrôler les concentrations en THC selon les produits du cannabis (fleurs, huiles e-liquide, etc.) et adapter le prix, le packaging et les conseils de réduction des risques en fonction ;
 - Limiter le tourisme du cannabis en fixant une quantité maximum par personne et par jour pour les non-résidents.
- **Encadrer le système de production et de distribution**
 - Instaurer des licences de production : une pour les acteurs industriels agréés par l’État, une autre pour les Cannabis Social Clubs et les petites productrices, et une troisième pour les acteurs produisant du cannabis à des fins thérapeutiques. Chaque type de licence est assorti d’un cahier des charges spécifique qui définit un ensemble de règles plus ou moins contraignantes. L’État met en place les outils de contrôle, notamment en matière de qualité du cannabis ;
 - Licences de transformation afin d’encadrer la production des différents sous-produits du cannabis ;
 - Licences de distribution : trois types de licences seraient proposées, pour les acteurs marchands, pour les Cannabis Social Clubs et pour le réseau des pharmacies ;
 - Interdire toute publicité, marketing ou sponsoring ;
 - Imposer des contraintes d’étiquetage afin d’informer au mieux les consommateurs ;
 - Imposer la traçabilité sur toute la chaîne, de la productrice au consommateur afin d’éviter le détournement des produits et plants vers le marché noir ;
 - Autoriser la vente en ligne gérée par l’État ;
 - Autoriser l’autoculture à domicile ;
 - Réintégrer certains acteurs du marché noir vers le marché légal.
- **Favoriser l’accès au cannabis à usage thérapeutique**
 - Impliquer les bénéficiaires : les bénéficiaires finaux du programme, les associations de patients et le secteur associatif spécialisé « drogues » doivent être impliqués et consultés dans l’ensemble du processus ;
 - Élargir les groupes cibles : le cannabis thérapeutique doit être ouvert à toute personne souffrant d’une affection susceptible d’être soignée ou soulagée par ce type de traitement ;
 - Former les praticiennes : la formation et la sensibilisation des professionnels du soin doivent permettre une meilleure prescription et délivrance des produits ;
 - Contrôler les prix et assurer le remboursement par l’assurance maladie afin de garantir l’accessibilité des traitements et produits ;

RECOMMANDATIONS

- Financer et soutenir la recherche : la recherche scientifique permet de mieux connaître les effets, applications et bienfaits des différents cannabinoïdes présents dans le cannabis ;
 - Autoriser l'autoculture afin de favoriser l'autonomie des patientes et garantir la liberté de choisir la meilleure manière de se soigner.
- **Favoriser une offre non marchande en reconnaissant les Cannabis Social Clubs et en leur fournissant un cadre légal**
- Octroyer des licences de production et de transformation aux clubs ;
 - Imposer un cahier des charges en matière de production et de transformation : mettre en place des procédures de contrôle, notamment de la qualité du cannabis ;
 - Limiter le nombre de membres par club ;
 - Autoriser les clubs à ouvrir des lieux de consommation ;
 - Informer et former les employés des clubs à la prévention des assuétudes et à la réduction des risques.
- **Favoriser une approche globale de l'usage de cannabis centrée sur les personnes et leur santé physique, mentale et sociale.**
- Renforcer les politiques de promotion de la santé, de prévention des assuétudes et de Réduction des Risques à destination des consommatrices et du grand public ;
 - Soutenir des actions de prévention spécifiques pour les mineurs, les jeunes adultes et les groupes à risque (personnes vulnérables, femmes enceintes,...) ;
 - Favoriser la coopération intersectorielle entre le secteur spécialisé et les différents acteurs concernés ;
 - Renforcer les dispositifs de soins et de traitement spécialisés des consommations problématiques ;
 - Renforcer les formations continues à l'égard des médecins généralistes ;
 - Renforcer les réseaux opérant à la rencontre entre médecins généralistes et acteurs spécialisés ;
 - Renforcer l'accessibilité des soins via les outils numériques.
- **Instaurer un organe de contrôle chargé de coordonner la collecte d'informations relatives aux surfaces cultivées et aux quantités en circulation, d'établir les règles en matière de consommation, de production, de transformation et de distribution, d'octroyer les licences aux différents acteurs agréés et enfin, de définir la politique des prix et de taxation.**
- **Assurer la récolte de données afin de mesurer et d'évaluer les effets d'une régulation du cannabis en termes de santé publique, d'économie, de prévalence de l'usage, etc. en vue d'ajuster les mesures prises et d'améliorer la réforme.**
- **Évaluer la réforme de manière continue : la régulation du cannabis doit être régulièrement évaluée, sur base des données récoltées, afin de procéder à des ajustements si nécessaire, d'éviter les situations de monopole et de s'assurer que les objectifs de santé publique sont respectés.**

BIBLIOGRAPHIE

- Adamowicz, P. (2016). *Fatal intoxication with synthetic cannabinoid MDMB-CHMICA*. Forensic Science International, 261, 5-10.
- Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L., & Nougier, M. (2018). Medicinal cannabis policies and practices around the world. IDPC Briefing Paper.
- Alvarez Garcia, Javier & Olmeda Majón-Cabeza (2009). *El delito de tráfico de drogas Tirant Lo Blanch* in Sociograph, Revue internationale des modèles de régulation du cannabis, Anne Philibert et Frank Zobel, 2019, numéro 41 <https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fr/publications/dernierespublications/sociograph-41-sociological-research-studies/>
- Antoine, J. (2019). L'enregistrement TDI en Belgique : Rapport annuel, année d'enregistrement 2018. Bruxelles : Sciensano (N°D/2019/14.440/105).
- Arnold, M., (11 septembre 2018). *GW Pharma's Enormous Price for Epidiolex*. En ligne https://cannabisindustryjournal.com/feature_article/gw-pharmas-enormous-price-for-epidiolex/, consulté le 4 mars 2020.
- Auriol, E., & Geoffard, P. Y. (2019). *Cannabis : comment reprendre le contrôle ?* Conseil d'analyse économique (N°52).
- Bachhuber, M. A., Saloner, B., Cunningham, C. O., & Barry, C. L. (2014). *Medical Cannabis Laws and Opioid Analgesic Overdose Mortality in the United States, 1999-2010*. Journal of the American Medical Association Internal Medicine, 174(10), 1668-1673.
- Backes, M. (2016). *Cannabis médicinal*. Paris : Hugo et Cie.
- Barceló, B., Pichini, S., López-Corominas, V., Gomila, I., Yates, C., Busardò, F. P., & Pellegrini, M. (2017). *Acute intoxication caused by synthetic cannabinoids 5F-ADB and MMB-2201: A case series*. Forensic science international, 273, 10-14.
- Belspo (2019). *Évaluation des modèles alternatifs de publicité de l'alcool de régulation en Belgique* ALMOREGAL. (DR/77). <http://belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=DR%2F77>
- Belspo (2016) *Le coût social des drogues légale et illégales en Belgique*, étude Belspo (DR/66). <https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=DR%2F65>
- Bhanushali, G. K., Jain, G., Fatima, H., Leisch, L. J., & Thornley-Brown, D. (2013). AKI associated with synthetic cannabinoids: a case series. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 8(4), 523-526.
- Blasco-Benito, S., Seijo-Vila, M., Caro-Villalobos, M., Tundidor, I., Andradas, C., García-Taboada, E., Wade, J., Smith, S., Guzmán, M., Pérez-Gómez, E., Gordon, M., & Sánchez, C. (2018). *Appraising the "entourage effect": antitumor action of a pure cannabinoid versus a botanical drug preparation in preclinical models of breast cancer*. Biochemical pharmacology, 157, 285-293.
- Breivik, H, Collett, B, Ventafridda, V, Cohen, R, & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain, 10, 287-333.
- Camchong, J., Lim, K. O., & Kumra, S. (2017). Adverse effects of cannabis on adolescent brain development: A longitudinal study. Cereb Cortex, 27(3), 1922-1930.
- CannaLex (2017). *Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, État de Washington, Uruguay)* : Une étude de l'INHESJ

- en partenariat avec l'OFDT pour le compte du CSFRS.
- Centre d'Action Laïque (2017). *Drogues : pour une stratégie vraiment efficace. Les propositions du CAL*. Bruxelles : Jean De Brueker, CAL (N°D/2017/2731/3).
- Cohen, J., Morrison, S., Greenberg, J., & Saidinejad, M. (2012). *Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids*. *Pediatrics*, 129(4), e1064-e1067.
- Cole, C., Jones, L., McVeigh, J., Kicman, A., Syed, Q., & Bellis, M. (2010). *Adulterants in illicit drugs: a review of empirical evidence*. *Drug Testing and Analysis*, 3(2), 89–96.
- Coppel, A. (2002). *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la Réduction des Risques*. Paris : La Découverte.
- Coppel, A., Lebeau, B., Olivet, F., & Stella, A. (2017). *Changement dans les politiques des drogues?* Paris : Chimères (N°91).
- Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Machado-de-Sousa, J. P., Queiroz, R. H. C., Bergamaschi, M., Chagas, M. H. N., & Zuardi, A. W. (2012). *Cannabidiol for the treatment of cannabis withdrawal syndrome: a case report*. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 38(2), 162-164.
- Critchlow, N., MacKintosh, A. M., Thomas, C., Hooper, L., & Vohra, J. (2019). *Awareness of alcohol marketing, ownership of alcohol branded merchandise, and the association with alcohol consumption, higher-risk drinking, and drinking susceptibility in adolescents and young adults: a cross-sectional survey in the UK*. *BMJ Open*, 9(3).
- Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2013). *Cannabis : bis? Plaidoyer pour une évaluation critique de la politique belge en matière de cannabis*. KU Leuven/UGent.
- Decorte, T., De Grauwe, P., & Tytgat, J. (2017). *Le cannabis sous contrôle : comment ?* Leuven : LannooCampus.
- Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., Trotta, A., Ferraro, L., et al., (2014). *Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users*. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1509–1517.
- Drieskens, S., Charafeddine, R., Van der Heyden, J. (2019). *Enquête de santé 2018 : Douleur physique*. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/29.
- Dryburgh, L. M., Bolan, N. S., Grof, C. P., Galettis, P., Schneider, J., Lucas, C. J., & Martin, J. H. (2018). *Cannabis contaminants: sources, distribution, human toxicity and pharmacologic effects*. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(11), 2468-2476.
- Dujeu M., Pedroni C., Lebacqz T., Desnouck V., Moreau N., Holmberg E., Castetbon K. *Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites*. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2020. [À paraître]
- Dumay, J.-M. (coord.), « Drogues, changer la donne », Manière de voir, Monde Diplomatique, février-mars 2019, N°163. <https://www.monde-diplomatique.fr/mav/163/>
- Elikkottil, J., Gupta, P., & Gupta, K. (2010). *The analgesic potential of cannabinoids*. *Journal of Opioid Management*, 6(1), 14.
- European Coalition for Just and Effective Drug Policies, *Code de conduite pour un Cannabis Social Club Européen* <https://cannabis-social-clubs.eu/fr/code-de-conduite-pour-un-cannabis-social-club-europeen> & <https://www.encod.org>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013b). *Perspectives on drug: Synthetic cannabinoids in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Medical use of cannabis and cannabinoids: Questions and answers for policymaking*.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Usage médical du cannabis et des cannabinoïdes : Questions et réponses à l'intention des décideurs politiques*. Décembre 2018.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). *Portugal Country Drug Report 2019*. En ligne http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11331/portugal-cdr-2019_0.pdf, consulté le 19 février 2020.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). *Rapport européen sur les drogues : Tendances et évolutions*.
- European Parliament. (11 janvier 2019). *European Parliament resolution on use of cannabis for medicinal purposes* (2018/2775(RSP)). En ligne https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-8-2019-0071_EN.html, consulté le 10 décembre 2019
- Eurotox. (4 décembre 2019). *La cigarette électronique : nouvelle menace pour la santé publique ?* En ligne <https://eurotox.org/2019/12/04/la-cigarette-electronique-nouvelle-menace-pour-la-sante-publique/>, consulté le 10 décembre 2019
- Evrard, S. (2018). *Espace de libertés - Cannabis, project*. Bruxelles : Jean De Brueker, CAL (N°473).
- Fisher, B., Russell, C., Sabioni, P. Van Den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., Rehm, J., & Room, R. (2017). *Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations*. American Journal of Public Health, 107(8), pp. e1-e12.
- Folia Pharmacotheapeutica, *Le point sur l'usage médical du cannabis et des cannabinoïdes*, décembre 2019. <https://www.cbip.be/fr/articles/3219?folia=3217>
- Fontana, C. (2000). *Des usages thérapeutiques du cannabis et de l'automédication : premier état de la recherche-juin 1999 (2000)*. Psychotrope, 6(3), 27-64.
- Freeman, T.P., & Winstock, A.R. (2015). *Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence*. Psychological Medicine, 45(15), 3181-3189.
- Gagnon, F. & Loslier, J. (2019)., *Des réseaux clandestins à un réseau autorisé du cannabis : quelles conséquences pour la prévention au Québec ?* Dépendances, 66, 10-12.
- Geoffard, P.Y., Beuve, J. & Fize, E. (2019). *Une filière du cannabis en France*. Conseil d'analyse économique. Focus. N° 03402019 <http://www.cae-eco.fr/Focus-no-34-Une-filiere-du-cannabis-en-France-477>
- Gisle, L., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018 : Usage des drogues*. Bruxelles : Sciensano (N°D/2019/14.44/68).
- Goggin, M. M., Shahriar, B. J., Stead, A., & Janis, G. C. (2019). *Reduced urinary opioid levels from pain management patients associated with marijuana use*. Pain management, 9(5), 441-447.
- Gouvernement du Canada. (11 août 2016). *Information bulletin: safety and security considerations when producing cannabis for your own medical purposes*. En ligne <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/information-bulletin-safety-security-considerations-producing-cannabis-for-own-medical-purposes.html>, consulté le 4 mars 2020
- Grotenhermen, F., & Müller-Vahl, K. (2016). *Medicinal uses of marijuana and cannabinoids*. Critical reviews in plant sciences, 35(5-6), 378-405.
- Guillain C., Scalia D., *La répression des drogues : comment sortir de l'impasse ?*, Les coûts du système pénal, Les dossiers de la Revue de droit pénal et de criminologie, La Chartre, Bruxelles, 2020, pp. 145-161.
- Gunderson, E. W., Haughey, H. M., Ait-Daoud, N., Joshi, A. S., & Hart, C. L. (2012). *"Spice" and "K2" herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans*. The American journal on addictions, 21(4), 320-326.
- Gurney, S.M.R. Scott, K.S. Kasinko, S.L. Presley, B.C., & Logan, B.K. (2014). *Pharmacology, toxicology, and adverse effects of synthetic cannabinoid drugs*. Forensic Science Review, 26(1), 53-78.

- Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). *Adverse health effects of non-medical cannabis use*. The Lancet, 374(9698), 1383-1391.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2015). *High potency cannabis: a risk factor for dependence, poor psychosocial outcomes, and psychosis*. British Medical Journal, 350:h1205.
- Hautefeuille, M., & Wiewiorka, E. (2014). *La légalisation des drogues : une mesure de santé public*. Paris : Odile Jacob.
- Heath, T. S., Burroughs, Z., Thompson, A. J., & Tecklenburg, F. W. (2012). Acute intoxication caused by a synthetic cannabinoid in two adolescents. The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics, 17(2), 177-181.
- Hogge, M. (2014). Euphorisants légaux et nouvelles drogues de synthèse : enjeux et risques sanitaires. Psychotropes, 20(3), 79-100.
- Hogge, M. (2015). *L'usage de cannabis en Europe : Étude comparative des systèmes législatifs et de la prévalence d'usage*. Prospective Jeunesse : Drogues, Santé et Prévention, 72, 4-9.
- Kassirer, J. (1997). *Federal Foolishness and Marijuana*. New England Journal of Medicine 336, 366-367.
- Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond. (17 août 2015). *Sativex : disponibilité pour le patient belge*. En ligne <https://www.klav.be/klavinfo/fr/sativex-disponibilit-pour-le-patient-belge>, consulté le 23/10/2019.
- Kopp, P., Ben Lakhdar, C. & Perez, R. (2014). Cannabis : *Réguler le marché pour sortir de l'impasse*. Terra Nova.
- Kraan, T., Velthorst, E., Koenders, L., Zwaard, K., Ising, H. K., van den Berg, D., de Haan, L., & van der Gaag, M. (2016). *Cannabis use and transition to psychosis in individuals at ultra-high risk: review and meta-analysis*. Psychological medicine, 46(4), 673-681.
- La Santé en action. (2019). *Prévention des addictions : interventions probantes et évaluation*. France : Santé publique France (NS12-449-19R).
- Le Figaro. (13 décembre 2018). *Cinq questions sur le cannabis thérapeutique*. En ligne <https://sante.lefigaro.fr/article/cinq-questions-sur-le-cannabis-therapeutique-en-voie-d-autorisation-en-france/>, consulté le 19/01/2020.
- Layden, J. E., Ghinai, I., Pray, I., Kimball, A., Layer, M., Tenforde, M., et al. (2019). *Pulmonary illness related to e-cigarette use in Illinois and Wisconsin—preliminary report*. New England journal of medicine.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). *Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test*. Journal of Substance Use, 12(4), 233-242.
- Legleye, S., Piontek, D., & Kraus, L. (2011). *Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents*. Drug and Alcohol Dependence, 113(2-3), 229-235.
- Lester, B. M., Andreozzi, L., & Appiah, L. (2004). *Substance use during pregnancy: time for policy to catch up with research*. Harm Reduction Journal, 1(1), 5.
- Levy, J. (2018). *Is Decriminalisation Enough? Drug User Community Voices from Portugal*. Royaume-Uni : INPUD.
- Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaegen, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W. & Annemans, L. (2016). *The social cost of legal and illegal drugs in Belgium*. IRCP Research Series, vol. 51. Antwerpen: Maklu.
- Lindigkeit, R., Boehme, A., Eiserloh, I., Luebbecke, M., Wiggermann, M., Ernst, L., & Beuerle, T. (2009). *Spice: a never ending story?*. Forensic science international, 191(1-3), 58-63.
- Lopez-Larson, M. P., Bogorodzki, P., Rogowska, J., McGlade, E., King, J. B., Terry, J., & Yurgelun-Todd, D. (2011). *Altered prefrontal and insular cortical thickness in adolescent marijuana users*. Behavioural brain research, 220(1), 164-172.

- Lucas, P. G. (2008). *Regulating compassion: An overview of Canada's federal medical cannabis policy and practice*. Harm Reduction Journal, 5(1), 5.
- Lucas, P. (2012). *Cannabis as an adjunct to or substitute for opiates in the treatment of chronic pain*. Journal of psychoactive drugs, 44(2), 125-133.
- McKeever, R. G., Vearrier, D., Jacobs, D., LaSala, G., Okaneku, J., & Greenberg, M. I. (2015). *K2—not the spice of life; synthetic cannabinoids and ST elevation myocardial infarction: a case report*. Journal of Medical Toxicology, 11(1), 129-131.
- Médor & Jetpack.AI (septembre 2019), *La douleur des belges*. En ligne <https://medor.coop/nos-series/la-douleur-des-belges/opioides-datavisualisations/>, consulté le 4 mars 2020.
- Mir, A., Obafemi, A., Young, A., & Kane, C. (2011). *Myocardial infarction associated with use of the synthetic cannabinoid K2*. Pediatrics, 128(6), e1622-e1627.
- Moiny, C. (2018). *Non, la détention d'une faible quantité de cannabis à usage personnel n'est pas autorisée !* En ligne <http://www.justice-en-ligne.be/article1047.html>, consulté le 4 mars 2020.
- Mormont, M. (2014). *La tolérance zéro est une hérésie* in Alter Échos N°393. En ligne <https://www.alterechos.be/la-tolerance-zero-est-une-heresie-3/>, consulté le 4 mars 2020.
- Murphy, S., & Rosenbaum, M. (1999). *Pregnant women on drugs*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- National Institute on Drug Abuse (janvier 2019). *Overdose Death Rates*. En ligne <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>, consulté le 11/01/2020.
- Ng, C. H., Sulaiman, M., Kunalan, C., & Abdullah, A. F. L. (2013). *Analysis of synthetic cannabinoids in herbal products*. Malaysian Journal of Forensic Sciences, 4(1), 39-46.
- NORML France (2018). *Le Canada : un exemple de politique responsable ?* En ligne <https://www.norml.fr/le-canada-un-exemple-de-politique-responsable/>, consulté le 4 mars 2020
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. The Lancet, 376(9752), 1558-1565.
- O'Connell, M., Sandgren, M., Frantzen, L., Bower, E., & Erickson, B. (2019). *Medical Cannabis: Effects on Opioid and Benzodiazepine Requirements for Pain Control*. Annals of Pharmacotherapy, 53(11), 1081-1086.
- Obradovic, I. (2017). *Actualité de la régulation du cannabis aux États-Unis*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (N°2017-02).
- Obradovic, I. (2018). *La légalisation du cannabis au Canada : Genèse et enjeux de la réforme*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (N°2018-04).
- [Dutch] Office of Medicinal Cannabis (Bureau voor Medicinale Cannabis) (2002). *Guidelines for cultivating cannabis for medicinal purposes*. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J175v03n02_05
- Pamplona, F. A., da Silva, L. R., & Coan, A. C. (2018). *Potential Clinical Benefits of CBD-Rich Cannabis Extracts Over Purified CBD in Treatment-Resistant Epilepsy: Observational Data Meta-analysis*. Frontiers in neurology, 9, 759.
- Paoli, L., Decorte, T., et al. (2018). *Une nouvelle politique belge en matière de cannabis ? Évaluations, options et recommandations* : Document de réflexion présenté par un groupe de travail de Metaforum au symposium du 22 mars 2018. Leuven : Metaforum KU Leuven (N°16).
- Philibert, A., & Zobel, F. (2019). *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis*. Genève : Université de Genève.

- Pisanti, S., Malfitano, A.M., Ciaglia, E., Lamberti, A., Ranieri, R., Cuomo, G., Abate, M., Faggiana G., Proto, M. C., Fiore, D., Laezza, C., & Bifulco, M. (2017). ***Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications.*** *Pharmacology & Therapeutics*, 175, 133-150.
- Police Contre la Prohibition. (11 février 2020). ***Sécurité routière et stupéfiants : Pour des tests de dépistage comportementaux.*** En ligne <https://www.stoplaprohibition.fr/securite-routiere-stupefiants-thc>, consulté le 18/02/2020.
- Powell, D., Pacula, R. L., & Jacobson, M. (2018). ***Do medical marijuana laws reduce addictions and deaths related to pain killers?*** *Journal of Health Economics*, 58, 29-42.
- Raone, J. (éd.), Hanard, A., & Proesmans, S., (2019). ***Cannaconomics : Une estimation des impacts d'une légalisation du cannabis sur les finances publiques.*** Groupe du Vendredi (N°D/2848/2019/10). <https://www.v-g-v.be/fr/publications/rapports/l%C3%A9galiser-le-cannabis>
- Robison, L. L., Buckley, J. D., Daigle, A. E., Wells, R., Benjamin, D., Arthur, D. C., & Hammond, G. D. (1989). ***Maternal drug use and risk of childhood nonlymphoblastic leukemia among offspring. An epidemiologic investigation implicating marijuana (a report from the Childrens Cancer Study Group).*** *Cancer*, 63(10), 1904-1911.
- Rolles, S. & Murkin, G. (2013). ***How to regulate cannabis: A practical guide.*** Royaume-Uni : Transform Drug Policy Foundation (ISBN 978-0-9556428-5-2).
- Russo, E. B. (2011). ***Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid terpenoid entourage effects.*** *British journal of pharmacology*, 163(7), 1344-1364.
- Russo, E. B. (2019). ***The Case for the Entourage Effect and Conventional Breeding of Clinical Cannabis: No "Strain," No Gain.*** *Frontiers in plant science*, 9, 1969.
- Seely, K. A., Lapoint, J., Moran, J. H., & Fattore, L. (2012). ***Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids.*** *Progress in Neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 39(2), 234-243.
- Simon, N., Basset, B., Rigaud, A., & Savy, M. (2019). ***Le lobby du cannabis : Les grandes manœuvres dans la perspective d'une légalisation.*** Paris : Association Nationale de prévention en alcoologie et addictologie (N°37).
- Smith, N. (2005). ***High potency cannabis: The forgotten variable.*** *Addiction*, 100(10), 1558-1560.
- Spilka, S., Janssen, E., & Legleye, S. (2013). ***Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST).*** Office Français des Drogues et Toxicomanies, Note, (2013-02), 9.
- Stévenot, C., & Hogge, M. (2020). ***Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie.*** Bruxelles : Eurotox
- Stockings, E., Campbell, G., Hall, W. D., Nielsen, S., Zagic, D., Rahman, R., Murnion, B., Farrell, M., Weier, M., & Degenhardt, L. (2018). ***Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies.*** *Pain*, 159(10), 1932-1954.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1971-2014). ***Cover of National Survey on Drug Use and Health : Summary of Methodological Studies, 1971-2014.*** Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- The Global Commission on Drug Policy (2011). ***La guerre aux drogues : Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues.*** <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-war-on-drugs>
- The Global Commission on Drug Policy (2018). ***Régulation. Pour un contrôle responsable des drogues : Rapport 2018.*** <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs>

- The Global Commission on Drug Policy (2019). *La classification des substances psychoactives. Lorsque La science n'est pas écoutée : Rapport 2019*. <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/classification-psychoactive-substances>
- Thirion, R. (2019). *Le cannabidiol, composé naturel du Cannabis Sativa : une substance d'abus peut-elle aider à guérir les addictions ?* Revue de l'état actuel de la littérature et pistes de réflexions. Liège : Mémoire non publié.
- Thornton, S. L., Wood, C., Friesen, M. W., & Gerona, R. R. (2013). *Synthetic cannabinoid use associated with acute kidney injury*. *Clinical Toxicology*, 51(3), 189-190.
- Tytgat, J., Van Damme, P., Cuypers, E., & Vanhove, W. (2017). *La culture illicite de cannabis en intérieur - les dangers pour l'environnement et le personnel d'intervention (HILCAN) : résumé*. Bruxelles : BELSPO.
- Ukkola-Pons, E., Weber-Donat, G., Teriitehau, C., Calcina, P., Baccialone, J., Vaylet, F., Jeanbourquin, D., & Potet, J. (2010). *Imagerie de la pneumopathie huileuse*. *Feuillets de radiologie*, 50(1), 3-9.
- Van Damme, J. (19 septembre 2019). *Wat zegt de wet over cannabis ?* En ligne <https://www.vad.be/artikels/detail/wat-zegt-de-wet-over-cannabis>, consulté le 10 décembre 2019.
- Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J., & Lievens, D. (2011). *Drugs in cijfers III, Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugbeleid in België*. Gent: Academia Press.
- Van Ruymbeke, L. (5 mai 2019). *Sondage exclusif : un oui massif au cannabis dépenalisé*. En ligne <https://www.levif.be/actualite/belgique/sondage-exclusif-un-oui-massif-au-cannabis-depenalise/article-normal-1131395.html>, consulté le 17 décembre 2019
- Vasiljevic, M., Coulter, L., Petticrew, M., & Marteau, T. M. (2018). *Marketing messages accompanying online selling of low/er and regular strength wine and beer products in the UK: a content analysis*. *BMC public health*, 18(1), 147.
- Wells, D. L., & Ott, C. A. (2011). *The "new" marijuana*. *Annals of Pharmacotherapy*, 45(3), 414-417.
- Werb, D., Kerr, T., Nozik, B., Strathdee, S., Montaner, J., & Wood, E. (2013). *The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems*. *British Medical Journal Open*, 3, 1-9.
- Zuardi, A. W., Crippa, J. A., Hallak, J. E., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., Martín-Santos, R., McGuire, P.K., & Guimarães, F.S. (2012). *A critical review of the antipsychotic effects of cannabidiol: 30 years of a translational investigation*. *Current Pharmaceutical Design*, 18(32), 5131-5140.
- Zuba, D., & Byrska, B. (2013). *Analysis of the prevalence and coexistence of synthetic cannabinoids in "herbal high" products in Poland*. *Forensic Toxicology*, 31(1), 21-30.