

CADRE STRATÉGIQUE POUR LE CONTRÔLE DU CANNABIS

Octobre 2014

Centre collaborateur de
l'OPS et de l'OMS

Affilié à part entière à
l'Université de Toronto

Ce document est une traduction du « [Cannabis Policy Framework](#) » de CAMH.

Table des matières

Résumé	1
État des lieux	3
Le cannabis est la drogue illégale la plus couramment consommée au Canada	3
La consommation de cannabis comporte des risques pour la santé	4
Les méfaits causés par le cannabis concernent un groupe limité d’usagers à risque élevé	6
La criminalisation de la consommation de cannabis entraîne des méfaits supplémentaires, sans effet dissuasif	8
Une réforme juridique du contrôle du cannabis est nécessaire	9
Pourquoi légaliser le cannabis et réglementer les pratiques qui s’y associent?	10
La décriminalisation : une demi-mesure	11
La légalisation : une possibilité de réglementation fondée sur des données probantes	13
Passer de l’interdiction à la réglementation	14
Principes directeurs d’un contrôle du cannabis centré sur la santé	15
Les risques potentiels et comment les réduire	16
Conclusion	19
À propos de CAMH	20
Références	21

Résumé

Avec l'alcool et le tabac, le cannabis est une des drogues à usage récréatif préférées des Canadiens. Comme ces drogues, le cannabis (couramment appelé marijuana) est associé à divers méfaits pour la santé. Contrairement à l'alcool et au tabac cependant, le cannabis est illégal, c'est-à-dire interdit du fait de ses statuts fédéral et international identiques à ceux de l'héroïne et de la cocaïne.

Le paysage de la politique liée au cannabis évolue. Les Pays-Bas, le Portugal, et plus récemment l'Uruguay et les états du Colorado et de Washington, ont réformé leur démarche concernant le contrôle du cannabis. Au Canada, on s'attend à ce que les modifications apportées aux mesures réglementaires du programme fédéral *Usage de la marijuana à des fins médicales* conduisent à une augmentation du nombre d'utilisateurs autorisés pour les années à venir. Le soutien du public en faveur d'une réforme des lois canadiennes sur le cannabis est de plus en plus fort. Parallèlement, nous approfondissons toujours nos connaissances sur les risques que présente pour la santé la consommation de cannabis.

En tant qu'hôpital canadien chef de file dans le domaine de la santé mentale, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) propose des conclusions fondées sur des données probantes, qui concernent le cannabis et les mesures ayant pour objectif d'en réduire les méfaits. CAMH a examiné les données probantes concernant le contrôle du cannabis et établi les conclusions suivantes :

- L'usage de cannabis comporte des risques importants pour la santé, particulièrement chez les personnes qui en consomment fréquemment ou commencent à en consommer à un jeune âge.
- La criminalisation augmente ces méfaits pour la santé et s'accompagne de répercussions sociales.
- Une démarche de santé publique centrée sur les usagers à risque élevé et sur les pratiques – analogue à la démarche privilégiée pour l'alcool et le tabac – permet de mieux contrôler les facteurs de risque associés aux méfaits causés par le cannabis.

Ces conclusions en amènent une autre :

- La légalisation, jumelée à une réglementation stricte centrée sur la santé, ouvre la voie à des mesures visant la réduction des méfaits associés à la consommation de cannabis.

Cette démarche n'est pas dénuée de risques. Une démarche légale non réglementée ou insuffisamment réglementée peut conduire à une augmentation de la consommation du cannabis. Le bon équilibre de cette réglementation, sa mise en œuvre efficace et son application sont des éléments clés pour garantir que la légalisation s'accompagne d'un avantage indéniable en termes de santé et de sécurité du public, tout en protégeant ceux qui sont vulnérables aux méfaits causés par le cannabis.

CAMH ne condamne pas le cannabis, ni n'encourage sa consommation. Malgré l'interdiction le concernant, plus d'un tiers des jeunes adultes en font usage et la démarche actuelle quant à son contrôle en aggrave les méfaits. C'est le moment de réexaminer notre démarche concernant le contrôle du cannabis.

État des lieux

Le cannabis est la drogue illégale la plus couramment consommée au Canada

Au Canada, le taux des usagers de cannabis est l'un des plus élevés au monde. Plus de 40 % des Canadiens ont fait usage de cannabis au cours de leur vie et 10 % environ en ont consommé au cours de la dernière année¹. Aucune autre drogue illégale n'est utilisée chaque année par plus de 1 % des Canadiens².

Des études de population réalisées en Ontario³ indiquent que 14 % des adultes et 23 % des élèves au secondaire ont fait usage de cannabis en 2013. Comme le montre le tableau ci-dessous les hommes, par rapport aux femmes, présentent presque 50 % de chances supplémentaires d'en avoir fait usage lors de la dernière année. La consommation de cannabis est plus courante chez les adolescents et les jeunes adultes, mais la moitié des usagers de la province ont 30 ans ou plus. Entre 1997 et 2005, la consommation de cannabis chez les adultes a évolué à la hausse, particulièrement chez ceux âgés de 18 à 29 ans, mais elle s'est stabilisée depuis. Parmi les élèves au secondaire, la consommation au cours de la dernière année a diminué de manière régulière et importante depuis 2003.

CONSOMMATION DE CANNABIS EN ONTARIO : pourcentage de la population ayant fait usage de cannabis au cours de la dernière année⁴

	1997	2001	2005	2009	2013
Population générale (plus de 18 ans)	9,1	11,2	14,4	13,3	14,1
Par sexe					
• Hommes	11,4	15,4	18,8	17,4	17,6
• Femmes	7	7,3	10,3	9,5	10,8
Par âge					
• 7 ^e à 12 ^e années	28*	28,6	26,5	25,6	23
• 18 à 29 ans	21,4	26,8	38,2	35,8	40,4
• 30 à 39 ans	9,8	15,8	16,9	12,9	17,3
• 40 à 49 ans	4,3	7,2	10,8	11,7	8,4
• Plus de 50 ans	1,7	3,3	2,6	4,7	5,9

* chiffre de 1999

¹ Santé Canada, 2013

² Santé Canada, 2013

³ Ialomiteanu et al, 2012; Ialomiteanu et al, 2014; Boak et al, 2013

⁴ Ialomiteanu et al, 2012, pour toutes les données, sauf celles de la 7^e à la 12^e année (Boak et al, 2013) et celles de la population générale pour 2013 (Ialomiteanu et al, 2014)

En Ontario, 60 % des usagers adultes de cannabis au cours de la dernière année en font usage une fois par mois au moins⁵, et 27 % environ, c'est-à-dire presque 4 % de l'ensemble de la population adulte, en consomment tous les jours⁶. Nous savons, selon les données d'autres territoires de compétence, qu'une petite fraction d'usagers de cannabis est responsable de l'essentiel de la consommation; on estime en effet que 20 % des usagers sont responsables de 80 à 90 % de la consommation⁷.

La plupart des personnes qui font usage de cannabis ne consomment pas d'autres drogues illégales et la consommation isolée de cannabis n'augmente pas la susceptibilité pour l'usager d'évoluer vers l'utilisation d'autres substances illégales⁸.

Ces dix dernières années, l'opinion publique concernant le contrôle du cannabis a considérablement évolué. Il y a dix ans, environ la moitié des Canadiens trouvaient que le cannabis devait être décriminalisé ou légalisé; aujourd'hui, c'est l'avis de plus de deux tiers des Canadiens⁹.

La consommation de cannabis comporte des risques pour la santé

Le cannabis n'est pas une substance inoffensive. Ses méfaits pour la santé augmentent avec l'intensité de sa consommation. En cas de consommation fréquente (quotidienne ou quasi quotidienne), le cannabis est plus particulièrement associé à un risque accru de problèmes concernant les fonctionnements cognitif et psychomoteur, de troubles respiratoires, de dépendance au cannabis, et de maladie mentale.

Problèmes concernant les fonctionnements cognitif et psychomoteur

Il est connu que la consommation de cannabis a des répercussions négatives sur la mémoire, la capacité d'attention, et les performances psychomotrices. Sa consommation fréquente peut diminuer la motivation et les performances d'apprentissage, ce qui peut avoir une incidence négative sur le travail ou les études¹⁰. Chez les adultes, ces modifications ne sont généralement pas permanentes; ces effets négatifs se dissipent habituellement plusieurs semaines après l'arrêt de la consommation.

Du point de vue de la santé publique, sont considérées comme plus importantes les répercussions négatives de la consommation de cannabis sur les habiletés nécessaires à la conduite en toute sécurité, et l'augmentation importante de risque d'accidents en véhicules

⁵ Ialomiteanu et al, 2014

⁶ Santé Canada, 2013

⁷ Room et al, 2010

⁸ Room et al, 2010

⁹ *National Post*, 2013; *Ottawa Citizen*, 2014

¹⁰ Block et al, 2002; Pope et al, 1996

motorisés¹¹. En Ontario, on estime à 9 % la proportion de conducteurs autorisés âgés de 18 à 29 ans et à 10 % celle des conducteurs scolarisés en 10^e, 11^e et 12^e années qui indiquent avoir conduit dans l'heure suivant une consommation de cannabis au cours de l'année écoulée¹². Pour ces deux groupes d'âge, les taux de conduite avec facultés affaiblies par le cannabis dépassent ceux de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool. Bien que le risque d'accident associé à une conduite avec facultés affaiblies par le cannabis soit significativement plus bas que celui associé à une conduite avec facultés affaiblies par l'alcool, c'est un problème préoccupant : les accidents de véhicules motorisés dus à une conduite avec facultés affaiblies constituent la principale contribution du cannabis à la charge de morbidité et de blessures au Canada.

Troubles respiratoires

Comme le tabac, la fumée de cannabis contient du goudron et d'autres agents cancérigènes connus. Il existe un lien entre la consommation régulière et à long terme de cannabis et la survenue de bronchites et de cancers¹³. Pour obtenir un effet maximal, les fumeurs de cannabis retiennent souvent la fumée non filtrée dans leurs poumons, ce qui potentialise ces risques. Environ la moitié des usagers de l'année écoulée fument également du tabac et il est probable que la fumée de tabac contribue beaucoup à un grand nombre de ces problèmes respiratoires, ou même qu'elle en soit la principale cause¹⁴.

Dépendance au cannabis

Environ 9 % des usagers de cannabis développent une dépendance¹⁵. Ces usagers dépendants au cannabis peuvent avoir de la difficulté à arrêter ou à diminuer leur consommation, et ainsi continuer à faire usage de cannabis malgré ses effets négatifs; ceux qui arrêtent subitement peuvent ressentir de légers symptômes de sevrage, parmi lesquels : irritabilité, anxiété, maux d'estomac, perte d'appétit, perturbation du sommeil et dépression¹⁶. Ceux qui en font usage souvent et depuis longtemps présentent un risque plus élevé de dépendance que les usagers occasionnels. En comparaison, on estime la probabilité de développer une dépendance à 68 % avec la nicotine, 23 % avec l'alcool et 21 % avec la cocaïne¹⁷.

Problèmes de santé mentale

Plusieurs études ont mis en évidence que la consommation fréquente de cannabis est associée à la maladie mentale¹⁸. On pense que cette consommation augmente la probabilité de maladie mentale chez les personnes présentant une vulnérabilité préexistante, et qu'elle en aggrave les

¹¹ Hartman et Huestis, 2013; Hall et Degenhardt, 2009

¹² Ialomiteanu et al, 2012; Boak et al, 2013

¹³ Tetrault et al, 2007

¹⁴ Fischer et al, 2011

¹⁵ Lopez-Quintero et al, 2011

¹⁶ Anthony, 2006; Kalant, 2004

¹⁷ Lopez-Quintero et al, 2011

¹⁸ Pour un résumé, voir Volkow et al, 2014, et Fischer et al, 2011.

symptômes chez les personnes présentant déjà une maladie mentale¹⁹. Même la consommation occasionnelle peut augmenter ces risques : on estime que les usagers de cannabis ont un risque de psychose plus élevé de 40 % que les non-usagers²⁰. Ceux qui en font usage fréquemment ont un risque encore plus élevé – de 50 % à 200 % plus élevé que les non-usagers – ce qui indique l’existence possible d’un effet dose-réponse. Le cannabis dont la puissance est très élevée – c’est-à-dire le cannabis qui comporte une concentration élevée de tétrahydrocannabinol (THC), son principal composant psychoactif – entraîne pour les usagers un risque plus élevé de maladie mentale que le cannabis de moindre puissance²¹. Cette association entre la consommation de cannabis et la maladie mentale est forte, mais pas encore bien élucidée. Sa causalité n’a pas encore été déterminée²².

Les méfaits causés par le cannabis concernant un groupe limité d’usagers à risque élevé

Aux quantités et aux schémas de consommation indiqués par la plupart des usagers adultes de cannabis, les risques pour la santé sont modestes – significativement moins importants que ceux liés au tabac ou à l’alcool. Le tableau ci-dessous présente une estimation des risques intrinsèques ou inhérents à six drogues différentes, évalués selon différents types de méfaits sur une échelle de 0 à 100 (100 représentant le risque le plus élevé)²³ :

	Alcool	Tabac	Cannabis	Amphé- tamines	Héroïne	Cocaïne/ crack
Létalité*	50	0	0	20	100	22,5
Atteinte de la santé physique	80	100	20	30	20	40
Altération du fonctionnement mental	65	0	30	60	30	80

* exprimée par le rapport dose létale/dose standard

Les risques pour la santé liés au cannabis augmentent de manière significative avec l’intensité de sa consommation; la fréquence de consommation est un facteur prédictif fort de méfaits causés par le cannabis²⁴. Les problèmes de fonctionnements cognitif, psychomoteur et respiratoire, ainsi que ceux de dépendance au cannabis et de maladie mentale concernent toutes les personnes qui consomment du cannabis tous les jours ou presque tous les jours, groupe d’usagers que l’on estime compris entre 20 % et 30 % de l’ensemble des usagers.

¹⁹ McLaren et al, 2009; Hall et al, 2004

²⁰ Moore et al, 2007

²¹ Di Forti et al, 2009

²² McLaren et al, 2009

²³ Nutt et al, 2010

²⁴ Fischer et al, 2011

Il existe également de plus en plus de données probantes d'après lesquelles la consommation régulière de cannabis à l'adolescence peut nuire gravement au développement du cerveau. La consommation régulière et précoce de cannabis est associée à de faibles niveaux d'instruction, à une diminution de la satisfaction de vie, à une susceptibilité plus élevée de présenter des troubles liés à la consommation de cannabis, et à un risque accru de présenter des problèmes de santé mentale²⁵. Plusieurs études laissent penser que la consommation de cannabis avant l'âge de 18 ans augmente le risque d'être atteint de schizophrénie²⁶. Et tandis que, chez les adultes, les problèmes cognitifs associés à la consommation régulière de cannabis diminuent après un mois environ de non-consommation, ceux-ci pourraient être irréversibles chez les adolescents²⁷. Étant donné qu'environ 3 % des élèves ontariens au niveau secondaire, c'est-à-dire 26 000 adolescents environ, consomment du cannabis tous les jours, ces résultats sont inquiétants.

En 2011, une équipe menée par les D^{rs} Benedikt Fischer et Jürgen Rehm, de CAMH, a élaboré et publié un ensemble de directives pour une consommation de cannabis à faible risque²⁸. Remarquant que les méfaits causés par le cannabis sont principalement le fait d'un sous-groupe limité d'utilisateurs qui en consomment beaucoup ou dès leur plus jeune âge, et que ces facteurs de risque peuvent être modifiés, les auteurs recommandent l'application de ces directives comme un moyen de réduire les méfaits de la consommation de cannabis, au niveau de l'individu et de la population. Élaborée sur l'exemple des directives de consommation d'alcool à faible risque adoptées au Canada et ailleurs, cette proposition concernant la consommation de cannabis à faible risque peut être résumée de la manière qui suit :

Bien que l'abstinence soit la seule façon d'éviter complètement les risques pour la santé liés à la consommation de cannabis, on s'attend à ce que les risques présentés par les personnes qui en font usage soient réduits si :

- Les usagers attendent jusqu'au début de l'âge adulte pour commencer à en consommer.
- Les usagers évitent d'en consommer fréquemment (éviter la consommation quotidienne ou quasi quotidienne).
- Les usagers délaissent le cannabis fumé pour le cannabis délivré par des systèmes moins nocifs (sans fumée) comme les vaporisateurs.
- Les usagers utilisent des produits moins puissants ou dont la dose de THC est ajustée.
- Les usagers évitent de conduire durant les 3 à 4 heures qui suivent la consommation, voire plus longtemps si nécessaire.

²⁵ Pour un résumé, voir Volkow et al, 2014, et Fischer et al, 2011.

²⁶ Pour un résumé, voir Lynch et al, 2012.

²⁷ Porath-Waller, 2009

²⁸ Fischer et al, 2011

- Les personnes qui présentent des risques liés au cannabis plus élevés (p. ex., celles qui ont des antécédents familiaux ou personnels de psychose, celles qui présentent des risques cardiovasculaires, et les femmes qui sont enceintes) s'abstiennent purement et simplement d'en consommer.

Ces directives ont été approuvées par un certain nombre d'organismes, dont CAMH et l'Association canadienne de santé publique (ACSP), comme un ensemble de moyens éducatifs visant à réduire la consommation de cannabis et les pratiques à haut risque.

La criminalisation de la consommation de cannabis entraîne des méfaits supplémentaires, sans effet dissuasif

Au Canada, le droit pénal régit la production et la possession de cannabis par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS). Les usagers de cannabis à titre récréatif doivent soit l'acheter sur le marché noir, soit le cultiver eux-mêmes, l'un et l'autre choix constituant une infraction de production ou de trafic dans le cadre de cette loi. Cette interdiction entraîne des coûts sociaux et individuels, qui viennent s'ajouter aux risques pour la santé.

Chaque année, 60 000 Canadiens environ sont arrêtés pour simple possession de cannabis, ce qui représente presque 3 % de toutes les arrestations²⁹. La peine maximale pour ces délinquants primaires comporte une amende de 1 000 \$ et six mois de prison. Au moins 500 000 Canadiens ont un casier judiciaire du fait de cette infraction, ce qui peut limiter de manière significative leurs possibilités d'emploi et restreindre leur capacité légale à voyager³⁰. L'application des lois concernant le cannabis est très coûteuse : au Canada, pour l'année 2002, le coût de l'application des lois concernant sa possession (en incluant la police, les cours et les services correctionnels) a été estimé à 1,2 milliard de dollars³¹.

L'interdiction du cannabis et la criminalisation des usagers ne découragent pas les personnes d'en consommer. Sur ce point particulier, les preuves sont sans équivoque : des sanctions plus lourdes ne débouchent pas sur une réduction des taux de consommation du cannabis³². Dans des pays comme le Canada, où la consommation de cannabis est interdite, une grande partie de la population en fait usage malgré tout – souvent d'ailleurs à un niveau de consommation plus élevé que dans d'autres territoires de compétence dotés d'une réglementation plus souple de contrôle du cannabis – ce qui expose les usagers au fait d'être considérés comme des criminels et au risque d'être pris dans les mailles du système de justice pénale. Des personnes déjà vulnérables sont ainsi touchées de manière disproportionnée; tout laisse penser par ailleurs

²⁹ Statistiques Canada, 2013

³⁰ Erickson et Fischer, 1995

³¹ Rehm et al, 2006

³² Room et al, 2010

que « la police utilise souvent l'accusation de possession de cannabis pour, de manière facile, harceler les populations marginalisées, ou leur rendre la vie difficile³³ ».

Une réforme juridique du contrôle du cannabis est nécessaire

Toutes les données dont nous disposons indiquent que la criminalisation de la consommation de cannabis est inefficace et coûteuse, et qu'elle constitue une politique publique médiocre. Cette opinion est loin d'être nouvelle; au Canada, elle a notamment été exprimée en 1972 par la Commission Le Dain du gouvernement fédéral, en 1974 par le Sénat, en 1994 par l'Association du barreau canadien, en 1998 par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, en 2000 par CAMH, en 2001 par l'Institut Fraser, en 2002 par le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, en 2013 par la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, et en 2014 par l'Association canadienne de santé publique. La justification pour un changement repose en général sur quatre propositions fondées sur des données probantes³⁴ :

- 1) Il n'a pas été possible d'empêcher la consommation de cannabis en l'interdisant.
- 2) Les risques et méfaits de la consommation de cannabis sont plus faibles que ceux de la consommation de tabac ou d'alcool.
- 3) Le cannabis peut et doit être isolé des marchés de drogues illicites, où les usagers sont exposés à d'autres drogues illégales (plus dangereuses).
- 4) Les ressources dépensées pour faire appliquer les lois s'opposant à la consommation personnelle de cannabis seraient mieux affectées ailleurs.

L'exposé des faits montre ainsi clairement que le Canada a besoin d'une réforme juridique visant à mettre en œuvre une démarche de santé publique dont l'objectif est de réduire les méfaits du cannabis envers les personnes et la société.

³³ Room et al, 2010 : 72

³⁴ Room et al, 2010

Pourquoi légaliser le cannabis et réglementer les pratiques qui s’y associent?

Au Canada, la démarche gouvernementale concernant l’usage de substances considère essentiellement cet usage comme une question de justice pénale. Le cannabis et les autres drogues sont vus sous une perspective d’application de la loi. S’il n’est pas discutable que la consommation de cannabis puisse, dans certains cas et chez certaines personnes, être nocive, il ne s’ensuit pas que son interdiction soit la politique la plus judicieuse et la plus bénéfique pour la santé. Comme le notent Room et al : « Dans les sociétés modernes, l’existence d’effets indésirables ne règle pas la question du statut juridique d’un produit; si cela était le cas, l’alcool, les automobiles, et les escaliers par exemple, seraient tous interdits, car leur utilisation est à l’origine d’accidents sérieux³⁵ ».

Une démarche de santé publique concernant l’usage de substances doit les envisager non pas comme un problème pénal, mais comme un problème de santé. Une telle démarche est basée sur une politique et une pratique fondées sur des données scientifiques qui vont influencer sur les déterminants de la santé sous-jacents, et placer au centre même de leur mission la promotion de la santé, ainsi que la prévention des décès, des maladies, des lésions et des incapacités³⁶. L’objectif est d’optimiser les avantages pour le plus grand nombre en alliant des politiques et des interventions ciblées à l’échelle de la population. C’est cette philosophie qui préside aux démarches canadiennes concernant l’alcool et le tabac, et qui devrait également guider notre démarche concernant le cannabis :

« La politique [en vigueur] concernant le cannabis est fondamentalement différente des démarches en vigueur concernant les autres drogues prisées par le public, comme l’alcool, qui sont des démarches de santé publique centrées sur les usagers à risque élevé, sur les pratiques et les environnements à risque élevé, mais aussi plus particulièrement sur les facteurs de risque modifiables, avec l’objectif de réduire les préjudices aux personnes et à la société. Étant donné que la majorité des méfaits liés à la consommation de cannabis semblent être le fait d’une population particulière d’usagers à risque élevé ou de pratiques de consommation à risque élevé, il faudrait envisager pour la consommation de cannabis une même démarche de santé publique, c’est-à-dire centrée sur la santé. Le choix d’une telle démarche comme paradigme principal d’intervention reposerait sur des interventions ciblées et centrées sur la santé, qui viseraient principalement ces usagers à risque élevé de préjudice, et non pas sur une criminalisation de la consommation, qui est d’une efficacité limitée et grevée d’effets secondaires indésirables. Cette démarche augmenterait les avantages au bénéfice de la société³⁷. »

Du fait du large choix de possibilités pour une réforme du contrôle du cannabis, la question qui se pose à nous est la suivante : quelle démarche juridique et réglementaire peut réduire de manière optimale les risques pour la santé et les méfaits sociaux associés à la consommation de cannabis? Pour une discussion détaillée de l’ensemble des réformes possibles à l’intérieur

³⁵ Room et al, 2010: 15

³⁶ Association canadienne de santé publique, 2014

³⁷ Fischer et al, 2011: 324

même, mais aussi au-delà du cadre réglementaire international en vigueur pour les drogues, voir Room et al, 2010. La section qui suit est consacrée à la décriminalisation (c'est-à-dire une interdiction qui s'accompagne de sanctions civiles plutôt que pénales) et la légalisation avec réglementation stricte – ainsi que sur les raisons pour lesquelles cette dernière est étayée sur des données probantes.

La décriminalisation : une demi-mesure

Les modèles de décriminalisation du cannabis sont très variables, mais retirent en général la possession de petites quantités de cannabis du domaine du droit pénal. Si l'interdiction reste la règle, les sanctions pour possession et consommation de cannabis deviennent au contraire des infractions civiles relevant d'une petite amende.

Des données probantes montrent qu'une démarche de décriminalisation peut réduire certaines répercussions sociales indésirables liées à la criminalisation³⁸. Ne pas sanctionner pénalement la possession de cannabis devrait entraîner une réduction du nombre de personnes prises dans les mailles du système de justice pénale et une réduction du coût de l'application de la loi, ce qui allège d'autant le fardeau infligé aux personnes et au système judiciaire. Peu de données suggèrent que la décriminalisation entraîne une augmentation de la consommation de cannabis ou de la prévalence de la dépendance qui lui est liée³⁹.

Au Portugal, la possession et la consommation de toutes les drogues sont décriminalisées depuis 2001. Le modèle portugais est centré sur la déjudiciarisation : la consommation de drogue est formellement interdite, mais les autorités envoient les usagers à un comité composé de trois personnes, dont l'objectif principal est d'orienter les personnes ayant un problème d'usage de substances vers une prise en charge thérapeutique. Ces comités ont également le pouvoir de recourir à des sanctions civiles comme les amendes. Depuis la mise en œuvre de ce système, le Portugal a vu décliner l'abus de substances et les méfaits causés par les drogues, réduire la charge sur le système judiciaire pénal, et diminuer l'usage des drogues illicites par les adolescents⁴⁰. Bien qu'il ne soit pas possible d'attribuer de manière certaine ces tendances relevées au Portugal au choix d'une décriminalisation et d'une déjudiciarisation, ces résultats constituent un vrai défi à la notion selon laquelle la décriminalisation des drogues – qu'il s'agisse du cannabis ou des autres drogues – entraîne forcément une augmentation de l'abus, de la dépendance et des méfaits subis.

Si les avantages de la décriminalisation sont importants, ce modèle ne répond pas à plusieurs des méfaits associés à l'interdiction de consommer du cannabis :

- En cas de décriminalisation, le cannabis étant non réglementé, les usagers savent peu de choses, voire ne savent rien, de sa puissance et de sa qualité.

³⁸ Room et al, 2010

³⁹ Room et al, 2010

⁴⁰ Hughes et Stevens, 2010

- Tant que la consommation de cannabis reste illégale, il est difficile pour les professions de la santé ou de l'éducation de répondre efficacement à une consommation problématique, et de contribuer à la prévenir. Une application de la loi centrée sur l'interdiction détourne les usagers de cannabis de la prévention, de la réduction des risques et des traitements.
- La décriminalisation qui ne s'accompagne pas d'autres outils gouvernementaux de réglementation peut favoriser la commercialisation de la production et de la distribution de cannabis. Ces activités restent en effet contrôlées par le droit pénal et les usagers, pour la plupart d'entre eux, doivent encore se procurer du cannabis sur le marché illicite, où ils peuvent être exposés à d'autres drogues et à une activité criminelle.

L'expérience des territoires de compétence qui ont décriminalisé la possession de cannabis semble aussi indiquer que cela peut s'accompagner de conséquences non voulues. Dans un grand nombre de territoires, les avantages de la décriminalisation ont été compromis par « une pratique de la police qui augmente le nombre d'usagers pénalisés⁴¹ ». On appelle ce phénomène l'« élargissement du filet » : « un plus grand nombre de personnes sont attrapées par le filet d'application de la loi, même si ces personnes subissent, en moyenne, moins de méfaits liés au cannabis⁴² ». De plus, les amendes constituent des sanctions régressives dans la mesure où elles infligent un fardeau disproportionné à des personnes à faible revenu. Si ces personnes qui ne peuvent payer l'amende sont ensuite accusées dans le cadre du droit pénal, il existe un risque de « criminalisation secondaire⁴³ ». Il est alors improbable que le principal avantage théorique de la décriminalisation – la réduction des répercussions sociales indésirables – se répartisse de manière égale au sein de la société.

À la suite de la publication des résultats de la Commission des déterminants sociaux de la santé en 2008, l'Organisation mondiale de la Santé a fortement mis l'accent sur l'équité en santé et a exprimé sa volonté d'adopter une démarche portant sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités en la matière⁴⁴. Il s'agit d'examiner les mesures de la politique de santé, et d'évaluer régulièrement leur efficacité dans un territoire de compétence non seulement en termes de réduction du fardeau pour la santé, mais aussi de réduction des inégalités de santé⁴⁵. Dans ce contexte, toute modification apportée à la politique concernant le cannabis devrait être examinée quant à son potentiel de réduire, ou au contraire d'augmenter, l'injustice en termes de santé. Le système de contrôle en vigueur au Canada pour le cannabis entraîne une grande injustice, les minorités racialisées ayant une chance plus élevée d'être arrêtées et poursuivies en justice pour des infractions liées à la consommation de cannabis⁴⁶. Favorisant le pouvoir discrétionnaire de la police et le profilage racial, la décriminalisation est peu susceptible de supprimer, ou simplement d'atténuer cette injustice.

⁴¹ Room et al, 2010: 127

⁴² Room et al, 2010: 147

⁴³ Room et al, 2010

⁴⁴ Commission sur les déterminants sociaux de santé, 2008; voir aussi la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de santé

⁴⁵ Blas et Kurup, 2010

⁴⁶ Wortley et Owusu-Bempah, 2012; Khenti, 2014

Les conséquences non voulues de la décriminalisation sont particulièrement importantes dans la perspective d'un modèle proposé par l'Association canadienne des chefs de police (ACCP) en août 2013, dans lequel la police se verrait laisser la possibilité de mettre une amende pour possession de petites quantités de cannabis au titre de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, mais conserverait également la capacité de porter une accusation au pénal en vertu de la loi. Selon l'ACCP, cette proposition « élargirait le choix des options possibles d'application de la loi pour répondre avec efficacité et de manière rationnelle à la possession illicite de cannabis, tout en conservant la capacité de porter des accusations relevant d'un processus judiciaire officiel⁴⁷ ». À la lumière de ce que nous savons du ciblage disproportionné des populations marginalisées et vulnérables, il est peu probable qu'attribuer à la police le pouvoir discrétionnaire de recourir à des options plus ou moins sévères d'application de la loi devant la même infraction ait des répercussions positives sur l'équité en santé.

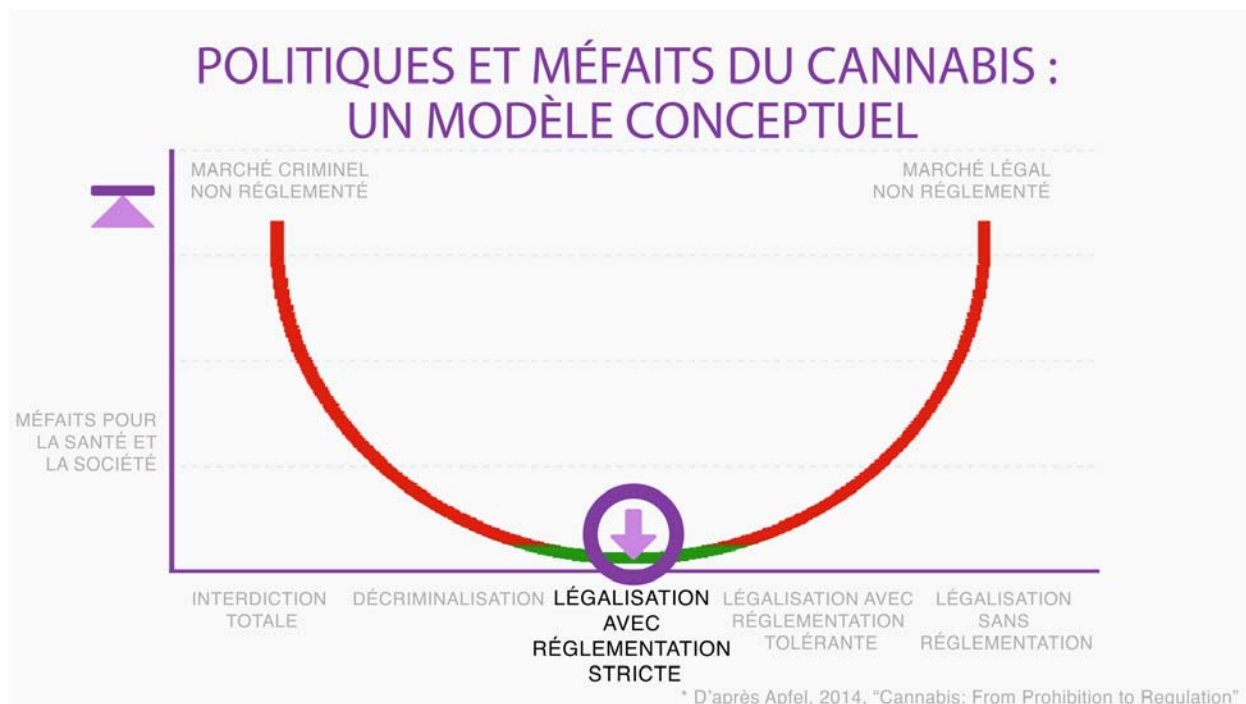
La légalisation : une possibilité de réglementation fondée sur des données probantes

La légalisation supprime les méfaits sociaux du cannabis et les coûts liés à son interdiction. Supprimer les sanctions civiles et pénales pour la possession de cannabis éliminerait le montant supérieur à 1 milliard de dollars que le Canada dépense chaque année pour faire appliquer les lois concernant la possession de cannabis, mais aussi l'application inégale de ces lois, la participation des usagers de cannabis au marché des drogues illicites, et le fardeau que crée un casier judiciaire lié au cannabis sur les possibilités d'emploi d'une personne et sa capacité à voyager. Dans un territoire de compétence où la production et la distribution de cannabis sont légales et judicieusement réglementées, la participation criminelle à ces activités devrait diminuer de manière importante et potentiellement disparaître.

Prise isolément, la légalisation ne réduit pas les risques et les méfaits du cannabis pour la santé. Elle offre aux gouvernements la possibilité de *réglementer* le cannabis pour atténuer ces risques – quelque chose qui ne peut se faire efficacement sous une interdiction ou une décriminalisation. Des dizaines d'années de recherches en matière de contrôle de l'alcool et du tabac nous ont appris que parvenir au bon équilibre de règlements est crucial : « L'impact positif ou négatif de la légalisation sur la santé et la sécurité du public dépend en grande partie des décisions réglementaires prises et de la manière dont elles sont mises en œuvre⁴⁸ ». La courbe ci-dessous illustre ce lien. L'interdiction totale et, à l'autre extrême de la courbe, la légalisation sans réglementation, peuvent l'une et l'autre entraîner de lourds méfaits pour la santé et des préjudices sociaux.

⁴⁷ Association canadienne des chefs de police, 2013

⁴⁸ Apfel, 2014 : 1



Passer de l'interdiction à la réglementation

Deux problèmes juridiques posent cependant un défi à la levée de l'interdiction du cannabis au Canada. Premièrement, dans la mesure où le cannabis fait l'objet de contrôles juridiques fédéraux, toute initiative provinciale pour réformer la politique du cannabis devrait d'abord être approuvée par le gouvernement fédéral. Deuxièmement, le Canada est signataire des traités internationaux de contrôle du cannabis qui interdisent sa production et son utilisation pour des objectifs non scientifiques ou non médicaux. Comme l'inclusion du cannabis dans les lois fédérales de contrôle des drogues au Canada, l'émergence de cette interdiction internationale est, dans le meilleur des cas, décrite comme un « accident historique »; elle n'était pas fondée sur une quelconque preuve que les méfaits du cannabis étaient suffisants pour l'interdire ou que cette interdiction pourrait constituer une prise en charge efficace⁴⁹. Alors que ces traités internationaux sont liés juridiquement, les pays peuvent faire le choix d'en dénoncer les éléments avec lesquels ils ne sont pas d'accord, ou de faire pression en faveur d'une réforme judicieuse de ces traités⁵⁰. Pour une discussion détaillée de ces questions juridiques, ainsi que des orientations possibles pour avancer, voir Room et al, 2010, Room 2013, et Apfel 2014.

⁴⁹ Room et al, 2010; Schwartz, 2014

⁵⁰ Room, 2012

Principes directeurs d'un contrôle du cannabis centré sur la santé

Réglementer les marchés légaux du cannabis en ayant pour principal objectif l'amélioration de la santé publique serait une entreprise complexe, qui couvrirait sa production, sa distribution (approvisionnement) et sa consommation (possession et usage). Le contrôle de l'alcool nous a appris que les stratégies pour réduire les méfaits liés à la consommation d'un produit doivent être coordonnées et multisectorielles, et comporter des contrôles efficaces de sa disponibilité (p. ex., densité des points de vente, heures de vente) et de son accessibilité (p. ex., impératifs d'âge minimum, niveaux de prix), ainsi qu'une éducation et une promotion de la santé ciblées pour sensibiliser le public – particulièrement les groupes vulnérables – à ses méfaits et à ses risques⁵¹.

CAMH propose dix principes de base pour guider la réglementation de l'usage légal du cannabis. Ces principes devraient être considérés comme un point de départ, c'est-à-dire un ensemble d'exigences minimales pour un cadre réglementaire centré sur la santé publique.

- 1) **Établir un monopole gouvernemental sur les ventes de cannabis.** Des entités composant une commission de contrôle chargée d'une mission de responsabilité sociale constituent un moyen efficace de contrôler la consommation et de réduire les méfaits.
- 2) **Établir un âge minimum pour son achat et sa consommation.** Les ventes et la fourniture de produits du cannabis à des personnes moins âgées que le minimum requis seraient pénalisées.
- 3) **Limiter son accessibilité.** Plafonner la densité des points de vente et limiter les heures de vente.
- 4) **Infléchir la demande par la tarification.** Une politique de prix devrait freiner la demande de cannabis tout en réduisant au minimum la viabilité des marchés noirs lucratifs. Elle devrait aussi encourager l'usage des produits à moindres méfaits sur les produits à méfaits plus nocifs.
- 5) **Restreindre les produits et les formulations à risque élevé.** Cela inclurait les formulations et produits à risque très élevé, conçus pour attirer les jeunes.
- 6) **Interdire le marketing, la publicité et le parrainage.** Les produits seraient vendus dans un emballage neutre, avec des avertissements quant aux risques de consommation.
- 7) **Afficher clairement les renseignements le concernant.** Les produits devraient en particulier être testés et étiquetés quant à leur contenu en THC et CBD (cannabidiol)⁵².

⁵¹ Voir Babor et al, 2010, et l'Association canadienne de santé publique, 2011.

⁵² Pour une présentation générale sur le CBD et une discussion sur ses usages thérapeutiques potentiels, voir Izzo et al, 2009.

- 8) **Concevoir un cadre stratégique très complet pour répondre à la conduite avec facultés affaiblies par le cannabis, et la prévenir.** Un tel cadre devrait inclure la prévention, l'éducation, et l'application des moyens mis en œuvre.
- 9) **Élargir l'accès au traitement et accroître les options thérapeutiques.** Offrir un ensemble d'options, qui couvrirait des interventions brèves dirigées sur les usagers à risque jusqu'à des interventions de plus grande ampleur.
- 10) **Investir dans la sensibilisation et la prévention.** Les initiatives nécessaires sont à la fois générales (p. ex., promouvoir des directives d'usage à moindre risque du cannabis) et ciblées (p. ex., rendre plus conscients des risques certains groupes spécifiques, comme les adolescents ou les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladie mentale).

Une démarche santé publique susceptible de réussir devrait intégrer ces politiques et interventions dans une stratégie globale dont font partie la recherche, l'échange de connaissances et l'évaluation. Une partie des revenus gouvernementaux provenant du cannabis devrait être formellement dédiée à ces activités.

Les risques potentiels et comment les réduire

Comme discuté ci-dessus, le début de consommation pendant la jeunesse et l'usage fréquent sont les deux principaux facteurs associés à des méfaits à long terme du cannabis. Nous savons que les jeunes sont particulièrement susceptibles aux méfaits causés par le cannabis. Une stratégie de contrôle du cannabis qui serait éclairée en matière de la santé publique devrait inclure des mesures d'éducation et de prévention, avec l'objectif de diminuer une éventuelle augmentation de la consommation et des pratiques à risque comme la conduite d'un véhicule avec des facultés affaiblies. La possibilité que la légalisation puisse mener à des taux plus élevés d'usage de cannabis chez les adolescents ou au début de consommation à un âge encore plus jeune doit cependant être envisagée également. Que rapportent les données quant aux répercussions de la légalisation chez les jeunes et dans la population générale?

Jusqu'à récemment, les discussions de légalisation étaient tout à fait hypothétiques mais, en 2012, l'Uruguay et les États du Colorado et de Washington ont annoncé leurs projets de légaliser l'usage du cannabis à titre récréatif. L'Uruguay a adopté une loi devant lui permettre d'être le premier pays à légaliser et à réglementer la possession et la production de cannabis pour usage personnel. Dans le Colorado et l'État de Washington, le cannabis est acheté et vendu légalement, respectivement depuis janvier et juillet 2014, mais il est trop tôt pour tirer de l'expérience de ces deux États des conclusions fermes sur l'effet de la légalisation. Ni l'un ni l'autre n'a d'ailleurs adopté un modèle réglementaire centré sur la santé comme celui décrit ci-

dessus – c’est-à-dire un modèle doté de contrôles stricts de l’accessibilité du cannabis, de sa puissance et de la formulation de ses produits, et de son marketing⁵³.

L’expérience des Pays-Bas est instructive. L’usage du cannabis reste illégal aux Pays-Bas, mais sa vente en petites quantités dans un ensemble de « cafés-restaurants » a été tolérée pendant des dizaines d’années. L’introduction d’une légalisation *de facto* a conduit initialement à une augmentation du pourcentage de jeunes faisant usage de cannabis mais, après que le gouvernement a surveillé ces cafés-restaurants plus étroitement pour s’assurer qu’il n’y avait ni publicité, ni vente aux moins de 18 ans, il y a eu un déclin de la consommation chez les jeunes entre 15 et 24 ans. Globalement, la démarche des Pays-Bas n’a pas été associée à une augmentation d’usage du cannabis, qu’il s’agisse de la population des adultes ou de celle des jeunes⁵⁴. Il existe aussi des données mettant en évidence que ce modèle a isolé le cannabis et ses usagers des marchés de drogues « plus dures ». Finalement, une étude qui comparait l’usage de cannabis à Amsterdam et San Francisco (où le cannabis est interdit) n’a pas mis en évidence de différence entre les deux villes quant à l’âge de début d’usage, l’âge de début d’un usage régulier et l’âge de début d’un usage intensif⁵⁵.

D’un autre côté, nous savons qu’augmenter l’accessibilité de l’alcool s’accompagne d’une augmentation des problèmes qui lui sont liés. Bien que le cannabis soit déjà facilement accessible au Canada, il est possible que le passage à un marché légal et étroitement réglementé puisse conduire initialement à une augmentation de son usage dans la population générale ou dans des groupes à risque particuliers. Cela rend d’autant plus essentielle une évaluation rigoureuse de toute démarche légale. Un gouvernement légalisant l’usage de cannabis devrait définir clairement ses priorités et ses objectifs, établir des indicateurs mesurables de ces objectifs, et intégrer la capacité et la flexibilité de s’ajuster au besoin selon les résultats d’une évaluation des répercussions de la démarche choisie. Ce gouvernement devrait surveiller l’émergence de conséquences négatives non voulues, et être prêt à modifier son orientation si cela est nécessaire et quand cela est nécessaire.

Certains observateurs craignent que la légalisation puisse « envoyer un message indésirable » quant aux risques liés au cannabis. Mais les taux d’usage du cannabis au Canada suggèrent que les jeunes ne reçoivent pas le « bon » message. Malgré l’interdiction, 23 % des élèves d’école secondaire et 40 % des jeunes adultes font usage de cannabis. Une étude de l’UNICEF réalisée en 2013 sur 29 pays riches a montré que la jeunesse canadienne est en tête pour l’usage du cannabis, mais troisième en partant de la fin du classement en ce qui concerne l’usage du tabac – même si le cannabis est illégal et le tabac légal⁵⁶. Ce faisant, les jeunes sont exposés à la culture et aux marchés de drogues illicites et ils ont peu, voire pas, de renseignements fiables quant à la puissance et à la qualité du cannabis qu’ils consomment.

⁵³ Room, 2013

⁵⁴ Room et al, 2010

⁵⁵ Room et al, 2010

⁵⁶ UNICEF, 2013

Envoyer le « bon » message sur les risques de l'usage de cannabis est important, et toute réforme du système canadien de contrôle du cannabis devrait comporter un fort accent sur la prévention, ainsi que sur des interventions ciblant des groupes connus pour être à risque plus élevé de préjudices, comme les jeunes et les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladie mentale. Certaines personnes cependant feront un usage du cannabis quel que soit son statut juridique, et un des avantages importants de la légalisation est qu'elle offre la possibilité de contrôler des facteurs essentiels liés au risque de méfaits. La limitation de la puissance du cannabis et la restriction des produits et des formulations à risque élevé sont deux exemples concrets de réglementations qui peuvent réduire les méfaits associés à la consommation de cannabis chez les jeunes et les personnes ayant des antécédents familiaux ou personnels de maladie mentale.

Les enseignements d'un territoire de compétence ne peuvent pas être directement appliqués à un autre, mais l'expérience des Pays-Bas et l'aperçu historique du contrôle de l'alcool font penser que la légalisation avec réglementation stricte – mise en œuvre avec précautions, évaluée en continu et ajustée tel que nécessaire – ne conduira pas nécessairement à une consommation accrue. Il faudrait surveiller étroitement l'évolution des événements aux États-Unis, en Uruguay et ailleurs, dans l'espoir que les expériences respectives de ces pays – positives ou négatives – éclaireront mieux les options politiques permettant de réduire efficacement les risques pour la santé liés au cannabis dans un environnement légal et réglementé.

Finalement, d'après ce que nous savons pour l'alcool et le tabac, les acteurs du secteur privé dans un marché légal du cannabis vont chercher – comme toute entité motivée par la rentabilité – à repousser les frontières de la réglementation centrée sur la santé. Mais, contrairement à ce qui se passe pour le tabac et l'alcool, nous pouvons avoir au Canada la possibilité d'anticiper le conflit qui existe entre les objectifs de santé publique et le souci de la rentabilité : « Pour la plupart des territoires de compétence, la question du cannabis est une table rase; une possibilité d'apprendre à partir des erreurs faites dans le passé, et de remplacer les marchés criminels par des modèles réglementés, élaborés dès le départ sur des principes de santé publique et de bien-être, sans que la démarche ne s'oppose à une industrie commerciale légale à grande échelle⁵⁷. »

Cela pourrait ne pas être le cas pour longtemps. La réforme récente du gouvernement fédéral en matière de réglementation du cannabis administré à titre médical a déjà créé une « ruée verte » des investissements dans la production légale de cannabis, et un grand nombre d'entrepreneurs participants ont les yeux rivés sur la légalisation éventuelle et les extraordinaires opportunités commerciales qui l'accompagneraient⁵⁸. Il faudrait s'inquiéter de la création d'une industrie du cannabis avec des mesures incitatives pour trouver de nouveaux clients, retenir d'anciens clients, et encourager de hauts niveaux de consommation – ainsi que de la possibilité que le gouvernement s'habitue de plus en plus aux revenus et aux impôts

⁵⁷ Apfel, 2014: 17

⁵⁸ *CBC News*, 2014; *New York Times*, 2014; Barmak et McCullough, 2013; voir aussi Fischer et al, 2014.

générés par le cannabis. Il est essentiel que la réforme juridique du contrôle du cannabis soit conduite avec la santé publique comme objectif principal, et que le cadre réglementaire qui en résulte soit soigneusement protégé des intérêts commerciaux et fiscaux.

Conclusion

La constatation qu'un produit ou une pratique comporte des effets indésirables ne veut pas nécessairement dire que son interdiction constitue le système de contrôle le plus rationnel ou le meilleur pour la santé. Une politique publique doit être ancrée dans une compréhension globale des risques relatifs encourus par les personnes et la société.

La consommation de cannabis comporte des risques – et certaines personnes sont particulièrement vulnérables –, mais son interdiction n'a pas été un succès pour prévenir sa consommation ou atténuer ses méfaits. Au contraire, elle a exacerbé les méfaits du cannabis sur la santé, tout en générant des effets sociaux coûteux. Légaliser et réglementer de façon stricte le cannabis permet de mieux contrôler les facteurs de risque associés aux méfaits qui lui sont liés.

Pour réduire ces méfaits, la légalisation du cannabis est une condition nécessaire, mais pas suffisante. Elle doit s'accompagner de contrôles efficaces de son accessibilité et de règlements qui orientent les usagers vers des produits et des pratiques moins nocifs. Elle doit être intégrée à une stratégie globale fortement focalisée sur la prévention, qui comporte un ensemble d'interventions ciblant les groupes à risque plus élevé de préjudices, comme les jeunes et les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladie mentale. Trouver la bonne réglementation et le bon équilibre des règlements, mais aussi les mettre en œuvre et les faire respecter efficacement sera indispensable pour être certain que cette démarche débouche sur un avantage indéniable en termes de santé et de sécurité publiques. Un modèle ainsi conçu semble être la manière d'avancer la plus rationnelle et la meilleure pour la santé. CAMH accueillera favorablement tout élément de discussion sur ce sujet.

À propos de CAMH

Le **Centre de toxicomanie et de santé mentale** (CAMH) est le plus important hôpital d'enseignement dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale au Canada, ainsi que l'un des principaux centres de recherche au monde dans ces domaines. CAMH intègre les soins cliniques et la recherche ainsi que les activités d'éducation, d'élaboration de politiques et de promotion de la santé afin de transformer la vie des personnes touchées par les problèmes de toxicomanie et de santé mentale.

Le plan stratégique de CAMH, *Vision 2020 : demain. dès aujourd'hui*, réaffirme notre volonté de défendre des politiques publiques qui répondent aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Une pierre angulaire de ce plan est d'impulser le changement social. Ainsi, CAMH s'est engagé à jouer un rôle moteur en transformant la perception de la société à l'égard de la maladie mentale et de la toxicomanie et en édifiant un meilleur système de soins de santé mentale. L'objectif de CAMH est d'être un défenseur de l'équité dans le domaine de la santé, de la justice sociale et de l'inclusion sociale des personnes aux prises avec une maladie mentale ou une toxicomanie. Pour atteindre ces objectifs, CAMH délivre des conseils de politique fondés sur des données scientifiques aux intervenants et aux responsables politiques.

Auteur

Jean-François Crépault, MA

Remerciements

Les personnes suivantes ont apporté leur expertise à l'élaboration de ce document :

Benedikt Fischer, PhD

Bruce Pollock, MD, PhD, FRCPC, FCP

Tony George, MD, FRCPC

Jürgen Rehm, PhD

Bernard Le Foll, MD, PhD, CCFP

Ruth Ross, PhD

Josée Lynch, MD

Peter Selby, MBBS, CCFP, FCFP, dip ABAM

Romina Mizrahi, MD, PhD

Pour des renseignements supplémentaires

JF Crépault

Analyste principal des politiques, Centre de toxicomanie et de santé mentale

JeanFrancois.Crepault@camh.ca

416 535-8501, poste 32127

Références

- Anthony J (2006). The epidemiology of cannabis dependence. Dans Roffman et Stephens (dir.), *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Apfel F (2014). Cannabis: From prohibition to regulation. Résumé 5 de la politique AR. Barcelone : ALICE RAP (Addictions et modes de vie dans l'Europe contemporaine : projet de recadrage des addictions).
- Association canadienne de santé publique (2014). *Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada*. Document de travail ACSP. Ottawa : ACSP.
- Association canadienne de santé publique (2011). *Un prix trop élevé : une approche de santé publique aux politiques sur l'alcool au Canada*. Document de travail ACSP. Ottawa : ACSP.
- Association canadienne des chefs de police (2013). Communiqué de presse : « L'Association canadienne des chefs de police prône une option de procès-verbaux d'infraction pour simple possession de cannabis ». Disponible à http://www.cacp.ca/media/news/download/1454/Final_-_CACP_Media_Release_-_Cannibus_Possession.pdf. Récupéré le 7 janvier 2014.
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, et al. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*. Édition révisée. Oxford : Oxford University Press.
- Barmak S, McCullough M (2013). How big business will make billions on legalization of pot. Disponible à <http://www.canadianbusiness.com/companies-and-industries/marijuana-inc/>. Récupéré le 30 mai 2014.
- Blas E, Kurup AS (dir.) (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Genève : OMS.
- Block RI, O'Leary DS, Hichwa RD, Augustinack JC, Boles Ponto LL, et al. (2002). Effects of frequent marijuana use on memory related regional cerebral blood flow. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 72 : 237- 250.
- Boak A, Hamilton H, Adlaf EM, Mann RE (2013). Consommation de drogues des élèves de l'Ontario, 1977-2013 : Résultats détaillés du SCDSEO. Document de recherche CAMH, série n° 36, Toronto : CAMH.
- CBC News (2014). Vancouver marijuana conference seeks to capitalize on 'green rush'. Disponible à <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/vancouver-marijuana-conference-seeks-to-capitalize-on-green-rush-1.2635064>. Récupéré le 8 mai 2014.
- Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Rapport final de la CDSS. Genève : OMS.
- Di Forti M, Morgan C, Dazzan P, Pariante C, Mondelli V, et al. (2009). High-potency cannabis and the risk of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 195 : 488--91.
- Erickson PG, Fischer B (1995). Politique canadienne sur le cannabis : conséquences de la criminalisation, réalité actuelle et possibilités d'action future. Disponible à <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/presentation/erickson1-f.htm>. Récupéré le 20 mars 2014.
- Fischer B, Kuganesan S, Room R (2014). Medical Marijuana programs: Implications for cannabis control policy – Observations from Canada. *International Journal of Drug Policy* (sous presse).
- Fischer B, Jeffries V, Hall W, Room R, Goldner E, Rehm J (2011). Lower risk cannabis use guidelines: A narrative review of evidence and recommendations. *Revue canadienne de santé publique*, 102 : 324--327.

- Hall W, Degenhardt L (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374 : 1383-91.
- Hall W, Degenhardt L, Teesson M (2004). Cannabis use and psychotic disorders: an update. *Drug and Alcohol Review* 23: 433-443.
- Hartman RL, Huestis MA (2013). Cannabis effects on driving skills. *Clinical Chemistry*, 59 : 478-492.
- Hughes CE, Stevens A (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50 : 999-1022.
- Ialomiteanu AR, Hamilton H, Adlaf EM, Mann RE (2014). CAMH, Rapport électronique 2013 : Substance use, mental health and well-being among Ontario adults, 1977-2013. Document de recherche CAMH, série n° 40, Toronto : CAMH.
- Ialomiteanu AR, Adlaf EM, Hamilton H, Mann RE (2012). Indicateurs de toxicomanie et de santé mentale chez les adultes en Ontario, 1977-2011. Document de recherche CAMH, série n° 35, Toronto : CAMH.
- Izzo AA, Borrelli F, Capasso R, Di Marzo V, Mechoulam R (2009). Non-psychotropic plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. *Trends in Pharmacological Science*, 30 : 515-27.
- Kalant H (2004). Adverse effects of cannabis on health: An update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28 : 849-63.
- Khenti A (2014). The Canadian war on drugs: Structural violence and unequal treatment of Black Canadians. *International Journal of Drug Policy*, 25 : 190-195.
- Lopez-Quintero C, Pérez de los Cobos J, Hasin DS, Okuda M, Wang S, et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 115 : 120--130.
- Lynch MJ, Rabin RA, George TP (2012). The cannabis-psychosis link. *Psychiatric Times*. Disponible à <http://www.psychiatristimes.com/schizophrenia/cannabis-psychosis-link-mind-your-mind>. Récupéré le 15 janvier 2014.
- McLaren J, Silins E, Hutchinson D, Mattick R, Hall W (2009). Assessing evidence for a causal link between cannabis and psychosis: a review of cohort studies. *International Journal of Drug Policy*, 21 : 10-19.
- Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 370 : 319-328.
- National Post* (2013). Canada a pot nation. Disponible à <http://news.nationalpost.com/2013/08/30/graphiccanada-a-pot-nation/>. Récupéré le 5 septembre 2013.
- New York Times* (2014). When cannabis goes corporate. Disponible à http://www.nytimes.com/2014/05/25/business/international/when-cannabis-goes-corporate.html?_r=0. Récupéré le 26 mai 2014.
- Nutt DJ, King LA, Phillips LD (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376 : 1558-1565. Tableau fourni par Jürgen Rehm.
- Ottawa Citizen* (2014). Government's poll shows Canadians want marijuana laws changed. Disponible à <http://ottawacitizen.com/news/politics/conservative-governments-poll-shows-canadians-want-marijuanalaws-changed>. Récupéré le 30 juillet 2014.

- Pope HG, Yurgelun-Todd D (1996). The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *Journal of the American Medical Association* 275: 521-527.
- Porath-Waller AJ (2009). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : usage chronique, fonctionnement cognitif et santé mentale*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Ramaekers JG, Bergaus G, van Laar M, Drummer OH (2004). Dose-related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependency*, 73 : 109-119.
- Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, et al. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada en 2002*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Room R (2013). Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109 : 345-351
- Room R (2012). Reform by subtraction: The path of denunciation of international drug treaties and reaccession with reservations. *International Journal of Drug Policy*, 23 : 401-406.
- Room R, Fischer B, Hall W, Lenton S, Reuter P (2010). *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate*. Oxford : Presses de l'Université d'Oxford.
- Santé Canada, Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme (2013). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) – tableaux détaillés pour 2012. Ottawa, Ontario : Santé Canada.
- Schwartz D (2014). Marijuana was criminalized in 1923, but why? *Radio-Canada*. Disponible à <http://www.cbc.ca/news/health/marijuana-was-criminalized-in-1923-but-why-1.2630436>. Récupéré le 3 mai 2014.
- Statistique Canada (2013). Crimes déclarés par la police pour certaines infractions, Canada, 2011 et 2012. Disponible à <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11854/tbl/tbl06-fra.htm>. Récupéré le 3 avril 2014.
- Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, Mehta R, Concato J, Fiellin DA (2007). Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 167 : 221-228.
- UNICEF (2013). Le bien-être des enfants dans les pays riches : vue d'ensemble comparative. *Bilan 2011 du Centre de recherche Innocenti*. Florence : Bureau de recherche de l'UNICEF.
- Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370 : 2219-2227.
- Wortley S, Owusu-Bempah A (2012). Race, ethnicity, crime and criminal justice in Canada. Dans Kalunta-Crumpton (dir.), *Race, Ethnicity, Crime and Criminal Justice in the Americas*. New York : Palgrave Macmillan.