



## **Légalisation du cannabis à des fins non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique**



# **Légalisation du cannabis à des fins non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique**

Octobre 2016

## **AUTEURS**

Maude Chapados

François Gagnon

Geneviève Lapointe

Unité Développement des compétences, transfert des connaissances et politiques publiques,  
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

Sébastien Tessier

Nicole April

Richard Coovi Fachehoun

Unité Habitudes de vie

Direction du développement des individus et des communautés

Onil Samuel

Unité Santé et environnement

Direction de la santé environnementale et de la toxicologie

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Réal Morin

Vice-présidence aux affaires scientifiques

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Annie Montreuil

Unité Habitudes de vie

Direction du développement des individus et des communautés

Pierre-André Dubé

Unité Santé et environnement

Direction de la santé environnementale et de la toxicologie

Karine Souffez

Lucie Lemieux

Unité Développement des compétences, transfert des connaissances et politiques publiques

Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

## **MISE EN PAGE**

Hélène Fillion

Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :*

*<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 4<sup>e</sup> trimestre 2016  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-77115-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2016)

## Avant-propos

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage. L'une des missions de l'Institut est d'informer le ministre de la Santé de l'impact de politiques publiques sur l'état de santé de la population québécoise en s'appuyant sur les meilleures données disponibles.

La présente analyse poursuit cet objectif. En prévision de la légalisation du cannabis à des fins non médicales annoncée par le gouvernement fédéral, le gouvernement du Québec a constitué un comité interministériel auquel participent les ministères de la Santé, de la Justice et de la Sécurité publique. Ce comité doit élaborer une proposition d'encadrement du cannabis légalisé. Afin d'éclairer la réflexion des autorités de santé publique, l'INSPQ a réalisé, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, une analyse préliminaire des enjeux que pose la légalisation du cannabis d'un point de vue de santé publique. Elle a été réalisée entre le 25 août et le 28 octobre 2016.

L'expertise de l'INSPQ dans ce dossier s'appuie sur ses activités de surveillance, de toxicologie ainsi que de promotion de la santé et de prévention. En 2011, l'INSPQ a organisé un *Symposium sur les politiques publiques en matière de substances psychoactives* où le dossier du cannabis, notamment la possibilité de le légaliser, a été largement discuté. Plus récemment, des travaux de l'Institut portaient directement sur la consommation du cannabis chez les jeunes québécois ou encore les effets du cannabis sur la conduite automobile. La solide expertise développée en matière de réglementation de l'alcool et du tabac, en réduction des méfaits associés aux substances psychoactives illicites, ainsi qu'en développement de politiques publiques favorables à la santé, a également été mise à contribution dans les réflexions émises dans ce document.

La présente analyse reprend d'ailleurs certains contenus intégraux de documents déjà publiés par l'INSPQ ou à paraître.



## Table des matières

<b>Messages clés</b> .....	<b>1</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Contexte de prohibition actuel</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Portrait de la consommation de cannabis</b> .....	<b>11</b>
2.1 Au Canada.....	11
2.2 Au Québec : évolution de la proportion d’usagers.....	11
2.3 Au Québec : évolution de la fréquence de consommation.....	12
<b>3 Effets sur la santé</b> .....	<b>15</b>
3.1 Effets neurologiques, cognitifs et sur la santé mentale.....	15
3.2 Dépendance au cannabis.....	16
3.3 Effets de l’exposition prénatale au cannabis.....	16
3.4 Traumatismes.....	16
3.5 Effets respiratoires.....	17
3.6 Risques liés à l’exposition aux pesticides.....	17
3.7 Autres effets potentiels.....	18
<b>4 Cadrage de santé publique</b> .....	<b>19</b>
<b>5 Enjeux de régulation du cannabis légalisé</b> .....	<b>21</b>
5.1 La commercialisation du cannabis légalisé : un enjeu central.....	21
5.1.1 Réguler le marché pour en contenir les risques et méfaits.....	23
5.1.2 Tendre le plus possible vers une approche à but non lucratif.....	23
5.2 Discussion des enjeux de santé publique en matière de régulation de la production, distribution et consommation du cannabis légalisé.....	23
5.2.1 Enjeux liés à la production et aux options de régulation.....	24
5.2.2 Enjeux liés à la distribution et aux options de régulation.....	28
5.2.3 Enjeux liés à la consommation et aux options de régulation.....	35
<b>6 Conditions de succès et scénarios à considérer</b> .....	<b>37</b>
6.1 Conditions favorables aux objectifs de santé publique.....	37
6.1.1 Éviter le plus possible la logique commerciale.....	37
6.1.2 Mettre en place un ou des organismes gouvernementaux de contrôle du cannabis.....	37
6.1.3 Se doter de mécanismes et procédures d’assurance qualité.....	38
6.1.4 Gérer l’incertitude par la surveillance et la mise en place d’un dispositif évolutif.....	39
6.1.5 Mettre rapidement en place des activités d’information.....	40
6.1.6 Articuler les dispositifs de régulation du cannabis médical et non médical en respectant leur vocation propre.....	40
6.2 Scénarios de régulation à soumettre pour une délibération.....	41
6.2.1 Considérer un système de production-distribution à but non lucratif (OBNL).....	41
6.2.2 Ouvrir la porte aux producteurs commerciaux en les encadrant par un monopole d’achat étatique.....	42
<b>Conclusion</b> .....	<b>45</b>
<b>Références</b> .....	<b>47</b>



## Messages clés

- Le cannabis est la substance illicite la plus consommée. Le régime de prohibition actuel et ses sanctions n'empêchent pas l'usage de cette substance. Les données les plus récentes indiquent qu'environ 15 % des Québécois rapportent avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Plus de la moitié d'entre eux déclarent en avoir fait usage moins d'une fois par mois. Les personnes qui consomment à chaque semaine ou tous les jours représentent environ le quart des usagers de cannabis.
- Le cannabis n'est pas un produit ordinaire. Il présente des risques pour la santé et la sécurité publiques. Ses effets psychoactifs affectent la conduite de véhicules moteurs, peuvent induire la dépendance, nuire au développement du cerveau des jeunes et potentiellement provoquer des troubles mentaux. Fumer du cannabis peut aussi causer des maladies respiratoires. La légalisation du cannabis à des fins non médicales est l'occasion de créer un dispositif de régulation qui vise la réduction des problèmes sociaux et de santé associés à l'usage de cette substance.
- Plusieurs scénarios ou options de régulation sont possibles. Les choix effectués quant à la production, la distribution et la consommation du cannabis sont nécessairement liés et doivent faire l'objet d'une réflexion intégrée. Ces choix seront déterminants pour la réussite du processus de légalisation, la mise à plat du marché illicite et l'atteinte des objectifs de santé publique.
- Les choix effectués pour l'encadrement de la distribution et de la consommation du cannabis doivent éviter de concourir à la banalisation de la substance. Ils ne doivent pas non plus occasionner des reculs dans d'autres dossiers de santé publique, par exemple, renormaliser socialement l'acte de fumer.
- La commercialisation des produits du cannabis, même avec un encadrement réglementaire strict, met en tension la recherche de profits pour les entreprises avec l'objectif de santé publique de réduire la consommation du cannabis dans l'ensemble de la population. À l'opposé, une approche à but non lucratif permet de mettre clairement l'accent sur la prévention, la santé et la sécurité.
- La légalisation du cannabis à des fins non médicales comporte son lot d'incertitudes et oblige le Canada et le Québec à innover. Aussi est-il nécessaire de prévoir la marge de manœuvre pour ajuster le dispositif au fur et à mesure de l'évolution de la prévalence et des pratiques d'usage du cannabis chez les Québécois. La prudence doit également guider les choix de régulation de la substance.



## Résumé

### Une légalisation annoncée

Le gouvernement fédéral a annoncé en avril dernier qu'il déposerait au printemps 2017 un projet de loi pour légaliser et réglementer le cannabis à des fins non médicales. Cette légalisation vise différents objectifs tous compatibles, *a priori*, avec une vision de santé publique : mettre fin au commerce illicite du cannabis, générer des revenus pour l'État, ou encore réduire les méfaits associés à l'usage de cette substance (ex. : judiciarisation des usagers, effets à la santé).

### Le cannabis : la substance illicite la plus consommée

Un peu plus du tiers des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont rapporté avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. En 2012, 10,6 % de la population générale canadienne dit avoir fait usage de cette substance, ce qui représente 3,1 millions de consommateurs. Au Québec la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant rapporté en 2014-2015 un usage de cannabis au cours des 12 derniers mois est de 15,2 %. De ce nombre, 52 % en ont fait un usage moins d'une fois par mois et 11 % à tous les jours.

Plus spécifiquement chez les jeunes du secondaire, 15,6 % des élèves québécois ont rapporté avoir consommé du cannabis en 2014, ce qui confirme une tendance à la baisse déjà observée chez ce groupe depuis une quinzaine d'années.

### Un produit de consommation pas ordinaire pouvant avoir des effets délétères sur la santé

Bien que la recherche scientifique sur le cannabis soit limitée par le caractère illicite de la substance et que les associations statistiques observées ne prouvent pas que l'usage de cannabis soit nécessairement la cause des effets sur la santé, certains liens ont été documentés dans la littérature.

Des associations ont été observées entre une consommation précoce et régulière de cannabis et des effets neurologiques, cognitifs et sur la santé mentale, de même qu'avec le risque de dépendance. Il est aussi démontré que les fumeurs réguliers de cannabis demeurent plus susceptibles de présenter des symptômes de bronchite chronique. Des associations ont également été observées entre la consommation de cannabis au cours de la grossesse et des effets négatifs sur la croissance pendant l'enfance, le développement des fonctions cognitives, le quotient intellectuel et les troubles de l'attention. De plus, des études et des tests ont établi que le cannabis a une influence négative significative sur les fonctions cognitives et motrices nécessaires à une conduite automobile sécuritaire. Les données probantes suggèrent que l'usage du cannabis est associé à l'augmentation des accidents routiers et que ce risque augmenterait significativement avec la consommation de fortes doses de cannabis et la consommation simultanée d'alcool. Enfin, la contamination par les pesticides et d'autres effets potentiels sont rapportés et mériteraient d'être examinés de manière plus approfondie.

### Un dispositif de régulation reposant sur un cadrage de santé publique

La légalisation du cannabis à des fins non médicales est l'occasion de mettre en place un dispositif de régulation permettant la réduction des méfaits et des risques à la santé associés à l'usage de cette substance. Ceci par la création d'un régime d'encadrement de la production, de la distribution et de la consommation qui crée un environnement et des usages à risque réduit.

Pour ce faire, le modèle de régulation ou cadre réglementaire mis en place devrait poursuivre les objectifs de santé publique suivants :

- Réduire la consommation de cannabis dans l'ensemble de la population;
- Réduire la consommation impliquant la combustion du cannabis;
- Réduire l'exposition à la fumée secondaire;
- Contrôler la puissance, la sécurité et la qualité des produits de cannabis offerts sur le marché licite;
- Réduire et prévenir les formes d'usage à risque;
- Favoriser la prise en compte de la vulnérabilité de groupes particuliers.

### **La commercialisation du cannabis légalisé : incompatible avec un cadrage de santé publique**

La commercialisation est en soi difficilement dissociable d'une logique de marché basée sur la croissance et la recherche de profits. Les acteurs impliqués dans l'industrie du cannabis sont incités, par leurs intérêts financiers, à faire la promotion de niveaux et de pratiques d'usage qui ont des effets délétères sur la santé publique. Des analyses démontrent d'ailleurs que la hausse de l'usage de cannabis est associée à sa commercialisation et non pas au changement de statut légal.

Deux grandes approches peuvent être privilégiées face à cette logique commerciale, soit 1) réguler le marché pour en contenir les risques et les méfaits, notamment par la création ou la désignation d'une agence gouvernementale détenant des pouvoirs de contrôle et de régulation ainsi que par l'adoption d'autres mesures comme des contraintes sur la gamme des produits pouvant être offerts, un encadrement strict de l'accès au produit, ou le contrôle, voire l'interdiction de la publicité et du marketing; 2) tendre le plus possible vers une approche à but non lucratif par la création, par exemple, de coopératives d'usagers.

### **Les enjeux et les options de régulation liés à la production du cannabis légalisé**

Les enjeux entourant la production du cannabis touchent la forme des produits (fleur séchée, produits destinés au vapotage, diversification des produits, concentration en THC), leur innocuité et toxicité (moisissures, pesticides et autres contaminants), l'étiquetage et l'emballage des produits distribués ainsi que le choix et le degré d'encadrement des personnes/entreprises qui seront autorisées à produire (production personnelle à domicile, coopératives d'usagers, production commerciale à grande échelle). Les choix de régulation relativement à la production sont tout aussi importants que ceux en matière de distribution des produits. Par exemple, il est raisonnable de penser que si l'offre légale de produits ne répond pas aux besoins des usagers (ex. : taux de THC trop bas), cela pourrait mener soit au maintien d'un marché noir, soit à des pratiques de consommation dommageables pour la santé (ex. : multiplication des fréquences d'utilisation par combustion).

### **Les enjeux et les options de régulation liés à la distribution du cannabis légalisé**

Les enjeux entourant la distribution du cannabis dépendent des choix effectués pour sa production. Ils concernent le choix et le degré d'encadrement des personnes ou des entreprises qui seront autorisées à distribuer directement auprès du consommateur (coopératives d'usagers, distributeurs licenciés à but lucratif, distributeurs publics), l'accessibilité au produit (légale, physique et économique), les questions de publicité et de marketing du produit, la formation et le mandat de prévention du personnel affecté à la distribution ainsi que la limitation des quantités d'approvisionnement. Ces choix posent en outre les enjeux de la planification de la consommation,

de la banalisation de la substance et de son usage, des mesures à prendre pour minimiser l'achat impulsif du cannabis ainsi que la distribution concomitante avec d'autres substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments).

### **Les enjeux et les options de régulation liés à la consommation du cannabis légalisé**

Les enjeux entourant la consommation du cannabis soulèvent certaines similarités avec les dossiers de l'alcool et du tabac et posent donc un défi en terme de cohérence d'action avec les mesures actuellement en vigueur pour contrôler l'usage de ces substances psychoactives. Plusieurs de ces enjeux sont tributaires des choix de régulation effectués en amont, soit pour la production et la distribution de la substance. Ils touchent notamment l'identification des lieux autorisés pour la consommation (usage permis en public ou limité au domicile) ainsi que les modes et contextes d'usage risqués (combustion du cannabis, conduite au volant avec des facultés affaiblies et intoxication en milieu de travail). Ces enjeux liés à la consommation soulèvent la question de la nécessaire surveillance de l'évolution des portraits et des contextes d'usage.

### **Les conditions de succès pour une régulation favorable à la santé publique**

Les enjeux de santé publique et les scénarios de régulation possibles sont nombreux. Les choix effectués dans la chaîne production-distribution-consommation du cannabis seront déterminants pour la réussite du processus de sa légalisation, la mise à plat du marché illicite et l'atteinte des objectifs de santé publique.

Justement, pour favoriser autant que possible l'atteinte de ces objectifs, certaines conditions devraient être réunies peu importe le modèle ou système qui sera privilégié, soit :

- Éviter le plus possible la logique commerciale;
- Mettre en place un ou des organismes gouvernementaux de contrôle du cannabis;
- Se doter de mécanismes et procédures d'assurance qualité;
- Gérer l'incertitude par la surveillance et la mise en place d'un dispositif évolutif;
- Mettre en place des activités d'information avant la légalisation;
- Articuler les dispositifs de régulation du cannabis médical et non médical en respectant leur vocation propre.

### **Les scénarios de régulation les plus favorables à la santé publique**

À la lumière de l'analyse prospective des impacts potentiels et de la contextualisation des différentes composantes des modèles de régulation, l'INSPQ présente des scénarios qui devraient être davantage considérés. Ces scénarios, schématisés à la page 43 du document, pourraient être soumis à délibération auprès des acteurs concernés :

- Un système à but non lucratif selon lequel la production de cannabis pourrait être autorisée au domicile pour fins personnelles et où la production et la distribution pourraient également se faire au sein de coopératives d'usagers ou d'organismes à but non lucratif (OBNL). Une agence gouvernementale encadrerait l'ensemble des activités, notamment en octroyant des licences aux coopératives et OBNL ainsi qu'en déterminant et faisant respecter des règles de production et de distribution. Selon ce scénario, la production des OBNL licenciés serait destinée à un monopole d'achat étatique qui redistribuerait le cannabis à des OBNL licenciés dotés d'une mission de réduction des méfaits.

- Un système qui ouvre la porte aux producteurs privés à but lucratif. Selon ce scénario, la production de cannabis pourrait effectivement se faire par des producteurs privés licenciés, encadrés par une agence gouvernementale. Leur production serait, elle aussi, destinée à un monopole d'achat étatique chargé d'approvisionner les distributeurs. Ces distributeurs seraient soit une société d'État détenant un monopole sur la distribution et comportant des points de vente au détail de propriété publique, soit des OBNL licenciés. Ces deux types de distributeurs devraient être dotés d'une réelle mission de réduction des méfaits en offrant, par exemple, un programme d'autolimitation volontaire. Les détaillants ne devraient être soumis à aucun quota de vente ni se voir imposer d'objectifs de rendement financier. La société d'État devrait idéalement être sous l'autorité du ministère de la Santé et de Services sociaux, en collaboration avec les ministères partenaires.

## Introduction

Le gouvernement fédéral a annoncé en avril dernier qu'il déposerait au printemps 2017 un projet de loi pour légaliser et réglementer le cannabis à des fins non médicales. Depuis, il a mis sur pied le Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation de la marijuana qui a mené une consultation publique à l'été 2016 afin de recueillir les points de vue des différents acteurs gouvernementaux, des experts et des citoyens quant au modèle de régulation à mettre en place.

Parce que le cannabis n'est pas un produit de consommation ordinaire et que son usage peut avoir des effets délétères sur la santé de la population, les acteurs de santé publique doivent se préparer à réagir au cadre structurant le processus de légalisation et les différentes mesures réglementaires qui en découleront. Du point de vue de l'INSPQ, le succès de l'initiative fédérale repose sur la capacité des gouvernements à adopter un système de régulation du cannabis légalisé qui permettra de créer un environnement et des usages à risque réduit.

Jusqu'à présent, ni un ni l'autre des niveaux de gouvernement n'a rendu public un projet de loi ou un positionnement formel quant au modèle de régulation à privilégier. Si on se fie aux systèmes de régulation de l'alcool et du tabac, les gouvernements provinciaux et territoriaux seront probablement responsables de la distribution du cannabis ainsi que des mesures à adopter pour protéger et promouvoir la santé et la sécurité publiques. Néanmoins, certains choix en matière de régulation de la production auront des répercussions certaines sur la santé de la population et le système de distribution. Aussi doivent-ils faire l'objet de réflexions et de représentations par les autorités sanitaires provinciales.

La présente analyse vise à faire progresser les connaissances sur les enjeux de santé publique associés à la légalisation du cannabis non médical et à dégager des pistes de réflexion sur les modalités de régulation. Le propos tenu dépasse les cadres habituels de réflexion de santé publique, et offre une analyse prospective des impacts potentiels des modèles de régulation. Des préoccupations, propres à la criminologie, à la sociologie ou à l'analyse de politiques par exemple, sont aussi relevées afin de mieux apprécier les enjeux – réels et potentiels – du projet de légalisation dans un contexte québécois.

Une revue de la littérature et des meilleures données disponibles a été effectuée dans les courts délais impartis pour produire cette analyse. La recherche scientifique sur le sujet est cependant limitée à cause du caractère illicite de la substance, ce qui constitue une limite intrinsèque à toute démarche analytique sur les effets du cannabis et ses contextes d'usage. Certes, des juridictions ont récemment légalisé le cannabis à des fins non médicales, mais elles sont peu nombreuses. Des exemples comme l'Uruguay, ou les États du Colorado et de Washington représentent différents modèles desquels il est possible de tirer des enseignements utiles, mais peu d'analyses et d'évaluations de ces expériences ont été réalisées jusqu'ici. Cela dit, il est toutefois possible de profiter des leçons apprises des efforts de contrôle d'autres substances psychoactives comme le tabac et l'alcool qui sont, quant à eux, bien documentés.

La présente analyse vise à éclairer les décideurs québécois et soutenir le réseau de santé publique dans l'adoption d'une position informée dans ce dossier. Des travaux se poursuivront et l'analyse pourra être approfondie notamment lorsque les intentions du gouvernement fédéral seront mieux définies.

Le présent document se divise en six sections. La première discute du contexte de prohibition actuel. La seconde section dresse le portrait de la consommation de cannabis au Canada et au Québec, tandis que la suivante présente ses effets sur la santé. Le cœur du document réside dans la quatrième section qui présente le cadrage de santé publique que devrait privilégier le futur modèle de régulation. En découle l'analyse des enjeux de santé publique associés à la chaîne production-distribution-consommation du cannabis légalisé présentée dans la section 5 du document. Avant de conclure, quelques conditions de succès et scénarios de régulation du cannabis à des fins non médicales sont dégagés.

## 1 Contexte de prohibition actuel

Le régime de prohibition actuel est encadré principalement par la *Loi canadienne réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS). Il restreint les usages des drogues à ceux effectués dans des cadres médicaux (comme le cannabis médical) et scientifiques et vient baliser ces usages. Ce régime implique la criminalisation des producteurs, distributeurs et usagers de drogues opérant en dehors de ces deux cadres.

Les personnes condamnées pour des infractions à la LRCIDAS sont sanctionnées par des amendes, par des périodes de probation ou par des peines d'emprisonnement plus ou moins longues. Même des infractions considérées mineures, comme la possession d'une petite quantité de cannabis, peuvent mener à un casier judiciaire, entraînant des répercussions négatives pour les contrevenants notamment sur leurs possibilités d'emplois et donc sur leurs revenus.

Au Québec<sup>1</sup>, en 2007, les services policiers ont rapporté 20 357 infractions à la LRCIDAS relativement à la possession, au trafic, à l'importation et l'exportation, ainsi qu'à la production de substances désignées dans cette Loi. Une majorité d'infractions, soit 14 194, concernaient le cannabis. Toutes substances confondues, l'infraction la plus rapportée était la possession avec 12 958 cas. Pour ce qui est des poursuites judiciaires, le ministère de la Justice du Québec ne compile pas systématiquement de statistiques sur ses activités en lien avec la LRCIDAS. Selon les données transmises par le Bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales, 7726 chefs d'accusation pour des infractions de possession simple ont été portés en 2007 par des procureurs dans 7127 dossiers (Gagnon, 2016).

À noter, par ailleurs, que le Québec a adopté un Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes<sup>2</sup>. Pour certaines infractions criminelles mineures, telle la possession d'une petite quantité de cannabis<sup>3</sup>, les procureurs peuvent décider de ne pas déposer d'accusations à certaines conditions, comme l'absence d'infractions préalables en cette matière. Selon les données transmises par le Bureau du Directeur des poursuites criminelles et pénales, 1 374 cas de possession de cannabis ont été traités via ce programme en 2007. Depuis, une augmentation des cas en ayant fait l'objet a été observée. En 2011 et 2012, 2522 et 2311 cas ont respectivement été traités sous ce programme (Gagnon, 2016).

Comme le démontre la section suivante, dressant le portrait de la consommation de cannabis au Canada et au Québec, le régime de prohibition actuel et ses sanctions n'empêchent pas l'usage de cette substance. Il a d'ailleurs été fortement critiqué pour n'avoir pas été en mesure de contenir le marché illicite, et pour ne pas permettre d'établir un contrôle de la qualité des produits ni de l'accès aux jeunes (LeDain, 1972; Nolin, 2002).

---

<sup>1</sup> Pour des informations spécifiques sur le régime des activités policières, judiciaires et correctionnelles en matière de drogues au Québec, consultez le rapport publié par l'INSPQ en 2016 intitulé Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites » (p. 19 et suivantes).

<sup>2</sup> Il existe dans d'autres provinces, comme en Ontario ou en Colombie-Britannique, des directives qui permettent aux procureurs de certaines juridictions de ne pas porter d'accusations à propos d'infractions mineures. On en comprend que les infractions de possession de cannabis pourraient faire partie de ce groupe, mais aucun autre programme provincial ne précise les infractions concernées.

<sup>3</sup> Les infractions de possession (art. 4[1]) et de possession en vue d'en faire le trafic (art. 5), lorsqu'elles concernent moins de 1 gramme de résine de cannabis ou 30 grammes de marijuana, font partie de ce programme (Directeur des poursuites criminelles et pénales 2012).



## 2 Portrait de la consommation de cannabis<sup>4</sup>

### 2.1 Au Canada

Le cannabis représente la substance psychoactive illicite la plus fréquemment consommée au Canada. Selon la plus récente enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) réalisée en 2013, un peu plus du tiers des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont rapporté en avoir déjà consommé dans leur vie (33,7 %). Au cours de l'année précédant l'enquête, 10,6 % ont dit en avoir fait usage, soit 3,1 millions de « consommateurs actuels » (Statistiques Canada, 2015). Cela représente une baisse de 3,5 % par rapport à 2004 (Gouvernement du Canada, 2014; Statistiques Canada, 2015).

Les nouvelles données démontrent que les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans forment le groupe où l'on retrouve la plus grande proportion de consommateurs, soit 26,2 %. Cette proportion est de 22,4 % chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (Statistiques Canada, 2015). Selon un rapport du Centre de recherche de l'UNICEF, les adolescents canadiens âgés de 11, 13 et 15 ans sont les plus nombreux en proportion à avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année, lorsqu'on les compare à d'autres jeunes du même âge provenant de pays développés (UNICEF, 2013).

### 2.2 Au Québec : évolution de la proportion d'utilisateurs

Selon la plus récente Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) menée en 2014-2015, la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant rapporté un usage de cannabis au cours des 12 derniers mois est de 15,2 % (ISQ, 2016a). Par rapport à 2008, il s'agit d'une augmentation de 3 % pour l'ensemble de la population (15 ans et plus).

Une stratification par groupe d'âge permet toutefois de constater que cette augmentation du nombre de personnes ayant rapporté un usage de cannabis au cours de l'année précédant l'enquête s'observe essentiellement chez les adultes. En effet, les 18-24 ans et les 25-44 ans sont les groupes où l'on observe les plus fortes hausses. Chez les 15 à 17 ans, l'augmentation est très modeste par rapport à 2008, et en réalité non statistiquement significative.

**Tableau 1** Proportion de Québécois âgés de plus de 15 ans ayant fait usage de cannabis au cours des 12 derniers mois, par groupe d'âges, en 2008 et en 2014

Groupes d'âges	2008	2014
15-17 ans	30,2	31,0
18-24 ans	35,3	41,7
25-44 ans	15,2	21,0
45-64 ans	5,0	8,0
65 ans et plus	0,5	1,1
<b>Total</b>	<b>12,2</b>	<b>15,2</b>

Sources : ISQ, 2008; ISQ, 2016a.

<sup>4</sup> Certaines données sont tirées d'un rapport de l'INSPQ publié prochainement « La consommation de cannabis au Québec et au Canada » (Tessier, à paraître).

Certaines considérations incitent toutefois à la prudence dans l'interprétation de l'évolution de la proportion d'usagers déclarés rapportée par les données de l'EQSP. D'une part, il est possible que l'annonce fédérale de légaliser la substance rende les adultes moins réticents à en déclarer leur usage<sup>5</sup>. D'autre part, les enquêtes ne permettent pas d'apprécier les quantités consommées par les personnes ayant déclaré un usage. La hausse globale de la déclaration d'usage ne peut donc pas être automatiquement associée avec une hausse de la quantité consommée. Il est ainsi possible qu'un plus grand nombre de personnes rapporte un usage de cannabis au cours de la dernière année mais que les volumes consommés aient peu augmenté, voire diminué.

La relative stabilité de déclaration d'usage chez les 15-17 ans par rapport à la hausse observée chez les adultes est moins surprenante si on tient compte de la tendance à la baisse de consommation de cannabis globalement observée chez les élèves québécois du secondaire depuis plusieurs années. En effet, la proportion d'élèves québécois du secondaire qui ont déclaré avoir fait usage de cannabis au cours des douze derniers mois est passée de 21,7 % en 2012-2013 à 15,6 % en 2014-2015 (Santé Canada, 2014; Santé Canada, 2016a). Ceci confirme les résultats de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire qui montraient aussi une diminution significative du nombre de jeunes ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année. Réalisée auprès de l'ensemble des jeunes du secondaire au Québec, l'enquête révélait une baisse de 41 % à 23 % entre 2000 et 2013. Chez les jeunes de la dernière année du secondaire (environ 17 ans), cette proportion a diminué de 60,6 % à 42,8 % (ISQ, 2014).

### 2.3 Au Québec : évolution de la fréquence de consommation

Toujours selon les données de l'EQSP, une baisse de la consommation fréquente est observée depuis 2008 chez les usagers de 15 ans et plus lorsqu'on considère les données selon la fréquence de consommation. En effet, parmi les Québécois âgés de plus de 15 ans ayant consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, une forte majorité (52 %) en ont pris moins d'une fois par mois en 2014. Entre 2008 et 2014, une baisse de la prévalence des usagers quotidiens est par ailleurs observée chez les 18-24 ans (15 % à 10 %) et les 25-44 ans (17 % à 12 %) (ISQ, 2008; ISQ, 2016a). Encore là, les enquêtes ne permettent pas d'apprécier les quantités consommées par les personnes ayant déclaré un usage.

**Tableau 2** Fréquence de consommation chez les Québécois âgés de 15 ans et plus ayant fait un usage de cannabis au cours des douze derniers mois

Fréquence de consommation	2008	2014
Moins d'une fois par mois	38,4 %	52 %
1 à 3 fois par mois	24,3 %	15,2 %
1 fois par semaine	10,6 %	8,5 %
Plus d'une fois par semaine	12,4 %	13,5 %
Tous les jours	14,4 %	10,8 %

Sources : ISQ, 2008; ISQ, 2016a.

<sup>5</sup> La collecte multiméthode employée est également susceptible d'être intervenue sur le biais de désirabilité sociale. L'EQSP 2014-2015 a eu recours à des formulaires web en plus des habituels questionnaires téléphoniques pour collecter les données. L'anonymat supplémentaire que les répondants pourraient associer à cette méthode web de collecte peut aussi participer à diminuer le biais de sous-déclaration, et donc contribuer à la hausse de déclaration d'usage observée. Une autre considération qui appelle à la prudence dans l'interprétation des résultats (ISQ, 2016b).

On constate également, mais dans une moindre mesure, une baisse de la fréquence de consommation chez les jeunes du secondaire. L'ETADJES rapporte que plus du tiers (34 %) des 12-17 ans ayant déclaré avoir consommé du cannabis durant l'année précédant l'enquête de 2013 en faisait un usage sur une base régulière ou même quotidienne. La proportion d'utilisateurs quotidiens est passée de 2,6 % en 2008 à 1,4 % en 2013. Si on observe une baisse chez les usagers dits réguliers ou occasionnels pour la même période, les écarts demeurent toutefois non statistiquement significatifs et empêchent de tirer des conclusions chez ces groupes d'utilisateurs (ISQ, 2014).



### 3 Effets sur la santé<sup>6</sup>

La recherche scientifique sur le cannabis est limitée par le caractère illicite de la substance. Les études présentent fréquemment des problèmes méthodologiques et leur interprétation devient difficile. Les associations statistiques observées ne prouvent pas que l'usage de cannabis soit nécessairement la cause des effets sur la santé. Par exemple, les études peuvent être biaisées si les populations étudiées sont différentes de la population générale (biais de sélection). La consommation du cannabis peut être sous-déclarée ou être l'objet de biais de mémoire. Il se peut aussi que d'autres facteurs (par exemple le niveau socioéconomique, le milieu de vie, le tabagisme et la consommation d'alcool ou d'autres drogues) soient associés à la fois à la consommation de cannabis et aux effets étudiés et qu'ils en soient la cause (facteurs de confusion). Enfin, les études ne permettent pas toujours d'établir la direction de la causalité; par exemple, est-ce que la consommation de cannabis augmente la probabilité de survenue d'un trouble mental ou est-ce la présence d'un trouble mental qui augmente la probabilité de consommer du cannabis?

#### 3.1 Effets neurologiques, cognitifs et sur la santé mentale

---

Selon les études rapportées par l'OMS, le début précoce de la consommation et son intensité peuvent nuire au développement du cerveau des adolescents (WHO, 2016) jusqu'à 21 ans (Volkow et coll., 2014). Selon la revue du CDPHE (2016b), les adolescents qui consomment régulièrement du cannabis seraient plus susceptibles de connaître des difficultés scolaires (apprentissage, mémoire, mathématiques et lecture) qui persisteraient jusqu'à 28 jours après l'arrêt de la consommation. Ils sont aussi plus à risque de ne pas obtenir de diplôme d'études secondaires. Une consommation importante de cannabis serait significativement associée à des troubles de la mémoire (CDPHE, 2016d; Volkow et coll., 2016).

Plusieurs études ont établi des liens entre la consommation régulière de cannabis et les symptômes ou troubles psychotiques (CDPHE, 2016d; Giordano, Ohlsson, Sundquist, Sundquist, & Kendler, 2015; Volkow et coll., 2016). Ces risques s'accroissent particulièrement chez les personnes ayant commencé leur consommation à l'adolescence ainsi que chez les consommateurs ayant des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux (Hall & Degenhardt, 2009, 2014; Volkow et coll., 2016). L'usage quotidien ou presque quotidien est associé à la présence de maladies mentales comme la schizophrénie à l'âge adulte (CDPHE, 2016b).

De plus, des associations ont été observées entre la consommation de cannabis et les troubles bipolaires, l'anxiété et la dépression, mais, les preuves scientifiques sont encore insuffisantes ou contradictoires (CDPHE, 2016d; WHO, 2016). Par ailleurs, une récente revue systématique avec méta-analyse a montré une tendance à l'augmentation du risque d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide chez les gros consommateurs de cannabis (Borges, Bagge, & Orozco, 2016). Encore là, il faut mentionner que le CDPHE (2016b) considère que les études présentent des résultats contradictoires.

---

<sup>6</sup> Pour la présentation des effets sur la santé de l'usage du cannabis, nous avons principalement utilisé comme base documentaire les revues systématiques réalisées par le Colorado Department of Public Health & Environments (CDPHE) (CDPHE, 2015 a, 2015b, 2016a, 2016d) ainsi qu'un rapport de l'OMS (WHO, 2016). Ces revues tiennent compte des limites méthodologiques des études et nous les avons choisies pour leur rigueur.

### 3.2 Dépendance au cannabis

---

L'enquête de santé des collectivités canadiennes (ESCC) de 2012 permet d'estimer que 6,4 % des Québécois ont rapporté un problème d'abus ou de dépendance au cannabis au cours de leur vie et que 1,4 % en ont présenté au cours des douze mois précédant l'enquête (ISQ, 2015). La prévalence de l'abus ou de la dépendance au cannabis est la plus élevée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans : 12,2 % en ont vécu au cours de la vie et 6,8 % au cours des douze mois précédant l'enquête (ISQ, 2015). Toujours au Québec, la prévalence de l'abus ou la dépendance liée à l'alcool est plus élevée que celle liée au cannabis avec 13,3 % au cours de la vie et 2,7 % au cours des douze mois précédant l'enquête.

Le risque de développer une dépendance au cannabis chez les consommateurs de cannabis est estimé à 9 % (Hall & Degenhardt, 2014; Volkow et coll, 2014). Cependant, ce risque est de 16 % chez les personnes qui ont commencé à consommer à l'adolescence (Hall & Degenhardt, 2014; WHO, 2016). Les adolescents et jeunes adultes qui consomment du cannabis, même occasionnellement, sont plus susceptibles de développer à l'âge adulte une dépendance au cannabis ainsi qu'aux autres drogues, à l'alcool et au tabac (CDPHE, 2016b).

### 3.3 Effets de l'exposition prénatale au cannabis

---

L'ingrédient actif du cannabis, le THC, traverse le placenta et certaines études indiquent qu'il pourrait avoir des effets sur le cerveau (Huizink, 2014; WHO, 2016). Les études épidémiologiques portant sur la consommation de cannabis au cours de la grossesse présentent plusieurs des limites méthodologiques mentionnées précédemment (Huizink, 2009). Néanmoins, selon le CDPHE (2015b), l'exposition prénatale au cannabis pourrait avoir des effets négatifs sur la croissance pendant l'enfance, le développement des fonctions cognitives et le quotient intellectuel, et qu'elle pourrait engendrer des troubles de l'attention (CDPHE, 2015b). Ces effets pourraient ne se manifester qu'à l'adolescence (CDPHE, 2015b). En effet, selon Huizink (2014), ce ne serait qu'au moment du développement de certaines zones du cerveau que les effets à long terme du cannabis deviendraient visibles. Pour ce qui est de la prématurité, du retard de croissance intra-utérin, du petit poids de naissance ainsi que des problèmes néonataux et durant la petite enfance, les études arrivent à des résultats contradictoires (CDPHE, 2015b).

### 3.4 Traumatismes

---

Les études portant sur les traumatismes liés au cannabis sont axées sur les traumatismes routiers. Dans une récente revue de la littérature réalisée par l'INSPQ, les auteurs ont décrit que lors des tests cognitifs menés chez des individus ayant consommé du cannabis, les fonctions perceptuelles et psychomotrices sont grandement touchées : l'attention baisse, le temps de réaction augmente, le suivi de trajectoire et le contrôle moteur diminuent (Douville & Dubé, 2015). Selon l'OMS, l'usage récent de cannabis serait associé à une altération significative de la capacité de conduite automobile surtout chez les consommateurs occasionnels (WHO, 2016).

Les données probantes suggèrent que l'usage du cannabis est associé à l'augmentation des accidents routiers (CDPHE, 2015a; WHO, 2016). Le risque augmenterait significativement avec la concentration sanguine de tétrahydrocannabinol ou en cas de consommation concomitante d'alcool (CDPHE, 2015a; WHO, 2016).

Les données permettent donc de considérer comme probable la relation causale entre l'usage du cannabis et les accidents routiers. De nouvelles études épidémiologiques permettraient de documenter l'association entre l'usage du cannabis et les risques d'accident dans le milieu de travail (CDPHE, 2015a).

### 3.5 Effets respiratoires

---

Les fumeurs réguliers de cannabis demeurent plus susceptibles de présenter des symptômes de bronchite chronique, notamment la toux chronique, la respiration sifflante ainsi que les expectorations (Abramovici, 2013; Hall & Degenhardt, 2009). Quant à l'association entre la fumée de cannabis et la survenue d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, les résultats des études disponibles sont contradictoires (CDPHE, 2016a).

Selon une recension des écrits publiée par Santé Canada, la fumée de cannabis produit un plus grand nombre de substances cancérigènes que le tabac, et celles qu'elle contient sont souvent présentes en plus grande quantité que celles trouvées dans la fumée de tabac (Abramovici, 2013). Bien que les études scientifiques portant sur l'association entre la fumée de cannabis et le cancer des poumons sont contradictoires (CDPHE, 2016a; WHO, 2016), les preuves semblent suffisantes pour les lésions précancéreuses des voies aériennes (CDPHE, 2016a). Par ailleurs, les données disponibles sont insuffisantes pour suggérer une association significative entre la fumée de cannabis et la survenue de l'emphysème ou des infections respiratoires (CDPHE, 2016a; WHO, 2016).

À cause de l'exposition concomitante au tabac, de nouvelles études épidémiologiques seraient requises pour mieux comprendre la relation entre la fumée de cannabis et les autres effets sur le système respiratoire.

### 3.6 Risques liés à l'exposition aux pesticides

---

Les risques reliés à l'exposition aux pesticides contenus dans le cannabis sont mal documentés, mais semblent réels. Aux États-Unis, des cas de contamination du cannabis par des pesticides ont été rapportés en Californie (Sullivan, Elzinga, & Raber, 2013). Par exemple, lors de l'évaluation d'échantillons de cannabis médical obtenus d'un dispensaire, les concentrations de bifenthrine, un insecticide de toxicité modérée à élevée, pouvaient excéder de 85 à 1600 fois la concentration ingérable permise dans certains aliments (Sullivan et coll., 2013). Par ailleurs, durant la combustion, les produits obtenus par le chauffage peuvent former un mélange complexe de produits dont certains peuvent agir avec les pesticides créant une toxicité pouvant être plus importante que les pesticides eux-mêmes (Lorenz, Bahadir, & Korte, 1987). Contrairement aux cigarettes munies d'un filtre pouvant retenir une quantité importante de résidus volatiles et de contaminants associés à la fumée de tabac (Cai, Liu, Zhu, & Su, 2002), le filtre est généralement absent pour le cannabis. Il a été démontré que la quantité de pesticides retrouvée dans la fumée de cannabis était beaucoup plus importante dans les dispositifs ne comportant aucun filtre comparativement aux dispositifs avec filtre (Sullivan et coll., 2013).

### 3.7 Autres effets potentiels

---

Selon l'OMS, l'intoxication au cannabis pourrait induire une augmentation de la fréquence cardiaque (WHO, 2016). Certaines études ont rapporté des associations entre l'usage du cannabis et l'augmentation du risque de développer un infarctus du myocarde chez les jeunes adultes (WHO, 2016). Cependant, les preuves semblent limitées pour soutenir une telle relation (CDPHE, 2016c). Il en est de même pour l'association entre l'usage du cannabis et le risque de présenter un accident vasculaire cérébral ischémique (CDPHE, 2016c). Toutefois, certains auteurs évoquent la possibilité d'une vasoconstriction cérébrale secondaire à l'usage de cette substance (WHO, 2016). De plus, les données probantes sont limitées pour soutenir une association entre l'usage du cannabis et le risque de développer un cancer testiculaire (séminome) ou un cancer de la prostate (CDPHE, 2016c). Toujours selon le CDPHE, les évidences scientifiques sont actuellement insuffisantes ou contradictoires concernant le risque de développer un cancer de la vessie ou une infertilité masculine (CDPHE, 2016c). Enfin, d'autres effets potentiels sur la santé en lien avec l'innocuité de la substance sont relevés dans la littérature, par exemple, l'usage de cannabis contenant des moisissures a été associé à des éclosions de salmonellose (Taylor, 1982). Pour prendre un autre exemple, des éclosions de tuberculose liées à la consommation groupée en espaces restreints ou le partage de matériel ont également été documentées (Oeltmann et coll., 2006).

## 4 Cadrage de santé publique

La légalisation du cannabis à des fins non médicales est généralement légitimée par la poursuite de différents objectifs tous compatibles, a priori, avec une vision de santé publique : mettre fin au commerce illicite, générer des revenus pour l'État (qui peuvent être réinvestis dans des programmes de prévention), ou encore réduire les méfaits associés au cannabis (judiciarisation des usagers, effets à la santé). Toutefois, aucun modèle de régulation de la production, de la distribution et de la consommation du cannabis légalisé ne favorise simultanément l'atteinte pleine et entière de ces trois objectifs. L'ordre de priorité qu'il leur est accordé influence les choix réglementaires à effectuer et la structure du système qui sera érigé.

Or, dans une perspective de santé publique, la priorité doit être accordée à la prévention ainsi qu'à la réduction des méfaits associés à l'usage du cannabis. Pour l'INSPQ, la légalisation du cannabis à des fins non médicales est l'occasion de créer un dispositif de régulation qui vise la réduction des méfaits et des risques à la santé associés à l'usage de cette substance. Cette réduction des méfaits passe par la création d'un régime d'encadrement de la production, de la distribution et de la consommation qui permet de créer un environnement et des usages à risque réduit.

Pour ce faire, le modèle de régulation ou cadre réglementaire mis en place devrait poursuivre les objectifs de santé publique suivants :

- Réduire la consommation de cannabis dans l'ensemble de la population.
- Réduire la consommation impliquant la combustion du cannabis.
- Réduire l'exposition à la fumée secondaire.
- Contrôler la puissance (teneur en THC), la sécurité (emballage) et la qualité (moisissures, pesticides et autres contaminants nocifs pour la santé humaine) des produits de cannabis offerts sur le marché licite.
- Réduire et prévenir les formes d'usage à risque (consommation intense et fréquente, de type « binge », en combinaison avec d'autres substances psychoactives, lors de la conduite de véhicules motorisés, en milieu de travail, etc.).
- Favoriser la prise en compte de la vulnérabilité de groupes particuliers (jeunes, femmes enceintes, personnes présentant des symptômes psychotiques ou celles avec un faible statut socioéconomique).

De plus, le modèle de régulation devrait assurer une cohérence d'action avec les mesures du contrôle du tabac et de l'alcool afin de ne pas favoriser de reculs dans ces dossiers, notamment de renormaliser socialement l'acte de fumer.



## 5 Enjeux de régulation du cannabis légalisé

Ce chapitre pose d'abord l'enjeu de la commercialisation du cannabis. Il rend compte ensuite des enjeux de santé publique associés à la chaîne production-distribution-consommation du cannabis légalisé et des différentes options de régulation possibles à chacune de ces étapes.

### 5.1 La commercialisation du cannabis légalisé : un enjeu central

---

La commercialisation du cannabis, par l'effet qu'elle a sur la prévalence de l'usage, génère des risques et méfaits importants sur la santé. Les longues expériences avec les industries du tabac, de l'alcool et des médicaments ainsi que les plus récents développements en matière de cannabis médical et non médical aux États-Unis le démontrent clairement. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a identifié la commercialisation des substances psychoactives comme un enjeu d'importance pour la santé publique (Chan, 2013).

La commercialisation est en soi difficilement dissociable d'une logique de marché basée sur la croissance et la recherche de profits. Les acteurs impliqués dans l'industrie du cannabis sont incités, par leurs intérêts financiers, à faire la promotion de niveaux et de pratiques d'usage qui ont des effets délétères sur la santé publique (Beauchesne, 1989; Subritzky et coll. 2016; Kleiman et Ziskind, 2014).

À ce propos, des analyses démontrent que la hausse de l'usage de cannabis est associée à sa commercialisation et non pas au changement de statut légal. Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, aucune corrélation simple ne peut être établie entre des changements réglementaires et la prévalence de la consommation du cannabis en Europe (OEDT, 2011). Des analyses des politiques néerlandaises de décriminalisation laissaient déjà voir que c'est la commercialisation qui est corrélée avec la hausse de l'usage de cannabis et non pas ici la décriminalisation de la possession dans les « coffee shops » (MacCoun, 2011). Aux États-Unis, l'expérience plus récente du Colorado montre que la hausse de l'usage de cannabis a suivi la multiplication rapide des dispensaires et non la légalisation de cette substance à des fins non médicales.

### LES IMPACTS DE LA COMMERCIALISATION DU CANNABIS AU COLORADO

Dans un rapport produit par une organisation d'application de la loi régionale, on peut lire que la première loi légalisant l'usage du cannabis médical a été promulguée en 2000. Jusqu'en 2008, entre 1 000 et 4 800 permis de possession étaient valides et aucun dispensaire n'avait été ouvert. Les premiers dispensaires ont ouvert leurs portes en 2009. Trois ans plus tard, le Colorado en comptait 500 et le nombre de permis de possession pour des « fins médicales » se chiffrait à plus de 100 000. Bien que la légalisation du cannabis à des fins non médicales ait été effectuée en 2014, les auteurs du rapport considèrent donc que la commercialisation du cannabis a débuté en 2009 (RMHIDTA, 2015).

Considérant le début de la commercialisation en 2009, l'interprétation du premier rapport publié par l'État du Colorado concernant la légalisation du cannabis à des fins non médicales laisse entrevoir une forte probabilité que la commercialisation du cannabis (dans ses usages médicaux et autres) soit liée à une hausse de l'usage. En effet, selon le rapport publié par l'État :

- En 2006, 21 % des 18-25 ans rapportaient avoir consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, alors que la proportion augmentait à 31 % en 2014, soit 10 % de plus. En comparaison, durant la même période, la moyenne des États-Unis est passée de 16 à 19 %.

De plus, le document met en lumière les constats suivants :

- Les personnes ayant de plus faibles revenus et niveaux d'éducation rapportent plus souvent avoir fait usage du cannabis dans les 30 derniers jours que les personnes ayant des revenus plus élevés et des niveaux d'éducation supérieurs.
- Une hausse des taux annuels moyens d'hospitalisations pour lesquelles une exposition, un diagnostic ou une facturation impliquant du cannabis était une possibilité. Entre 2000 et 2014, les taux sont passés de 575 à 2 413 par 100 000 habitants.

Une hausse du nombre d'appels au centre antipoison de l'État où il fut mention de cannabis. Entre 2006 et 2015, le nombre d'appels est passé de 44 à 227, avec des hausses particulièrement marquées en 2010 et 2014 (Reed, 2016).

Tel qu'indiqué précédemment, au Canada, même dans un contexte de prohibition, le cannabis est une substance couramment consommée (la troisième substance psychoactive consommée en importance, après le tabac et l'alcool). Sa mise en vente légale, si elle est associée à différentes stratégies commerciales, pourrait logiquement entraîner une augmentation de sa consommation. La logique commerciale se trouve donc directement en tension avec des objectifs de santé publique visant à limiter l'usage de cannabis dans la population en général et en réduire les méfaits. Deux grandes approches peuvent être privilégiées face à cette logique commerciale, soit réguler le marché pour en contenir les risques et méfaits, soit tendre le plus possible vers une approche à but non lucratif.

### 5.1.1 RÉGULER LE MARCHÉ POUR EN CONTENIR LES RISQUES ET MÉFAITS

La régulation du marché commercial avec une réglementation stricte est l'une des options. La régulation des industries du tabac, de l'alcool et des médicaments en sont des exemples. Les modèles commerciaux de vente de cannabis médical et non médical dans les États de Washington et particulièrement du Colorado se classent aussi dans cette catégorie.

La création ou la désignation d'une agence gouvernementale détenant des pouvoirs de contrôle et de régulation est identifiée comme un moyen pour contrer :

- l'intégration verticale du marché, c'est-à-dire la vente directe des producteurs aux distributeurs et aux usagers, et des pressions commerciales qui y sont associées;
- l'intégration horizontale du marché, soit son contrôle par un petit nombre d'entreprises commerciales.

L'impact d'une telle agence est d'autant plus grand si son mandat est clairement guidé par une mission de santé publique plutôt que par des objectifs visant à générer des revenus pour l'État (Caulkins et coll., 2015; Haden et Emerson, 2014; Kleiman et Ziskind, 2014).

D'autres mesures peuvent contribuer à contenir la logique commerciale, soit des contraintes sur la gamme des produits pouvant être offerts, un encadrement strict de l'accès économique, géographique et légal au produit, ainsi qu'un contrôle, voire l'interdiction de la publicité et du marketing (CCLT, 2015; Haden et Emerson, 2014).

### 5.1.2 TENDRE LE PLUS POSSIBLE VERS UNE APPROCHE À BUT NON LUCRATIF

La régulation d'un marché de type commercial à but lucratif ne doit pas être vue comme la seule option lorsqu'il est question d'encadrer la légalisation du cannabis. Selon certains auteurs, une approche alternative, comme celle à but non lucratif, pourrait faire partie des options possibles. Diverses initiatives de ce type ont été développées notamment en Uruguay, en Espagne et en Belgique et seront abordées plus loin dans ce document. Encadrées par des normes réglementaires claires concernant leur mode de fonctionnement et leur mission, les coopératives d'usagers auraient le potentiel d'assurer une production sécuritaire de cannabis tout en offrant des services de prévention auprès des usagers (Transform, 2015; Caulkins et coll., 2015; Decorte, 2015). En tant qu'alternative à la commercialisation, le modèle des coopératives est considéré d'intérêt par plusieurs (Decorte, 2015; Bewley-Taylor et coll., 2014; Transform, 2015).

## 5.2 Discussion des enjeux de santé publique en matière de régulation de la production, distribution et consommation du cannabis légalisé

---

La légalisation du cannabis à des fins non médicales soulève plusieurs enjeux de santé publique. Elle place les décideurs devant un éventail d'options qui conditionnent la régulation de la production, de la distribution et de la consommation de cette substance. Les choix en matière de régulation doivent donc reposer sur une balance des avantages et des inconvénients, balance qui sera susceptible d'évoluer au fil du processus de légalisation et de ses effets avérés sur la santé de la population.

### 5.2.1 ENJEUX LIÉS À LA PRODUCTION ET AUX OPTIONS DE RÉGULATION

Les enjeux entourant la production du cannabis sont de différents ordres. Ils touchent tout autant la forme des produits, leur innocuité et leur toxicité, que le choix et le degré d'encadrement des personnes ou des entreprises qui seront autorisées à les produire. Les choix de régulation effectués relativement à la production sont tout aussi importants que ceux en matière de distribution des produits pour éviter d'adopter un dispositif trop axé sur une logique commerciale qui encouragerait une croissance de la consommation. Les choix effectués sont déterminants pour la réussite du processus de légalisation, la mise à plat du marché illicite, et l'atteinte des objectifs de santé publique. En effet, il est raisonnable de penser que si l'offre légale de produits ne répond pas aux besoins des usagers (par exemple, taux de THC trop bas), cela pourrait mener soit au maintien d'un marché noir, soit à des pratiques de consommation dommageables pour la santé (par exemple, multiplication des fréquences d'utilisation par combustion).

#### Personnes et organisations autorisées à produire

D'entrée de jeu, les choix effectués dans la désignation des personnes ou des organisations autorisées à produire seront révélateurs de la taille et du degré de compétitivité que l'État voudra accorder à une industrie du cannabis légal. Plus précisément, les autorités gouvernementales doivent décider si elles réservent le droit de cultiver le cannabis à des producteurs licenciés à des fins commerciales, ou si elles considèrent qu'une production à but non lucratif, au domicile ou dans un cadre organisationnel, pourrait s'avérer souhaitable (Kleinman et Zisking, 2014). Ce choix est particulièrement structurant pour l'ensemble du système à mettre en place.

Sauf dans l'État de Washington, la **production pour des fins personnelles** est autorisée dans toutes les juridictions ayant légalisé le cannabis à des fins non médicales (Uruguay, Colorado, Oregon, Alaska). Le nombre de plants est toutefois limité à 4 à 6 plants par ménage selon les endroits afin d'éviter le risque de détournement (CCLT, 2016). La **production à domicile** soulève toutefois certaines préoccupations pour la santé publique. Celles-ci concernent particulièrement la qualité du produit, le risque de moisissures dans les domiciles et les risques pour la sécurité des résidents (entrées par infraction, incendies causés lors de sa transformation). L'autoproduction à domicile pourrait également favoriser la banalisation de la consommation et l'incitation à consommer, notamment chez les jeunes ayant accès au domicile. Une autre limite de ce type de production est identifiée sous l'expression du « zucchini problem », c'est-à-dire que la récolte s'avère souvent soit familiale ou au contraire trop abondante pour une seule personne. Dans ce dernier cas, il est plausible de penser que les surplus produits incitent à la surconsommation ou à la redistribution de la substance (Caulkins et coll., 2015).

La production pour fins personnelles à l'extérieur du domicile, par exemple au sein d'une **coopérative d'usagers** comme celles observées en Belgique, en Espagne et en Uruguay, pourrait constituer une alternative à but non lucratif qui permettrait de contourner les préoccupations associées à la culture à domicile. Ce scénario de régulation oblige les usagers à planifier leur consommation, alors que la logique commerciale favorise un accès facile au cannabis et donc la possibilité d'achat impulsif (Transform, 2015; Caulkins et coll., 2015). S'il n'est pas strictement encadré, ce modèle à but non lucratif pourrait toutefois servir de paravent à une industrie criminalisée (Decorte, 2015). La nouveauté ou le caractère officiellement illicite de ce modèle de régulation ne permet pas d'en apprécier les effets réels et à long terme sur la santé de la population.

L'émission de licences de **production commerciale à grande échelle** permet quant à elle une autre forme de gestion de l'offre. Ce mode de production à but lucratif régulé est celui privilégié par les États américains ayant légalisé le cannabis. Cette gestion permet non seulement de limiter le nombre

de producteurs et leur taille, mais peut également constituer une occasion d'établir des normes de qualité des produits. Le contrôle exercé sur les coûts de la production et sur le prix de vente du cannabis est toutefois relatif. Particulièrement, on observe une baisse des prix de vente de la substance dans les situations de surproduction où le producteur est autorisé à distribuer directement à l'utilisateur, comme c'est le cas en Oregon et au Colorado. L'État de Washington a tenté de limiter le développement d'un tel marché en limitant le nombre de producteurs et leur capacité totale de production (Spithoff, Emerson et Spithoff, 2015; Transform, 2013). L'Uruguay, en plus de son système de coopératives à but non lucratif, a aussi permis la culture commerciale. Cependant, il en exerce un contrôle encore plus serré, notamment sur les prix, en s'assurant que la production industrielle soit destinée à un monopole d'achat étatique. Aux États-Unis, le scénario d'un monopole d'état semblable à ceux mis en place pour l'alcool n'était pas envisageable, parce qu'il contrevient à la loi fédérale qui prohibe la substance (Kilmer, 2014).

### Formes de cannabis autorisées

La diversité des formes de cannabis autorisées ainsi que la concentration des agents actifs constituent également des enjeux de régulation importants. Encore une fois, la littérature démontre que les choix effectués en la matière auront des conséquences importantes sur la taille du marché du cannabis légalisé. Il est raisonnable de présumer également que cela ait des répercussions sur la réussite du processus de légalisation et la mise à plat du marché illicite.

L'expérience de la **diversification des produits** du tabac est largement documentée pour sa capacité à attirer de nouveaux consommateurs ou pour rendre accessible et acceptable l'usage du tabac. En suscitant la curiosité, surtout des jeunes et des jeunes adultes, la diversification entraîne une augmentation de la consommation. De plus, certains produits donnent l'impression d'être moins nocifs pour la santé. C'est le cas par exemple des produits du tabac aromatisés et de la pipe à eau. La fabrication de produits du cannabis facilement consommables (ex. : cigarettes de cannabis, produits infusés comme le chocolat), ou attrayants (ex. : bonbons) découlerait donc d'une stratégie commerciale efficace de diversification des produits qui pourrait stimuler la demande et la création de nouvelles clientèles, en l'occurrence les jeunes. Des cas d'intoxication chez des jeunes enfants nécessitant des hospitalisations ou des interventions auprès de centres antipoison ont également été documentés aux États-Unis. Ces situations illustrent les risques associés au caractère attrayant de certains produits infusés et transformés pour lesquels des standards de dosage n'ont pas été établis. C'est également le cas pour le cannabis médical (Ghosh et coll., 2015).

L'interdiction de tout produit transformé fait d'ailleurs partie d'une stratégie anti-commerciale privilégiée en Uruguay, où seule la **fleur séchée** peut être légalement produite et distribuée. Cependant, parce que cette limitation encouragerait la consommation par combustion, la transformation et la distribution de **produits destinés au vapotage** pourraient faire partie d'une stratégie de santé publique cohérente. Cependant, des normes pertinentes devraient être développées et un contrôle effectué pour assurer la sécurité et l'innocuité des produits ainsi que pour contrer le développement de produits avec saveurs destinés à en augmenter l'attrait auprès des jeunes.

L'enjeu de la diversification des produits concerne également la **concentration des agents actifs** autorisés. Plus particulièrement, les avantages et les inconvénients de limiter les taux de THC, principal agent psychoactif, doivent être clairement soupesés. Si certaines concentrations élevées peuvent être justifiées pour un usage médical, les hausses de la concentration globalement observées au cours des années sur le marché illicite préoccupent à cause de la crainte d'un risque accru d'intoxication sévère ou de dépendance que cela pourrait entraîner. Toutefois, les connaissances scientifiques ne permettent pas de conclure définitivement au caractère « addictif »

plus important de cannabis à plus haute teneur en THC<sup>7</sup>. Certains usagers, à la recherche de taux de THC plus faibles, privilégient d'ailleurs l'auto-culture ou joignent des coopératives d'usagers pour un meilleur contrôle de la puissance du cannabis (Decorte, 2014; Haden et Emerson, 2014). Les produits séchés à haute teneur en THC se situent généralement entre 10 % et 25 % et dépassent rarement 30 %. Des produits transformés comme l'huile de haschich peuvent atteindre quant à eux des taux de plus de 80 %. Afin de décourager les usages non médicaux de concentration de THC trop élevé, la limitation en THC du cannabis non médical est considérée, par exemple, à 15 % aux Pays-Bas. À l'instar de la taxation des produits alcooliques que les autorités de santé publique souhaiteraient voir ajustée en fonction de la teneur en alcool, la taxation du cannabis pourrait également être déterminée en fonction de la puissance en THC. Dans tous les cas, tous les choix concernant les concentrations et les formes autorisées des produits du cannabis doivent faire l'objet d'un examen attentif afin de s'assurer que les usagers ne soient pas tentés de retourner sur le marché noir pour s'approvisionner (Kilmer, 2014; Kleiman et Ziskind, 2014; Caulkins et coll., 2015).

### Qualité et sécurité du cannabis et de sa culture

Outre la question de la concentration de THC, un autre enjeu de régulation concerne la présence possible de contaminants, d'additifs ou d'autres agents actifs dans le cannabis. La présence de **moisissures** et de pesticides dans les produits de cannabis est fréquemment rapportée dans la littérature et dans les médias<sup>8</sup>, et constitue un critère d'appréciation de la qualité pour certains usagers. D'ailleurs, la culture biologique figure parfois comme un standard exigé par les coopératives d'usagers (Decorte, 2015).

Bien que mal documentés, les **risques d'exposition aux pesticides** contenus dans le cannabis semblent réels. Il importe ainsi de mettre en place des règlements visant à assurer la protection des consommateurs et des travailleurs œuvrant dans la production de cannabis. Certains États américains ont fait le choix de permettre l'utilisation de pesticides pour lesquels aucune exigence en matière de valeur de tolérance<sup>9</sup> n'est définie pour leur utilisation sur la nourriture, mais ce choix n'est pas nécessairement adéquat. De l'avis de l'INSPQ, si on doit autoriser l'utilisation de pesticides dans la production de cannabis, ces produits doivent faire auparavant l'objet d'une analyse de risques dans le contexte précis de la consommation de cannabis, incluant les produits de combustion. Autrement, l'absence d'un tel processus peut ouvrir la porte à l'utilisation de produits relativement toxiques. Par ailleurs, comme certains de ces produits moins toxiques peuvent être inefficaces lors de grandes infestations, les producteurs peuvent être tentés d'utiliser des pesticides plus toxiques mais dont les risques n'ont pas été évalués dans le contexte de la production de cannabis (Borel, 2015). Il faudra s'assurer que les producteurs n'emploient pas d'autres pesticides que ceux qui seraient éventuellement autorisés.

D'ailleurs l'Environmental Protection Agency aux États-Unis (US. EPA) rappelait au Colorado Department of Agriculture, l'importance d'avoir une base de données toxicologiques complète, de réaliser des tests de pyrolyse pour déterminer les produits de combustion, de considérer des méthodes et des lieux d'application, ainsi que des caractéristiques agronomiques similaires pour déterminer les pesticides qui pourraient être autorisés par l'État pour des utilisations sur le cannabis

---

<sup>7</sup> <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana> (page consultée le 30 septembre 2016).

<sup>8</sup> En août dernier, un dossier d'enquête du *Globe and Mail* portait sur la présence de résidus de pesticides, de moisissures, de bactéries fécales et autres dans les produits de cannabis vendus dans neuf dispensaires illégaux de Toronto. S'il n'est pas possible d'apprécier la qualité méthodologique de ces analyses, ce dossier a le mérite de rappeler l'importance de la question. (En ligne. Page consultée le 15 septembre 2016 : <http://www.theglobeandmail.com/news/investigations/globe-investigation-whats-in-your-weed-we-tested-dispensary-marijuana-to-findout/article31144496/> )

<sup>9</sup> À titre indicatif, la notion de valeur de tolérance désigne la quantité maximale de résidus de pesticides que les agences de régulation jugent acceptables.

(US. EPA, 2015). Il est à noter que certains États américains ont prohibé l'utilisation de pesticides dans la production de cannabis en raison de l'absence d'une analyse de risques complète par la US EPA (Feldman, 2015). Au Canada, les pesticides permis sont potentiellement très peu toxiques mais nous ne savons pas s'ils ont été évalués dans le contexte spécifique de la production de cannabis<sup>10</sup>.

### Étiquetage et emballage des produits distribués

En lien avec la sécurité et la qualité du cannabis, l'encadrement de l'étiquetage ainsi que l'**emballage refermable à l'épreuve des enfants** constitue un autre enjeu de régulation. La **traçabilité** et l'**information relative à la sécurité du produit** constitue aussi un objectif explicite poursuivi par les juridictions qui légalisent le cannabis. L'Uruguay prévoit en outre une durée de préservation de six mois du produit par l'emballage qui ne peut par ailleurs contenir plus de 10 g de cannabis séché.

Encore là, l'expérience acquise dans les dossiers de l'alcool, du tabac ainsi que dans le cadre du cannabis médical au Canada sera certainement utile pour s'assurer du respect des exigences, notamment en ce qui concerne les avertissements des risques à la santé ou de la description exacte des quantités, des additifs et autres agents actifs (Haden et Emerson, 2014). Qu'ils s'inscrivent dans une logique à but lucratif ou non, sauf dans les cas d'autoproduction à domicile, tous les producteurs devraient s'y conformer.

L'emballage des produits est en soi un outil promotionnel. C'est pourquoi certaines juridictions, comme l'Australie et la France, ont fait le choix d'imposer l'**emballage neutre** aux produits du tabac. Le Canada considère d'ailleurs sérieusement d'adopter cette mesure, comme en atteste la consultation publique effectuée sur le sujet à l'été 2016<sup>11</sup>. L'obligation d'emballage neutre (pas de logo, de marque ni de couleurs attrayantes) est fréquemment rapportée comme une piste prometteuse dans la littérature portant sur le cannabis légalisé (Caulkins et coll., 2015).

### Organisme de licence et de contrôle

Peu importe les choix de régulation de la production, il est clair qu'un **organisme gouvernemental** spécifiquement dédié à l'application de la réglementation s'avère nécessaire. L'émission des licences de production, mais aussi le contrôle de l'application des autres réglementations propres à la production (ex. : qualité, sécurité, étiquetage, etc.) jouera un rôle clé dans la réduction des méfaits du cannabis légalisé. Les expériences américaines ont démontré que cela nécessitait des ressources considérables qui n'ont pas toujours été allouées. Au Colorado par exemple, le manque de laboratoires aurait été un obstacle à l'analyse d'échantillons, alors que dans l'État de Washington, cela se serait traduit par un système d'inspection reposant davantage sur des délations que sur des mesures proactives de contrôle (CCTC, 2015).

L'identification du **ministère d'attache** de l'organisme responsable des licences et du contrôle ainsi que la définition du mandat de ce dernier (par exemple, génération de revenus, ou prévention et réduction des méfaits sur la santé) est une décision particulièrement structurante. La **composition de son conseil d'administration**, notamment la place qui serait accordée aux représentants de

---

<sup>10</sup> Au Canada, que ce soit avant, pendant ou après le processus de séchage, la marijuana médicale ne peut être traitée au moyen d'un produit antiparasitaire que si celui-ci est homologué pour utilisation avec la marijuana en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* ou si l'utilisation du produit est autrement autorisée sous le régime de cette loi (RMFM, 2014). En date du 12 mai 2015, sept pesticides étaient homologués pour un usage sur le cannabis produit commercialement dans un environnement intérieur (Santé Canada, 2016b). Ces derniers sont généralement de faible toxicité tant aiguë que chronique lorsqu'utilisés dans un contexte alimentaire (SAGÉ Pesticides, 2016). Il n'a pas été possible de savoir si ces produits ont été évalués dans le contexte de la consommation de cannabis mais les données produites par Santé Canada pour l'homologation des matières actives laissent croire que non.

<sup>11</sup> En ligne (page consultée le 4 octobre 2016) <http://canadiensensante.gc.ca/health-system-systeme-sante/consultations/tobacco-packages-emballages-produits-tabac/document-fra.php>

l'industrie de même qu'aux autres parties intéressées dont la santé publique pourrait également s'avérer indicative de l'orientation que le législateur veut donner au système. On observe certaines variations d'une juridiction à l'autre. La plupart des États américains ont désigné les régies des alcools comme les organismes voyant à l'application de la réglementation, sauf au Colorado, où cette responsabilité incombe au ministère du revenu. Conformément à son approche davantage interventionniste dans le dossier, l'Uruguay s'est quant à lui doté d'un organisme gouvernemental (l'IRCCA) avec un mandat propre à la régulation et au contrôle du cannabis, dont la mission est centrée sur la réduction des méfaits (CCLT, 2015).

### 5.2.2 ENJEUX LIÉS À LA DISTRIBUTION ET AUX OPTIONS DE RÉGULATION

Les enjeux entourant la distribution du cannabis sont en partie tributaires des choix effectués en matière de régulation de sa production. Ils concernent le choix et le degré d'encadrement des personnes ou des entreprises qui seront autorisées à distribuer directement auprès du consommateur, la visibilité des canaux de distribution privilégiés ainsi que l'accessibilité physique et économique au produit. La réussite du passage des usagers du marché illicite vers le marché licite, voire la réussite même du projet de légalisation du cannabis non médical, dépend en grande partie des modalités de distribution privilégiées. Les choix, qui attestent de la volonté de commercialiser ou non la substance, sont plus largement déterminants pour la banalisation du produit. Ils posent en outre les enjeux de la planification de la consommation, des mesures à prendre pour minimiser l'achat impulsif du cannabis ainsi que la distribution concomitante d'autres substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments).

#### Désignation et définition du mandat des organisations autorisées à distribuer

La désignation et la définition du mandat des organisations autorisées est un enjeu de régulation de première importance dans la mesure où ce sont elles qui sont en contact direct avec les usagers et sont susceptibles d'influencer leurs pratiques de consommation du cannabis. Encore là, la logique commerciale ou à but non lucratif à laquelle adhère l'organisation responsable de la distribution risque d'entraîner des effets sur l'évolution de la prévalence de la consommation, et ultimement sur la santé populationnelle.

De par leur constitution propre, les **coopératives d'usagers**, telles que développées en Espagne, en Belgique ou en Uruguay, présentent le potentiel de promouvoir, pour leurs membres, un usage de cannabis planifié et un approvisionnement non-impulsif. Elles permettent également de protéger les usagers de pressions commerciales que les producteurs/distributeurs privés pourraient exercer sur eux. S'inscrivant dans une approche de réduction des méfaits, les coopératives d'usagers pourraient par ailleurs jouer un rôle clé dans le processus de légalisation en devenant un partenaire pivot dans les activités de prévention ciblées auprès des usagers excessifs et en participant plus largement à l'établissement de normes sociales saines dans les pratiques d'usage. La distribution dans un cadre à but non lucratif peut également être organisée de façon à limiter autant que possible la revente illicite de la substance (Transform, 2015; Decorte, 2015). La légalisation officielle du statut des coopératives devrait être l'occasion d'instaurer un système de licences et de contrôle de leurs activités afin d'éviter les dérives commerciales observées en Espagne. La Communauté autonome de Navarre et la ville de San Sebastian au Pays Basque ont d'ailleurs légiféré en 2014 afin de régulariser et mieux contrôler la situation des clubs d'usagers (Transform, 2015). À ce titre, la possibilité d'exiger des critères spécifiques relativement à la composition des conseils d'administration (membres en provenance d'organisation de santé publique ou de protection de la jeunesse, par exemple), ou encore l'obligation de réinvestir les surplus de revenus d'opération aux programmes de traitement ou de prévention, est évoquée comme une voie prometteuse (Caulkins et coll., 2015).

À l’opposé, tout comme les producteurs, les **distributeurs licenciés à but lucratif** sont incités par leurs intérêts financiers à faire la promotion de pratiques et de niveaux d’usage qui ont potentiellement des effets délétères sur la santé populationnelle. Un système de licences et de contrôle par une agence gouvernementale peut toutefois être mis en place pour s’assurer du respect des réglementations encadrant l’accessibilité et la traçabilité de la substance. En l’absence d’un monopole d’achat qui rompt la chaîne production-distribution, la gestion de l’offre et des prix de la substance par l’agence gouvernementale demeure toutefois assez limitée. Le contrôle des prix est plus faible lorsque les producteurs peuvent agir à titre de distributeurs, comme au Colorado et en Oregon (Spithoof et coll., 2015). Le cas des distributeurs non spécialisés, comme les dépanneurs par exemple, qui rendraient possible la vente concomitante d’autres substances psychoactives, l’alcool en particulier, constitue une préoccupation centrale de santé publique. La distribution spécialisée aurait été d’ailleurs privilégiée au Colorado et dans l’État de Washington afin de limiter l’accès aux mineurs et de contrecarrer les tactiques croisées de vente au détail (Caulkins et coll., 2015).

Néanmoins, l’expérience de l’alcool démontre qu’un monopole exercé sur la distribution par une **société d’État** assure un contrôle direct sur l’ensemble de la chaîne et peut s’avérer une mesure de prévention efficace en autant qu’il soit doté d’une responsabilité sociale et qu’il poursuive des objectifs de santé publique (April et coll., 2010). L’information sur la qualité et le contenu des produits vendus risque d’être plus exacte, tout comme l’information sur les risques associés à l’usage. Le respect des heures d’ouverture, de l’affichage et du placement des produits, ou encore la vérification de l’âge légal de vente serait également plus grand. En outre, en situation de monopole, la ponction gouvernementale des taxes, tout comme l’identification et la sanction des distributeurs illégaux qui se prétendent légitimes s’avèrent d’office plus facile (Pacula et coll., 2014).

### **Accessibilité du cannabis**

Une fois les distributeurs autorisés désignés, la régulation des critères d’accessibilité à la substance oblige des choix particulièrement structurants pour le système de distribution, ce qui aura aussi une influence sur les méfaits à la santé qui y seront associés. À ce chapitre, les leçons tirées des expériences du tabac et l’alcool en lien avec l’accessibilité économique, physique et légale des substances peuvent s’avérer particulièrement instructives.

L’**accessibilité légale** de la substance renvoie au critère d’âge à partir duquel il est possible de s’approvisionner sur le marché légal. Elle est fixée à 18 ans en Uruguay et à 21 ans dans les États américains ayant légalisé le cannabis non médical (CCLT, 2016). Puisqu’au Québec les adolescents (15-17 ans) et les jeunes adultes (18-24 ans) représentent les groupes où l’on retrouve la plus grande proportion de consommateurs de cannabis et que la légalisation vise entre autres à exercer un meilleur contrôle sur ce qu’ils consomment, fixer l’âge minimal à 21 ans comme dans les juridictions américaines pourrait être considéré comme contre-productif. Certes, les données suggèrent que la consommation de cannabis peut avoir des effets négatifs sur le cerveau en développement jusqu’à 21 ans. Cependant, une limite d’âge trop tardive équivaut à inciter les jeunes usagers à continuer de s’approvisionner sur le marché illicite, situation en porte à faux avec un objectif souvent invoqué de la légalisation. Aussi le rapport du sénat canadien (Nolin et Kenny, 2002) en appelait-il à légaliser l’accès dès l’âge de 16 ans. Pareille initiative soulèverait toutefois certaines objections, dans la mesure où retarder autant que possible l’âge d’initiation limiterait les effets délétères sur le développement du cerveau ainsi que sur les risques de développer une dépendance. Abaisser l’âge légal semblerait en outre à contre-courant d’une mesure de plus en plus envisagée dans la lutte au tabagisme, soit celle de fixer l’âge légal d’achat à 21 ans. Pareille initiative a d’ailleurs été instaurée dans deux États américains (Californie, Hawaï) et dans plus de 170 villes américaines, dont New York, Chicago, Boston et Portland (IOM, 2015).

**L'accessibilité économique** fait partie des principaux déterminants de la consommation d'alcool et des problèmes qui y sont associés (Babor et coll., 2010; Meier et coll., 2008). De nombreuses études ont démontré que de vendre l'alcool à des prix élevés, notamment au moyen de taxes et de majorations, constitue une mesure hautement efficace pour diminuer la consommation d'alcool et les problèmes associés dans la population. Des prix élevés permettent de retarder l'initiation à la consommation d'alcool, de limiter les usages de type « binge », de réduire les risques de conduite avec les facultés affaiblies de même que l'incidence et la prévalence de nombreuses maladies chroniques (Anderson et coll., 2009; Babor et coll., 2010; Meier et coll., 2008; Pacula et coll., 2014). Trois moyens de fixation des prix sont bien documentés et font consensus chez les experts, soit la fixation de prix minimums (tel qu'appliqué au Québec pour la bière), l'ajustement des prix selon la teneur en alcool, et l'ajustement régulier des prix selon l'indice des prix à la consommation (Stockwell et coll., 2015; Thomas, 2012). Dans la lutte contre le tabagisme, la preuve est faite que le prix élevé et l'indexation du prix au coût de la vie par des hausses régulières de taxes sont efficaces pour diminuer la prévalence du tabagisme, particulièrement chez les groupes vulnérables, soit les jeunes et les populations défavorisées. Des interventions de lutte contre la contrebande du tabac doivent être mises en place parallèlement aux augmentations de prix pour lutter contre le marché noir capable de vendre à bas prix sans se soucier par ailleurs du contrôle de l'âge légal. À l'échelle populationnelle, les effets positifs de la hausse du prix sont démontrés supérieurs aux effets négatifs de la contrebande (Zhang & Schwartz, 2015).

La littérature portant sur l'accessibilité économique du cannabis va dans le même sens. En matière de cannabis, il est estimé qu'une diminution de 10 % du prix entraîne une hausse approximative de 3 % d'achat du produit (Kilmer, 2014). En terme économique, le cannabis peut être considéré comme un produit élastique. Les baisses de prix pouvant résulter d'une logique de compétition commerciale représenteraient donc une préoccupation pour la santé publique, d'autant plus que les coûts de production du cannabis sont peu élevés. En contrepartie, l'élasticité-prix du cannabis donne l'opportunité de contrôler la demande par la fixation de prix suffisamment élevés, à l'instar de la lutte contre le tabagisme. Aussi semble-t-il y avoir un consensus d'experts sur la nécessité à long terme de maintenir le prix du cannabis élevé. Certains ont évoqué l'éventualité d'une taxation basée sur la puissance en THC ou la composition THC/CBD, plutôt qu'en fonction du poids du produit, afin de décourager les usages plus risqués (Kleiman et Ziskind, 2014; Kilmer, 2014; Pacula et coll., 2014). D'autres options pourraient être considérées, comme l'établissement d'un prix plancher. Exiger le contrôle de la qualité et de la sécurité des produits risquerait également d'entraîner des coûts de production supplémentaires susceptibles d'augmenter le prix d'approvisionnement de la substance (Caulkins et coll., 2015). Certains soulignent toutefois l'importance à court terme de maintenir un certain équilibre dans la fixation des prix avec le marché illicite afin de faciliter le transfert des usagers vers les canaux légaux de distribution (Kilmer, 2014; Haden et Emerson, 2014).

La question de l'accessibilité économique du cannabis légalisé se pose également dans un contexte de production à but non lucratif. Bien que l'autoproduction à domicile amenuise considérablement l'enjeu du prix pour les usagers, dans le cas des organismes de production et de distribution à but non lucratif, l'absence de recherche de profits ne doit effectivement pas être confondue avec l'absence de revenus générés. Dans les clubs d'usagers belges par exemple, le prix varie entre 5 et 8 euros par gramme de cannabis séché. Ils couvrent les coûts de production et d'administration du club, et les surplus de revenus générés sont réinvestis dans des cours et conférences pour les usagers, de la consultation médicale et juridique. Étant donné le caractère toujours illicite du cannabis en Belgique, une partie de ces surplus servent également à financer des activités de sensibilisation des autorités politiques visant la normalisation de l'usage (Decorte, 2015).

L'**accessibilité physique** constitue également un déterminant important de la prévalence de la consommation des substances psychoactives et de leurs méfaits sur la santé. L'accessibilité physique réfère au nombre de points de distribution (pour emporter ou pour consommer sur place), ainsi qu'aux heures et jours d'ouverture de ces points de distribution. Il est avancé que la limitation des points de vente faciliterait leur contrôle étroit par l'État (Pacula et coll., 2014). En plus de poser la question de la densité des points de distribution, l'enjeu de l'accessibilité physique concerne leur localisation par rapport à des milieux particuliers, comme les écoles et centres de formation, les parcs et autres endroits fréquentés par les jeunes. Étant donné les risques associés à l'usage concomitant de l'alcool et du cannabis, leurs lieux de distribution devraient être distincts, voire éloignés (Haden et Emerson, 2014; Caulkins et coll., 2015). Une autre préoccupation en lien avec la localisation a trait à l'accès au cannabis des groupes socioéconomiquement défavorisés. Il serait prudent de tenir compte de ces groupes, tel qu'illustré par les études portant sur la plus grande densité d'appareils de loterie vidéo dans les quartiers défavorisés (Biron, Bazargani, et Robitaille, 2016; Houle, 2014; Papineau, Lemétayer, Barry et Biron, 2015).

En établissant un nombre limité de licences sur son territoire, l'État de Washington s'est montré sensible à l'enjeu de l'accessibilité physique du cannabis légalisé (CCLT, 2015). La densité des points de vente correspondait au nombre de *liquor stores* avant leur privatisation en 2013 (soit 334 licences, l'équivalent approximatif d'un point de vente par 20 000 habitants), et leur emplacement ne pouvait se tenir à proximité des écoles. Au Colorado, malgré une population moins nombreuse, le nombre de points de vente licenciés est plus de deux fois plus élevé, soit l'équivalent approximatif d'un distributeur pour 7500 habitants (Caulkins et coll., 2015). La densité élevée de certaines boutiques à Denver, et leur proximité des écoles dans certains cas, sont source de préoccupations chez certains intervenants du Colorado (CCLT, 2015).

De l'accessibilité physique au produit découlent directement les **enjeux de visibilité et de banalisation du cannabis**. En plus de mener à des consommations non planifiées, une plus grande accessibilité et visibilité de la distribution peuvent être associées à l'acceptabilité, voire la banalisation sociale du produit et de son usage. Il est raisonnable de penser que cette interprétation pourrait s'avérer d'autant plus forte chez les jeunes, surtout si le cannabis devait être distribué parallèlement à d'autres produits, comme dans les dépanneurs ou les épiceries, par opposition à une distribution par une boutique spécialisée ou un organisme dédié exclusivement à la vente de cannabis (Caulkins et coll., 2015).

La **distribution en ligne** des produits, comme cela s'effectue pour le cannabis médical au Canada, pourrait à ce titre constituer une voie plus discrète qu'une distribution au détail. Il est également plausible de penser qu'elle permettrait d'assurer une certaine équité interrégionale dans l'accessibilité physique du produit hors des grands centres urbains. La vente en ligne obligerait également une planification de la consommation qui restreint davantage l'achat impulsif du produit facilité par une accessibilité physique élevée. Cette voie de distribution soulève néanmoins quelques préoccupations, particulièrement celle du contrôle de l'identité et de l'âge de l'utilisateur. Aux États-Unis, l'enjeu du manque de diligence du personnel à effectuer un tel contrôle lors de la livraison à domicile du cannabis par des boutiques spécialisées a d'ailleurs été soulevé (Caulkins et coll., 2015). La distribution en ligne ne permet pas, par ailleurs, un contact direct avec l'utilisateur. Or, pareil contact s'avère nécessaire pour effectuer une intervention efficace inscrite dans une approche de réduction des méfaits du cannabis sur la santé.

Bref, la régulation de l'accessibilité physique devra être pensée globalement et de façon évolutive. Si l'accès physique ne doit pas être facilité au point de banaliser la substance et son usage, notamment auprès des jeunes, il ne doit pas en contrepartie constituer une entrave à la réussite du projet de

légalisation de la substance. En effet, advenant des canaux de distribution trop limités, il est fort plausible que les usagers seront tentés de continuer à s’approvisionner auprès de leurs distributeurs actuels plus accommodants, particulièrement les usagers réguliers.

### **Publicité et marketing du produit**

En lien direct avec l’enjeu de la banalisation du cannabis que pourraient entraîner la légalisation et la commercialisation de la substance se trouvent les questions de publicité et de marketing du produit. La littérature sur le sujet est formelle sur les effets nuisibles que les pratiques de publicité et de marketing peuvent avoir sur la prévalence de la consommation, particulièrement chez les jeunes. Globalement, l’expérience dans le dossier de la commercialisation de l’alcool a démontré que le marketing comprend différentes dépenses de promotion parmi lesquelles se retrouvent : la publicité dans les médias, dans les points de vente, sur Internet et dans les médias sociaux; la commandite de sites Internet, d’événements sportifs ou culturels ou d’équipes de sport; la distribution d’articles promotionnels et le placement de produits; les messages de responsabilité sociale et les programmes promus par l’industrie (Barry et coll., 2016; Jernigan, 2009). À ces moyens s’ajoutent la représentation de la consommation d’alcool dans les films et les émissions de télévision ainsi que les promotions par le biais des baisses de prix ou des rabais selon le volume d’achat. Les innovations dans ces domaines sont constantes et il est difficile pour les chercheurs d’en suivre le rythme et d’en évaluer les effets (Jernigan, 2009).

Les études démontrent que les jeunes sont largement exposés à différentes formes de marketing de l’alcool même s’ils n’ont pas l’âge légal et ne sont en principe pas visés par celles-ci (Barry et coll., 2016; Jones, 2016). La publicité dans les médias écrits et électroniques et l’exposition à des films ou des émissions de télévision où l’alcool est présent ont des effets modestes, mais significatifs sur l’initiation à la consommation et, chez les jeunes qui boivent déjà, sur la quantité d’alcool consommée (Anderson et coll., 2009; Jernigan, Noel, Landon, Thornton, & Lobstein, 2016; Smith et Foxcroft, 2009). Les études démontrent que le nombre de publicités auxquelles les jeunes sont exposés est important et que les effets semblent cumulatifs (Anderson et coll., 2009; Smith et Foxcroft, 2009). Dans le cas du cannabis médical, une étude californienne aurait conclu à une relation similaire : une plus grande exposition à la publicité sur le cannabis médical serait associée avec une probabilité d’usage plus élevé chez les jeunes (Subritzky et coll., 2016).

Dans le domaine de l’alcool, l’industrie s’oppose à la réglementation du marketing en insistant sur la responsabilité de l’industrie et sur l’efficacité de l’**autorégulation**. Elle conteste également l’efficacité de la régulation étatique en mettant l’accent sur la responsabilité individuelle (Savell, Fooks et Gilmore, 2016). Les arguments sur la responsabilité de l’industrie sont souvent renforcés au moyen d’activités de « responsabilité sociale de l’entreprise » (Yoon et Lam, 2013). Or, il est démontré dans de nombreux pays et par de nombreuses études que les codes d’autorégulation volontaires de l’industrie ne sont pas efficaces pour limiter l’exposition des jeunes au marketing de l’alcool ni pour contrôler le contenu de la publicité (Babor et coll., 2010).

Les restrictions ou l’interdiction du marketing peuvent toutefois faire dévier les activités de marketing vers des médias moins réglementées, comme Internet (Babor, 2010). À ce titre, une étude des capsules vidéo produites sur *Youtube* en lien avec le cannabis estimait que plus du tiers d’entre elles constituait de la promotion, de la revue et/ou des recommandations de produits (Subritzky et coll., 2016).

Un cadre réglementaire devrait viser le contenu et le volume du marketing, le marketing direct dans les médias, les activités de parrainage et les nouvelles techniques de marketing. Selon certains, la limitation de la promotion du cannabis devrait également passer par un encadrement des lieux de

distribution du produit, afin d'éviter un placement de produits et d'offrir un environnement le plus neutre et standardisé possible (Haden et Emerson, 2014).

Le domaine du tabac a l'avantage d'avoir mis en place des mesures plus restrictives en lien avec la convention-cadre sur le tabagisme qui pourraient servir de point de référence pour le cannabis au Canada comme aux États-Unis. À la différence de l'Uruguay qui interdit toutes formes de publicité et de marketing, les États américains ont adopté une approche moins restrictive. Les limites à la promotion des produits sont essentiellement réduites à la publicité directe auprès des jeunes dans les États de Washington et du Colorado (Spithoff et coll., 2015). Aussi, certaines pratiques observées dans le système canadien du cannabis médical, comme la distribution de produits dérivés de marque commerciale (ex. : casquettes, tasses), soulèvent des préoccupations et devraient être évitées.

### **Formation et mandat de prévention du personnel affecté à la distribution**

Le cannabis est un produit de consommation complexe, comprenant plusieurs agents psychoactifs pour lesquels les interactions chimiques sont potentiellement nombreuses et pas toujours connues. Cette complexité pharmacologique du cannabis le distingue clairement du tabac et de l'alcool. Une approche visant la réduction des méfaits de la substance sur la santé publique requiert dès lors non seulement un étiquetage clair et fidèle de la composition du produit, mais également des personnes formées et qualifiées pour les interpréter et bien conseiller les usagers, à l'image par exemple de pharmaciens plutôt que des commis ou barmans (Kleiman et Ziskind, 2014). Parce qu'il est en contact direct avec les usagers, le personnel affecté à la distribution doit être en mesure de communiquer les informations permettant de mieux anticiper les potentiels effets psychoactifs, mais aussi de limiter les risques associés à l'usage (Caulkins et coll., 2015). La formation du personnel renvoie également aux enjeux d'identification des mineurs qui chercheraient à se procurer du cannabis, mais aussi de détection de risques d'usage excessif. À ce titre, la littérature portant sur le contrôle de la vente d'alcool est formelle (April et coll., 2010). Lorsqu'elles portent une responsabilité sociale inscrite dans des objectifs de santé publique, les sociétés d'état s'avèrent les plus à même d'assurer les services d'un personnel qualifié susceptible d'empêcher la distribution auprès des jeunes et des usagers problématiques.

### **Limitation des quantités d'approvisionnement**

Par ailleurs, si un réel mandat de prévention et de promotion de la santé auprès des usagers devait être confié au personnel de distribution, l'enjeu de la régulation de la limitation des quantités consommées devrait être abordé. Le **contrôle de la quantité de cannabis** qu'un usager pourrait se procurer est fréquemment soulevé dans la littérature en lien avec les risques intrinsèques à la commercialisation de la substance. Les vendeurs au détail ont tout intérêt à retenir et faire augmenter la clientèle des consommateurs excessifs, lesquels consommeraient environ 80 % du cannabis en circulation sur le marché. Afin de limiter la consommation excessive, certains suggèrent l'imposition de limites formelles sur la quantité. Une approche semblable de rationnement aurait démontré une efficacité modérée auprès des buveurs excessifs. Par ailleurs, de telles limites ont l'avantage potentiel de prévenir la revente des substances chez des usagers d'âge mineur (Haden et Emerson, 2014).

Pareille limitation de la quantité demeure toutefois difficile à établir, et semble assez arbitraire, dans la mesure où les limites en vigueur seraient souvent trop élevées pour cadrer avec l'objectif de réduire la consommation de cannabis au Québec<sup>12</sup>. En effet, de façon générale, le volume de vente permis est établi dans les juridictions américaines à 28,5 g de fleur séchée, soit l'équivalent de la limite de possession en vue de la revente criminelle. En Uruguay, dans le système de vente prévu en pharmacie, il est possible d'acheter jusqu'à 40 g de fleur séchée par mois (CCLT, 2016). Des limites de quantités sont souvent établies dans les coopératives d'usagers, mais de grandes variations sont également observées. En Belgique, les limites fluctuent entre 10 g et 30 g par mois (Decorte, 2015), alors qu'en Espagne la limite moyenne se situerait à 3 g par jour (Transform, 2015).

Pour contrer une limitation formelle d'approvisionnement qui ne collerait pas nécessairement avec les pratiques d'usage des individus, certains privilégient plutôt la mise en place d'un système d'**autolimitation volontaire**. Déjà en vigueur dans plusieurs coopératives d'usagers en Belgique, ces mécanismes d'autolimitation fixent un seuil hebdomadaire ou mensuel au-delà duquel il n'est plus possible de s'approvisionner. Ils s'inscrivent réellement dans une approche de réduction des méfaits relative aux patrons de consommation de chacun, empêchant l'utilisateur occasionnel de glisser dans des mauvaises habitudes de consommation ou en soutenant l'utilisateur excessif qui voudrait diminuer à ne pas céder à ses pulsions de consommation (Kleiman et Ziskind, 2014).

Il est par ailleurs raisonnable de penser que le caractère volontaire d'un pareil système permet également de contourner les critiques qui pourraient être émises à l'égard du registre d'approvisionnement à mettre en place pour s'assurer du respect des limites imposées de quantité à laquelle un usager aurait formellement droit. Pareil registre obligatoire n'existe pas pour l'approvisionnement en alcool ou en tabac, et soulève par ailleurs la question de l'anonymat de l'approvisionnement de cannabis pour des fins non médicales. Même dans un système de cannabis légalisé, il est fort plausible que certains usagers pourraient se montrer réfractaires à officialiser leur pratique d'usage dans un registre et dès lors préférer continuer à s'approvisionner sur le marché illicite.

### **Organisme de licence et de contrôle de la distribution**

Qu'il prenne la forme d'une agence gouvernementale veillant à l'encadrement des distributeurs licenciés (à but lucratif ou non), ou d'un monopole d'achat étatique assorti de sociétés au détail publiques, un organisme gouvernemental devra être mis sur pied pour superviser la distribution du cannabis légalisé. Il a été démontré dans le cas de la régulation de l'alcool qu'un monopole étatique sur la distribution constituait un choix de régulation efficace pour l'application de la réglementation régissant l'accessibilité économique, physique et légale (âge) de l'alcool. Aussi plusieurs experts internationaux de santé publique l'entrevoient-ils comme un canal de distribution à privilégier pour réduire les méfaits potentiels du cannabis légalisé.

L'encadrement de la composition du conseil d'administration de cet organisme, et ultimement l'influence que pourraient y exercer des membres de l'industrie du cannabis, doivent également être considérés. Aux États-Unis, particulièrement au Colorado, il aurait été dénoncé que l'influence

---

<sup>12</sup> La quantité de cannabis nécessaire à la production d'un joint varie considérablement, notamment selon les pratiques d'usage et la puissance en THC de la substance. L'utilisateur semble également avoir de la difficulté à mesurer ses pratiques d'usage en termes de gramme de substance séchée, d'autant plus que les cigarettes de cannabis comprennent souvent du tabac. Néanmoins, si on admet comme plausible l'estimation qu'un joint moyen comprendrait entre 0,3 et 0,5 g de cannabis séché (Kilmer et Pacula, 2009 : 12), ou celle selon laquelle les usagers réguliers de l'État de Washington consommeraient en moyenne 1,6 g de cannabis séché par jour (Kilmer et coll, 2013 : 11), il est raisonnable d'avancer que les limites de quantités proposées par les juridictions ayant légalisé le cannabis pourraient avoir des effets délétères sur la santé des usagers.

exercée par l'industrie sur le processus de légalisation se serait fait au détriment de la santé publique (CCLT, 2015).

### **5.2.3 ENJEUX LIÉS À LA CONSOMMATION ET AUX OPTIONS DE RÉGULATION**

La régulation de la consommation du cannabis soulève des enjeux bien connus pour la santé publique, dans la mesure où ils soulèvent certaines similarités avec les dossiers de l'alcool et du tabac. Aussi posent-ils un défi en terme de cohérence d'action avec les mesures actuellement en vigueur pour contrôler la consommation de ces substances psychoactives. Plusieurs des enjeux liés à la consommation sont en grande partie tributaires des choix de régulation effectués précédemment en lien avec la production et la distribution de la substance. Par exemple, l'âge des usagers dépend largement du critère d'âge légal pour la distribution ainsi que des mesures ou sanctions mises de l'avant pour décourager l'approvisionnement illégal aux mineurs. La prévalence de l'usage est en outre associée à la visibilité, la banalisation et la normalisation de la consommation du cannabis, et donc encore là à certains enjeux de distribution, comme la publicité et le marketing. Dans tous les cas, les enjeux liés à la consommation soulèvent tous la question de la nécessaire surveillance de l'évolution des portraits et des contextes d'usage.

#### **Lieux de consommation autorisés**

L'identification des lieux autorisés pour la consommation de cannabis soulève l'importante question de l'usage en public. L'interdiction de fumer dans les lieux publics est généralement justifiée pour éviter d'une part la banalisation de la substance, notamment auprès des jeunes. Cela pourrait avoir l'effet bénéfique de retarder l'âge d'initiation de ces derniers. D'autre part, l'interdiction de fumer en public vise à limiter l'exposition à la fumée secondaire et la nuisance qu'elle pourrait occasionner chez les non utilisateurs (Pacula et coll., 2014). Trois options de régulation sont principalement mises de l'avant, soit l'interdiction complète de fumer en public, l'interdiction de fumer là où le tabac est interdit ou l'autorisation d'usage dans des espaces publics de propriété privée, par exemple dans des bars ou dans des clubs de cannabis.

Jusqu'à maintenant, toutes les juridictions américaines ayant légalisé le cannabis à des fins non médicales n'ont pas permis son usage en public à la vue de tous, y compris dans les lieux de distribution licenciés. En Uruguay, l'usage du cannabis en public doit être conforme aux mesures prises par la réglementation sur l'usage du tabac. Il est cependant interdit de consommer sur les lieux de distribution licenciés, donc même dans les coopératives d'usagers (CCLT, 2015; Pardo, 2014; Walsh et Ramsey, 2016).

Si l'interdiction de fumer en public est privilégiée pour éviter l'exposition à la fumée secondaire, son corollaire, soit l'usage limité au domicile, soulève aussi des préoccupations. Il est effectivement raisonnable de penser que l'entourage des utilisateurs quotidiens soit exposé à une fumée secondaire potentiellement nocive, bien que les effets sur la santé de l'exposition à la fumée secondaire du cannabis ne soit pas aussi documentée que celle du tabac (Pacula et coll., 2014). Il est raisonnable aussi de penser que l'usage limité au domicile risque d'initier en bas âge les enfants dans l'entourage de l'utilisateur. Afin de limiter la banalisation de la substance auprès de ces derniers, l'option de permettre aux utilisateurs de consommer dans les coopératives d'usagers pourrait être considérée. Il importe toutefois que l'usage concomitant de cannabis et d'alcool soit formellement interdit, et que le personnel de ces coopératives ne soit pas exposé à la fumée secondaire, en obligeant par exemple la mise en place de fumeurs ventilés de façon indépendante.

## Mode et contextes d'usages risqués

Il est rapporté que 20 % des usagers de cannabis sont responsables de 80 % de la consommation totale de la substance en circulation (Caulkins, 2016; Kleiman et Zizkind, 2014). Dans la mesure où la forme fumée demeure le mode d'usage le plus courant, des préoccupations relatives à la combustion et à la fumée secondaire pour l'entourage de l'utilisateur existent. La combustion pose des risques à la santé importants, en provoquant l'absorption directe de plusieurs produits à haut potentiel toxique. À ce titre, il apparaît donc qu'une certaine diversification des produits peut s'avérer souhaitable en matière de cannabis.

Notamment, il semble que l'**usage de cannabis par la vaporisation** (ou *vapotage*) pourrait s'avérer moins nuisible pour la santé des fumeurs et de leur entourage. En plus de constituer une forme d'usage plus discrète et sans odeur, la vaporisation du cannabis créerait substantiellement moins de substances carcinogènes (Caulkins et coll., 2015; Subritzky et coll., 2016). Si le passage du mode fumé à l'usage par vaporisation du cannabis semble avoir gagné en popularité en Californie, au Colorado et dans l'État de Washington, il devra néanmoins faire l'objet d'efforts de normalisation sociale. La tradition de fumer le cannabis demeure fortement ancrée chez les utilisateurs, et il est difficile de prédire s'ils adopteront ce mode d'utilisation (Caulkins et coll., 2015; Kleiman et Ziskind, 2014). L'expérience récente de la cigarette électronique nous enseigne également qu'un meilleur contrôle des produits (par exemple, le contenu des liquides destinés à la vaporisation), des technologies et de la façon de les utiliser (par exemple, le niveau de chaleur produite par les instruments) devrait être effectué. Autrement, la présence de résidus concentrés, ou encore une combustion à des températures trop élevées, pourraient contrer la potentielle réduction des méfaits associée à cette technologie (WHO, 2016; Subritzky et coll., 2016).

D'autres contextes d'usages sont par ailleurs susceptibles d'entraîner des traumatismes non intentionnels qu'il serait possible d'éviter par des pratiques sécuritaires d'usage. À ce chapitre, la **conduite au volant avec des facultés affaiblies** et l'**intoxication en milieu de travail** sont les deux contextes d'usage risqués qui sont le plus souvent mentionnés dans la littérature. Il n'est pas nécessairement démontré que la légalisation de la substance aura pour effet d'en augmenter la fréquence (ICSDP, 2015). L'augmentation de la prévalence de l'usage qui pourrait survenir dans un modèle de commercialisation du cannabis rend néanmoins ces enjeux préoccupants. Les juridictions ayant légalisé le cannabis ont d'ailleurs vu l'occasion de les réguler pour minimiser les risques d'accidents routiers ou d'accidents au travail. Deux options sont privilégiées pour contrôler ces contextes risqués d'utilisation, soit la tolérance zéro, ou encore l'établissement d'un seuil d'usage permis en fonction de la concentration de THC mesurée dans le sang. À ce titre, les États de Washington et du Colorado ont fixé le seuil de THC admissible dans le sang à 5 ng par ml de sang. L'Uruguay interdit formellement l'usage du cannabis au volant, tout comme durant le quart de travail ou sur les milieux de travail (Pardo, 2014). Dans un cas comme dans l'autre, ces deux options de régulation soulèvent néanmoins des enjeux éthiques, juridiques et sociaux importants. Il n'existe actuellement pas de technologie non invasive en temps réel pour objectiver la faculté affaiblie, et les tests disponibles détectent souvent de faux positifs (Subritzky et coll., 2016; Pacula et coll., 2014).

## 6 Conditions de succès et scénarios à considérer

Comme l'a démontré la section précédente, la légalisation du cannabis à des fins non médicales soulève de nombreux enjeux de santé publique et place les décideurs devant un éventail de scénarios de régulation possibles. À la lumière de l'analyse prospective des impacts potentiels et de la contextualisation des différentes composantes de ces scénarios ou modèles, l'INSPQ attire ici l'attention des décideurs sur plusieurs pistes à considérer et à débattre. Ce dernier chapitre présente d'abord quelques conditions facilitant la mise en place d'une structure de régulation du cannabis légalisé qui favoriserait autant que possible l'atteinte des objectifs de santé publique. Il dégage ensuite quelques scénarios de régulation qui devraient être davantage considérés et pourraient être soumis à délibération auprès de divers acteurs concernés.

### 6.1 Conditions favorables aux objectifs de santé publique

---

#### 6.1.1 ÉVITER LE PLUS POSSIBLE LA LOGIQUE COMMERCIALE

Pour toutes les raisons déjà évoquées dans ce document, notamment au point 5.1, un modèle de régulation basé essentiellement sur une logique commerciale de production et de distribution de cannabis (producteurs et distributeurs à but lucratif, vente directe aux usagers) devrait être écarté d'emblée. En effet, le modèle de régulation retenu devrait s'éloigner le plus possible d'une logique de libre marché reposant sur la croissance et la recherche de profits. Elle est associée à la promotion de niveaux et de pratiques d'usage qui ont des effets négatifs sur la santé publique.

En effet, la mise en vente légale du cannabis, si elle est associée à différentes stratégies commerciales, pourrait logiquement entraîner une augmentation de sa consommation. Dès lors, qu'elle se présente sous la forme de distributeurs privés licenciés (ex. : tabac), de producteurs licenciés qui font la distribution directement auprès des usagers (ex. : cannabis médical canadien) ou d'une société d'État ayant pour mandat de générer des revenus (ex. : Société des alcools du Québec), la logique commerciale est difficilement compatible avec la façon dont l'INSPQ définit les objectifs de santé publique.

#### 6.1.2 METTRE EN PLACE UN OU DES ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX DE CONTRÔLE DU CANNABIS

Peu importe l'approche privilégiée (logique commerciale ou à but non lucratif), la création d'un organisme gouvernemental spécifiquement dédié à l'application de la réglementation s'avère nécessaire. Sous réserve de ses intentions toujours inconnues, le gouvernement fédéral pourrait décider de créer une agence avec des pouvoirs de régulation, de licence et de contrôle sur les différents enjeux liés à la production du cannabis. Comme pour l'alcool et le tabac, les gouvernements provinciaux et territoriaux seront probablement quant à eux responsables de la régulation de la distribution de cette substance. Le Québec devrait donc mettre en place une agence étatique exerçant différents pouvoirs de régulation, de licence et de contrôle en lien avec la distribution de cannabis. Cette agence pourrait se voir confier plusieurs, sinon l'ensemble, des responsabilités d'exécution ou de coordination des efforts incombant aux autorités publiques.

Plus particulièrement, le pouvoir de licence de ces agences gouvernementales permet de désigner quelles personnes ou organisations seraient autorisées à produire et distribuer du cannabis, et à quelles conditions. Par exemple, la licence pour les producteurs pourrait permettre d'exiger qu'ils ne fassent pas de publicité et du marketing; ne produisent pas au-delà d'un certain nombre de plants; n'emploient pas de pesticides; etc. La licence des distributeurs (si la distribution par des points de vente de propriété publique n'est pas exclusive) pourrait n'être qu'accordée à des OBNL ayant des

responsabilités de réduction des méfaits. Cette licence pourrait notamment leur imposer un conseil d'administration composé de membres provenant du réseau de la santé et des services sociaux (ou d'autres domaines d'activité gouvernementale à vocation sociale), leur interdire des formes d'affichage, leur imposer la vérification de l'âge des acheteurs, etc.

En s'inspirant de l'Uruguay, où l'Institut de régulation et de contrôle du cannabis cumule les fonctions de régulation et de monopole d'achat, l'agence québécoise créée pourrait elle aussi cumuler les rôles de contrôle de la distribution et de monopole d'achat sur la production destinée à la revente.

### 6.1.3 SE DOTER DE MÉCANISMES ET PROCÉDURES D'ASSURANCE QUALITÉ

Un des grands bénéfices escomptés de la légalisation du cannabis à des fins non médicales est le potentiel de contrôler la qualité des produits. Donc peu importe le système de production-distribution mis en place, il s'avère nécessaire que les gouvernements créent des mécanismes pour s'assurer de la qualité du cannabis mis en marché. La qualité fait ici référence aux propriétés psychoactives et à la sécurité des produits.

Il a été question plus haut dans ce document de la limitation de la **concentration de THC** dans le cannabis. Plusieurs experts s'inquiètent de son augmentation au cours des dernières années, probablement en raison de la perception d'un risque accru de dépendance ou d'intoxication sévère que cela pourrait entraîner. Il est toutefois difficile de déterminer un seuil de concentration au-dessus duquel le cannabis serait plus addictif, ou provoquerait des intoxications aiguës entraînant des conséquences en termes de mortalité ou de morbidité. Abaisser la concentration en THC pourrait, de plus, avoir des effets indésirables, tels qu'inciter les usagers à fumer davantage pour obtenir les effets auxquels ils sont habitués.

Ici, l'important semble de normaliser les concentrations, d'obliger l'affichage de l'information sur le produit et de mettre en place des mécanismes et procédures de surveillance de ces concentrations. Et à cet égard, il paraît préférable que les normes déterminant les contenus et les tests soient fixées par une autorité publique plutôt que par les producteurs ou transformateurs, et que ce soit également une autorité publique qui effectue les tests.

Pour ce qui est des **pesticides**, une grande prudence est requise dans l'encadrement de leur utilisation dans la production du cannabis. Il paraît souhaitable de suivre la décision de certains états américains d'interdire leur utilisation jusqu'à ce que des analyses de risques complètes soient réalisées et que des lignes directrices pour l'évaluation des pesticides fumés ainsi qu'une stratégie de gestion des risques efficaces à leur égard soient élaborées. Il serait par ailleurs indiqué que l'organisme responsable de régulation de la production se donne les moyens d'évaluer les approches alternatives aux pesticides de synthèse, par exemple le développement de la gestion intégrée de cette culture.

Quant aux **moisissures et autres contaminants**, Santé Canada demande déjà aux producteurs autorisés de cannabis médical des tests microbiologiques de même que pour les métaux lourds. Cependant, les politiques et pratiques de l'organisation à cet égard ne sont pas complètement claires. Une demande a été adressée à Santé Canada pour obtenir certains documents mais ils ne nous ont pas encore été transmis. Aux États-Unis, ces tests ont, selon certains, peu de fondements scientifiques, notamment parce qu'ils reposent sur des normes de sécurité alimentaire qui ne tiennent pas compte de la forme fumée du cannabis (Holmes et coll., 2015). Afin de mieux juger de la pertinence des normes canadiennes actuelles, certaines questions devraient être posées. Par exemple, est-ce que les mesures et normes canadiennes s'appliquent à des tests effectués pour les

« bons » contaminants, c'est-à-dire des tests qui détecteraient les contaminants qui posent des risques avérés à la santé? Tiennent-elles compte du fait que le cannabis est principalement fumé?

#### 6.1.4 GÉRER L'INCERTITUDE PAR LA SURVEILLANCE ET LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF ÉVOLUTIF

La légalisation du cannabis à des fins non médicales comprend son lot d'incertitudes. L'incidence réelle de la légalisation sur la santé publique est d'autant plus imprévisible que l'éventail des scénarios de régulation du cannabis est étendu. Certes, il est possible et indiqué de tenir compte des expériences du tabac, de l'alcool ainsi que celles du cannabis légalisé ailleurs dans le monde, mais il demeure que les effets de la légalisation du cannabis au Québec et au Canada, qu'ils soient positifs ou négatifs, directs comme indirects, ne pourront être pleinement documentés qu'une fois le processus de légalisation complété. En découlent deux facteurs à prendre en compte dans l'architecture du système qui sera érigé pour encadrer la production, la distribution et la consommation de cannabis.

D'une part, il est impératif qu'un **dispositif de surveillance et de monitoring** soit mis en place afin de suivre l'évolution de la consommation du cannabis au sein de la population avant-pendant-après le processus de légalisation. Il faudra s'intéresser tant aux pratiques de consommation qu'aux types de produits consommés (CCLT, 2015). Cela permettra de vérifier si les tendances de consommation à la hausse observées ailleurs dans le monde lors d'un processus du genre (MacCoun, 2011) seront observées au Québec<sup>13</sup>.

D'autre part, et à la lumière de l'évolution du portrait de la consommation du cannabis et des nouvelles connaissances scientifiques, il est nécessaire de **prévoir la marge de manœuvre nécessaire à la réversibilité des choix de régulation** afin de réagir adéquatement devant un phénomène non prévu. Compte tenu qu'aucune politique n'est parfaite, meilleure sera la capacité d'évaluation et de rétroaction du système, meilleure sera la capacité d'ajuster le modèle de régulation aux objectifs de santé publique poursuivis (Kilmer, 2014; Kleiman et Ziskind, 2014). En outre, il est important de souligner que les juridictions ayant actuellement légalisé le cannabis composent toujours avec une part importante du marché sous le contrôle illicite. À l'instar de l'expérience du tabac, les modifications des habitudes des usagers risquent de se faire sur le long terme. Logiquement, certains choix de régulation du cannabis devraient dès lors être examinés de façon à encourager le transfert vers le marché licite, puis dans une perspective à moyen et long terme, permettre une adaptation des mesures une fois le marché licite consolidé afin d'atteindre les objectifs de santé publique. Par exemple, il est souvent avancé que le prix ne devrait pas initialement être fixé à un niveau si élevé qu'il encourage les usagers à toujours s'approvisionner sur le marché illicite. Cependant, une fois que les usagers l'auront déserté, il serait indiqué d'élever progressivement le prix pour contrôler l'accessibilité économique de la substance.

Les leçons tirées de la lutte contre le tabagisme nous enseignent que plus la législation laisse de la place à des intérêts privés, plus l'industrie sera en mesure de se mobiliser et de contrer les changements de politique qui iront à l'encontre de ses intérêts commerciaux. Les modèles de régulation confiant la production et la distribution à un monopole d'état ou à des organisations sans but lucratif seraient plus faciles à adapter. C'est pourquoi ces modèles sont considérés comme des

---

<sup>13</sup> À ce propos, l'INSPQ travaille sur le développement d'un espace informationnel et de veille sur les substances psychoactives (EivSPA) au Québec. Cet espace informationnel sera destiné, dans un premier temps, à informer les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et à soutenir la prise de décision quant au déploiement d'interventions en prévention de la toxicomanie et en réduction des méfaits.

choix plus prudents qu'une légalisation basée sur une logique de marché concurrentiel (RAND, 2015; Kleiman et Ziskind, 2014).

### 6.1.5 METTRE RAPIDEMENT EN PLACE DES ACTIVITÉS D'INFORMATION

Les expériences en matière de tabac et d'alcool démontrent que les choix effectués en matière de d'accessibilité économique et physique et de régulation du marketing ainsi que des substances constituent les principales mesures efficaces de prévention de la consommation. Pour ce qui est des campagnes d'information pour influencer les comportements, elles sont généralement inefficaces lorsqu'utilisées seules. Des auteurs affirment d'ailleurs que les grandes campagnes de prévention anti-cannabis pourraient susciter la curiosité et une hausse de la consommation de la substance (Haden et Emerson, 2014). Ces hausses auraient été observées au début du processus de légalisation dans certains États américains. Toutefois, l'information du public pourrait avoir sa place pour faciliter une meilleure acceptation sociale de la légalisation et de la réglementation. Elle pourrait aussi favoriser une meilleure compréhension des motifs sous-jacents à la légalisation, à savoir que ce n'est pas que le produit est banal, mais plutôt que les effets pervers de la prohibition surpassent ses avantages. **L'information viserait alors à empêcher la banalisation de la consommation de ce produit.** Une stratégie de communication claire et complète permettrait également une meilleure compréhension de la réglementation par la population. Cela éviterait les **mauvaises interprétations des droits et devoirs des citoyens** en lien avec l'usage de la substance, tel qu'observé dans les États de Washington et du Colorado (CCLT, 2015). Les enjeux du cadrage des messages d'information, et de l'identification des publics cibles, doivent faire l'objet d'une réflexion soutenue, tout comme celui du *timing* de ces activités d'information.

En effet, il est souvent avancé qu'en tirant des revenus de la vente du cannabis (taxation ou revenus directs), l'État sera en mesure de financer des activités d'information pour contrer une hausse de la consommation du cannabis. Or, pour être optimales, ces activités devraient être déployées avant que la légalisation soit effective, et des fonds supplémentaires à ceux alloués à la santé publique, devraient déjà y être dédiés. L'expérience du Colorado indique que des ressources supplémentaires devraient également être allouées au système de santé pour mieux répondre à l'augmentation éventuelle du nombre d'hospitalisations d'urgence, d'appels aux centres antipoison et de demandes de traitement (CCLT, 2015). Autant de considérations pressantes, qui devraient faire l'objet de décisions rapides et effectives avant même la mise en vente légale du cannabis.

### 6.1.6 ARTICULER LES DISPOSITIFS DE RÉGULATION DU CANNABIS MÉDICAL ET NON MÉDICAL EN RESPECTANT LEUR VOCATION PROPRE

L'expérience acquise dans le cadre du régime canadien d'accès à la marijuana à des fins médicales, tant par les organismes gouvernementaux que par les producteurs de cannabis, sera certes d'une grande utilité dans le cadre de la légalisation du cannabis à des fins non médicales. Toutefois, si un cadrage de santé publique préconisant la limitation de la commercialisation de la substance devait prévaloir, il serait incohérent de reproduire intégralement le régime actuellement en vigueur, notamment en ce qui a trait aux modalités de distribution et de promotion des produits. Aussi, certaines inquiétudes relativement au contrôle des pesticides et des contaminants dans la culture du cannabis médical demeurent.

Les expériences vécues au Colorado et dans l'État de Washington attestent par ailleurs des difficultés associées au contrôle d'un système à deux vitesses où coexistent des dispositions différentes (âge minimal, quantités permises, additifs dans la culture) pour réglementer les marchés du cannabis médical et non médical. Ces dernières contribuent à l'émergence d'un marché gris qui

ouvre la porte à des pratiques de distribution ni autorisées ni réglementées, sans s'avérer pour autant illégales (CCLT, 2015).

Cependant, l'harmonisation des systèmes n'est pas nécessairement souhaitable dans la mesure où ils ont leur vocation propre. En effet, si on reconnaît aux cannabis des vertus médicinales, aussi devrait-il être considéré comme un médicament à part entière, et sa régulation ne devrait pas être amalgamée à celle du cannabis destiné à des fins non médicales. Le cannabis médical devrait potentiellement être distribué sous prescription en pharmacie, entre autres à cause de la gestion des interactions médicamenteuses possibles, plutôt que cultivé à la maison ou encore rendu accessible directement auprès du producteur. Les limites d'âge ou de concentration en THC qui pourraient être appliquées aux usages de cannabis pour des fins non médicales n'auraient pas davantage leur raison d'être dans un système thérapeutique. Enfin, il est plausible de penser que le marché gris constaté aux États-Unis découle en partie du maintien de la prohibition de la substance par le gouvernement fédéral américain. Dans un contexte canadien de cannabis légalisé, il semble qu'un partage clair des juridictions et des vocations des deux systèmes serait davantage possible. Bref, des nuances demeurent, et une réflexion plus poussée autour de l'articulation des deux systèmes s'impose.

## 6.2 Scénarios de régulation à soumettre pour une délibération

---

Ces scénarios sont schématisés à la figure 1 présentée à la page 43 du ce document.

### 6.2.1 CONSIDÉRER UN SYSTÈME DE PRODUCTION-DISTRIBUTION À BUT NON LUCRATIF (OBNL)

Cette approche permet d'éviter de mettre en contact direct les usagers de cannabis avec des acteurs faisant la promotion d'un usage accru. Selon cette approche, la production de cannabis pourrait se faire :

- **Au domicile pour fins personnelles**

Des producteurs individuels produiraient pour leur propre consommation à leur domicile. L'agence gouvernementale responsable encadrerait leur activité, notamment en limitant le nombre de plants par ménage.

La production et la distribution pourraient également se faire :

- **Au sein de coopératives d'usagers licenciées**

Des usagers-producteurs seraient regroupés en coopératives de type OBNL (« clubs de cannabis »). Selon ce système, la production est partagée entre les membres d'une coopérative. Les coopératives devraient obtenir une licence de l'agence gouvernementale responsable et seraient soumises à des règles de production et de distribution spécifiques (ex. : limite de plants et d'une quantité hebdomadaire par membres, pas de pesticides, ventilation adéquate, etc.) ainsi qu'à des inspections. Ces coopératives pourraient produire elles-mêmes leur cannabis ou sous-contracter à un OBNL licencié qui leur acheminerait directement la production (sans passer par l'infrastructure du monopole d'achat étatique). Dans ce cas, le contrat devrait être transmis à l'agence pour approbation et le producteur soumis à ses contrôles et inspections.

- **Par des organismes à but non lucratif licenciés**

Des organismes à but non lucratif, qui auraient obtenu une licence de l'agence gouvernementale responsable, produiraient du cannabis pour le compte d'un monopole d'achat étatique. Ce monopole d'achat redistribuerait le cannabis à des OBNL licenciés dotés d'une mission de réduction des méfaits.

### **6.2.2 OUVRIR LA PORTE AUX PRODUCTEURS COMMERCIAUX EN LES ENCADRANT PAR UN MONOPOLE D'ACHAT ÉTATIQUE**

Cette approche se situe entre les deux logiques. Elle ouvre la porte aux producteurs privés à but lucratif. Selon ce scénario, la production de cannabis pourrait effectivement se faire par :

- **Des producteurs privés licenciés**

Des producteurs privés pour fins commerciales pourraient fournir le monopole d'achat étatique chargé d'approvisionner les distributeurs. L'agence gouvernementale responsable encadrerait leur activité.

Le monopole d'achat étatique pourrait évaluer les volumes de produits nécessaires et organiser des appels d'offre en fonction de cette évaluation. Ces appels d'offre pourraient tout de même être orientés de manière à favoriser les OBNL du secteur de l'économie sociale. Étant donné leur expérience, les producteurs de cannabis médical pourraient être intéressés à participer aux appels d'offre. Il est raisonnable de penser que d'autres acteurs agricoles, comme les producteurs de chanvre pour l'industrie agroalimentaire, seraient également susceptibles de soutenir une production à grande échelle.

Le monopole d'achat pourrait ensuite coordonner la distribution, soit avec une société d'État comportant des points de vente au détail de propriété publique, soit avec des OBNL licenciés :

- **Une société d'État (monopole étatique sur la distribution)**

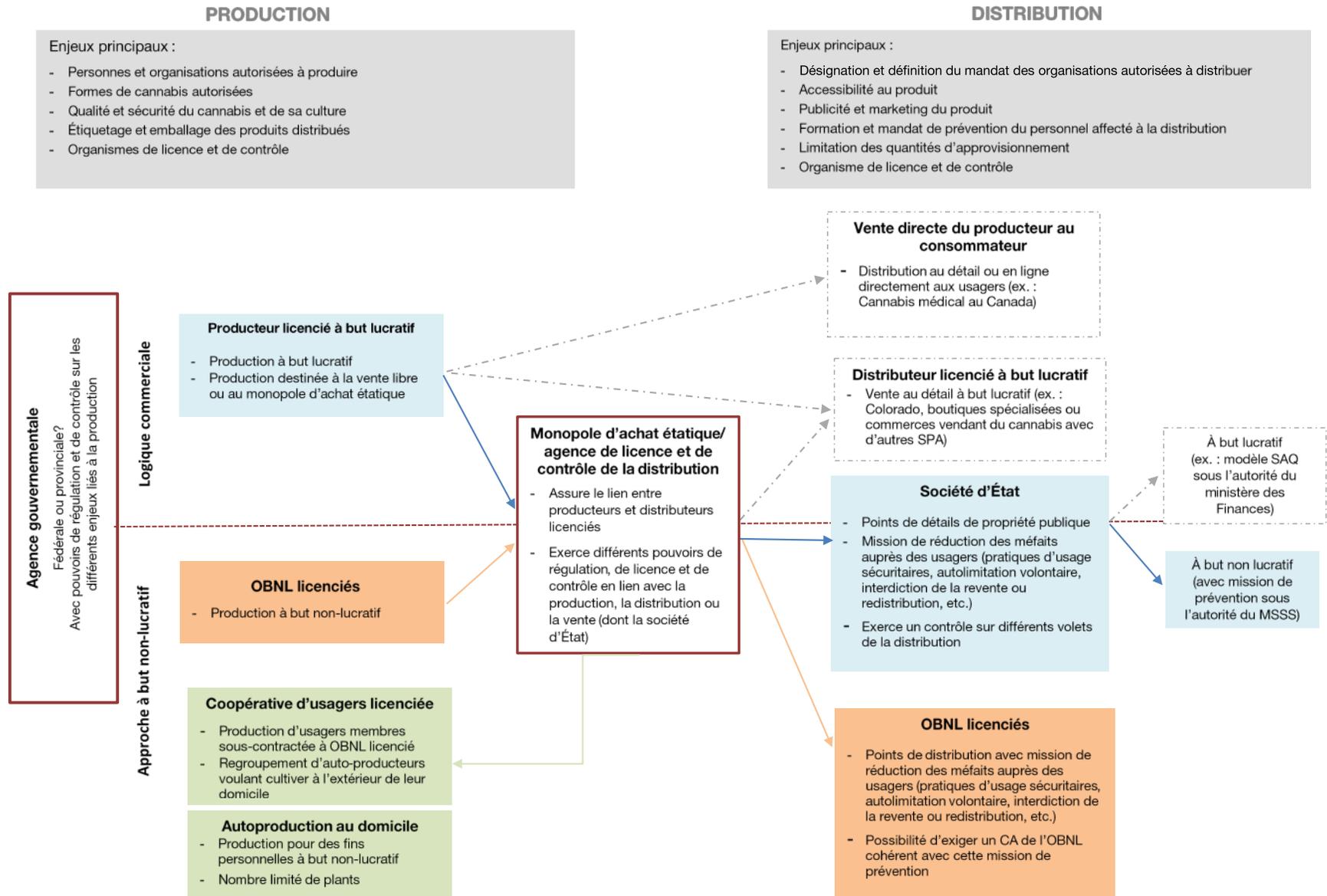
Des points de détail de propriété publique pourraient vendre le cannabis légalisé. Tel que présenté plus tôt dans ce document, une société d'État permet notamment un meilleur contrôle de l'accessibilité économique et physique ainsi que de la publicité et du marketing. De plus, elle s'avère l'option la plus à même d'assurer un personnel qualifié susceptible d'empêcher la distribution auprès des jeunes et des usagers problématiques.

Au Québec, malgré un monopole étatique sur la distribution de l'alcool (SAQ), certaines dérives commerciales ont toutefois pu être observées, notamment en termes de pratique de marketing de produit (April et coll., 2010). L'impératif de générer des revenus pour l'État pourrait expliquer ces accrocs aux objectifs de santé publique. C'est pourquoi ici aucun quota de vente ni exigence de rendement financier ne devraient être imposés aux détaillants publics. Il est raisonnable d'avancer que le choix du ministère d'attache de la société d'État est déterminant pour la définition de sa mission et de son mandat, et ultimement pour les effets délétères sur la santé de la population. Dans le cas du cannabis légalisé, la société d'État devrait être dotée d'une réelle mission de prévention et de réduction des méfaits et idéalement être sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec les ministères partenaires.

- **Des organismes à but non lucratif licenciés**

Des organismes à but non lucratif, qui obtiendraient une licence de l'agence gouvernementale responsable et qui seraient dotés d'une réelle mission de réduction des méfaits en offrant, par exemple, un programme d'autolimitation volontaire de l'achat à chaque transaction de l'utilisateur.

Figure 1 Enjeux et composantes possibles d'un modèle de régulation





## Conclusion

Le cannabis n'est pas un produit de consommation ordinaire. En effet, même si les recherches sur les drogues ont toujours été rendues difficiles à cause de leur caractère illicite, les données scientifiques disponibles indiquent que le cannabis peut occasionner des problèmes de santé. C'est pourquoi certains se demandent toujours si la légalisation de cette substance destinée à des fins non médicales est souhaitable d'un point de vue de santé publique. Selon l'INSPQ, la réponse à cette question doit être nuancée. L'examen du nouveau modèle de régulation qui remplacera le régime de prohibition actuel et celui des mesures concrètes qui seront adoptées au Québec pour contrôler la production, la distribution et la consommation de cannabis légalisé sont tous deux nécessaires afin d'apporter une réponse satisfaisante.

Quels bénéfices pour la santé de la population sont espérés de la fin du régime de prohibition actuel? Un premier avantage potentiel est la fin de la criminalisation des usagers de cannabis et de leur judiciarisation qui entraînent des conséquences sociales et de santé pour les personnes interpellées et leurs proches. Or, le régime d'activités policières, judiciaires et correctionnelles en lien avec le cannabis au Québec semble, s'il est comparé aux États-Unis du moins, relativement peu intense, notamment grâce à son Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions commises par des adultes. La fin de la judiciarisation pourrait donc être associée à des gains moins importants pour le Québec par rapport aux États américains. Par ailleurs, les choix qui seront faits pourraient venir hausser la judiciarisation si, par exemple, il était décidé d'un âge d'accès légal élevé ou d'interdire la culture personnelle à domicile et de consacrer beaucoup de ressources policières à l'application de cette interdiction.

Un autre bénéfice potentiel de la légalisation du cannabis pour la santé publique est la fin d'un régime de production-distribution qui n'offre aucune garantie quant à la qualité et la sécurité des produits. À ce sujet également, les considérations doivent être nuancées. Ce bénéfice dépend des mécanismes et procédures d'assurance qualité qui seront mis en place et qui demeurent pour le moment inconnus. Considérant le système actuel de contrôle de qualité en matière de cannabis médical, il est légitime de s'inquiéter, notamment parce qu'aucune analyse de risques des pesticides ne semble tenir compte du principal mode de consommation du cannabis, soit la combustion. Il y a là un chantier important d'analyse de la situation réglementaire actuelle et, possiblement, de développement de nouvelles normes et procédures applicables aux pesticides utilisés dans la production du cannabis.

Enfin, la place accordée à la logique commerciale dans le futur modèle de régulation aura un impact sur les bénéfices et méfaits à la santé. Selon toute vraisemblance, la mise sur pied d'un système où les acteurs à but lucratif seraient prédominants pourrait alimenter davantage la hausse de la prévalence d'usage observée dans la population en général. Pareil système pourrait encore ralentir, voire inverser, la tendance à la baisse d'usage du cannabis au Québec constatée chez les jeunes du secondaire depuis quelques années ou chez les adultes faisant un usage fréquent de la substance. Les acteurs de ce système ont en effet comme intérêt fondamental de faire croître l'usage et le bassin d'usagers de cannabis. C'est pourquoi sont proposées, aux fins des délibérations qui s'amorcent, diverses options permettant d'éviter le plus possible la logique commerciale et les acteurs à but lucratif, ou de restreindre ces acteurs à un rôle bien précis dans un système encadré par un organisme de régulation étatique faisant également office de monopole d'achat.

Bref, la légalisation du cannabis est, *a priori*, compatible avec une amélioration de la santé publique au Québec. Mais les conditions pour que ce potentiel se réalise sont nombreuses et seront l'objet de délibérations publiques aux résultats incertains. Une approche visant la prévention et la réduction des méfaits devrait être préconisée dans les choix de régulation qui seront faits.



## Références

### Documents produits par l'INSPQ sur la thématique du cannabis

Tessier, S. (à paraître). La consommation de cannabis au Québec et au Canada. Institut national de santé publique du Québec.

Gagnon, F. (2016). [Synthèse des connaissances : actions novatrices en matière de substances psychoactives « illicites »](#). Institut national de santé publique du Québec.

Douville, M., & Dubé, P. A. (2015). Les effets du cannabis sur la conduite automobile : Revue de la littérature. Institut national de santé publique du Québec.

### Autres références

Abramovici, H. (2013). Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes.

Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*, 44(1464-3502 (Electronic)), 229–243.

April, N., Bégin, C., Morin, R. (2010). [La consommation d'alcool et la santé publique au Québec](#). INSPQ. [En ligne] [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087\\_AlcoolEtSantePublique.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1087_AlcoolEtSantePublique.pdf) (page consultée le 20 septembre 2016)

Babor, T., Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham, K., Rossow. (2010). *Alcohol : no ordinary commodity - Research and public policy*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.

Barry, A. E., Bates, A. M., Olusanya, O., Vinal, C. E., Martin, E., Peoples, J. E., Montano, J. R. (2016). Alcohol Marketing on Twitter and Instagram: Evidence of Directly Advertising to Youth/Adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 487–492. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv128>

Beauchesne, L.(1989). « De la criminalisation à la légalisation des drogues : de Charybde en Scylla? » *Criminologie*, vol. 22, n° 1, 1989, p. 67-83. [En ligne] <https://www.erudit.org/revue/crimino/1989/v22/n1/017274ar.pdf> (page consultée le 27 septembre 2016)

Bewley-Taylor, D., Blickman, T., & Jelsma, M. (2014). *The rise and decline of cannabis prohibition. The history of cannabis in the UN drug control system and options for reform*. Amsterdam/Swansea: Global Drug Policy Observatory/Transnational Institute.

Biron, J.-F., Bazargani, M., Robitaille, R. (2016). La distribution spatiale du risque associé aux jeux de hasard et d'argent à Montréal, Direction de santé publique de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. [En ligne] [http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9\\_des\\_Montr%C3%A9alais/D%C3%A9terminants/Habitudes\\_de\\_vie/JeuHasardArgent/Distribution-Spatiale-Risque\\_JHA\\_Mtl\\_2016.pdf](http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/D%C3%A9terminants/Habitudes_de_vie/JeuHasardArgent/Distribution-Spatiale-Risque_JHA_Mtl_2016.pdf) (page consultée le 4 octobre 2016)

Borel B. (2015). « The wild west of marijuana pesticides ». *The Atlantic*. [En ligne.] <http://www.theatlantic.com/health/archive/2015/08/pot-marijuana-pesticide-legalization/401771/> (page consultée le 3 octobre 2016)

Borges, G., Bagge, C. L., & Orozco, R. (2016). A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord*, 195, 63-74. doi:10.1016/j.jad.2016.02.007

Cai, J., Liu, B., Zhu, X., & Su, Q. (2002). Determination of pyrethroid residues in tobacco and cigarette smoke by capillary gas chromatography. *J Chromatogr A*, 964(1-2), 205-211.

Caulkins, J.P. (2016). The Real Dangers of Marijuana. *National Affairs*. Winter (26). [En ligne]. (page consultée le 26 septembre 2016) [http://www.nationalaffairs.com/doclib/20151217\\_Caulkins\\_Indiv.pdf](http://www.nationalaffairs.com/doclib/20151217_Caulkins_Indiv.pdf)

Caulkins, [Jonathan P.](#), [Beau Kilmer](#), [Mark A. R. Kleiman](#), [Robert J MacCoun](#), [Gregory Midgette](#), [Pat Oglesby](#), [Rosalie Liccardo Pacula](#), [Peter H. Reuter](#), (2015). *Considering Marijuana Legalization Insights for Vermont and Other Jurisdictions RAND Research Report*. [En ligne]. [http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR800/RR864/RAND\\_RR864.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR800/RR864/RAND_RR864.pdf) (page consultée le 26 septembre 2016)

CCLT, (2016). *Cannabis : approches réglementaires*. [En ligne] <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Regulatory-Approaches-Summary-2016-fr.pdf> (page consultée le 22 septembre 2016)

CCLT, 2015. *Réglementation du cannabis : leçons retenues de l'expérience des États du Colorado et de Washington*. [En ligne] <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Regulation-Lessons-Learned-Report-2015-fr.pdf> (page consultée le 22 septembre 2016)

CDPHE. (2015a). Marijuana use and Injury: Systematic literature review (final approval, January 12, 2015).

CDPHE. (2015b). Systematic Literature Review Marijuana Use During Pregnancy and Breastfeeding (Updated September 21, 2015).

CDPHE. (2016a). Marijuana use and respiratory effects: Systematic literature review.

CDPHE. (2016b). Systematic Literature Review Marijuana Use Among Adolescents and Young Adults (Updated March 21, 2016).

CDPHE. (2016c). Systematic literature review: Marijuana use and extrapulmonary effects (updated March 21, 2016).

CDPHE. (2016d). Systematic literature review: Marijuana use and neurological, cognitive and mental health effects (Updated March 21, 2016).

Chan, M. (2013). WHO Director-General addresses health promotion conference. Opening address at the 8<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion. Juin. Helsinki, Finlande: [En ligne] [http://www.who.int/dg/speeches/2013/health\\_promotion\\_20130610/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/)

Decorte, T. (2015). Cannabis social clubs in Belgium: Organizational strengths and weaknesses, and threats to the model. *International Journal of Drug Policy* 26, pp.122–130.

Directeur des poursuites criminelles et pénales. (2012). Programme de traitement non judiciaire de certaines infractions criminelles commises par des adultes. Québec : Ministère de la justice du Québec.

Feldman J. (2015). "Pesticides use in marijuana production : Safety issues and sustainable options". *Pesticide and you*. Vol 34. No. 4.

Giordano, G. N., Ohlsson, H., Sundquist, K., Sundquist, J., & Kendler, K. S. (2015). The association between cannabis abuse and subsequent schizophrenia: a Swedish national co-relative control study. *Psychol Med*, 45(2), 407-414. doi:10.1017/s0033291714001524

Ghosh, T.S., Van Dyke, M., Maffey, A., Whitley, E., Erpelding, D., Wolk, L. (2015) Medical Marijuana's Public Health Lessons — Implications for Retail Marijuana in Colorado. *New Engl J Med*; 372:991-993, Mars.

Gouvernement du Canada. (2014). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : Sommaire des résultats pour 2012* Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/2012/summary-sommaire-fra.php#s3>

Haden, M., & Emerson, B. (2014). A vision for cannabis regulation: a public health approach based on lessons learned from the regulation of alcohol and tobacco. *Open Medicine*, 8(2), e73–e80.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698), 1383-1391. doi:10.1016/s0140-6736(09)61037-0

Hall, W., & Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test Anal*, 6(1-2), 39-45. doi:10.1002/dta.1506

Holmes, M., Vyas, J.V., Steinbach, W., McPartland, J. (2015) Microbiological Safety Testing of Cannabis. Mai. Eugene (Oregon): Cannabis Safety Institute.

Houle, V. (2014). *Revoir l'offre de loterie vidéo pour prévenir les impacts dans les milieux défavorisés. Rapport du directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale et recommandations*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique. [En ligne] <http://www.dspq.qc.ca/publications/RAP-ALoterieVideo-CN-2014-01.pdf> (page consultée le 3 octobre 2016)

Huizink, A. C. (2009). Moderate use of alcohol, tobacco and cannabis during pregnancy: new approaches and update on research findings. *Reprod Toxicol*, 28(2), 143-151. doi:10.1016/j.reprotox.2009.04.010

Huizink, A. C. (2014). Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: overview of studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 52, 45-52. doi:10.1016/j.pnpbp.2013.09.014

ICSDP. (2015). *State of the Evidence: Cannabis Use and Regulation* [En ligne] <http://idpc.net/fr/publications/2015/08/state-of-the-evidence-cannabis-use-and-regulation-nouveau-rapport-sur-l-usage-et-la-reglementation-du-cannabis> (page consultée le 27 septembre 2016)

IOM (Institute of Medicine) (2015). Public health implications of raising the minimum age of legal access to tobacco products. Washington, DC: The National Academies Press.

ISQ. (2008). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

ISQ. (2013). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2013. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

ISQ. (2014). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES). En ligne (page consultée le 26 octobre 2016) <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf>

ISQ. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des Québécois: Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Santé mentale* 2012.

ISQ. (2016 a). Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2016. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

ISQ. (2016 b). Enquête québécoise sur la santé de la population. Comparabilité des données de la deuxième édition d'enquête. En ligne (page consultée le 26 octobre 2016)  
<http://www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/eqsp2014-2015-comparabilite.pdf>

Jernigan, D. H. (2009). The global alcohol industry: an overview. *Addiction*, 104 Suppl 1(1360-0443 (Electronic)), 6–12.

Jernigan, D., Noel, J., Landon, J., Thornton, N., & Lobstein, T. (2016). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008: Alcohol marketing and youth drinking. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.13591>

Jones, S. C. (2016). Alcohol-Branded Merchandise Ownership and Drinking. *Pediatrics*, 137(5), e20153970. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3970>

Kilmer, B., & Pacula, R. (2009). *Estimating the size of the global drug market: A demand-side approach*.

TR-711-EC. Santa Monica, CA: RAND Corporation. [En ligne]  
[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2009/RAND\\_TR711.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR711.pdf) (page consultée le 20 septembre 2016)

Kilmer, Beau, Jonathan P. Caulkins, Gregory Midgette, Linden Dahlkemper, Robert J. MacCoun and Rosalie Liccardo Pacula. (2013). *Before the Grand Opening: Measuring Washington State's Marijuana Market in the Last Year Before Legalized Commercial Sales*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. [En ligne] [http://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR466.html](http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR466.html). (page consultée le 20 septembre 2016)

Kilmer, B. (2014) Policy designs for cannabis legalization: starting with the eight Ps. *American Journal of Drug Abuse*, Early release: [En ligne]  
[http://webarchive.ssrc.org/pdfs/drug\\_papers/Kilmer,%20Policy%20designs%20for%20cannabis%20legalization%20\(2014\).pdf](http://webarchive.ssrc.org/pdfs/drug_papers/Kilmer,%20Policy%20designs%20for%20cannabis%20legalization%20(2014).pdf)

Kleiman, M.A.R., Ziskind, J. (2014). Lawful Access to Cannabis: Gains, Losses and Design Criteria, dans *Ending the Drug Wars Report of the LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy*, pp. 77-82. Londres: LSE Ideas.

Le Dain, G. (1972). *Le cannabis. Rapport de la commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. Ottawa : Information Canada.

Lorenz, W., Bahadir, M., & Korte, F. (1987). Thermolysis of pesticides residues during tobacco smoking. *Chemosphere*, 16(2/3), 521-522.

MacCoun, R.J. (2011). What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop system? *Addiction*. 106(11):1899-910.

Meier, P. et coll. (2008). *Independent Review of the Effect of Alcohol Pricing and Promotion*. SchHARR University of Sheffield. [En ligne] [https://www.shf.ac.uk/polopoly\\_fs/1.95617!/file/PartA.pdf](https://www.shf.ac.uk/polopoly_fs/1.95617!/file/PartA.pdf) (page consultée le 3 octobre 2016)

Nolin, P., Kenny, C., et coll. (2002) *Le cannabis. Rapport du comité spécial du sénat sur les drogues illicites [Version abrégée]*. Ottawa.

- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). (2011). *État du phénomène de la drogue en Europe*. Rapport Annuel. Luxembourg. [En ligne] [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/969/EMCDDA\\_AR2011\\_FR.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/969/EMCDDA_AR2011_FR.pdf) (page consultée le 30 septembre 2016)
- Oeltmann JE, Oren E, Haddad MB, Lake LK, Harrington TA, Ijaz K, et al. 2006. "Tuberculosis outbreak in marijuana users, Seattle, Washington, 2004". *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. Vol 12 No7 July <http://dx.doi.org/10.3201/eid1207.051436>
- Pacula Rosalie L, Beau Kilmer, Alexander C.Wagenaar, Frank J Chaloupka, Jonathan P.Caulkins, (2014). "Developing public health regulations for marijuana: lessons from alcohol and tobacco". *Am J Public Health*. 2014 Jun;104(6):1021-8. doi: 10.2105/AJPH.2013.301766. Epub 2014 Apr 17.
- Papineau, E., Lemétayer, F., Barry, A. D., & Biron, J. F. (2015). " Lottery marketing in Québec and social deprivation: excessive exposure, insufficient protection?" *International Gambling Studies*, 15(1) 88-107
- Reed, J.K. (2016). Marijuana Legalization in Colorado: Early Findings. A Report Pursuant to Senate Bill 13-283. Mars. Denver: Colorado Department of Public Safety.
- Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area (RMHIDTA). (2015). "The legalization of marijuana in Colorado." *The impact*. Vol 3, September. Denver: RMHIDTA Investigative Support Center. [En ligne] <http://www.rmhidta.org/html/2015%20PREVIEW%20Legalization%20of%20MJ%20in%20Colorado%20the%20Impact.pdf>
- SAgE Pesticides. (2016). [En ligne] <http://www.sagepesticides.qc.ca/Recherche/RechercheMatieres.aspx> (page consultée le 3 octobre 2016)
- Santé Canada. (2014). Tableaux Supplémentaires, Enquête de 2012-2013 sur le tabagisme chez les jeunes. [En ligne] <http://canadiensensante.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/youth-smoking-survey-tables-2012-2013-tableaux-enquete-jeunes-tabagisme/index-fra.php> (page consultée le 20 octobre 2016)
- Santé Canada. (2016a). Tableaux détaillés, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2014-2015. [En ligne]<http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/cstads-ectade/tables-tableaux-2014-15-fra.php#t18> (page consultée le 20 octobre 2016)
- Santé Canada. (2016b). Pesticides homologués pour la culture de la marijuana à des fins médicales – Bulletin d'information. [En ligne] <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/info/licencedproducer-producteurautorise/pesticides-fra.php> (page consultée le 3 octobre 2016)
- Savell, E., Fooks, G., & Gilmore, A. B. (2016). How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction* (Abingdon, England), 111(1), 18–32. <https://doi.org/10.1111/add.13048>
- Smith, L. A., Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9:1471-2458 (Electronic), 51.
- Spithoff, S., Emerson, B, Spithoff, A. (2015). "Cannabis legalization: adhering to public health best practice.", *CMAJ*, Septembre. [En ligne] <http://www.cmaj.ca/content/early/2015/09/21/cmaj.150657.full.pdf+htm>

Statistiques Canada. (2015). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et la drogue 2013. [En ligne] <http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/index-fra.php>

Subritzky, T. and Pettigrew, S. and Lenton, S. (2016). Issues in the implementation and evolution of the commercial recreational cannabis market in Colorado. *International Journal of Drug Policy*. 27: pp. 1-12.

Sullivan, N., Elzinga, S., & Raber, J. C. (2013). Determination of pesticide residues in cannabis smoke. *J Toxicol*, 2013, 378168. doi:10.1155/2013/378168

Transform. (2015). Cannabis social clubs in Spain: legalisation without commercialisation. Transform Drug Policy Foundation.

Transform. (2013). How to regulate cannabis. A practical guide. Transform Drug Policy Foundation.

United States Environmental Protection Agency (US EPA). (2015). Special local needs registration for pesticide uses for legal marijuana production in Colorado. [En ligne] [https://www.epa.gov/sites/production/files/2016-01/documents/epa\\_letter\\_to\\_cda\\_5-19-15\\_slms\\_for\\_marijuana.pdf](https://www.epa.gov/sites/production/files/2016-01/documents/epa_letter_to_cda_5-19-15_slms_for_marijuana.pdf) (page consultée le 3 octobre 2016)

UNICEF. (2013). *Le bien-être des enfants dans les pays riches : Vue d'ensemble comparative, Bilan Innocenti 11. Florence (Italie) : Centre de recherche de l'UNICEF*. Innocenti 11. Florence (Italie) Centre de recherche de l'UNICEF.

Volkow, Nora D., Ruben D. Baler, Wilson M. Compton, et Susan R.B. Weiss, (2014). "Adverse Health Effects of Marijuana Use" *New England Journal of Medicine* 2014; 370:2219-2227. [June 5, 2014](#)

Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 292-297. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.3278

Walsh, John and Geoff Ramsey, (2016). [Uruguay's Drug Policy: Major Innovations, Major Challenges](#). Foreign Policy at Brookings. [En ligne] <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Walsh-Uruguay-final.pdf> (page consultée le 22 septembre 2016)

WHO. (2016). The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva

WHO. (2016). *Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDs)* Report of the WHO. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 7-12 Novembre 2016. [En ligne] <http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC COP 7 11 EN.pdf> (page consultée le 26 septembre 2016)

Yoon, S., & Lam, T.-H. (2013). The illusion of righteousness: corporate social responsibility practices of the alcohol industry. *BMC Public Health*, 13, 630. [En ligne] <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-630>



[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)