



- [L'OFDT](#)
- [Actualités et presse](#)
- [Produits et addictions](#)
- [Populations et contextes](#)
- [Régions et territoires](#)
- [Europe et international](#)

Synthèse thématique : cannabis





Présentation

[↑ haut du document](#)

Le cannabis est une plante dont l'espèce la plus répandue est le *Cannabis sativa* (chanvre indien) et ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au delta-9-tetrahydrocannabinol. Il est classé en France comme stupéfiant. Il se présente sous 3 formes : l'herbe (feuilles, tiges et sommités fleuries séchées), la résine (le "haschisch") et l'huile (plus concentrée en principe actif). Généralement, l'herbe et le haschisch se fument sous forme de "joint" (avec du tabac, sous la forme d'une cigarette roulée). L'huile est plutôt consommée à l'aide d'une pipe. Plus marginalement, le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (gâteaux *space-cakes*) ou bu (infusions) [1].



Production / offre

[↑ haut du document](#)

Saisies

Le marché du cannabis (résine et herbe) atteint un volume annuel consommé d'environ 154 tonnes pour un chiffre d'affaires de 1,12 milliard d'euros, soit près de la moitié du chiffre d'affaires de l'ensemble des drogues illicites en France [2].

En 2017, les saisies d'herbe de cannabis ont atteint un niveau historique avec plus de 20 tonnes (+ 11 % par rapport à 2016). L'herbe représente désormais près de 23 % des saisies totales de cannabis contre 6 % en 2012. L'importance grandissante du marché de l'herbe en France est corroborée par l'ampleur des confiscations de plants, dont plus de 137 000 ont été saisis sur le territoire en 2017, un niveau très élevé [3].

Interpellations

En 2010, dernière année pour laquelle on dispose du détail par produit, 90 % des interpellations concernaient l'usage simple de cannabis.

Modes d'approvisionnement en cannabis

Dans leur grande majorité (69,8 %), les usagers de cannabis dans le mois de 17 ans disent obtenir

leur cannabis gratuitement, par le biais de dons ou de consommations partagées. Ensuite, le réseau d'amis ou de proches (54,4 %) constitue la principale source d'achat, suivi par le recours à un revendeur, qu'il soit un intermédiaire habituel (37,5 %) ou inconnu (25,9 %). L'autoculture de cannabis est déclarée par moins de un usager sur vingt (4,9 %) et l'achat sur Internet est presque inexistant (1,4 %).

En outre, cet approvisionnement dépend aussi fortement de la fréquence de consommation. Un usager régulier de cannabis (> 10 fois/mois) ne pourra pas se contenter de dons : ils sont 81,8 % à rapporter avoir acheté auprès de leur revendeur « habituel » dans l'année, alors que ce n'est le cas que pour 29,6 % des usagers dans le mois mais pas réguliers. Pour autant, une large part des usagers réguliers confient aussi fumer à la faveur d'un don ou d'un partage, traduisant très probablement le caractère collectif de la consommation de cannabis [4].

En population adulte, en 2010, on estime à 80 000 le nombre de personnes ayant consommé du cannabis dans l'année et déclarant se l'être procuré uniquement par le biais de l'autoculture. Les données de 2005, pas directement comparables avec celles de 2010, estimaient à 200 000 le nombre de personnes se procurant occasionnellement du cannabis par le biais de la cannabiculture [1].

Teneur et prix

En 2016, le prix médian de l'herbe de cannabis s'établit d'après l'OCRTIS à environ 11 €. Ce prix est en hausse par rapport aux années précédentes (6,5 € en 2009, 7 € en 2010, 7,5 € en 2011 et 8 € en 2012). Cette augmentation du prix de l'herbe s'expliquerait par le fait qu'une fraction croissante des consommateurs privilégient des produits qu'ils perçoivent comme étant de « bonne qualité ».

Le prix médian de la résine de cannabis est stable. En 2016, il s'élève à 7 € le gramme.

Face à ces évolutions du marché, et notamment l'appétence des usagers pour l'herbe jugée de meilleure qualité, les trafiquants de résine de cannabis tendent à s'adapter en proposant des résines plus dosées [5].

La teneur moyenne en THC dans les résines en augmentation depuis les années 2000 semble se stabiliser en 2017 à 23 % pour les saisies et enregistre même une baisse dans les échantillons collectés par SINTES, passant de 30 % en 2016 à 25 % en 2017. Cependant, le taux de THC des résines a tout de même doublé en 10 ans. Cela est dû essentiellement à l'augmentation de la circulation de résines fortement dosées (> 15 %) et à la baisse concomitante de la circulation des résines faiblement dosées (< 2 %). Le taux maximum de THC relevé dans un échantillon de résine collecté par le dispositif SINTES est de 58 % en 2016 [6].

Concernant la forme herbe, cette augmentation n'est observée que pour les échantillons saisis entre 2009 et 2013. Depuis 2015, la teneur moyenne semble se stabiliser autour des 10 %. Enfin, dans les échantillons collectés par SINTES, les teneurs en THC oscillent entre 5 et 15 % depuis 2009. Cependant, il arrive que certaines herbes présentent des teneurs relativement élevées, notamment celles acquises sur le darknet.



Consommation

[haut du document](#)

En population adolescente

Parmi les jeunes collégiens

Le cannabis est la première substance illicite consommée par les adolescents [7]. En 2014, un collégien sur dix déclare avoir déjà consommé du cannabis. Comme en 2010, l'expérimentation du cannabis durant les années collège ne débute réellement, le cas échéant, qu'à partir de la 4^e, où un élève sur dix déclare en avoir déjà fumé au moins une fois. À l'exemple de celle des ivresses, cette expérimentation se caractérise donc par une très forte progression entre la 6^e (1,4 %) et la fin du collège, où elle est rapportée par près de un jeune sur quatre (23,9 %). Parmi les plus jeunes, l'expérimentation concerne essentiellement les garçons alors que, par la suite, les écarts de niveaux entre les garçons et les filles s'amenuisent nettement. Ils restent néanmoins statistiquement significatifs, ce qui n'était pas le cas en 2010 où les filles présentaient en 4^e comme en 3^e des niveaux comparables à ceux des garçons. L'écart de 6 points observé aujourd'hui entre les filles et les garçons de 3^e provient d'un double mouvement : d'une part d'une légère baisse des niveaux parmi les jeunes filles entre 2010 et 2014, et, d'autre part, d'une faible hausse parmi les garçons en 4^e et en 3^e. Au total, ces deux tendances antagonistes se neutralisent et les niveaux d'expérimentation de cannabis au collège en 2014, sans distinction de sexe, s'avèrent identiques à ceux de 2010.

À la fin de l'adolescence

En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (39,1 %) [4]. Cette prévalence est la plus basse jamais enregistrée dans l'enquête ESCAPAD : elle est inférieure de 9 points à celle de 2014 et de 11 points par rapport à 2002, lorsque la moitié des adolescents se disaient expérimentateurs. La baisse des usages de cannabis concerne l'ensemble des indicateurs : l'usage dans l'année diminue de 7 points, passant de 38,2 % à 31,3 %, alors que l'usage régulier recule de 2 points, passant de 9,2 % à 7,2 %. Les consommations sont d'autant plus masculines que leur fréquence est élevée, notamment les niveaux d'usages réguliers qui varient du simple au double entre filles et garçons (4,5 % vs 9,7 %). Ce recul généralisé des usages de cannabis entre 2014 et 2017 s'observe chez les deux sexes. Si la baisse de la prévalence d'expérimentation de cannabis est plus marquée parmi les filles (recul de 10 points contre 7 chez les garçons), le tassement des usages réguliers est, à l'inverse, davantage prononcé chez les garçons (baisse de 3 points vs 1 point chez les filles). En 2017, l'âge moyen de l'expérimentation de cannabis chez les jeunes Français de 17 ans est de 15,3 ans, comme en 2014, mais aussi en 2000, lors de la première enquête. Cette initiation au cannabis reste légèrement plus précoce chez les garçons que chez les filles (15,2 ans vs 15,4 ans).

En population adulte

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. En 2016, 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie [8]. Cette expérimentation, qui souvent pour les plus âgés s'avère très ancienne, est davantage le fait des hommes que des femmes (51 % contre 34 %). Elle se révèle stable depuis 2014, de même que l'usage actuel, qui concerne 11 % des 18-64 ans (15 % des hommes et 7 % des femmes). Avec des premiers usages qui se déroulent principalement entre 15 et 25 ans et une proportion

d'expérimentateurs de cannabis maximale entre 26 et 34 ans pour les deux sexes, l'usage de cannabis demeure avant tout un phénomène générationnel. La consommation actuelle concerne surtout les plus jeunes et les hommes (28 % des 18-25 ans, 35 % des hommes et 21 % des femmes de cette tranche d'âge). Elle diminue ensuite avec l'âge pour ne plus atteindre que 2 % de la population au-delà de 55 ans. La proportion d'usagers actuels est restée stable pour les deux sexes entre 2014 et 2016, alors qu'elle avait augmenté de façon notable entre 2010 et 2014, passant de 8 % à 11 %.

En Europe, les niveaux d'usage de cannabis opposent schématiquement l'Europe du Nord, peu consommatrice, à l'Europe de l'Ouest et du Sud. La France devance clairement les autres membres de l'Union européenne (plus la Norvège et la Turquie) avec une prévalence d'usage dans l'année nettement supérieure à celles observées dans la plupart des pays. L'Italie, la République tchèque et l'Espagne complètent le quatuor des pays où les usagers sont les plus fréquents. Cette géographie recoupe celle observée parmi la population scolaire adolescente à 15-16 ans.

Populations spécifiques

Parmi les usagers de drogues accueillis dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD), les trois quarts ont déclaré en 2015 avoir consommé du cannabis durant le mois précédant l'enquête, de façon quotidienne pour la moitié d'entre eux [9].

L'usage problématique

Afin de mieux cerner et de pouvoir évaluer ces usages problématiques, l'OFDT a développé un outil de repérage : le [Cannabis Abuse Screening Test \(CAST\) \[10\]](#) à partir des principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif issus des diagnostics du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e édition) et de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies - 10ème version). L'objectif était de fournir une description des usages problématiques indépendamment de la fréquence d'usage à partir des enquêtes en population générale menée en France. Simple d'administration, le CAST qui se résume à six questions s'est rapidement imposé comme un des tests parmi les plus performants pour identifier les adolescents présentant des risques élevés d'usage problématique. Bénéficiant du soutien de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), le CAST s'est imposé comme le test de référence dans les enquêtes européennes auprès des adolescents en particulier l'European School Survey on Alcohol and other Drugs (ESPAD) qui l'utilise sous la forme d'un module optionnel depuis 2007 dans son questionnaire [11]. La France pour sa part exploite le CAST dans ESCAPAD depuis 2003, et 2011 dans sa version actuelle.

En 2017, au regard du CAST, un usager dans l'année de cannabis de 17 ans sur quatre présenterait un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis (24,9 %). Cette proportion se révèle légèrement plus importante qu'en 2014 (21,9 %) et la part d'usagers dans l'année potentiellement à risque est plus élevée chez les garçons que chez les filles, respectivement 29,1 % et 19,5 %.

Ainsi, globalement, à 17 ans, 7,4 % des adolescents seraient susceptibles de présenter un risque élevé d'usage problématique de cannabis, soit, rapporté à l'ensemble de la population, autour de 60 000 jeunes de cet âge [4].

Parmi les usagers actuels de cannabis de 15-64 ans, 21 % sont identifiés comme des usagers à risque faible, et 20 % à risque élevé d'abus ou de dépendance. Ramené à l'ensemble de la population, 1,7 % des 15-64 ans présenteraient ainsi un risque élevé d'usage problématique (2,7 % des hommes et 0,8 % des femmes) [12].



Conséquences

[↑ haut du document](#)

Approche clinique : les effets d'une consommation de cannabis

Les effets neuropsychiques du cannabis fumé apparaissent environ 15 à 20 mn après son inhalation chez un consommateur occasionnel, un peu plus tard chez un usager régulier.

Une prise de cannabis entraîne en général une euphorie modérée et un sentiment de bien être suivi d'une somnolence mais aussi un affaiblissement de la mémoire à court terme et des troubles de l'attention.

En fonction de la dose absorbée et de la tolérance du consommateur, la prise de cannabis entraîne une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complètes et des troubles de la coordination motrice susceptibles d'augmenter les risques associés à la conduite. La prise de cannabis potentialise en outre les effets de l'alcool.

Le cannabis diminue les capacités de mémorisation et d'apprentissage, mais une prise peut également donner lieu à des symptômes psychiatriques : hallucinations ; troubles anxieux très intenses. Une consommation soutenue peut conduire à un désintérêt pour les activités habituelles, à une fatigue physique et intellectuelle, à des difficultés de concentration et de mémorisation et à une humeur dépressive [13].

À un niveau de consommation élevé, apparaît le risque de dépendance - psychique surtout - et peuvent survenir des problèmes relationnels, scolaires et professionnels. L'usage régulier de cannabis peut, par ailleurs, accompagner ou aggraver l'apparition de troubles psychiatriques [1].

Un nombre croissant de prises en charge dans les centres de soins

L'usage de cannabis conduit une partie des consommateurs à entrer en contact avec des structures ou des professionnels de santé. Ces usagers sont le plus souvent accueillis dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ils sont aussi vus dans des services ou établissements hospitaliers sans centres spécialisés mais disposant de consultations ambulatoires en addictologie ou en médecine de ville.

Leur nombre peut être évalué entre 53 000 et 56 000 en 2014. La part de ce public vu dans le cadre d'une consultation jeunes consommateurs (CJC) ne peut pas être déterminée précisément, mais en rapprochant les files actives globales d'usagers de cannabis indiquées dans les rapports d'activité et celles figurant dans l'annexe relatives aux CJC, cette proportion est évaluée à 40-50 %. Un peu plus

de 60 % de ces usagers de cannabis consomment cette substance quotidiennement, proportion qui a augmenté entre 2007 et 2010 de cinq points pour se stabiliser ensuite [14]. Créées fin 2004, les CJC proposent un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et d'autres produits ainsi qu'à leurs familles. En pratique, le dispositif touche une majorité d'usagers de cannabis (80 %). La population reçue en CJC rapporte nettement plus de consommations à risque que la population générale : 52 % rapportent un usage régulier de cannabis (vs 9 % en population générale) [15].

Les conséquences sur la morbidité et la mortalité

Des études montrent l'impact de la consommation de cannabis sur la santé dans plusieurs domaines : les accidents de la route, certains cancers, certaines pathologies de l'appareil circulatoire et respiratoire, et certaines pathologies mentales. Les effets peuvent être liés soit au principe actif du cannabis (Δ^9 -THC) soit aux substances résultant de sa combustion (goudrons). Les produits ajoutés au cannabis de manière intentionnelle (coupe) ou involontaire (contaminants) pourraient plus rarement intervenir dans l'apparition de pathologies.

- Les liens entre consommation de cannabis et accidents de la route ont été étudiés dans le cadre dans l'enquête SAM (Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière). Entre octobre 2001 et septembre 2003, tous les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la route ont fait l'objet d'un dépistage en vue de savoir s'ils avaient consommé des stupéfiants. Au cours de la période d'enquête, 7 % de conducteurs impliqués dans un accident mortel se sont relevés positifs au cannabis (THC sanguin supérieur à 1ng/ml) parmi lesquels 2,8 % avaient également consommé de l'alcool. La prévalence du cannabis passe à 17 % chez les moins de 25 ans. La comparaison des conducteurs responsables à un groupe de conducteurs non responsables a permis de montrer que les conducteurs sous l'influence du cannabis ont 1,8 fois plus de risque d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs (IC 95 % = 1,4-2,3), le risque est multiplié par 14 en cas de consommation associée d'alcool (IC 95 % = 8,0-24,7) [16]. Ainsi, la consommation de cannabis peut être jugée responsable de 170 à 190 décès annuels par accidents de la route à la fin des années 2000 [17]. L'étude SAM a permis par ailleurs de proposer une estimation de la prévalence du cannabis parmi l'ensemble des conducteurs « circulants » de 2,8 % (chiffre équivalent à celui de l'alcoolémie supérieure ou égale au seuil légal de 0,5g/l) [16, 18].

- Sur le plan somatique, peu de pathologies ont été décrites comme étant en lien avec une consommation aiguë de cannabis. De rares risques d'infarctus du myocarde (où le cannabis interviendrait comme facteur déclenchant), de troubles du rythme voire d'accidents vasculaires cérébraux sont décrits. En 2016, le cannabis est impliqué, au moins en partie, dans 30 décès selon l'enquête DRAMES, soit 7 % des décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives [19]. La prise en compte de ces décès liés au cannabis est récente et inégale selon les laboratoires participant à l'enquête, ce qui ne permet pas de dégager de tendances dans le temps. Les conséquences d'une consommation chronique de cannabis fumé, plus fréquentes, se rapprochent quant à elles des tableaux cliniques observés avec le tabac puisque sont retrouvés des risques de cancers (poumon et voies aérodigestives supérieures essentiellement ; vessie, prostate ou cancer du col utérin plus rarement) et de maladies respiratoires chroniques [20].

- Sur le plan psychologique, l'intoxication aiguë peut également donner lieu à des troubles anxieux, sous la forme d'attaques de paniques (*bad trip*) ou d'un syndrome de dépersonnalisation très angoissant. Rare, la psychose cannabique se manifeste par des bouffées délirantes ou des hallucinations visuelles avec agressivité, désorientation temporo-spatiale... Ces symptômes psychiatriques régressent le plus souvent avec l'arrêt des prises, mais sont parfois inauguraux de pathologies chroniques. La consommation régulière de cannabis peut constituer un facteur d'aggravation de toutes les maladies psychiatriques (augmentation du risque suicidaire, de

désinsertion sociale, des troubles de l'humeur et anxieux). Une consommation chronique débutée au début de l'adolescence pourrait même entraîner un déclin cognitif irréversible. La consommation de cannabis serait un des nombreux facteurs (ni nécessaire, ni suffisant) qui favorisent la survenue d'une schizophrénie. Cependant, son rôle causal est encore l'objet de controverses. Le risque semble faible, mais augmenterait avec les quantités consommées et lorsque l'usage commence avant l'âge de 15 ans. Si plusieurs études ont montré une association statistique entre maladie psychotique et consommation déclarée de cannabis, la forte augmentation de l'usage de cannabis ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de l'incidence des schizophrénies [21].



Perceptions : opinions

[haut du document](#)

Perception en population générale

Un Français sur deux (54 %) considère le cannabis comme dangereux dès le premier usage, proportion qui, après une nette augmentation entre 2002 et 2008 (62 % contre 52 %), retrouve le niveau observé en 1999. Cette proportion s'avère nettement plus basse (15 %) parmi les usagers actuels.

Un durcissement est notable concernant la représentation des usagers de cannabis. Un tiers des Français (67 %) estiment qu'ils sont dangereux pour leur entourage, contre 62 % en 2008. La proportion de personnes qui considèrent que ces consommateurs souffrent d'une maladie est en recul, passant de 19 % à 11 %. Il en va de même pour ceux qui pensent que leur usage est dû à des problèmes familiaux (28 % contre 31 %). Toutefois, près d'une personne sur quatre (23 %) estime qu'il leur est possible de vivre normalement [22].

Opinions sur les politiques publiques

Six Français sur dix estiment qu'on pourrait autoriser l'usage de cannabis sous certaines conditions (seulement pour les usagers majeurs) et l'interdire sous d'autres (avant de conduire ou pour les mineurs), contre trois sur dix en 2008. Cependant, une large majorité de la population continue d'être opposée à la vente libre de cannabis (78 %), proportion qui a toutefois reculé puisqu'ils étaient 85 % à partager cette opinion en 2008.

Bien qu'ils restent minoritaires en 2013, le nombre de Français qui perçoivent l'interdiction du cannabis comme une atteinte à la liberté est en augmentation : 44 % des personnes interrogées sont de cet avis, contre 31 % en 2008.

Interrogés sur les réponses pénales relatives à l'usage et la détention de cannabis, les Français adhèrent davantage (86 %) à celles qui orientent vers les soins (obligations de soins) ou qui se limitent à un rappel à la loi. Une large majorité approuve le dispositif des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants (68 %), prévus pour les usagers occasionnels de stupéfiants non dépendants dans le but de les dissuader de récidiver. La possibilité prévue par la loi d'une amende financière divise l'opinion en deux parts égales (50 %) et par ailleurs un tiers des personnes interrogées adhère à l'idée de peines de prison (36 %) [22].



Cadre légal et orientations publiques récentes

[↑ haut du document](#)

Le cannabis est un produit classé stupéfiant et son usage est interdit, conformément à la loi du 31 décembre 1970, dont les dispositions ont été intégrées dans le Code pénal et le Code de la santé publique. En acheter, en consommer, en détenir, en donner, en revendre, en cultiver (chez soi ou à l'extérieur), en transporter ou conduire après en avoir consommé sont autant d'infractions à la loi, passibles de sanctions lourdes devant les tribunaux, quelle que soit la quantité de cannabis incriminée. Les peines sont doublées quand le cannabis est vendu ou donné à des mineurs.

Depuis la loi du 3 février 2003, toute personne ayant conduit après usage de substances classées comme stupéfiants est passible d'une peine de 2 ans d'emprisonnement et de 4 500 € d'amende. Si la personne se trouvait également sous l'emprise de l'alcool (plus de 0,5 g par litre dans le sang), les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et à 9 000 € d'amende. Des contrôles avec un dépistage d'usage de stupéfiants peuvent être réalisés par les services de police ou de gendarmerie.

Le cannabis fait aussi partie des produits dopants interdits aux sportifs : il peut être recherché dans les urines au cours des contrôles anti-dopage et, en cas de contrôle positif, donner lieu à une suspension par la fédération sportive.

Le trafic de stupéfiants fait l'objet d'une pénalisation sévère qui s'est durcie depuis la fin des années 1980 : les peines encourues peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7,5 millions d'euros [23].

Le cadre légal (loi du 31 décembre 1970) dans lequel s'inscrit l'usage de drogues illicites (le cannabis étant la plus couramment expérimentée et consommée) comporte différents niveaux de sanction allant du rappel à la loi à une peine d'emprisonnement ou une injonction thérapeutique. Depuis 2007, la réponse pénale à l'usage de cannabis s'est systématisée et diversifiée avec, notamment, la création des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, dont l'objectif est de " faire prendre conscience au condamné des conséquences dommageables pour la santé humaine et pour la société de l'usage de tels produits " (article L 131-35-1 du code pénal). Organisés sous le contrôle du Procureur de la République ou du Directeur départemental de la protection judiciaire de la jeunesse pour les mineurs, ils peuvent être prononcés au titre d'une mesure alternative aux poursuites, d'une ordonnance pénale et d'une composition pénale. L'obligation d'accomplir le stage peut aussi être prononcée à titre de peine complémentaire.

Orientations publiques récentes

Le Plan gouvernemental 2013-2017 [24] recommande de mieux appliquer la loi, en mettant l'accent sur la répression du trafic et la prise en charge des usagers de cannabis, en particulier à travers les Consultations jeunes consommateurs (CJC). Prenant acte de l'essor important des saisies de cannabis dans la période récente, il prévoit d'intensifier la lutte contre la cannabis culture, en

exerçant une "surveillance particulière" des canaux d'accès aux sites de vente de matériel destiné à la culture de cannabis et en dotant les services d'investigation de moyens de détection innovants.

Le projet de loi de programmation pour la justice 2018-2022, dévoilé le 9 mars 2018 par la ministre de la Justice, prévoit la contraventionnalisation du délit d'usage de stupéfiants. Il y est prévu que : « Pour le délit prévu au premier alinéa [infraction d'usage de stupéfiants], y compris en cas de récidive, l'action publique peut être éteinte [...] par le versement d'une amende forfaitaire d'un montant de 300 €. Le montant de l'amende forfaitaire minorée est de 250 € et le montant de l'amende forfaitaire majorée de 600 € ». Cette nouvelle disposition n'empêche toutefois ni les poursuites judiciaires ni les peines de prison.

Face aux controverses suscitées par l'apparition de nombreux produits présentés comme contenant du cannabidiol (CBD) et des boutiques le commercialisant en France, en juin 2018, la MILDECA a publié des informations juridiques et techniques validées par toutes les autorités concernées sur le cannabidiol (voir <http://www.drogues.gouv.fr/actualites/cannabidiol-cbd-point-legislation>).

Prise en charge spécifique au titre du cannabis

Depuis le second semestre 2004, un dispositif de consultations spécialisées, anonymes et gratuites, destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et d'autres substances psychoactives et à leurs familles a été mis en place, les CJC. Les consommateurs de cannabis, jeunes ou moins jeunes, peuvent aussi être pris en charge soit dans le cadre des CSAPA, soit par des professionnels et des institutions non spécialisés (médecins de ville, hôpital), mais ce dispositif spécifique vise à rendre cette offre de soins plus accessible.

L'objectif de ces CJC est de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic en cas de consommation nocive, d'offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risque et une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques, d'accompagner ou de proposer une orientation aux jeunes en situation d'abus ou de dépendance, d'offrir, enfin, un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leurs enfants, avec la possibilité de séances conjointes parents-enfants.



Sélection de documents

[haut du document](#)

[1] Le Nézet O., « Cannabis » dans *Drogues et addictions, données essentielles* Saint-Denis, OFDT, 2013, pp. 214-225.

[2] Ben Lakhdar C., Lalam N., Weinberger D., Spilka S. et Janssen E. (2015). Estimation des marchés des drogues illicites en France : synthèse. Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice (INHESJ), Paris.

[3] Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), données non publiées.

[4] Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 *Tendances*, n° 123, 2018, 8 p.

- [5] Afsahi K., Chouvy P.-A., Le haschich marocain, du kif aux hybrides
[Drogues, enjeux internationaux, n° 8, 2015, 8 p.](#)
- [6] Néfau T., Le Point SINTES n° 4
[Saint Denis, OFDT, 2018, 13 p.](#)
- [7] Spilka S, Ehlinger V., Le Nézet O., Pacoricona D., Ngantcha M., Godeau E., Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège »
[Tendances, n°106, 2015, 6 p.](#)
- [8] Beck F., Spilka S., Nguyen-Thanh V., Gautier A., Le Nézet O., Richard J.-B., Cannabis : usages actuels en population adulte, Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016
[Tendances, n° 119, 2017, 4 p.](#)
- [9] Lermenier-Jeannet A., Cadet-Tairou A., Gautier S., Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015
[Tendances n° 120, 2017, 6 p.](#)
- [10] Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST)
[Saint-Denis, OFDT, 2013, 9 p.](#)
- [11] The ESPAD Group (2016). ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.
[EMCDDA ; ESPAD, Lisbon.](#)
- [12] Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014
[Tendances, n° 99, 2015, 8 p.](#)
- [13] « Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis » dans *Cannabis Données Essentielles*
[Saint-Denis, OFDT, 2006, pp.88-109](#)
- [14] Palle C., Les personnes accueillies dans les CSAPA - Situation en 2014 et évolution depuis 2007
[Tendances, n° 110, 2016, 4 p.](#)
- [15] Obradovic I., Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs »
[Tendances, n° 101, 2015, 8 p.](#)
- [16] Groupe SAM, et al., *Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM). Synthèse des principaux résultats.*
[Saint-Denis, OFDT, 2005, 39 p.](#)
- [17] Van Elslande P., Jaffard M., Fournier J.Y., Fouquet K., Nussbaum F., Perez E. et al., Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis.
[Saint-Denis, OFDT, 2011, 67 p.](#)
- [18] Laumon B., Gadegbeku B., Martin, J.L., Biecheler M.B., Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study
[British Medical Journal, vol.331, n°7529, 2005, pp.1371-1374](#)
- [19] CEIP-A de Grenoble, Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES),

principaux résultats enquête DRAMES 2016,
[Saint-Denis, ANSM, 2017](#)

[20] Sasco A., « Cannabis et risques somatiques » dans *Cannabis, données essentielles*
[Saint-Denis, OFDT, 2006, pp.90-96](#)

[21] Brisacier A.C., « Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites », dans *Drogues et addictions, données essentielles*
[Saint-Denis, OFDT, 2013, pp. 105-112.](#)

[22] Tovar M.L., Le Nezet O. et Bastianic T., Perceptions et opinions des Français sur les drogues
[Tendances, n°88, 2013, 6 p.](#)

[23] « La réponse publique en France », dans *Cannabis Données Essentielles*.
[Saint-Denis, OFDT, 2006, 37 p.](#)

[24] MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*
[Paris, La documentation française, 2014, 121 p. \(Rapports officiels\)](#)

[Carte "La législation française sur l'usage et la détention de cannabis en Europe. Etat des législations au sein de l'Union européenne des 28 au 1er juillet 2013\)"](#)



Repères législatifs et réglementaires

[haut du document](#)

- Loi n°70-1320 du **31 décembre 1970** relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, JORF du 2 janvier 1971.

- Loi n°86-76 du **17 janvier 1986** portant diverses dispositions d'ordre social, JORF du 18 janvier 1986.

- Loi n°87-1157 du **31 décembre 1987** relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal, JORF du 5 janvier 1988 ; NOR JUSX8700015L

- Circulaire DACG-DAP-DPJJ du **17 juin 1999** relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies, BO Justice n°74 du 1er avril au 30 juin 1999 ; NOR JUSA9900148C

- Loi n°99-505 du **18 juin 1999** portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs, JORF du 19 juin 1999 ; NOR EQUX9800010L

- Décret n°2001-751 du **27 août 2001** relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie réglementaire du code de la route et modifiant le code de la route, JORF du 28 août 2001 ; NOR EQU0100214D

- Loi n°2003-87 du **3 février 2003** relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants, JORF du 4 février 2003 ; NOR JUSX0205970L
- Circulaire CRIM 05/1/G4 du **8 avril 2005** relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances ; NOR JUSD0530061C
- Loi n°2007-297 du **5 mars 2007** relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale, JORF du 7 mars 2007 ; NOR INTX0600091L
- Décret n°2007-1388 du **26 septembre 2007** pris pour l'application de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale, JORF du 28 septembre 2007 ; NOR JUSD0755654D
- Circulaire CRIM 2012-6/G4 du **16 février 2012** relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants, BO Justice n°2012-02 du 29 février 2012 ; NOR JUSD1204745C
- Loi n°2014-896 du **15 août 2014** relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF du 17 août 2014 ; NOR JUSX1322682L

Dernière mise à jour : octobre 2018