

APPEL OFFICIEL

Care Before Discrimination (Le soin avant la discrimination) — Les droits des patients et la restriction proposée du CBD

*Un appel de la coalition internationale de patients · campagne : **CBD is a Human Right** (le CBD est un droit humain)*

Le présent appel ne revendique pas un droit juridique autonome à un produit. Il porte sur la manière dont une restriction administrative proposée du CBD porterait atteinte aux droits établis des patients — leur autonomie, leur dignité et leur droit à une prise de décision transparente et fondée sur des données probantes.

En bref : ce que demande la coalition

Le présent appel s'adresse aux gouvernements des États membres de l'UE — en particulier au gouvernement de la République tchèque —, aux organes des Nations unies chargés du contrôle des drogues, ainsi qu'aux institutions de l'Union européenne. Il formule six demandes :

1. **Publier les données probantes.** Toute restriction du CBD doit être précédée d'une évaluation transparente et publiée des données scientifiques et juridiques — y compris la propre déclaration de l'INCB selon laquelle les preuves relatives au précurseur sont « limitées ».
2. **Aucune restriction occulte ou administrative.** Les mesures affectant l'accès des patients ne doivent pas être introduites sans débat public ouvert, sans test de proportionnalité et sans évaluation de leur incidence sur les patients.
3. **Respecter l'autonomie et la dignité des patients.** Honorer le droit du patient de prendre des décisions éclairées et autonomes concernant son propre traitement, et rejeter la stigmatisation des patients comme détenteurs d'un prétendu « précurseur de drogue ».
4. **Réglementer de manière proportionnée — nous ne demandons pas la déréglementation.** Nous soutenons les bonnes pratiques de fabrication et les normes de qualité, les tests obligatoires de contaminants, un étiquetage exact et des restrictions d'âge le cas échéant, et nous admettons que les États peuvent légalement réglementer le CBD au titre de la santé publique, de la sécurité alimentaire, de l'étiquetage, des limites d'âge, des licences et de la surveillance du marché.
5. **Agir sur le risque réel.** Diriger l'action répressive vers les produits véritablement dangereux — les cannabinoïdes synthétiques et semi-synthétiques vendus comme « articles de collection » — et non vers les produits CBD testés sur lesquels les patients s'appuient.
6. **Donner une voix aux patients.** Consulter formellement les organisations de patients dans les décisions qui affectent l'accès au traitement.

Qui lance cet appel, et à qui il s'adresse

Cet appel est lancé par une coalition internationale d'organisations de patients, composée d'**Aube** (Canada), de **Centrum Paraple** (République tchèque), de **Dosemociones** (Espagne), de **Fuck Cancer** (République tchèque), de **KOPAC — Association de patients pour le traitement par le cannabis** (République tchèque), de **Mothers for Cannabis** (Portugal), de **PatientsCann** (Royaume-Uni) et du **Verein Medcan** (Suisse).

Il s'agit d'un appel ouvert. D'autres organisations de patients et représentants de pays supplémentaires rejoignent la coalition, et d'autres organisations et personnes peuvent y adhérer en tant que signataires ; une adhésion ultérieure demeure la bienvenue.

Nous adressons cet appel : aux gouvernements des États membres de l'UE, en particulier au gouvernement de la République tchèque ; à la Commission des stupéfiants des Nations unies (CND) et à l'Organe international de contrôle des stupéfiants (INCB) ; aux organes et institutions de l'Union européenne ; aux journalistes et aux médias ; ainsi qu'à la communauté des patients et au grand public.

Pourquoi nous lancons cet appel maintenant

Le 24 février 2026, l'Organe international de contrôle des stupéfiants a émis une notification interne, *PP Notice No. 1/2026 « Observations concerning cannabidiol (CBD) »*, portant la mention « For Official Use Only ».¹ Le document fait suite à la désignation du CBD comme précurseur de drogue par la Chine en septembre 2024 et indique que, depuis octobre 2024, la Chine pré-notifie volontairement ses exportations de CBD : au 16 février 2026, on comptait 211 pré-notifications à destination de 25 pays (dont 15 en Europe), pour un volume total proposé de près de 450 tonnes et 33 660 litres de CBD.

Depuis le début du mois de mars 2026, des déclarations publiques de plus en plus pointues sur le « danger du CBD en tant que précurseur de drogues de synthèse » ont été exprimées dans certains États, dont la République tchèque. Dans l'après-midi du vendredi 29 mai 2026, le gouvernement tchèque a discrètement transmis une proposition de restriction du CBD à la procédure interne de consultation interministérielle. La coalition considère cette manière de procéder avec préoccupation — tant en raison de la *façon* dont elle a été menée, à l'abri du regard public, que parce que les affirmations publiques vont au-delà de ce que les données disponibles permettent d'étayer.

C'est là le cœur de la question. Une décision qui toucherait des centaines de milliers de patients en République tchèque — et, si elle crée un précédent, des millions à travers l'Union européenne et potentiellement des dizaines de millions dans le monde — est faconnée dans le silence, sur un document que le public ne peut pas lire, justifiée par un argument que les données probantes n'établissent pas. Quelle que soit l'opinion que l'on a du CBD, une décision de cette nature devrait être prise au grand jour.

Ce que montre réellement le dossier

Le présent appel s'appuie sur la *PP Notice No. 1/2026* de l'INCB lui-même — que la coalition a vérifiée et publiée en accompagnement de cet appel — lue conjointement avec le *Precursors Report for 2025 public* de l'INCB (E/INCB/2025/4) et avec les conventions elles-mêmes. Nous citons la notification plutôt que de la caractériser, afin que le dossier parle de lui-même.

Le CBD n'est pas une substance contrôlée. Le CBD n'est pas inscrit aux tableaux des conventions internationales de contrôle des drogues. Le CBD purifié est un médicament autorisé pour certains troubles convulsifs, et le CBD n'est pas intoxicant.

Les preuves relatives au précurseur sont limitées — mais la préoccupation n'est pas inexistante, et nous le disons. Les rapports de l'INCB consignent que certains États ont fait part de préoccupations selon lesquelles le CBD pourrait être utilisé dans la fabrication de delta-9-THC, de delta-8-THC, de HHC et de HHC-O, et que l'analyse forensique de certains produits HHC indiquait une voie de fabrication qui aurait pu partir du CBD. Dans le même temps, l'INCB qualifie de « limitées » les preuves de l'utilisation *effective* du CBD comme matière de départ, et les États exprimant des préoccupations n'ont pas fait état de preuves d'une utilisation à grande échelle dans des laboratoires clandestins. La position honnête n'est donc pas que l'argument du précurseur est sans fondement, mais qu'il est **insuffisamment étayé** pour justifier la requalification d'une substance non intoxicante — le principe actif d'un médicament approuvé — en précurseur contrôlé.

Deux choses différentes sont appelées « cannabinoïdes synthétiques » — et une seule est liée au CBD. Cette distinction constitue tout l'argument ; nous l'enonçons donc clairement. Les produits véritablement dangereux vendus comme « articles de collection » sont des cannabinoïdes *entièrement synthétiques* — la famille du « spice ». Ils sont fabriqués à partir de produits chimiques industriels qui n'ont rien à voir avec le CBD ; restreindre le CBD ne ferait donc rien pour les arrêter. Le seul lien réel entre le CBD et un produit intoxicant est le **HHC semi-synthétique**, qui peut être fabriqué à partir de CBD extrait de chanvre à faible teneur en THC. Mais le HHC a lui-même désormais été placé sous contrôle international — Tableau II de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, en vigueur le 6 décembre 2025 — de sorte que même cette unique préoccupation a déjà été traitée, directement, au niveau du produit dangereux. Restreindre le CBD aujourd'hui, au nom d'une synthèse de HHC désormais contrôlée à la source, serait disproportionnée : on ne requalifie pas une matière première non intoxicante — le principe actif d'un médicament pour enfants — alors que le produit dangereux que l'on peut en tirer est déjà contrôlé.

¹Bien que la notification porte la mention « For Official Use Only », elle est accessible en ligne et la coalition en a vérifié l'authenticité. Dans l'esprit de la transparence que réclame le présent appel, la coalition publie la notification en accompagnement de ce document afin que les lecteurs puissent vérifier chaque affirmation au regard de la source.

Pourquoi l'argument « on n'interdit pas le médicament » passe a cote de l'essentiel

Nous anticipons la reponse naturelle : *personne n'interdit le médicament — le produit autorise (Epidyolex) reste disponible, et le CBD dans l'alimentation releve simplement d'une question de Novel Food (nouvel aliment)*. Cette reponse ne repond pas a l'appel, pour trois raisons.

Premierement, la mesure a l'etude n'est **pas** une mesure d'autorisation de mise sur le marche ni de securite alimentaire ; c'est une **requalification au titre du controle des drogues** du CBD en precurseur. Sa portee est bien plus large qu'un seul produit purifie : elle jetterait une ombre sur les preparations de CBD a spectre complet et sur la teneur en CBD du cannabis medical prescrit, ainsi que sur l'approvisionnement legal dont les patients dependent reellement — dont l'essentiel est produit par des fabricants locaux de l'EU.

Deuxiemement, l'argument du Novel Food **joue en sens inverse**. Si la veritable preoccupation etait la securite des consommateurs, les instruments proportionnes existent deja : l'autorisation Novel Food, les bonnes pratiques de fabrication et les normes de qualite, les tests de contaminants, un etiquetage exact et des limites d'age. Recourir, au-dela de ces outils etablis, a une classification comme *precurseur de drogue* — l'instrument le plus lourd disponible — pour traiter ce qui est presente comme une question de marche de consommation est la definition meme d'une mesure disproportionnee. En droit de l'EU, une restriction doit etre la mesure la moins restrictive adequate au but vise ; une requalification en precurseur ne l'est pas.

Troisiemement, et de la maniere la plus fondamentale, l'objection repond a une question que nous ne posons pas. Nous ne revendiquons pas un droit juridique autonome d'acheter un produit donne. Nous revendiquons le droit des patients de **decider de leur propre traitement**, d'etre **traites avec dignite plutot que comme des suspects**, et d'obtenir que les decisions qui les affectent soient prises **de maniere transparente et sur la base de preuves reelles**. Une mesure peut laisser un médicament autorise en rayon tout en violant ces trois exigences.

Ce qui est en jeu pour les patients

Le CBD et les preparations complexes derivees du cannabis sont utilises pour maintenir une qualite de vie tolerable par des patients — souvent d'un age avance — vivant avec des douleurs chroniques, des troubles du sommeil, de l'anxiete, de la depression et un trouble de stress post-traumatique. Une restriction occulte, introduite par voie administrative sans debat ouvert et sans base probante solide, retirerait a ces patients un traitement qu'ils ont choisi et qui les aide, et les stigmatiserait, de fait, comme des personnes qui « detiennent un precurseur ». C'est une atteinte a leur dignite autant qu'une restriction de leurs soins.

Nous sommes sans ambiguite sur un point : nous ne demandons pas que le CBD demeure non reglemente, et nous reconnaissons que les Etats conservent la competence pour le reglementer. Nous demandons seulement que toute restriction soit introduite **de maniere transparente** — sur la base d'une evaluation publiee des preuves, d'un test de proportionnalite et d'une evaluation de l'incidence sur les patients — plutot que de maniere occulte ou par mesure administrative.

Nous distinguons egalement clairement le **CBD pharmaceutique** du **CBD de consommation**. Le CBD purifie (Epidyolex) a reçu une autorisation de mise sur le marche de l'EU en septembre 2019, sur la base d'essais cliniques randomises de phase 3, pour les crises du syndrome de Dravet, du syndrome de Lennox-Gastaut et de la sclerose tubereuse de Bourneville. Une grande partie du CBD utilise par les patients en Europe n'est pas un médicament prescrit mais un produit de consommation employe contre la douleur, l'anxiete ou les troubles du sommeil. Les deux importent ici, mais ils ne sont pas le meme objet juridique — et, comme expose ci-dessus, l'existence d'un médicament autorise ne repond a aucune des preoccupations d'autonomie, de dignite ou de transparence soulevees par cet appel. La difference porte aussi sur la **dose**, et elle est considerable : l'Epidyolex prescrit est administre selon le poids corporel, a environ 10-25 mg/kg/jour — soit environ 700-1 750 mg/jour pour un adulte de 70 kg — tandis que la plupart des personnes utilisant des huiles de CBD de consommation prennent de l'ordre de 25-100 mg/jour, soit peut-etre dix a cinquante fois moins. Les valeurs proposees d'apport acceptable et de limite pour les complements se situent dans cette meme fourchette basse — quelques dizaines de milligrammes par jour, dont un apport quotidien acceptable de l'ordre de 10 mg par adulte et par jour adopte au Royaume-Uni. Une mesure concue autour d'un produit de consommation pris en dizaines de milligrammes ne devrait pas etre construite sur le profil de dosage et de risque d'un médicament sur ordonnance a forte dose.

Le cadre juridique et des droits humains

La bannière de la campagne — *CBD is a Human Right* — est une formule abrégée designant un ensemble de droits **établis**, et non l'affirmation qu'une personne detiendrait un droit juridique autonome à un produit particulier. Lues comme la coalition l'entend, les trois lettres signifient **Care Before Discrimination** (le soin avant la discrimination) : le droit des patients de recevoir des soins et d'être traités comme des patients plutôt que comme des suspects. Les plus solides de ces fondements sont l'autonomie, la dignité et la transparence du processus.

Autonomie et consentement éclairé. La Convention d'Oviedo consacre le consentement libre et éclairé ainsi que la prise de décision autonome concernant son propre traitement, parallèlement à un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée. Une restriction occulte passe outre le choix établi et éclairé du patient, sans consultation.

Transparence, participation et reddition de comptes. Ce ne sont pas seulement des normes de bonne gouvernance ; dans la conception du droit à la santé fondée sur les droits humains, elles en font partie intégrante. Les Nations unies considèrent l'accès à des médicaments de bonne qualité comme « l'un des éléments fondamentaux » du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (OHCHR ; ICESCR Art. 12), et le rattachent expressément à la *transparence, à la participation et à la reddition de comptes*. Une décision prise sur la base d'une notification non publique, sans consultation des patients, est l'antithèse de cette norme. *(Nous nous appuyons sur ce point à titre de contexte d'appui : le droit à la santé ne garantit aucun produit particulier, mais il exige que les décisions affectant l'accès soient transparentes, participatives et fondées sur des données probantes.)*

Dignité et non-discrimination. Les mesures qui réduisent l'accès au CBD et au cannabis médical, et qui stigmatisent les patients comme détenteurs d'un précurseur, peuvent engager les obligations des États au titre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, en particulier l'article 5 (égalité et non-discrimination) et l'article 25 (le droit à la santé).

Les traitements de contrôle des drogues ne justifient pas de traiter le CBD comme un stupefiant contrôlé. L'article 4(c) de la Convention unique de 1961 limite les substances contrôlées aux usages médicaux et scientifiques, tandis que les articles 23 et 28 établissent un régime spécifique pour la culture du cannabis. Ces dispositions ne fournissent aucune base pour traiter le CBD — qui n'est pas inscrit aux tableaux — comme un stupefiant contrôlé.

Les communications de l'INCB sont des avis, et non un droit contraignant. En vertu des articles 31 et 32 de la Convention de Vienne sur le droit des traités, les traités sont interprétés de bonne foi selon le sens ordinaire de leurs termes dans leur contexte. Les communications de l'INCB constituent les vues d'un organe de surveillance institué par traité et doivent être lues conjointement avec le texte du traité, et non comme un droit en elles-mêmes. La position même de l'INCB a évolué — une communication antérieure considérait le CBD comme non couvert par les conventions, tandis que l'avis de 2026 évoque le CBD comme matière de départ potentielle tout en concédant que les preuves sont limitées. Cette tension renforce une lecture fondée sur les droits et sur la proportionnalité.

Droit de l'EU : proportionnalité, et non immunité. Dans l'affaire *Kanavape* (CJEU, C-663/18, 19 novembre 2020), la Cour a jugé que le CBD n'est pas un stupefiant, qu'un État membre ne peut interdire le CBD légalement produit dans un autre État membre, et que les restrictions de santé publique à la libre circulation « ne peuvent être fondées sur des considérations purement hypothétiques ». Le CBD en cause était légalement produit en République tchèque. *Kanavape* ne signifie **pas** que le CBD ne peut être réglementé — les États peuvent agir au titre de la santé publique, de la sécurité alimentaire, de l'étiquetage, des limites d'âge, des licences et de la surveillance du marché — mais une restriction doit être justifiée par des preuves réelles et publiées ainsi que par un véritable test de proportionnalité, et doit être la mesure la moins restrictive adéquate au but visé. Une restriction occulte, fondée sur l'argument du précurseur et reposant sur une hypothèse à la preuve limitée, s'accorderait mal avec cette jurisprudence.

Ce qu'une restriction occulte provoquerait réellement

Une restriction du CBD imposée de manière non transparente, étayée par des affirmations insuffisamment étayées, pousserait les patients — pour qui des produits CBD fabriqués majoritairement par des fournisseurs locaux de l'EU aident à gérer leurs maladies — vers le marché noir. L'effondrement de la disponibilité légale serait rapidement comblé par un approvisionnement non réglementé, exposant les patients à une contamination par des métaux lourds, des hydrocarbures aromatiques polycycliques, des pesticides et des herbicides. Une restriction reposant sur un argument non étayé ne protégerait donc pas les patients, mais les exposerait à un risque sanitaire substantiellement plus élevé que celui d'un marché légal rationnellement réglementé. Elle échouerait aussi à protéger les enfants des cannabinoïdes synthétiques, car elle ne changerait rien à la disponibilité et à la production continue de nouvelles molécules de cannabinoïdes synthétiques sur le marché gris — lesquelles sont fabriquées à partir de molécules autres que le CBD.

C'est l'avertissement central de la coalition : une mesure présentée comme protectrice livrerait les patients précisément au marché dont elle prétend les protéger.

Ce que nous proposons a la place : une reglementation proportionnee

Cette coalition n'appelle pas a laisser le CBD non reglemente. Nous appelons a une reglementation proportionnee et transparente protegeant les patients et le public : des normes claires de qualite et de bonnes pratiques de fabrication ; des tests obligatoires de contaminants — metaux lourds, pesticides, solvants residuels et contamination microbienne ; un etiquetage clair et exact de la teneur et de la concentration ; des restrictions d'age le cas echeant ; et, par-dessus tout, une action repressive efficace dirigee vers le risque reel — les cannabinoides synthetiques et semi-synthetiques vendus comme « articles de collection ». Une reglementation de ce type protege les patients ; une interdiction occulte du CBD ne le fait pas, car elle retire des produits testes d'un marche reglemente tout en laissant intacts les produits veritablement dangereux.

Une mise en garde contre un « effet domino »

L'effort visant a classer le CBD parmi les precurseurs est promu de longue date a la CND principalement par certains Etats, tandis que l'Union europeenne y a jusqu'ici resiste. La coalition s'inquiete que si la Republique tcheque — qui plaide depuis longtemps pour une politique des drogues rationnelle et fondee sur des donnees probantes — cree un precedent de restriction fonde sur un argument de precurseur insuffisamment etaye, cela puisse declencher une reaction en chaine a travers l'EU et au-dela. Nous soumettons cette evaluation au debat public et a la discussion d'experts.

Sur le poids des preuves

On objecte souvent qu'il y a « trop peu d'essais cliniques randomises » confirmant l'efficacite et la securite du CBD. Cette objection ne devrait pas etre exageree dans un sens ni dans l'autre. Au cours d'environ trois decennies de large disponibilite, les patients et leurs cliniciens ont deja produit un vaste corpus de **donnees en conditions reelles — nos propres donnees de patients — issues de la pratique clinique quotidienne**. Ce n'est pas une absence de preuves ; ce sont des preuves qui existent en abondance et que l'on ecarte trop facilement. Les donnees en conditions reelles sont precieuses — en particulier pour la securite, la tolerabilite, la qualite de vie et l'efficacite chez les patients complexes et multimorbides que les essais randomises excluent — et constituent une part essentielle de la **totalite des preuves** ; elles ne devraient pas etre rejetees au seul motif qu'elles ne proviennent pas d'essais randomises, ni presentees comme equivalentes a ceux-ci.² Les deux sont complementaires, et une evaluation rigoureuse soupese l'ensemble du socle probant. Nous relevons egalement le phenomene documente du « reverse spin bias » — la tendance de certaines revues systematiques a sous-estimer un benefice reel meme lorsque leurs propres donnees montrent un effet statistiquement significatif.³

Nos demandes : la transparence dans la prise de decision

En tant que communaute de patients, nous faisons valoir un droit legitime a l'information sur les decisions qui nous affectent directement. Nous appelons les gouvernements concernes a repondre, de maniere transparente et publique :

Qui a recu la notification, et comment a-t-elle ete traitee ? Quels points focaux nationaux ont recu la *PP Notice 1/2026*, quand, et qu'en ont-ils fait ?

Quelles mesures, et en quelle conformite avec les droits des patients ? A quelles mesures les gouvernements sont-ils parvenus, et comment resisteraient-elles a un test de l'autonomie du patient, de la Convention d'Oviedo et de la proportionnalite au regard du droit de l'EU ?

Quelles preuves d'un role de precurseur existent ? De quelles preuves precises disposent reellement les gouvernements qui s'appuient sur l'argument du precurseur, des lors que l'INCB lui-meme qualifie les preuves de limitees ?

Ou se situe la ligne entre risque prouve et hypothese ? De quelles informations documentees sur la veritable chaine de production des cannabinoides synthetiques et semi-synthetiques les gouvernements disposent-ils, et qu'ont-ils fait au sujet des produits vendus comme « articles de collection » ?

Sur quelles donnees reposent les declarations publiques ? Nous demandons une explication des declarations publiques sur le CBD en tant que precurseur, ainsi que des donnees precises invoquees.

²Schlag AK, Nutt DJ, et al. The value of real world evidence: the case of medical cannabis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1027159. doi:10.3389/fpsy.2022.1027159.

³O'Leary R, La Rosa GRM, Polosa R. Reverse spin bias: preliminary observations of reporting bias in medical systematic reviews. *Res Integr Peer Rev*. 2026;11(1):1. doi:10.1186/s41073-025-00185-9.

Nous nous appliquons la meme exigence. La coalition s'engage a la transparence qu'elle demande aux autres : nous finalisons et publierons notre politique de financement et d'indépendance, et nous procedons a notre inscription au registre de transparence de l'EU.

Un appel a l'Union europeenne

Nous appelons les institutions de l'Union europeenne a examiner si les affirmations publiques sur le CBD en tant que « precurseur » formulees dans les Etats membres sont etayees par des preuves verifiees, et a proteger tant le marche interieur que les patients contre des restrictions administratives depourvues d'une telle base. Nous demandons une evaluation visant a determiner si les mesures a l'etude correspondent au contenu reel des documents de l'INCB ou a une deformation de ceux-ci, et nous rappelons les contraintes etablies dans *Kanavape*.

Questions pour les medias

Nous appelons les journalistes a poser des questions precises aux responsables : Qu'entend-on exactement par l'affirmation selon laquelle le CBD serait un precurseur de drogues de synthese, et sur quelles donnees repose-t-elle ? Comment la concilie-t-on avec la propre declaration de l'INCB selon laquelle les preuves sont limitees ? Pourquoi envisage-t-on l'instrument le plus lourd — le controle des precurseurs de drogue — alors que des outils proportionnes destines aux consommateurs existent deja ? Quelle incidence les mesures auraient-elles sur les personnes agees et les patients chroniques ? Et existe-t-il un risque qu'un Etat membre devienne le declencheur d'une chaine de restrictions a travers l'EU ?

Conclusion et appel a se joindre

Nous appelons a une politique rationnelle, transparente et fondee sur des donnees probantes, respectueuse de l'autonomie et de la dignite des patients ainsi que de leur droit de decider de leur propre sante. Nous ne demandons pas que le CBD demeure non reglemente ; nous demandons qu'il soit reglemente de maniere proportionnee et transparente, et que l'action repressive soit dirigee vers le risque reel. Nous nous opposons a une restriction occulte du CBD fondee sur un argument de precurseur que les donnees actuellement disponibles n'etaient pas — et nous nous opposons, avec la meme fermete, a ce qu'une telle decision soit prise a huis clos. Nous appelons les gouvernements, la CND, l'INCB et les institutions de l'EU a la transparence, et nous appelons les organisations de patients et les personnes a se joindre a cet appel.

Ajoutez votre nom — signez l'appel : <https://www.openpetition.eu/petition/online/le-soin-avant-la-discrimination-est-un-droit-humain>

CBD is a Human Right.

Coalition internationale d'organisations de patients : Aube (Canada), Centrum Paraple (Republique tcheque), Dosemociões (Espagne), Fuck Cancer (Republique tcheque), KOPAC (Republique tcheque), Mothers for Cannabis (Portugal), PatientsCann (Royaume-Uni) et Verein Medcan (Suisse) ; d'autres organisations se joignant.

References

Scientific and clinical

1. Schlag AK, Zafar RR, Lynskey MT, Athanasiou-Fragkouli A, Phillips LD, Nutt DJ. The value of real world evidence: the case of medical cannabis. *Front Psychiatry*. 2022;13:1027159. doi:10.3389/fpsy.2022.1027159.
2. O'Leary R, La Rosa GRM, Polosa R. Reverse spin bias: preliminary observations of reporting bias in medical systematic reviews. *Res Integr Peer Rev*. 2026;11(1):1. doi:10.1186/s41073-025-00185-9.
3. Florian J, Salcedo P, Burkhart K, et al. Cannabidiol and liver enzyme level elevations in healthy adults: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2025;185(9):1070-1078. doi:10.1001/jamainternmed.2025.2366.
4. Boehnke KF, Gagnier JJ, Matallana L, Williams DA. Cannabidiol product dosing and decision-making in a national survey of individuals with fibromyalgia. *J Pain*. 2022;23(1):45-54. doi:10.1016/j.jpain.2021.06.007.
5. Henderson RG, Vincent M, Rivera BN, Bonn-Miller MO, Doepker C. Cannabidiol safety considerations: development of a potential acceptable daily intake value and recommended upper intake limits for dietary supplement use. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2023;144:105482. doi:10.1016/j.yrtph.2023.105482.

6. European Medicines Agency. Epidyolex (cannabidiol): marketing authorisation. Amsterdam: EMA; 19 September 2019. [ema.europa.eu](https://www.ema.europa.eu).

International and legal

7. International Narcotics Control Board. Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances (Precursors Report 2025). E/INCB/2025/4. Vienna: INCB.
8. International Narcotics Control Board. PP Notice No. 1/2026: Observations concerning cannabidiol (CBD). Vienna: INCB Secretariat; 24 February 2026. (Headed “For Official Use Only”; available online, verified by the coalition, and published alongside this appeal for transparency.)
9. European Union Drugs Agency (EUDA). Semi-synthetic cannabinoids: distribution and supply. Lisbon: EUDA. Accessed 16 February 2026.
10. Court of Justice of the European Union. Case C-663/18, *B S and C A* (“Kanavape”). Judgment of 19 November 2020. ECLI:EU:C:2020:938. eur-lex.europa.eu.
11. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (as amended), Arts. 4(c), 23, 28.
12. United Nations. Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969, Arts. 31-32.
13. Council of Europe. Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention), ETS No. 164, 1997, Arts. 3 and 5.
14. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), 1966, Art. 12.
15. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2006, Arts. 5 and 25.
16. OHCHR. Access to medicines — a fundamental element of the right to health; Human Rights Council resolution 12/24. Geneva: OHCHR.
17. Commission on Narcotic Drugs. Decision placing HHC under Schedule II of the 1971 Convention on Psychotropic Substances (in force 6 December 2025).
18. United Kingdom Food Standards Agency / Advisory Council on the Misuse of Drugs. CBD acceptable daily intake guidance.