



Consensus Cannabis

Adopté le 14 juin 2013



L'objet de ce consensus est de proposer une harmonisation nationale de l'interprétation des concentrations des cannabinoïdes dans le sang, qui n'entend pas se substituer à la législation en vigueur.

En préambule, le texte de loi s'appliquant à la conduite automobile est rappelé.

Loi n° 2003-87 du 3 février 2003, publiée au Journal Officiel de la République Française du 4 février 2003, article L. 235-1 : Toute personne qui conduit un véhicule ou qui accompagne un élève conducteur alors qu'il résulte d'une analyse sanguine qu'elle a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants est punie de deux ans d'emprisonnement et de 4500 euros d'amende.

1. Selon l'arrêté du 22 février 1990, le cannabis, sous quelque forme que ce soit est classé comme stupéfiant en France.
2. Après consommation, le Δ^9 -tétrahydrocannabinol (THC), principe actif majoritaire, est principalement métabolisé en 11OH- Δ^9 -tétrahydrocannabinol (11OH-THC) et en acide 11nor- Δ^9 -tétrahydrocannabinol (THC-COOH).
3. Le mode de consommation (inhalation, ingestion orale ...) et la nature du produit (herbe, résine) influencent la formation de ces 2 métabolites, en particulier on observe une production majorée de 11OH-THC lors de l'ingestion orale.
4. Le THC est détectable quelques secondes après la première inhalation et la concentration sanguine maximale est obtenue en moins de 10 minutes. La cinétique de production des métabolites est très rapide. La concentration maximale en 11OH-THC est généralement atteinte en moins de 30 minutes, celle du THC-COOH en moins de 2 heures.
5. Selon les études de stabilité, le THC est une molécule peu stable dans le temps. Le sang devrait être recueilli sur un tube en verre ou en plastique traité, contenant de préférence de l'héparinate de lithium ou du fluorure de sodium. La conservation devrait se faire à 4 °C, la phase congélation-décongélation ayant montré une dégradation accélérée du THC selon plusieurs études. L'évolution du 11OH-THC est similaire, alors que le THC-COOH est beaucoup plus stable.
6. Le délai entre la caractérisation des faits et le prélèvement doit être le plus court possible et les horaires obligatoirement consignés.
7. L'analyse sanguine doit comporter la quantification simultanée du THC, du 11OH-THC et du THC-COOH (sous formes libres).
8. L'analyse doit se faire avec une détection par spectrométrie de masse avec un étalonnage par standards internes deutérés avec une méthode entièrement validée et dotée d'une traçabilité complète, avec participation annuelle du laboratoire à un programme d'évaluation externe de la qualité. L'analyse sanguine doit être réalisée par l'expert judiciaire requis, la sous-traitance étant légalement interdite.
9. Les limites de quantification recommandées sont 0,5 ng/mL pour le THC et le 11OH-THC et de 2 ng/mL pour le THC-COOH.

10. Un consommateur occasionnel de cannabis est une personne qui fume 1 ou 2 joints par semaine. Un consommateur régulier de cannabis est une personne qui fume au moins 1 joint par jour, tous les jours.
11. Une concentration en THC-COOH libre supérieure à 50 ng/mL est en faveur d'une consommation régulière de cannabis.
12. La fenêtre de détectabilité du THC est fortement dépendante de l'ancienneté, de la régularité et de l'importance de la consommation. Elle est comprise entre 3 et 12 heures pour les consommateurs occasionnels et peut aller jusqu'à 12 jours pour des consommations importantes et régulières. La fenêtre de détectabilité du 11OH-THC est toujours inférieure à celle du THC, sauf en cas d'ingestion orale. Dans le cadre d'une consommation importante et régulière, la durée de détectabilité du 11OH-THC n'excède pas 3 jours. La fenêtre de détectabilité du THC-COOH est comprise entre 12 et 48 heures pour les consommateurs occasionnels et peut excéder 30 jours pour des consommations importantes et régulières.
13. Seuls le THC et le 11OH-THC ont une activité sur le système nerveux central en l'état actuel des connaissances.
14. Concernant les effets du cannabis, il existe une grande variabilité inter-individuelle. Les effets varient également selon les habitudes de consommation (occasionnelle ou régulière) et le contexte de consommation. Le cannabis provoque des perturbations cognitives et motrices dose dépendantes, en particulier une désinhibition, un allongement du temps de réaction, une modification des perceptions visuelles et auditives, une altération de la mémoire à court terme, une diminution de la vigilance et une difficulté à réaliser des activités complexes. La consommation d'un produit fortement titré en THC ainsi que la voie orale favorisent la production accrue de 11OH-THC, qui possède une composante hallucinatoire plus marquée.
15. La consultation de la littérature scientifique permet à ce jour d'établir un seuil de dangerosité potentielle à 1 ng/mL de THC dans le sang total.
16. Concernant l'allongement du temps de réaction, il n'y a pas de différence selon que l'intéressé soit un consommateur occasionnel ou régulier de cannabis, ce qui justifie un seuil unique pour les 2 populations.
17. Les équations permettant de calculer le moment de la dernière exposition au cannabis ne doivent pas être utilisées compte tenu du fait qu'elles ne s'appliquent que pour une exposition unique.
18. A ce jour, il n'y a pas d'argument scientifique probant pour établir un effet psycho-actif lorsque seul le THC-COOH est présent dans le sang.
19. Au seuil analytique retenu de 0,5 ng/mL de THC dans le sang, celui-ci ne peut jamais provenir d'une exposition passive.
20. La discrimination formelle entre consommateur occasionnel et régulier de cannabis ne peut être établie que par une analyse de cheveux.
21. Il n'existe pas de corrélation probante entre les concentrations de THC dans la salive et le sang car la présence de THC dans la salive ne résulte que d'une contamination buccale. De ce fait, la salive ne peut servir que de milieu de dépistage.

Fait à Saint-Malo, le 14 juin 2013