



drogues | santé | société

Cannabis : santé et politiques publiques

Volume 16, numéro 1, mars 2018

Sous la direction de Bastien Quirion et Biessé D. Soura



Mot de présentation

Cannabis : santé et politiques publiques

Bastien Quirion, Professeur agrégé
Département de criminologie, Université d'Ottawa

Biessé D. Soura, Diplômé du doctorat en psychoéducation,
Université de Montréal

Selon les données compilées par les diverses agences internationales, le cannabis constitue la drogue illicite la plus couramment consommée à l'échelle du globe (Nations Unies, 2016). Le cannabis représente aussi la substance psychotrope dont la culture et le trafic sont les plus répandus à travers le monde, et ce, malgré le maintien d'un régime prohibitionniste depuis plus d'un siècle (Bisiou, 2016). En ce qui concerne plus spécifiquement le Canada, on estime qu'environ 10% de la population âgée de 15 ans et plus aurait consommé du cannabis au cours de la dernière année (Statistique Canada, 2015). Son usage aurait toutefois tendance à diminuer avec l'âge, ce qui implique une plus grande prévalence chez les adolescents et les jeunes adultes. On constate ainsi que l'usage de cannabis serait devenu une pratique relativement normalisée auprès de certains groupes, en particulier auprès des plus jeunes.

Cette normalisation de la consommation de cannabis ne signifie par pour autant que cette pratique soit inoffensive pour la santé. De nombreux méfaits sont en effet associés à l'usage de cannabis, que ce soit en termes de maladie physique, de santé mentale ou de dépendance. Ces conséquences sont jugées assez importantes pour justifier la mise en place de mesures visant à prévenir les effets nocifs de ce produit et à protéger la santé de la population. À cet égard, le cannabis comporte des enjeux suffisamment sérieux pour qu'on s'attarde aux différentes politiques publiques qui peuvent être mises en place pour mieux réguler son usage et pour prévenir ses effets délétères sur la santé des utilisateurs.

Sans nécessairement banaliser les conséquences de son usage, on constate néanmoins que le cannabis serait moins nocif pour la santé que la plupart des autres substances psychotropes, qu'elles soient légales (tabac, alcool) ou illégales (cocaïne, opiacés, amphétamines) (Room, 2013, p. 347). Son usage a pourtant été régulé pendant longtemps par un régime prohibitionniste, plaçant ainsi le cannabis sur le même pied que des substances dont les effets délétères sont jugés beaucoup plus

dommageables. Il s'avère en effet puéril de comparer les conséquences associées au cannabis aux méfaits qui sont attribuables à certaines formes d'opioïdes qu'on retrouve aujourd'hui dans les rues des villes nord-américaines. Le cannabis demeure pourtant une cible importante de la répression pénale, au même titre que les autres substances psychotropes jugées plus dangereuses. Les données compilées à l'échelle mondiale indiquent que c'est en Amérique du Nord que sont effectués les trois quarts des saisies mondiales de cannabis (Nations Unies, 2016). Bien que le nombre d'infractions relatives au cannabis ait connu une baisse significative au cours des dernières années, on constate néanmoins le maintien d'une importante activité répressive. À titre d'exemple, en 2015, au Canada, les services de police ont rapporté environ 96 000 infractions relatives aux drogues, dont la moitié concernait spécifiquement le cannabis (Allen 2016, p.26).

En plus de mobiliser un dispositif répressif complètement disproportionné pour lutter contre le cannabis, le régime prohibitionniste semble avoir de la difficulté à atteindre ses propres objectifs que sont l'éradication de l'usage et la protection des consommateurs (Rehm et Fischer, 2015, p. 543). L'inefficacité de la prohibition en matière de régulation du cannabis est d'autant plus préoccupante, que le maintien de ce régime implique aussi des effets pervers en termes de santé publique, puisqu'il contribue dans certains cas à amplifier les effets négatifs qui sont associés à son usage. Un certain consensus semble aussi se dessiner chez les experts quant aux effets contre-productifs de la prohibition, dénonçant le fait que les conséquences associées aux mesures de répression dépasseraient de beaucoup les méfaits associés aux propriétés de la substance (Fischer, Rehm et Hall, 2009). Cet argument est d'ailleurs avancé pour justifier la nécessité de mettre en place des stratégies de réduction des méfaits qui auraient pour objectif non seulement de réduire les conséquences néfastes associées à l'usage de drogues, mais aussi les impacts négatifs liés à la répression pénale.

Ce constat d'échec de la prohibition, qui semble s'imposer de plus en plus auprès du public et des autorités politiques, a conduit récemment certaines juridictions à explorer des politiques publiques alternatives pour réguler l'usage de cannabis. Après environ un siècle de prohibitionnisme, il semblerait qu'un vent de réforme se soit levé, offrant la possibilité de réfléchir aux divers régimes pouvant être mis en place pour réguler les effets nocifs du cannabis. On se retrouverait face à ce que les politicologues décrivent comme une fenêtre d'opportunité politique (*policy window*) pour l'instauration d'un régime de légalisation du cannabis. Cette mouvance anti-prohibitionniste est particulièrement frappante sur la scène internationale, alors que les initiatives lancées en Uruguay et dans certains états américains bénéficient d'une importante couverture médiatique (Pardo, 2014; Room, 2013). Le Canada n'échappe pas à ce vent de réforme, alors que le gouvernement fédéral procédait en 2016 à un important processus de consultation (Gouvernement du Canada, 2016), avant de déposer en avril 2017 un projet de loi sur la légalisation du cannabis. L'instauration de ce régime de légalisation est d'ailleurs prévue pour juillet 2018. Bien que ce projet de légalisation semble rallier une large majorité des intervenants qui œuvrent auprès des utilisateurs de drogues, il suscite néanmoins des questions sur la façon dont devrait s'opérer cette nouvelle régulation du cannabis.

L'éventuelle légalisation du cannabis soulève en effet de nombreux enjeux, en particulier en matière de santé publique (Kilmer, 2014; Pacula et al., 2014). Considérant les méfaits qui sont associés à l'utilisation du cannabis, en particulier auprès des populations vulnérables, tous s'entendent sur la nécessité de les endiguer par la mise en place d'un système responsable et rigoureux de régulation (Fischer, Rehm et Hall, 2009). Les modalités particulières de la mise en place de ce régime de légalisation suscitent cependant encore de nombreux débats. Ce système doit-il réguler les activités de mise en marché du cannabis par des mesures limitant les lieux de vente et la publicité? Doit-on

confier la production et la distribution du produit à l'entreprise privée ou à une société d'État? Doit-on réglementer la composition de la marchandise? Quel est l'âge minimal requis pour pouvoir acheter et consommer du cannabis? Comment endiguer les dommages collatéraux associés à l'usage de cannabis, tels que la fumée secondaire et la conduite avec facultés affaiblies? Quelle place doit être accordée aux stratégies de prévention? Comment concilier la logique marchande et les préoccupations pour la santé publique?

C'est dans ce contexte de remise en question des politiques prohibitionnistes et d'émergence de nouvelles avenues législatives que fut organisé à Montréal, au printemps 2015, un Forum intitulé *Cannabis : Défi pour une nouvelle politique publique*. Cet événement a permis de regrouper plus d'une centaine de participants au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) afin d'échanger sur les différents aspects liés à la régulation du cannabis. L'objectif de ce forum était d'explorer les défis posés par l'avènement de nouvelles politiques publiques en matière de cannabis, en offrant au public l'occasion d'entendre des experts se prononcer sur différents aspects liés à son usage, et en stimulant la discussion et les échanges sur les façons d'envisager sa régulation. Dans le cadre de ce numéro spécial de la revue *Drogues, santé et société* intitulé *Cannabis : santé et politiques publiques*, nous avons sollicité certains des experts ayant participé à ce forum afin qu'ils partagent sous forme d'article le contenu de leur conférence. D'autres auteurs se sont aussi joints à la liste des contributeurs, en présentant des articles permettant de mieux cerner les enjeux relatifs à la légalisation du cannabis.

Présentation des articles

Ce numéro spécial s'ouvre tout d'abord sur un texte éditorial sous la plume de deux membres du comité de rédaction de la revue, soit **Pierre Brisson** et **Jean-Sébastien Fallu**. Les auteurs nous proposent ici un texte d'opinion, dans lequel ils partagent leur enthousiasme concernant l'instauration d'un régime de légalisation du cannabis au Canada. Les auteurs soulèvent à cet égard trois retombées positives qui découlent de ce projet de légalisation. Ils soulignent tout d'abord que ce projet de légalisation aura permis de procéder à un immense exercice de consultation, au cours duquel tous les partis ont été en mesure de s'exprimer, ouvrant ainsi sur un véritable exercice de délibération collective. Ils rapportent aussi que cet exercice délibératoire a permis de mettre en évidence une certaine unanimité autour de la nécessité d'adopter une perspective de santé publique axée sur la prévention. Les auteurs soulignent finalement que ce projet de légalisation représente pour le Canada une occasion rêvée pour assumer un rôle de leadership sur la scène internationale, et de contribuer à une remise en question du régime prohibitionniste qui prévaut actuellement sur la planète.

Dans leur texte, **Sébastien Tessier** et **Lina Noël** brossent un portrait de la consommation de cannabis au Canada et au Québec à partir des données des enquêtes qui ont été menées au pays entre 2004 et 2013. Cette compilation permet de tracer les tendances nationales en matière d'usage de cannabis, en tenant compte de certaines variables comme l'âge, le sexe, le lieu de résidence des consommateurs et la fréquence de consommation. À la lecture de ces données, on constate que le cannabis est particulièrement répandu chez les jeunes Canadiens. Les chiffres compilés démontrent cependant une baisse de la proportion de consommateurs depuis le début des années 2000, en particulier chez les jeunes. Ces tendances de consommation seraient dès lors similaires à celles rapportées dans d'autres pays, notamment en Europe de l'Ouest. Les auteurs concluent leur article en rappelant l'importance de se doter de mécanismes de surveillance de la consommation de cannabis et de ses problèmes connexes, en particulier dans le contexte de la mise en place d'un régime de légalisation.

Dans le contexte actuel où on s'interroge sur les impacts du cannabis sur les consommateurs, **Laurence Jobidon** et **Didier Jutras-Aswad** proposent de procéder à une analyse critique de la littérature scientifique qui traite des effets délétères du cannabis sur la santé. Afin de tracer un portrait plus nuancé et d'éviter les positions trop clivées (effets nocifs vs effets bénéfiques), les auteurs présentent un article qui traite des facteurs pouvant moduler la relation entre l'usage de cannabis et certains effets délétères sur la santé. Ils analysent à tour de rôle les facteurs pouvant moduler l'association entre l'exposition au cannabis et (1) les altérations cognitives (mémoire, concentration, raisonnement), (2) le développement d'une maladie psychotique, et (3) la toxicomanie. Les résultats de leur analyse permettent de conclure que l'association entre l'exposition au cannabis et les problèmes de santé serait en fait modulée par un certain nombre de facteurs associés au produit (composition, fréquence, mode de consommation), à l'individu (âge, sexe, prédispositions génétiques) et au contexte (stresseurs environnementaux). Ces résultats suggèrent ainsi qu'il serait préférable d'encadrer l'usage de cannabis afin de mieux contrôler ces facteurs qui auraient une incidence sur la santé des consommateurs.

Alors que la question de la légalisation du cannabis bénéficie d'une importante couverture médiatique à l'échelle internationale, **Michel Gandilhon** et ses collaborateurs proposent une analyse comparative des processus de légalisation qui furent menés en Uruguay et au Colorado. Les auteurs constatent des différences majeures dans la façon dont s'est opérée la légalisation au sein de ces deux juridictions, tant au niveau de la philosophie politique qui fut mobilisée que du rôle octroyé aux différents acteurs en présence. En ce qui concerne l'Uruguay, le processus ayant conduit à la légalisation du cannabis fut essentiellement mené par l'État (*top-down*), s'inspirant davantage d'un souci pour la santé de la population et la sécurité publique. Pour ce qui est du Colorado, la réforme a été insufflée par la société civile (*bottom-up*), et s'inscrit principalement dans une logique libérale. La logique marchande y est donc prépondérante, alors qu'une place importante est accordée à l'entreprise privée et à la fiscalité. Cette comparaison est particulièrement féconde, puisqu'elle permet de mettre en évidence la diversité des avenues que peuvent emprunter les États, et ainsi de mieux cerner les enjeux inhérents à la mise en place d'un régime de légalisation du cannabis.

En ce qui concerne les enjeux relatifs au contexte national, **Marie-Philippe Lemoine** propose un article dans lequel elle explore le discours des groupes qui militent pour la légalisation du cannabis au Canada. En endossant une perspective résolument constructiviste, l'auteure s'intéresse tout particulièrement à la façon dont ces groupes délimitent le problème concernant la régulation du cannabis, de façon à proposer des mesures alternatives à la prohibition. À travers une analyse des textes et des propos tenus par les représentants de ces groupes, l'auteure est en mesure d'identifier les différents cadrages diagnostiques qui sont mobilisés. Ces cadres proposent en fait différentes manières de se représenter le problème et d'organiser les arguments en faveur d'une réforme du régime en place. Elle identifie quatre cadres diagnostiques qui sont utilisés par ces groupes : (1) le diagnostic de l'inefficacité, qui insiste sur l'échec de la prohibition dans l'atteinte de ses objectifs ; (2) le diagnostic critique, qui considère que la prohibition génère elle-même des impacts négatifs ; (3) le diagnostic d'injustice qui stipule que le maintien du régime de prohibition constitue une entrave au respect des droits et libertés et du principe d'égalité ; et finalement (4) le diagnostic politique qui dénonce le fait que le régime actuel confère à certains groupes ou organisations des avantages et des privilèges. Cette analyse des arguments mobilisés par les différents groupes en présence permet dès lors de mieux cerner les tensions qui caractérisent le débat sur une réforme de la politique en matière de cannabis au Canada.

Dans l'article de clôture de ce numéro spécial, **Line Beaudesne** propose une analyse en profondeur des principaux enjeux soulevés par le projet de légalisation du cannabis au Canada. En s'inspirant des recommandations contenues dans le Rapport du Groupe de travail sur la légalisation du cannabis (Gouvernement du Canada, 2016), l'auteure procède à une analyse exhaustive des principaux défis politiques, sociaux et économiques que devra relever le gouvernement fédéral dans la mise en place de ce régime de légalisation. Elle aborde dans un premier temps les défis liés à l'application d'un nouveau cadre législatif, particulièrement en ce qui concerne la disponibilité de données empiriques sur les impacts de la légalisation, l'investissement de ressources supplémentaires pour assurer l'efficacité du régime, et les contraintes relatives aux conventions internationales. Elle explore ensuite les cinq aspects abordés dans le cadre du rapport, afin de répondre aux principales interrogations qui sont soulevées. Elle explore ainsi, à tour de rôle, les questions relatives (1) à la protection de la santé des consommateurs, (2) au système de production et de transformation du cannabis, (3) au système de distribution et de culture personnelle, (4) au contrôle du cadre réglementaire, et (5) à l'usage de cannabis à des fins thérapeutiques.

L'auteure conclut son analyse en insistant sur le fait que le gouvernement devra s'assurer que la santé publique demeure la priorité dans la mise en place des mesures pour encadrer l'usage de cannabis au pays.

Bibliographie

Allen, M. (2016). Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2016. *Juristat* (Cat. 85-002-X). Ottawa, Canada : Statistique Canada.

Bisiou, Y. (2016). Deux siècles de politiques publiques des drogues. *Psychotropes*, 22(2), 25-29.

Fischer, B., Rehm, J, et Hall, W. (2009). Cannabis Use in Canada: The Need for a Public Health Approach. *Canadian Journal of Public Health*, 100(2), 101-103.

Gouvernement du Canada (2016). *Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada*. Rapport final du Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada.

Kilmer, B. (2014). Policy Designs for Cannabis Legalization : Starting with the Eight Ps. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(4), 259-261.

Nations Unies (2016). *Rapport mondial sur les drogues 2016*. New York, New York : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.

Pacula, R.L. et al. (2014). Developing Public Health Regulation for Marijuana : Lessons from Alcohol and Tobacco. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1021-1028.

Pardo, B. (2014). Cannabis Policy Reforms in the Americas: A Comparative Analysis of Colorado, Washington, and Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 727-735.

Rehm, J. et Fischer, B. (2015). Cannabis Legalization with Strict Regulation, the Overall Superior Policy Option for Public Health. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 97(6), 541-544.

Room, R. (2013). Legalizing a Market for Cannabis for Pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and Beyond. *Addiction*, 109(3), 345-351.

Statistique Canada. (2015). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues : Sommaire des résultats pour 2013*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html>.



ÉDITORIAL

L' « effet légalisation » : bilan et prospective

Pierre Brisson

Membre du comité de rédaction

Jean-Sébastien Fallu

Directeur de la revue

La légalisation de la consommation récréative du cannabis annoncée dans le cadre du présent mandat du gouvernement libéral canadien – et devant devenir effective à l'horizon de l'été 2018 – a déjà sa petite histoire, ses hérauts et ses détracteurs. De façon générale, en dépit d'inévitables points de réserve¹, les tenants d'une approche de santé publique et de politiques fondées sur les données de la science – dont nous sommes – éprouvent du soulagement, voire de la satisfaction face aux étapes de transformation du cadre réglementaire en cours de déploiement.

Fin 2016, le *Rapport final du groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis*, mis sur pied par le gouvernement fédéral en juin de la même année, mettait de l'avant un ensemble de recommandations présentant un bel équilibre entre les préoccupations de santé publique, le respect des libertés individuelles et les prérogatives du commerce. Le rapport réussissait le tour de force de concilier faits et sensibilités, preuves disponibles et prudence élémentaire dans le délicat passage d'une ère d'interdiction et à un environnement de libre choix. Nous avons, comme plusieurs, applaudi à la pertinence et à la qualité de la démarche ainsi enclenchée.

Avril 2017 : le projet de loi C-45 est déposé, dans l'esprit des balises énoncées par le groupe de travail, mais se limitant à la mise en place d'un cadre concernant la production, le contrôle de qualité des produits et leur promotion. Le soin d'opérationnaliser la loi sur les points les plus sensibles est dévolu aux provinces : entre autres, le choix du modèle de distribution et les précisions des règles d'accès et d'usage. Un inconfort s'installe lorsqu'on réalise la variabilité des positions qui pourraient en résulter, d'un océan à l'autre. À quelques mois de l'entrée en vigueur de la loi, une majorité de provinces et de territoires auront toutefois privilégié un modèle de régulation gouvernemental

¹ Mentionnons l'application de mesures de contrôle efficaces concernant la conduite sous influence, la question de l'auto-production, les brèches vers un système de distribution concurrentiel, la diversification des produits du cannabis. Sur ces aspects, voir, notamment : INSPQ (2017) *Analyse de quatre enjeux éthiques découlant de la légalisation du cannabis*; CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2017) *Mémoire de l'Institut universitaire sur les dépendances sur la légalisation du cannabis*.

Le cannabis et ses effets délétères

plutôt que privé ainsi qu'un âge légal d'accès en phase avec celui de l'alcool au Canada, soit 18 ou 19 ans, fidèles en cela aux recommandations du groupe de travail sur ces aspects parmi les plus délicats et débattus.

Au terme de ce bilan provisoire, nous souhaitons souligner trois retombées manifestes de l'« effet légalisation », sur lesquelles il nous apparaît primordial de tableer pour une suite éclairée des choses.

L'émergence d'un débat collectif

La saga de la légalisation du cannabis au Canada aura donné lieu à un immense exercice de consultations publiques sur le sujet. Mentionnons le large spectre d'experts et de citoyens entendus à la grandeur du pays par le groupe de travail, base de la rédaction de son Rapport, de même que les consultations analogues menées par la majorité des gouvernements provinciaux pour orienter leur propre réglementation. Une telle démarche s'est ainsi tenue au Québec, entre juin et octobre 2017, préparant au dépôt du projet de loi 157 constituant, entre autres choses, la Société québécoise du cannabis. Ces consultations, fédérales et provinciales, se seront diversement prolongées sous forme de forums ciblés, d'audiences publiques et de comités de surveillance. Parallèlement, un nombre exceptionnel de publications ont vu le jour, émanant des gouvernements et de chercheurs, mais aussi d'associations professionnelles, d'organismes communautaires ou de groupes de pression; le présent numéro thématique de DSS s'inscrit dans ce mouvement.

L'effervescence d'analyses, de synthèses et de commentaires sur un sujet auparavant marginal ou traité avec sensationnalisme, est signe d'une mobilisation et d'une délibération collective autour d'un enjeu qui apparaît toucher tout le monde, à une époque où peu de questions sont à même de susciter et de maintenir pareil intérêt^[2]. Qui plus est, la participation à ces échanges a généralement pu être canalisée et conserver une certaine hauteur de vue, évitant le piège de l'hyperémotivité et de la polarisation qui caractérisent les débats sur les médias sociaux. Aussi avons-nous intérêt à entretenir et consolider les diverses tribunes, scientifique et citoyenne, ouvertes à la faveur de la légalisation du cannabis, car il y a là une arène propice à la poursuite de la réflexion et des discussions sur la place et la fonction des drogues dans nos sociétés^[3], voire sur les formes contemporaines du phénomène de la dépendance^[4].

Le retour au préventif

À travers le brassage tous azimuts d'idées, de points de vue et d'avis à la faveur de la nouvelle politique, une étonnante unanimité s'est dégagée autour d'un enjeu: l'impérieuse nécessité de faire dorénavant œuvre de prévention en matière de consommation de drogues et d'y investir une part importante – voire majoritaire – des revenus anticipés sous le nouveau régime réglementaire. Bien évidemment, tout le monde étant pour la vertu, il n'est guère étonnant que l'ensemble des acteurs et protagonistes aient mis de l'avant cette nécessité, certains comme garde-fou devant l'inconnu, d'autres comme alibi face à des intérêts moins nobles. Pour les défenseurs d'une perspective de santé publique dont nous sommes, c'est la conviction profonde que ce « retour au préventif » est une condition essentielle à la réussite sociale de la nouvelle politique qui importe.

² Le mouvement de dénonciation publique des inconduites sexuelles dans certains secteurs professionnels est, à cet égard, une autre exception à la règle.

³ Une des avancées des nouveaux débats est la mise en lumière du double standard en matière de drogues entre produits licites (alcool, tabac) et illicites.

⁴ Entre autres, la cyberdépendance aux jeux ou à la pornographie, ou encore l'addiction aux nouvelles technologies de l'information et des communications et aux médias sociaux.

Le cannabis et ses effets délétères

Le Canada et les provinces doivent saisir l'occasion du présent changement pour innover sur le plan de la promotion de la santé des collectivités, de l'éducation sur les drogues et de la réduction des méfaits liés à l'usage. Si la prévention eut naguère la cote au cours des années 1960 puis 1980, depuis des années, ce sont les instances répressives et curatives qui reçoivent la part du lion des budgets affectés aux questions de drogues^[5]. Un nouveau virage vers la prévention est ainsi plus qu'opportun. Il devrait permettre de s'attaquer aux déterminants des problèmes de consommation ou de leur aggravation par une action universelle et ciblée à même les milieux de vie, aux facteurs de risque et de vulnérabilité tels les inégalités sociales et les contextes de vie malsains, la stigmatisation et la marginalisation, la perte de sens et les problèmes de santé mentale.

L'innovation, à cet égard, doit passer par des approches éprouvées, fondées sur des données probantes, mais aussi sur le respect des populations et leur nécessaire participation à la conception et à la mise en œuvre des activités et programmes qui leur sont destinés. Le mariage de l'esprit de pragmatisme de la réduction des méfaits et des valeurs de responsabilisation et d'autogestion chères à la promotion de la santé s'impose. L'autre défi est celui de la coordination harmonieuse des multiples paliers de gouvernements et de la variété des intervenants impliqués afin d'éviter la propagation de contenus contradictoires (péchant par dramatisation ou banalisation) ou monolithiques (inadaptés à l'âge ou à la culture, par exemple celle des Autochtones).

La condition d'un tel retour est, bien sûr, son financement, ainsi que l'ont fait valoir les instances entendues depuis deux ans, recommandant toutes un réinvestissement majeur et récurrent dans ce qui est désigné sous les divers vocables : information, sensibilisation, éducation, accompagnement. Ajoutons que la pérennité de ce choix repose aussi sur un investissement conséquent en recherche afin d'assurer, notamment, une évaluation des activités et programmes mis en place.

L'ébranlement du prohibitionnisme

La légalisation du cannabis au Canada intervient dans un contexte où la transformation du cadre réglementaire international et le renouvellement des politiques nationales concernant cette substance sont plus que jamais à l'ordre du jour^[6]. À ce titre, le Canada a l'occasion d'assumer un rôle de leader en tant que premier pays du G7 à franchir le pas de la légalisation. Ce pas s'inscrit dans la foulée de nombreux autres, novateurs, le plus souvent inspirés par le courant de la réduction des méfaits et les pratiques européennes : décriminalisation de la possession de toutes drogues, analyse de substances, prescription d'héroïne, pour ne nommer que ceux-là. Ces pratiques incarnent une contestation philosophique du *statu quo* en matière de régulation des substances psychoactives (SPA), contestation de plus en plus largement soutenue par des regroupements de scientifiques, de politiciens et de sommités partout dans le monde^[7].

⁵ Les chiffres présents et passés révèlent un déséquilibre patent entre les sommes investies en prévention versus celles consenties au traitement ou à la sécurité publique, notre société privilégiant, contre toute logique, le curieux dicton : « mieux vaut punir ou guérir que prévenir » !

⁶ Voir à ce sujet : Bewley-Taylor, J., Jelsma, M., Rolles, S. et Walsh, J. (2016) *La réglementation du cannabis et les traités de l'ONU sur les drogues. Stratégies de réforme*. Collectif.

⁷ Drug Policy Alliance (<http://www.drugpolicy.org/>); Global Commission on Drug Policy (www.globalcommissionondrugs.org); International Drug Policy Consortium (<http://idpc.net/>); Coalition canadienne des politiques sur les drogues (<http://drugpolicy.ca/>); NORML Canada (<http://norml.ca/>).

Le cannabis et ses effets délétères

Il faut collectivement revoir le mode de régulation des SPA afin d'adopter de meilleures stratégies pour garantir la santé et la sécurité des populations, basées sur des faits avérés (*evidence based*) plutôt que sur des idéologies caduques. C'est l'édifice du prohibitionnisme qui, aujourd'hui, est ébranlé dans ses fondements, en raison notamment de la survenue de la crise mondiale des opioïdes qui met comme jamais en lumière, aussi bien les effets pervers du contexte illicite de l'usage que l'illusion d'une frontière étanche entre l'univers des substances légales (médicaments) et celui des produits de rue. Déjà, des voix s'élèvent au sein du caucus libéral canadien pour aller plus loin et adopter le modèle portugais de décriminalisation mur à mur de la possession de drogues^[8]. Même la prestigieuse revue *British Medical Journal* signait récemment deux éditoriaux, de la plume de son éditrice en chef, prenant résolument position pour la décriminalisation, voire la légalisation de toutes les drogues^[9].

Rien n'est joué pour autant. S'ils veulent se démarquer, le Canada et ses provinces devront se tenir debout envers et contre tous les lobbies et trafics d'influence qui ne manqueront pas de se manifester, au fil des ans. Les pressions des tenants du modèle commercial se font d'ailleurs déjà bien sentir (l'orgueil de voir le Canada premier producteur mondial de cannabis légal...) alors que les intentions d'investir en prévention pourraient facilement se tarir au premier changement de gouverne à moins qu'elles ne se voient gaspillées dans des initiatives convenues ou pire rétrogrades. Et l'intérêt pour une prise de parole citoyenne et un vaste débat autour de la question des drogues ? Il pourrait partir en fumée... aussi rapidement qu'une bouffée de cannabis !

⁸ <http://www.ledevoir.com/politique/canada/517735/des-deputes-liberaux-suggerent-de-ne-pas-s-arreter-a-la-legalisation-du-cannabis>

⁹ <http://www.bmj.com/content/355/bmj.i6067>



RÉFLEXION THÉORIQUE

Le cannabis et ses effets délétères : pour un débat plus nuancé

Laurence Jobidon, M. D., Résidente en psychiatrie, Candidate à la maîtrise en sciences biomédicales, Université de Montréal

Didier Jutras-Aswad, M. D., M. Sc., FRCPC, Chercheur au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Professeur agrégé de clinique, département de psychiatrie de l'Université de Montréal

Correspondance

Didier Jutras-Aswad, M.D., M.Sc.
Centre de recherche du CHUM, Tour Viger
900, rue St-Denis
6^e étage, local R06.444
Montréal, Quebec H2X 0A9
Tél.: 514-890-8000 poste 35703
Courriel : didier.jutras-aswad@umontreal.ca

Résumé

Alors que plusieurs États américains ont fait le choix d'assouplir la législation entourant l'usage récréatif du cannabis et qu'au Canada, cette substance est encadrée par un programme fédéral pour son utilisation thérapeutique, le débat sur l'utilisation du cannabis et ses effets néfastes continue de faire couler beaucoup d'encre. S'éloignant souvent des données probantes, ce débat est généralement marqué par des positions clivées qui ne rendent pas compte des nuances récemment apportées par les données scientifiques sur le sujet. Afin de pouvoir bien évaluer les risques que pose cette substance, nous suggérons ici de délaissier le questionnement dichotomique quant au fait que le cannabis cause, ou pas, certains problèmes de santé au profit d'une discussion sur les facteurs modulant la relation entre le cannabis et certains effets délétères potentiels, notamment sur le plan de la cognition, de la psychose et de la toxicomanie. Nous discutons ainsi de certaines données sur la composition du cannabis, son mode d'utilisation, le type de population en faisant usage et la présence de stressseurs environnementaux, qui semblent tous moduler les risques associés à la consommation de cannabis. Devant les données indiquant que le cannabis est une substance psychoactive possédant à la fois des effets délétères et bénéfiques, et au regard du fait qu'une minorité d'individus éprouveront des difficultés après en avoir consommé, il nous semble crucial de faire bon usage et d'approfondir la littérature scientifique portant sur ces facteurs modulateurs. Nous pensons que cela pourrait permettre de mieux informer la population et prendre des décisions plus éclairées, notamment quant aux modalités entourant un éventuel changement au statut légal du cannabis.

Mots-clés : cannabis, légalisation, effets délétères, toxicomanie

Cannabis and its adverse effects: advocating for a nuanced debate

Abstract

While many American states recently changed the legal status of cannabis and the Canadian federal government instituted a national program to regulate its therapeutic use, the debate surrounding cannabis use and its adverse effects continues to spark interest, both among the experts and among the public at large. In order to properly assess the risks and benefits associated with cannabis use, we suggest not to focus on the question of whether cannabis is deleterious or not, but to focus instead on the factors modulating the relationship between cannabinoid use and its adverse effects on cognition, psychosis and addiction. We discuss here how the content of cannabis, patterns of use, characteristics of the user and exposure to environmental stressors all modify the risks associated with cannabis use. We also underline that growing evidence support both beneficial and deleterious properties of this substance, and the fact that only a portion of users will experience its negative effects. We thus suggest that a better usage and understanding of the literature on those modulating factors seems warranted in order to properly inform the population. This approach will also be critical to take evidence-based decisions regarding its legal status and how to implement the potential changes to current regulations pertaining to the legal status of cannabis.

Keywords: cannabis, legalization, deleterious effects, addiction

Cannabis y sus efectos nocivos: por un debate más matizado

Resumen

En tanto que varios estados en los Estados Unidos han optado por relajar la legislación que rodea el uso recreativo del cannabis y que en Canadá esta sustancia está enmarcada por un programa federal para su uso terapéutico, el debate sobre el uso del cannabis y sus efectos nocivos sigue haciendo correr mucha tinta. Alejado a menudo de pruebas fehacientes, el mismo está marcado generalmente por posiciones tradicionales que no reflejan los matices aportados últimamente por los datos científicos sobre el tema. Con el fin de evaluar bien los riesgos que presenta esta sustancia, sugerimos aquí abandonar el cuestionamiento dicotómico sobre el hecho de que el cannabis cause, o no, ciertos problemas de salud a favor de una discusión sobre los factores que modulan la relación entre el cannabis y algunos efectos nocivos potenciales, en particular en lo que se refiere a la cognición, la psicosis y la toxicomanía. Analizamos en este artículo algunos datos sobre la composición del cannabis, su modo de uso, el tipo de población que lo utiliza y la presencia de factores de estrés ambientales, todo lo cual parece modular los riesgos asociados con el uso del cannabis. Ante datos que muestran que el cannabis es una sustancia psicoactiva que posee tanto efectos perjudiciales como beneficiosos y teniendo en cuenta que una minoría de consumidores presentará dificultades luego de haberlo consumido, nos parece crucial hacer un buen uso de la literatura científica para profundizar el análisis de estos factores de modulación. Creemos que eso permitirá informar mejor al público y tomar decisiones mejor informadas, principalmente en lo que se refiere a las modalidades relacionadas con un eventual cambio en el estatuto legal del cannabis.

Palabras clave: cannabis, legalización, efectos nocivos, toxicomanía

Introduction

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée au Canada et dans le monde (Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2014). De fait, plus du tiers des Canadiens en aurait consommé au cours de leur vie. Parmi ceux-ci, 3,1 millions auraient consommé du cannabis dans la dernière année, dont une forte proportion de jeunes âgés de 15 à 24 ans (Statistique Canada, 2013). Au Québec, près du quart des élèves fréquentant l'école secondaire (tous niveaux confondus) en auraient fait usage entre 2012 et 2013 (Institut de la statistique du Québec, 2014).

Le cannabis est composé de plusieurs substances désignées en tant que cannabinoïdes (Maccarrone et al., 2015). Comme chaque cannabinoïde est chimiquement différent, leur action et leur affinité pour les récepteurs diffèrent, de même que leur effet pharmacologique. Les cannabinoïdes sont des messagers chimiques lipidiques agissant sur le système endocannabinoïde, un vaste système de signalisation chimique impliqué dans le fonctionnement cellulaire de plusieurs systèmes, dont le système nerveux central (Maccarrone et al., 2015; Montecucco et Di Marzo, 2012). Le système endocannabinoïde est par exemple impliqué dans la réponse au stress, les processus inflammatoires et le circuit de la récompense (Volkow, Hampson et Baler, 2016). Chez l'humain, le système endocannabinoïde est constitué de cannabinoïdes endogènes, des dérivés lipidiques produits sur demande (l'anandamide et le 2-arachidonoylglycérol), ainsi que des récepteurs endocannabinoïdes de type 1 (CB1) et de type 2 (CB2) (Morena, Patel, Bains et Hill, 2016; Pertwee, 2008). De nouveaux sites d'action pour les cannabinoïdes (tant endogènes qu'exogènes), dont le récepteur TRPV1 le GPR55¹, ont récemment été identifiés et pourraient constituer des voies de signalisation complémentaires aux récepteurs endocannabinoïdes traditionnels (Kirilly, Hunyady et Bagdy, 2013). Le THC et le cannabidiol (CBD), les deux principaux cannabinoïdes exogènes contenus dans le cannabis, ont la propriété de se lier aux récepteurs CB1 et CB2 (Burststein, 2014).

Les récepteurs CB1 et CB2 sont des récepteurs métabotropiques couplés à une protéine G. On retrouve une concentration particulièrement élevée de ces récepteurs au sein du système nerveux, les CB1 étant préférentiellement exprimés de façon centrale en opposition aux CB2, préférentiellement exprimés en périphérie (Atwood et Mackie, 2010). Les CB1 sont impliqués dans la synaptogénèse, la migration et la maturation neuronale, et ce, de l'âge fœtal jusqu'à la fin de l'adolescence (Bossong et Niesink, 2010; Jutras-Aswad, DiNieri, Harkany et Hurd, 2009; Zhou, Falenta et Lalli, 2014). Déjà *in utero*, l'activation des CB1 jouerait un rôle important dans la motilité des neuroblastes, un processus qui garantirait ensuite la bonne migration neuronale (Zhou, Falenta et Lalli, 2014). Qui plus est, les récepteurs CB1 sont abondants dans le cortex préfrontal (chargé des fonctions exécutives), l'amygdale (impliquée dans la régulation des émotions et la réponse au stress), l'hippocampe (impliquée dans la mémoire) et le cervelet (impliqué dans la coordination motrice) (Goodman et Packard, 2015; James, James et Thwaites, 2013; Maccarrone et al., 2015). Les CB1 sont également présents dans le striatum et en particulier dans le noyau accumbens, une région cérébrale impliquée dans la motivation et le circuit de la récompense. En régulant la libération de divers neurotransmetteurs dans l'espace synaptique (sérotonine, norépinéphrine, dopamine, etc.) (Pertwee, 2008) et la fonction des neurones glutamatergiques et GABAergiques (Kano, Ohno-Shosaku, Hashimoto-dani, Uchigashima et Watanabe, 2009), le système endocannabinoïde joue donc un rôle clé dans l'activité de ces structures cérébrales.

¹ Le « transient receptor potential vanilloid type 1 » (TRPV1), un récepteur inotropique de la famille des vanilloïdes et le récepteur couplé à une protéine G 55 (GPR55) sont des sites d'action pour les cannabinoïdes.

Le cannabis et ses effets délétères

Dans les dernières années, un certain nombre de phénomènes, qui seront abordés dans d'autres articles de ce numéro, ont contribué à une augmentation marquée de l'attention portée au cannabis. Notons d'abord que plusieurs États américains ont récemment adopté des changements aux lois encadrant l'usage thérapeutique et maintenant récréatif de la marijuana (Benmaamar, 2014), tandis qu'au Canada, l'utilisation thérapeutique du cannabis est encadrée par un programme fédéral depuis plusieurs années (Lucas, 2008). Par ailleurs, les années 2000 ont vu apparaître un nombre croissant de cannabinoïdes synthétiques (« K2 », « Épices », etc.), de même qu'une augmentation régulière de la « puissance » de la marijuana (Brents et Prather, 2014 ; Sevigny, Pacula et Heathon, 2014 ; Vardakou, Pistos et Spiliopoulou, 2010). On estime en effet que la concentration de THC a significativement augmenté entre les années 1970 et 2000 (Sevigny, 2013). Entre 2007 et 2011, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte que la teneur moyenne en THC du cannabis saisi aux États-Unis est passée de 8,7 % à 11,9 % (Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2014). Parallèlement à ces constats, la publication de données entourant les effets potentiellement thérapeutiques et délétères du cannabis a suscité un débat scientifique polarisé, et rarement nuancé. Des études soulignant à gros traits les effets délétères du cannabis et d'autres suggérant des vertus thérapeutiques parfois miraculeuses se sont succédées, laissant la population et les décideurs devant une littérature difficile à saisir. Nous sommes d'avis que cette vision dichotomique du cannabis est à l'origine d'une confusion importante quant aux effets réels et présumés de cette substance.

Compte tenu des nombreux bouleversements touchant le cannabis et de sa place dans la société, il nous apparaît pertinent de porter un regard critique sur la littérature touchant aux effets délétères du cannabis. Une attention particulière a été portée à la mise en relief des facteurs modulant la relation entre le cannabis et ses effets potentiellement néfastes. C'est avec la prémisse que les impacts d'une substance sont conditionnels à son contenu, le contexte où elle est utilisée et la personne qui la consomme, que nous avons abordé ce sujet, où le besoin de mise en perspective et de retenue nous apparaît particulièrement criant. Il ne s'agit donc pas d'une revue exhaustive des effets délétères du cannabis, mais bien d'une revue critique de la littérature. Les effets du cannabis sur la cognition, les psychoses et la toxicomanie seront décortiqués tour à tour, à titre d'exemple, afin d'exposer une méthode nuancée et rigoureuse d'aborder les effets néfastes du cannabis. Ainsi, pour chacune de ces problématiques, en plus de présenter les effets délétères de l'intoxication et ceux de la consommation chronique (sauf pour la toxicomanie, qui s'y prête moins), nous discuterons des facteurs qui peuvent prédire ou moduler le risque associé à la consommation de façon spécifique à chacun de ces domaines.

Association entre l'exposition au cannabis et le fonctionnement cognitif

Les changements cognitifs associés au cannabis sont parmi ses effets les mieux étudiés (Ranganathan et D'Souza, 2006). Le THC entraînerait une diminution de l'attention (attention divisée² et attention soutenue) et de la concentration quelques minutes suivant sa consommation (Ramaekers et al., 2006 ; Zuurman, Ippel, Moin et van Gerven, 2009). Le THC entraînerait également, lors de l'intoxication, une altération de la mémorisation (encodage, consolidation, rappel) et nuirait à l'apprentissage (Ranganathan et D'Souza, 2006). Ces effets cognitifs sur la mémoire et la concentration perdureraient au-delà de la période de quelques heures associée typiquement à l'intoxication. Une étude américaine aurait montré la présence de difficultés cognitives résiduelles 24 heures suivant la consommation, même à une concentration de THC beaucoup plus faible que

² L'attention divisée est la capacité d'exécuter plusieurs tâches à la fois, en y divisant son attention.

Le cannabis et ses effets délétères

celle rencontrée dans le cannabis utilisé dans les dernières années (2,57% de THC) (Heishman, Huestis, Henningfield et Cone, 1990). L'intoxication au cannabis altérerait, par ailleurs, les processus audiovisuels et le raisonnement visuospatial (Winton-Brown et al., 2011). Sur le plan des fonctions exécutives, une atteinte de la mémoire de travail, une désinhibition ainsi qu'une altération du processus décisionnel et de la planification ont toutes été décrites après l'utilisation de cannabis (Crean, Crane et Mason, 2011; Fernandez-Serrano, Perez-Garcia et Verdejo-Garcia, 2011). Cette atteinte des fonctions exécutives serait hypothétiquement en cause dans l'incidence accrue de traumatismes, d'accidents automobiles et de comportements à risque en cours d'intoxication (Cardoso et Malbergier, 2015; Eksborg et Rajs, 2008; Hartman et Huestis, 2013). Chez les utilisateurs réguliers de cannabis, des difficultés dans l'attention soutenue, la mémoire de travail et la mémoire verbale seraient notables, indépendamment de l'intoxication (Battisti et al., 2010; Fried, Watkinson et Gray, 2005; Takagi et al., 2011). Des changements dans la performance cognitive globale (QI), la vitesse de traitement de l'information, les capacités d'abstraction et le raisonnement visuel ont également été objectivés après plusieurs années de consommation (Fried et Watkinson, 2000; Fried, Watkinson et Gray, 2005; James, James et Thwaites, 2013; Meier et al., 2012). Ainsi, les atteintes cognitives rencontrées chez ces utilisateurs dépasseraient largement la fenêtre d'intoxication au cannabis. Cependant, l'abstinence au long cours permettrait une amélioration du profil cognitif des consommateurs chroniques. En effet, les méta-analyses conduites sur le sujet ont conclu que l'arrêt de la consommation pendant quatre semaines permettrait de renverser en grande majorité (voire en totalité) les déficits cognitifs associés au cannabis (Grant, Gonzalez, Carey, Natarajan et Wolfson, 2003; Schreiner et Dunn, 2012; Schulte et al., 2014). Au bout de trois mois d'abstinence, aucune différence cognitive statistiquement significative n'existait entre les anciens consommateurs et leurs contrôles (Schreiner et Dunn, 2012; Schulte et al., 2014). Une étude américaine chez des adolescents en désintoxication a, par exemple, observé une reprise de l'apprentissage verbal et de la mémoire de travail verbale après respectivement deux et trois semaines d'abstinence (Hanson et al., 2010).

Facteurs modulant l'association entre l'exposition au cannabis et les altérations cognitives

La dose consommée, le mode d'utilisation, l'abstinence pendant une longue période, la vulnérabilité génétique, l'âge d'exposition et la présence d'une maladie psychiatrique seraient autant de facteurs ayant un impact sur les effets délétères du cannabis sur la cognition.

D'abord, les atteintes cognitives semblent en partie dépendre de la dose consommée. À court terme, les effets cognitifs de la marijuana inhalée apparaissent à une concentration sérique entre 2 et 5 ng/ml et atteignent leur paroxysme à 30 ng/ml (Ramaekers et al., 2006). Au long cours, des déficits cognitifs surviennent chez les individus consommant plus de cinq joints par semaine pendant plus de deux ans (Cousijn et al., 2013; Fried, Watkinson et Gray, 2005; Schulte et al., 2014). Bien qu'il soit trop tôt pour identifier clairement un seuil d'exposition (en nombre de joints de cannabis, en grammes par semaine, etc.) entraînant des déficits cognitifs au long cours, il semble que la dose de cannabis et la durée d'utilisation influencent les déficits cognitifs vécus par les utilisateurs.

Le mode d'utilisation influence également cette relation. Une atteinte cognitive plus importante lors de l'intoxication serait notée chez les utilisateurs occasionnels que chez les consommateurs réguliers et expérimentés (Hart, van Gorp, Haney, Foltin et Fischman, 2001). En effet, plusieurs études donnent à penser que les consommateurs occasionnels présenteraient une plus grande altération des fonctions exécutives et neurocomportementales (Desrosiers, Ramaekers, Chauchard, Gorelick et Huestis, 2015; Ramaekers, Kauert, Theunissen, Toennes et Moeller, 2009). Une augmentation

Le cannabis et ses effets délétères

de l'impulsivité, une difficulté de résolution de problèmes et une plus grande prise de risque ont été notées chez les utilisateurs occasionnels (Desrosiers, Ramaekers, Chauchard, Gorelick et Huestis, 2015; Jutras-Aswad, Zang et Bruneau, 2010). Ceux-ci seraient plus sujets à être impliqués dans des accidents routiers (Desrosiers, Ramaekers, Chauchard, Gorelick et Huestis, 2015; Eksborg et Rajs, 2008). La consommation occasionnelle entraînerait donc une vulnérabilité accrue, ou une absence de tolérance, aux changements cognitifs en cours d'intoxication.

Certaines prédispositions génétiques pourraient aussi occasionner une sensibilité accrue aux effets neurocognitifs aigus du cannabis. La catéchol O-méthyltransférase (COMT) pourrait moduler les effets cognitifs du cannabis. Cette enzyme est impliquée dans la dégradation de la dopamine dans le cortex frontal, une zone cérébrale reconnue de longue date pour son implication dans les fonctions exécutives (Goldman, Weinberger, Malhotra et Goldberg, 2009; Dickinson et Elvevag, 2006). La COMT peut avoir différentes variantes, ou différents polymorphismes, qui influencent l'activité enzymatique et, du même coup, le niveau de dopamine dans le cortex frontal. Les individus porteurs d'un polymorphisme particulier, avec la présence d'un allèle valine sur la séquence génétique de l'enzyme catéchol O-méthyltransférase 158 (COMT 158 val/val), une variante associée à une plus grande dégradation de la dopamine, pourraient être plus à même d'éprouver des troubles cognitifs (atteintes mnésiques, de l'attention, etc.) suivant la prise de THC (Tunbridge, Dunn, Murray, Evans, Lister, Stumpfenhorst, Harrison, Morrison et Freeman, 2015; Henquet, Rosa, Krabbendam, Papiol, Fananás, Drukker, Ramaekers et van Os., 2006; Verdejo-Garcia et al., 2013). Les individus porteurs d'un polymorphisme particulier d'un gène codant pour le transport de la sérotonine (5-HTTLPR s/s), pourraient être plus vulnérables aux effets du cannabis sur la prise de décision (Verdejo-Garcia et al., 2013). Pour l'instant, les preuves d'une influence génétique sur les effets cognitifs du cannabis demeurent cependant ténues.

Étant donné son influence capitale sur le développement neuronal, plusieurs observateurs se sont penchés sur l'influence de l'âge lors de l'exposition au cannabis. Deux études prospectives de cohortes ayant abordé cette problématique ont observé une association entre l'exposition anténatale et des changements cognitifs dans l'enfance (Day et Richardson, 1991; Fried et Makin, 1987). À six ans, les enfants exposés *in utero* au cannabis réussissaient effectivement moins bien que leurs pairs, notamment sur les mesures psychométriques de l'attention et du contrôle pulsionnel (Fried, Watkinson, et Gray, 1992). De plus, à 9 ans, les jeunes ayant subi cette exposition éprouvaient des difficultés dans les tâches faisant appel à la capacité d'abstraction, la vérification d'hypothèses et le raisonnement visuel (Fried, Watkinson et Gray, 1998; Goldschmidt, Richardson, Willford et Day, 2008). Il est toutefois important de mentionner que les données sur l'exposition anténatale au cannabis et le développement cognitif sont parfois inconstantes, en particulier pour la période néonatale et la petite enfance (Huizink, 2014). Une troisième grande étude (génération R) est maintenant en cours afin de répliquer les résultats obtenus par les deux autres groupes.

L'initiation précoce au cannabis et la consommation chronique prolongée pourraient également être associées à de plus grandes altérations cognitives. La consommation précoce (avant 15 à 18 ans, selon les études) serait ainsi liée à un plus important déclin cognitif au long cours (Ehrenreich et al., 1999; Meier et al., 2012; Pope et al., 2003). Meier et ses collègues (2012) ont retrouvé des déficits cognitifs persistants chez les individus ayant commencé à consommer du cannabis avant l'âge de 18 ans et qui, au terme de l'étude, étaient devenus des consommateurs occasionnels (une moyenne de 14 fois par année). Certains ont argumenté que la présence de facteurs confondants comme le statut socioéconomique (Rogeberg, 2013) ou les traits de personnalité (Daly, 2013) pourraient expliquer en partie cette relation, ce qui a toutefois été subséquentement réfuté par d'autres auteurs (Moffitt, Meier, Caspi et Poulton, 2013). Il est donc possible que 1) le cannabis, lorsqu'il

Le cannabis et ses effets délétères

est consommé au cours de phases critiques du neurodéveloppement, ait une toxicité particulière 2) que la consommation occasionnelle, bien que peu fréquente, empêche la correction des déficits cognitifs retrouvée généralement en contexte d'abstinence ou que 3) cette relation soit due à des facteurs confondants, comme une vulnérabilité biologique commune ou la plus longue durée d'exposition, puisqu'il a été démontré à quelques reprises que les consommateurs ayant usé du cannabis pendant une plus longue période étaient plus atteints cognitivement (Battisti et al., 2010; Crane, Schuster, Mermelstein et Gonzalez, 2015).

De façon surprenante, chez les individus souffrant de psychoses ou de maladie affective bipolaire, plusieurs études ont observé un meilleur fonctionnement cognitif chez les personnes atteintes de ces maladies consommant du cannabis (Potvin, Joyal, Pelletier et Stip, 2008; Rabin, Zakzanis et George, 2011; Yucel et al., 2012). Certains ont suggéré que les individus consommant de la drogue, vu la relative complexité pour l'obtention de la substance, souffraient d'un trouble mental moins sévère que celui de leurs pairs, tandis que d'autres argumentent que le déclenchement de psychoses chez des individus consommateurs, lesquels seraient moins atteints cognitivement, pourrait expliquer cette différence (Yucel et al., 2012). Cette dernière hypothèse semble relativement bien soutenue. D'une part, les individus ayant été des consommateurs de cannabis et atteints de psychoses démontrent, six mois après l'arrêt complet de la consommation, un profil d'activation cérébrale à l'IRM fonctionnelle lors de l'exécution des tâches directes et indirectes moins altéré comparativement aux individus psychotiques sans antécédent de consommation (Loberg et al., 2014). Une étude récente conduite par Rabin et ses collègues a aussi montré que, bien que les utilisateurs de cannabis souffrant de schizophrénie démontrent une meilleure vitesse de traitement de l'information que leurs pairs abstinents, il existe une corrélation négative importante entre la quantité cumulative de cannabis consommée et la cognition chez les personnes souffrant de schizophrénie et faisant usage du cannabis (Rabin, Zakzanis, Daskalakis et George, 2013). D'autre part, une étude contrôlée randomisée à double insu sur les effets aigus du cannabis dans les populations souffrant de schizophrénie démontre une atteinte cognitive plus importante suivant la consommation chez les individus schizophrènes que chez des contrôles de la population générale (De Souza et al., 2005). Ainsi, bien que les individus souffrant de maladies mentales sévères et consommant du cannabis ont un meilleur profil cognitif que les non-consommateurs, les données de la littérature donnent à penser qu'ils seraient à tout le moins aussi vulnérables que la population générale aux effets délétères du cannabis sur la cognition.

En somme, l'ampleur des effets du cannabis sur les sphères cognitives serait notamment liée à la dose consommée et au profil d'utilisation. Une consommation occasionnelle entraînerait une plus grande susceptibilité aux effets cognitifs à court terme, tandis qu'une consommation chronique occasionnerait des changements cognitifs au-delà de la période d'intoxication. La consommation chronique sur plusieurs années aurait un effet cumulatif et les adolescents pourraient être plus sensibles aux altérations cognitives associées au cannabis. Des facteurs génétiques pourraient également conférer une susceptibilité accrue aux déficits cognitifs associés à la consommation de cannabis. Quant aux individus atteints de psychoses et consommateurs de cannabis, ils performant mieux cognitivement que leurs semblables abstinents, mais ils seraient également sujets à des altérations cognitives qui s'améliorent avec l'arrêt de la consommation. Qui plus est, l'abstinence pendant trois mois renverserait la plupart des déficits chez les consommateurs chroniques, ce qui demeure toutefois plus incertain lors d'un début de consommation précoce à l'adolescence.

Association entre l'exposition au cannabis et le risque de psychose

Il y a près de trois décennies émergeait dans la littérature scientifique un débat quant au lien de causalité possible entre la consommation de cannabis et le développement d'une maladie psychotique (Burns, 2013; Moore et al., 2007; van Winkel et Kuepper, 2014). Une étude de cohorte populationnelle sur des jeunes hommes suédois conscrits, publiée en 1987, a lancé le débat en révélant que les grands consommateurs de cannabis avaient un risque de psychoses six fois plus important que celui de la population générale, et ce, indépendamment de certains facteurs de risque de maladie psychotique (Andreasson, Allebeck, Engstrom et Rydberg, 1987).

L'intoxication aiguë au cannabis a effectivement été associée à plusieurs types de symptômes psychotiques, dont les troubles dissociatifs et les symptômes psychotiques positifs (hallucinations auditives, tactiles et visuelles) (Cortes-Briones et al., 2015; van Heugten-Van der Kloet et al., 2015). Des délires paranoïaques induits par la substance se résorbant typiquement quelques heures suivant la consommation ont été décrits (Freeman et al., 2015), tout comme une augmentation des symptômes dits négatifs (De Souza et al., 2004). L'usage du cannabis a été associé à une augmentation de l'incidence des symptômes psychotiques de 40 à 200% (Moore et al., 2007). La consommation au long cours (évaluée « à vie », « dans les six derniers mois », etc.) a quant à elle été associée à une plus grande proportion de psychoses de toute étiologie (dépressions et manies psychotiques, schizophrénie, etc.), de l'ordre de deux à trois fois celle de la population générale (Burns, 2013). Le cannabis favoriserait également le déclenchement de psychoses plus précocement, c'est-à-dire près de trois ans plus tôt que dans la population générale et il pourrait précipiter le déclenchement de la psychose (Large, Sharma, Compton, Slade et Nielssen, 2011; Myles, Newall, Nielssen et Large, 2012; Stone et al., 2014).

La relation entre la consommation de cannabis et le développement d'une maladie psychotique comme la schizophrénie est de toute évidence complexe et les données, imparfaites. En effet, bien que plusieurs études longitudinales se soient penchées sur la question (Arsenault et al., 2002; Ferdinand et al., 2005; Kuepper et al., 2011) les études demeurent plutôt hétérogènes en matière de mesure de consommation du cannabis (évaluée « à vie », « dans les six derniers mois ») et des issues mesurées (schizophrénie, maladie psychotique de toute étiologie).

Facteurs modulant l'association entre l'exposition au cannabis et la psychose

La teneur en THC du cannabis, la vulnérabilité génétique à la psychose, l'âge de la consommation, la présence d'une maladie psychotique, ainsi que certains facteurs de risque environnementaux modèleraient l'apparition et l'intensité des symptômes psychotiques associés au cannabis. En effet, des études conduites sur le cannabis suggèrent que l'utilisation de cannabis à forte teneur en THC et à faible teneur en cannabidiol entraînerait la psychose jusqu'à six fois plus fréquemment que dans la population générale, en particulier lors d'un usage quotidien lors du jeune âge (Di Forti et al., 2014; Di Forti et al., 2009). Ces résultats concordent avec ceux de la science fondamentale, selon lesquels le THC aurait des propriétés psychotiques et le cannabidiol (CBD), au contraire, des effets antipsychotiques (Iseger et Bossong, 2015). L'importance de la concentration de ces deux composantes (ratio THC : CBD) dans le cannabis épourrait donc moduler de façon déterminante l'apparition de psychoses chez les consommateurs de substances cannabinoïdes, comme le laissent penser certaines études ayant conclu que le cannabis plus riche en CBD aurait des propriétés psychotiques moindres (Schubart, Sommer, et al., 2011).

Le cannabis et ses effets délétères

Certaines études ont mis en lumière des facteurs de vulnérabilité individuelle, tant pour l'apparition de symptômes psychotiques lors de l'intoxication, que pour le développement de schizophrénie au long cours. Un groupe de chercheurs a récemment pu démontrer que les individus éprouvant des symptômes psychotiques lors de la prise de THC avaient un mode d'activation cérébrale lors de l'exécution de certaines tâches (sous l'effet de 10 mg de THC) différant nettement de leurs pairs ayant consommé la même dose (Atakan et al., 2013). D'autres ont trouvé une incidence accrue de psychoses chez les individus porteurs de marqueurs génétiques particuliers (l'enzyme COMT val/val notamment). En 2005, un groupe britannique avait soulevé un fort intérêt dans le monde scientifique en trouvant une incidence de trouble schizophréniforme dix fois plus grande chez les porteurs du COMT 158 val/val ayant consommé du cannabis à l'adolescence que chez les consommateurs n'ayant pas ce marqueur génétique (Caspi et al., 2005). Avec le recul toutefois, l'incapacité de répliquer de façon consistante les résultats de cette première étude en a mené plusieurs à remettre en doute le rôle de cette enzyme dans le développement de psychoses (Duncan et Keller, 2011). Ce gène continue toutefois à être étudié, avec des résultats mixtes (De Sousa et al., 2013; Ermis et al., 2015). Le gène DRD2, codant pour le récepteur dopaminergique de type 2 a, par ailleurs, été lié dans plusieurs modèles à la fois à la dépendance au cannabis et au développement de maladies psychotiques (Agrawal et Lynskey, 2009). Une récente étude conduite auprès de 758 individus, dont 272 personnes atteintes d'une maladie psychotique, a révélé un risque trois fois plus important de maladie psychotique chez les porteurs de l'allèle T (DRD2 rs1076560, T) consommant du cannabis que chez les utilisateurs n'ayant pas ce marqueur génétique. Le risque grimpeait à cinq fois lors de l'utilisation journalière chez les porteurs de l'allèle T (Colizzi et al., 2015).

Il y aurait, par ailleurs, une corrélation entre l'utilisation du cannabis avant l'âge de 15 ans et l'apparition de symptômes psychotiques à un âge significativement plus jeune, de même qu'une augmentation plus importante de psychoses de toute étiologie (Arseneault et al., 2002; Ferdinand et al., 2005; Schubart et al., 2011). Certains ont postulé que l'exposition aux cannabinoïdes lors de cette période nuit à la maturation neuronale préfrontale, occasionnant ainsi un terrain propice à la psychose (Bossong et Niesink, 2010).

Chez les individus souffrant de schizophrénie, la consommation de cannabis aurait également comme conséquence d'aggraver le cours de la maladie (Manrique-Garcia et al., 2014; van der Meer et Velthorst, 2015). À court terme, l'intoxication a effectivement été associée à une recrudescence transitoire des symptômes psychotiques au sein de cette population, tandis que le statut d'utilisation chronique prolongée a, quant à lui, été lié à un moins bon fonctionnement global, des hospitalisations psychiatriques allongées et plus fréquentes (Manrique-Garcia et al., 2014; van der Meer et Velthorst, 2015). La consommation de cannabis serait donc associée à une aggravation de la maladie psychotique chez les personnes qui en souffrent.

Du point de vue environnemental, il semble y avoir consensus entourant le développement de la psychose, qui se ferait selon un modèle vulnérabilité stress. Ainsi, il semble établi que les prédispositions génétiques, lorsqu'elles sont combinées à des contrecoups environnementaux, provoquent la persistance de symptômes psychotiques subcliniques, lesquels progressent ensuite vers la psychose franche (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul et Krabbendam, 2009). Ainsi, le cannabis pourrait agir à titre de déclencheur de maladie psychotique chez des individus présentant une vulnérabilité particulière à cet effet. Le rôle du cannabis dans le déclenchement de la psychose pourrait être encore plus complexe; cette substance pouvant également agir de façon additive, voire peut-être synergique, avec d'autres stresseurs environnementaux pour déclencher la psychose (van Winkel et Kuepper, 2014; Wilkinson, Radhakrishnan et D'Souza, 2014). Deux études américaines ont par exemple observé un excès de cas de psychoses chez les adolescents consommateurs de cannabis

ayant subi des traumatismes durant l'enfance par rapport à leurs pairs consommateurs n'ayant pas subi de tels stressseurs (Harley et al., 2010 ; Houston, Murphy, Adamson, Stringer et Shevlin, 2008).

Ainsi, le cannabis est associé à une augmentation du risque de psychoses et un début de maladie plus précoce chez les personnes présentant un profil de vulnérabilité pour cette maladie. La concentration des différents cannabinoïdes contenus dans le cannabis, la vulnérabilité génétique, l'utilisation de cannabis avant l'âge de 15 ans, ainsi que la présence de stressseurs environnementaux semblent agir à titre de modulateurs de l'effet psychotomimétique de cette substance.

Association entre l'exposition au cannabis et la toxicomanie

Trouble lié à l'usage du cannabis (TLU-Cannabis)

Aux États-Unis, la prévalence d'un trouble lié à l'usage du cannabis (TLU-Cannabis) se situerait autour de 5% dans la population générale (Schuermeyer et al., 2014 ; Stinson, Ruan, Pickering et Grant, 2006). Le TLU-Cannabis est une entité clinique du DSM-5 caractérisée par un usage persistant de cannabis, et ce, malgré qu'il occasionne une souffrance et une atteinte marquée du fonctionnement (Association américaine de psychiatrie, 2013).^[3] Dans les études populationnelles, entre 6 et 10% des utilisateurs de cannabis auraient un TLU-Cannabis (Lopez-Quintero et al., 2011). Bien que très hétérogène, ce trouble se déclarerait typiquement à l'adolescence (Blanco et al., 2008 ; Stinson, Ruan, Pickering et Grant, 2006). Une étude s'étant intéressée à sa persistance dans le temps a trouvé qu'après 3 ans, le tiers éprouvait des difficultés persistantes, tandis que les autres s'en étaient remis (Feingold, Fox, Rehm et Lev-Ran, 2015). Ainsi, le TLU-Cannabis est un problème relativement fréquent dont le cours semble hétérogène.

Troubles liés à l'utilisation d'autres substances

Les individus dépendants^[4] au cannabis sont plus à risque de consommer d'autres substances psychotropes, dont l'alcool, les opiacés, la cocaïne, l'ecstasy et les médicaments d'ordonnance (Tzilos, Reddy, Caviness, Anderson et Stein, 2014). Dans une cohorte d'adolescents, Zaman et collègues ont, par exemple, rapporté une polyconsommation chez 41% des individus dépendants au cannabis (Zaman, Malowney, Knight et Boyd, 2015). Inversement, l'utilisation d'autres substances psychotropes a été associée à un plus grand risque de dépendance au cannabis (Lopez-Quintero et al., 2011 ; Chen, O'Brien et Anthony, 2005). Longtemps mis à l'avant-plan pour expliquer la progression typique de drogues dites « douces » vers les drogues dites « dures », le cannabis a souvent été considéré comme une « drogue tremplin » (traduction libre de *gateway drug*) vers d'autres substances illicites (Richmond-Rakerd et al., 2015). Cependant, la grande variabilité du mode d'introduction au monde de la drogue en fonction des pays analysés donne à penser que cette notion de « drogue tremplin » aurait, à tout le moins en partie, une origine environnementale (accessibilité, normes sociales, etc.) (Degenhardt et al., 2010 ; Ter Bogt, Schmid, Gabhainn, Fotiou et Vollebergh, 2006). Qui plus est, l'existence de mécanismes étiologiques partagés, à la fois génétiques et environnementaux, pour l'ensemble des troubles liés à l'utilisation de substances expliquerait vraisemblablement la concomitance fréquente de ces troubles (O'Brien, Comment, Liang et Anthony, 2012 ; van Leeuwen et al., 2011).

³ Il est à noter que le diagnostic de trouble lié à l'usage du cannabis remplace les diagnostics d'abus et de dépendance au cannabis, autrefois retrouvés dans le DSM-IV.

⁴ Souffrant de dépendance au cannabis, tel que décrit dans le DSM-IV-TR.

Facteurs modulant les associations entre le cannabis et la toxicomanie

Le mode d'utilisation, la présence d'une prédisposition génétique, le sexe, le jeune âge d'initiation, certaines psychopathologies, ainsi que plusieurs facteurs environnementaux moduleraient le développement de TLU-cannabis et d'une polydépendance.

De façon exploratoire, une récente étude américaine sur des individus âgés de 18 à 25 ans a mis en lumière une relation linéaire entre l'usage de cannabis et celui de substances illicites (opiacés, cocaïne, inhalants, hypnotiques). L'augmentation en fréquence de la consommation de cannabis était effectivement corrélée avec une augmentation de la consommation de l'ensemble de ces substances (Tzilos et al., 2014). Ce type de relation a également été retrouvé par Patton et ses collègues dans une étude de cohorte prospective où l'association avec l'usage de drogues illicites était plus forte chez les utilisateurs hebdomadaires de cannabis lors de l'adolescence (Patton et al., 2007). Les utilisateurs de cannabis sur une base régulière pourraient donc être à plus haut risque de polytoxicomanie que les utilisateurs plus occasionnels.

Plusieurs éléments militent d'autre part pour une susceptibilité génétique commune aux différents types de dépendance. Une équipe de chercheurs a, par exemple, pu lier les chromosomes 3q21 et 9q34 au TLU-cannabis. Le chromosome 3q21 a également été lié au trouble d'usage de plusieurs autres substances et pourrait donc jouer un rôle dans le développement de ce type de pathologie (Hopfer et al., 2007). En outre, le TLU-cannabis serait en partie héréditaire (Agrawal et Lynskey, 2006; Ehlers et al., 2010; Minica et al., 2015). Une méta-analyse conduite sur 24 études portant sur la consommation problématique de cannabis chez des jumeaux a conclu que plus de 50% de la consommation problématique de cannabis était due à des facteurs d'ordre génétique (Verweij et al., 2010). La présence d'un TLU-cannabis chez les parents a ainsi été liée à une incidence accrue de cette même problématique chez leurs descendants, de même qu'à celle d'un TLU-cannabis et d'un TLU-alcool concomitants, et ce, de façon plus marquée chez les jeunes filles que chez leurs pairs masculins (Kosty et al., 2015).

L'usage précoce de cannabis a également été associé à un usage problématique de cette substance. Les individus en ayant consommé avant l'âge de 18 ans auraient ainsi un risque de développer une dépendance au cannabis trois fois plus importante que les individus ayant commencé à consommer à l'âge adulte (Behrendt, Wittchen, Hofler, Lieb et Beesdo, 2009; Chen, Storr et Anthony, 2009).

La dépression majeure, la maladie bipolaire et certains troubles anxieux ont également été liés à une fréquence plus élevée de TLU-cannabis parmi les consommateurs (Butterworth, Slade et Degenhardt, 2014; Wittchen et al., 2007). Les traits de personnalité anxieuse ont été liés à la consommation concomitante de cannabis et de médicaments de prescription (Morley, Lynskey, Moran, Borschmann et Winstock, 2015) et l'anxiété pourrait être la psychopathologie la plus intimement liée au TLU-cannabis (Van Dam, Bedi et Earleywine, 2012). Certains auteurs ont récemment mis de l'avant l'atteinte du réseau frontopariétal, impliqué dans la mémoire de travail et le fonctionnement exécutif, et retrouvée dans la toxicomanie, l'anxiété et la dépression, pour expliquer la forte corrélation existant entre ces différentes entités (Cousijn, 2015). La présence d'une étiologie partagée pourrait donc expliquer la fréquente association entre ces troubles, quoique plusieurs autres hypothèses (facteurs environnementaux) puissent également être envisagées. Les personnes atteintes de psychoses sont également en surreprésentation parmi les personnes dépendantes au cannabis, avec environ 16% des individus souffrant d'une maladie psychotique non affective ayant également un TLU-cannabis actif et 27,1% présentant un TLU-cannabis au cours de leur vie (Koskinen, Lohonen, Koponen, Isohanni et Miettunen, 2010). Le mécanisme de cette association est toutefois incertain.

Le cannabis et ses effets délétères

L'atteinte des processus motivationnels chez les individus souffrant de troubles psychotiques a été proposée pour expliquer la fréquence élevée du TLU-cannabis au sein de cette population. Ainsi, une étude québécoise s'étant intéressée à cet aspect a découvert une corrélation entre la consommation de cannabis et une moins grande aptitude à la quête de stimuli positifs en contexte expérimental (Cassidy, Lepage et Malla, 2014). Un émoussement de la capacité à rechercher des stimuli plaisants chez les individus souffrant de schizophrénie pourrait entraîner pour ceux-ci une difficulté supplémentaire lorsque vient le temps de substituer une habitude menant à une récompense immédiate (par exemple l'utilisation de cannabis) par une habitude alternative.

D'autres ont pu démontrer l'influence de plusieurs facteurs environnementaux sur la toxicomanie. Par exemple, la présence de traumatismes au cours de l'enfance, tel que le fait d'avoir été abusé (durant l'enfance) ou d'avoir été victime d'intimidation (à l'âge de 13 ans), prédisait l'initiation à la consommation de cannabis (Blanco et al., 2014; Kelly et al., 2015). Le faible statut socio-économique, en particulier dans les pays riches, a également été lié plus fortement au risque de présenter une dépendance (Legleye, Beck, Khlal, Peretti-Watel et Chau, 2012; Mair, Freisthler, Ponicki et Gaidus, 2015). Dans une cohorte d'adolescents britanniques, par exemple, la pauvreté matérielle triplait l'incidence des risques d'avoir un TLU-cannabis (Heron et al., 2013).

Des données contradictoires ont été publiées par rapport à l'influence de la puissance du cannabis sur le développement d'un trouble d'utilisation. Une étude britannique, s'étant penchée sur les différentes variétés de cannabis et leurs effets, a révélé que la marijuana plus puissante (la « skunk », contenant environ 15 % de THC et peu de CBD) était associée à la dépendance au cannabis, contrairement aux variétés dont la concentration en THC était moins élevée (Freeman et Winstock, 2015). Cette étude a toutefois été critiquée pour d'importantes failles méthodologiques, notamment du point de vue de l'échantillonnage et de l'échelle employée pour mesurer le TLU-cannabis (van der Pol et al., 2013). Pour certains, cela remet en question l'association entre la dose et la teneur en THC du cannabis et le trouble d'utilisation (van der Pol et al., 2014). Ainsi, d'autres données seront nécessaires pour déterminer la nature de l'association entre la teneur en THC et le risque de développer un TLU, voire son existence même.

En résumé, une fréquence d'utilisation accrue du cannabis, le jeune âge d'initiation, la présence d'une vulnérabilité génétique, d'un trouble anxiodépressif et d'une maladie psychotique seraient tous associés à une incidence accrue de TLU-cannabis et de toxicomanie. D'autres facteurs comme la pauvreté matérielle, une histoire d'abus ou d'intimidation lors du jeune âge et la présence d'un trouble des conduites viendraient moduler le risque de développer cette problématique.

Conclusion

En somme, il semble primordial de souligner que l'association entre l'exposition au cannabis et les problèmes de santé est complexe et, dans plusieurs cas, fortement modulée par plusieurs facteurs touchant la substance, le consommateur et l'environnement. La composition (THC, ratio THC:CBD) de la substance elle-même, son mode d'utilisation, le type de population qui en fait usage et la présence de stressors environnementaux sont certainement des facteurs clés à prendre en considération lorsque nous tentons de comprendre cette association (Di Forti et al., 2014; van Winkel et Kuepper, 2014). La question ici ne nous semble pas de déterminer si le cannabis est « bon » ou « mauvais », mais plutôt de contribuer à évaluer, de façon rigoureuse, le risque que présente un type de consommation de cannabis donné dans une population ayant des caractéristiques particulières et vivant dans un environnement qui influence nécessairement les individus, et ce, de façon parfois fort complexe.

Le cannabis et ses effets délétères

Plusieurs aspects de la littérature scientifique entourant le cannabis nous semblent devoir être mieux étayés. Par exemple, il semble important de faire preuve de prudence en interprétant les études populationnelles menées alors que le contenu du cannabis était fort différent de celui consommé maintenant, ou encore d'avoir une vue d'ensemble sur les effets délétères du cannabis, alors que nous disposons de si peu de données sur les nouveaux modes de consommation des cannabinoïdes et les autres constituants trouvés dans ces produits (Gilbert, Baram et Cavarocchi, 2013; Holland, Nelson, Ravikumar et Elwood, 1998). Étant donné l'influence probable de la teneur en THC et en CBD sur les effets délétères du cannabis, il semble aussi primordial que les taux de THC, de CBD et des autres constituants du cannabis soient plus systématiquement mesurés et pris en considération dans les études à venir, d'autant plus que des méthodes ont été développées afin de mesurer spécifiquement ces composantes. Il est également à noter que, plusieurs années après l'autorisation de son usage thérapeutique au Canada, relativement peu de données ont été publiées sur l'innocuité et les effets délétères de l'utilisation de cannabis à des fins thérapeutiques dans des échantillons cliniques. Or, ces échantillons pourraient présenter un profil différent quant aux effets associés à l'exposition au cannabis. Le registre créé à cet effet au Québec pourrait fournir de précieuses données pour répondre à cette question.

Il nous apparaît aussi crucial que le langage utilisé, tant par les scientifiques que par les autres intervenants, rende compte des différences entre les multiples produits contenant des cannabinoïdes. L'utilisation indifférenciée de termes faisant référence au cannabis thérapeutique, au cannabis utilisé à des fins récréatives et aux cannabinoïdes sous forme de médication à dosage contrôlé semble entretenir une confusion dans la population alors que ces concepts devraient pourtant être clairement distingués.

Le cannabis est une substance psychoactive qui, comme toute drogue, possède des effets thérapeutiques, mais aussi des effets délétères dans certains contextes. Bien qu'à l'heure actuelle la littérature scientifique sur le cannabis demeure incomplète, les données disponibles peuvent contribuer à bien informer la population et aider à prendre des décisions éclairées concernant l'usage de cette substance, tant en ce qui a trait à son statut légal qu'à son utilisation à des fins thérapeutiques. Certaines conditions semblent possiblement associées à un risque moindre de conséquences néfastes : début d'utilisation tardif, utilisation non régulière, absence d'utilisation dans des contextes où les facultés affaiblies peuvent compromettre la sécurité (ex. : la conduite automobile), présence de peu de facteurs de vulnérabilité sur le plan de la santé mentale, concentration limitée de THC. Il semble important que cette information soit confirmée et que les profils d'utilisation présumés sécuritaires soient l'objet d'études rigoureuses pour bien en évaluer les risques.

Bien sûr, nous sommes d'avis que d'autres aspects doivent aussi être pris en considération dans la réflexion entourant le statut légal du cannabis, que ce soit sur les plans éthique, social, culturel et législatif. Il n'en demeure pas moins que des politiques basées sur une analyse rigoureuse et nuancée des données scientifiques nous apparaissent avoir beaucoup plus de chances d'être bien adaptées aux besoins de la population, dans le respect de ses libertés, certes, mais aussi dans une perspective cohérente de santé publique.

Références bibliographiques

Agrawal, A. et Lynskey, M. T. (2009). Candidate genes for cannabis use disorders: findings, challenges and directions. *Addiction*, 104(4), 518-532. doi: ADD504[pii]10.1111/j.1360-0443.2009.02504.x

Agrawal, A. et Lynskey, M. T. (2006). The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence. *Addiction*, 101(6), 801-812. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01399.x

Andreasson, S., Allebeck, P., Engstrom, A. et Rydberg, U. (1987). Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *The Lancet*, 2(8574), 1483-1486. doi: S0140-6736(87)92620-1 [pii]

Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A. et Moffitt, T. E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, 325(7374), 1212-1213.

Association américaine de psychiatrie. (2013). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, France : Elsevier-Masson.

Atakan, Z., Bhattacharyya, S., Allen, P., Martin-Santos, R., Crippa, J. A., Borgwardt, S. J., ... McGuire, P. (2013). Cannabis affects people differently: inter-subject variation in the psychotogenic effects of Delta9-tetrahydrocannabinol: a functional magnetic resonance imaging study with healthy volunteers. *Psychological Medicine*, 43(6), 1255-1267. doi:10.1017/s0033291712001924

Atwood, B. K. et Mackie, K. (2010). CB2: a cannabinoid receptor with an identity crisis. *British Journal of Pharmacology*, 160(3), 467-479. doi: 10.1111/j.1476-5381.2010.00729.x

Battisti, R. A., Roodenrys, S., Johnstone, S. J., Respondek, C., Hermens, D. F. et Solowij, N. (2010). Chronic use of cannabis and poor neural efficiency in verbal memory ability. *Psychopharmacology*, 209(4), 319-330. doi:10.1007/s00213-010-1800-4

Behrendt, S., Wittchen, H. U., Hofler, M., Lieb, R. et Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 68-78. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.06.014

Benmaamar, R. (2014). Colorado: a first in the USA for legal sale of marijuana. *The Lancet*, 15(2), e55. doi : 10.1016/S1470-2045(13)70601-6

Blanco, C., Ogburn, E., Perez de Los Cobos, J., Lujan, J., Nunes, E. V., Grant, B., . . . Hasin, D. S. (2008). DSM-IV criteria-based clinical subtypes of cannabis use disorders: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 136-144. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.02.008

Blanco, C., Rafful, C., Wall, M. M., Ridenour, T. A., Wang, S. et Kendler, K. S. (2014). Towards a comprehensive developmental model of cannabis use disorders. *Addiction*, 109(2), 284-294. doi: 10.1111/add.12382

Bossong, M. G. et Niesink, R. J. M. (2010). Adolescent brain maturation, the endogenous cannabinoid system and the neurobiology of cannabis induced schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 92(3), 370-385. doi:10.1016/j.pneurobio.2010.06.010

Le cannabis et ses effets délétères

- Brents, L. K. et Prather, P. L. (2014). The K2/Spice Phenomenon: emergence, identification, legislation and metabolic characterization of synthetic cannabinoids in herbal incense products. *Drug Metabolism Review*, 46(1), 72-85. doi: 10.3109/03602532.2013.839700
- Burns, J. K. (2013). Pathways from cannabis to psychosis: a review of the evidence. *Front Psychiatry*, 4, 128. doi: 10.3389/fpsy.2013.00128
- Burstein, S. H. (2014). The cannabinoid acids, analogs and endogenous counterparts. *Bioorganic and Medicinal Chemistry*, 22(10), 2830-2843. doi:10.1016/j.bmc.2014.03.038
- Butterworth, P., Slade, T. et Degenhardt, L. (2014). Factors associated with the timing and onset of cannabis use and cannabis use disorder: results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Drug and Alcohol Review*, 33(5), 555-564. doi: 10.1111/dar.12183
- Cardoso, L. D. et Malbergier, A. (2015). Who is not using condoms among HIV positive patients in treatment in the largest city in Brazil? *AIDS Care*, 27(5), 629-636. doi: 10.1080/09540121.2014.986047
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., ... Craig, I. W. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1117-1127. doi: S0006-3223(05)00103-4 [pii]10.1016/j.biopsych.2005.01.026
- Cassidy, C. M., Lepage, M. et Malla, A. (2014). Do motivation deficits in schizophrenia spectrum disorders promote cannabis use? An investigation of behavioural response to natural rewards and drug cues. *Journal of Psychiatry Research*, 215(3), 522-527. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.021
- Chen, C. Y., O'Brien, M. S. et Anthony, J. C. (2005). Who becomes cannabis dependant soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(1), 11-22. doi : 10.1016/j.drugalcdep.2004.11.014
- Chen, C. Y., Storr, C. L. et Anthony, J. C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors*, 34(3), 319-322. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.10.021
- Colizzi, M., Iyegbe, C., Powell, J., Ursini, G., Porcelli, A., Bonvino, A., ... Forti, M. D. (2015). Interaction Between Functional Genetic Variation of DRD2 and Cannabis Use on Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 41(5), 1171-1182. doi: 10.1093/schbul/sbv032
- Cortes-Briones, J. A., Cahill, J. D., Skosnik, P. D., Mathalon, D. H., Williams, A., Sewell, R. A., ... D'Souza, D. C. (2015). The Psychosis-like Effects of Delta-Tetrahydrocannabinol Are Associated with Increased Cortical Noise in Healthy Humans. *Biological Psychiatry*, 78(11), 805-813. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.03.023
- Cousijn, J. (2015). Embracing comorbidity: a way toward understanding the role of motivational and control processes in cannabis use disorders. *Frontiers in psychology*, 6, 677. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00677
- Cousijn, J., Goudriaan, A. E., Ridderinkhof, K. R., van den Brink, W., Veltman, D. J. et Wiers, R. W. (2013). Neural responses associated with cue-reactivity in frequent cannabis users. *Addiction Biology*, 18(3), 570-580. doi: 10.1111/j.1369-1600.2011.00417.x

Le cannabis et ses effets délétères

Crane, N. A., Schuster, R. M., Mermelstein, R. J. et Gonzalez, R. (2015). Neuropsychological sex differences associated with age of initiated use among young adult cannabis users. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37(4), 389- 401. doi: 10.1080/13803395.2015.1020770

Crean, R. D., Crane, N. et Mason, B. J. (2011). An Evidence-Based Review of Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use on Executive Cognitive Functions. *Journal of Addiction Medicine*, 5(1), 1-8. doi: 10.1097/ADM.0b013e31820c23fa

D'Souza, D. C., Perry, E., MacDougall, L., Ammerman, Y., Cooper, T., Wu, Y. T., ... Krystal, J. H. (2004). The psychotomimetic effects of intravenous delta-9-tetrahydrocannabinol in healthy individuals: implications for psychosis. *Neuropsychopharmacology*, 29(8), 1558-1572. doi:10.1038/sj.npp.1300496

D'Souza, D. C., Abi-Saab, W. M., Madonick, S., Forselius-Bielen, K., Doersch, A., Braley, G., ... Krystal, J. H. (2005). Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biological Psychiatry*, 57(6), 594-608. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.12.006

Daly, M. (2013). Personality may explain the association between cannabis use and neuropsychological impairment. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 110(11), E979. doi: 10.1073/pnas.1218571110

Day, N. L. et Richardson, G. A. (1991). Prenatal marijuana use: epidemiology, methodologic issues, and infant outcome. *Clinics in Perinatology*, 18(1), 77-91.

De Sousa, K. R., Tiwari, A. K., Giuffra, D. E., Mackenzie, B., Zai, C. C. et Kennedy, J. L. (2013). Age at onset of schizophrenia: cannabis, COMT gene, and their interactions. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 289-290. doi: 10.1016/j.schres.2013.10.037

Degenhardt, L., Dierker, L., Chiu, W. T., Medina-Mora, M. E., Neumark, Y., Sampson, N., ... Kessler, R. C. (2010). Evaluating the drug use «gateway» theory using cross-national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 84-97. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.12.001

Desrosiers, N. A., Ramaekers, J. G., Chauchard, E., Gorelick, D. A. et Huestis, M. A. (2015). Smoked cannabis' psychomotor and neurocognitive effects in occasional and frequent smokers. *Journal of Analytical Toxicology*, 39(4), 251-261. doi:10.1093/jat/bkv012

Dickinson, D., Elvevåg, B. (2009). Genes, cognition and brain through a COMT lens. *Neuroscience*, 164(1), 72-87. doi: 10.1016/j.neuroscience.2009.05.014.

Di Forti, M., Sallis, H., Allegri, F., Trotta, A., Ferraro, L., Stilo, S. A., ... Murray, R. M. (2014). Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1509-1517. doi: 10.1093/schbul/sbt181

Di Forti, M., Morgan, C., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Marques, T.R., Handley, R., Luzi, S., Russo, M., Paparelli, A., Butt, A., Stilo, S.A., Wiffen, B., Powell, J., Murray, R.M. (2009). High-potency cannabis and the risk of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 488-91. doi: 10.1192/bjp.bp.109.064220.

Duncan, L. E. et Keller, M. C. (2011). A critical review of the first 10 years of candidate gene-by-environment interaction research in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 168(10), 1041-1049. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020191

Le cannabis et ses effets délétères

- Ehlers, C. L., Gizer, I. R., Vieten, C., Gilder, D. A., Stouffer, G. M., Lau, P., et Wilhelmsen, K. C. (2010). Cannabis dependence in the San Francisco Family Study: age of onset of use, DSM-IV symptoms, withdrawal, and heritability. *Addictive Behaviors*, 35(2), 102–110. doi:10.1016/j.addbeh.2009.09.009
- Ehrenreich, H., Rinn, T., Kunert, H. J., Moeller, M. R., Poser, W., Schilling, L., ... Hoehe, M. R. (1999). Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology*, 142(3), 295-301.
- Eksborg, S. et Rajs, J. (2008). Causes and manners of death among users of heroin, methadone, amphetamine, and cannabis in relation to post-mortem chemical tests for illegal drugs. *Substance Use and Misuse*, 43(10), 1326-1339. doi: 10.1080/10826080801922124
- Ermis, A., Erkiran, M., Dasdemir, S., Turkcan, A. S., Ceylan, M. E., Bireller, E. S. et Cakmakoglu, B. (2015). The relationship between catechol-Omethyltransferase gene Val158Met (COMT) polymorphism and premorbid cannabis use in Turkish male patients with schizophrenia. *In Vivo*, 29(1), 129-132.
- Feingold, D., Fox, J., Rehm, J. et Lev-Ran, S. (2015). Natural outcome of cannabis use disorder: a 3-year longitudinal follow-up. *Addiction*, 110(12), 1963-1974. doi: 10.1111/add.13071
- Ferdinand, R. F., Sondeijker, F., van der Ende, J., Selten, J. P., Huizink, A. et Verhulst, F. C. (2005). Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. *Addiction*, 100(5), 612-618. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01070.x
- Fernandez-Serrano, M. J., Perez-Garcia, M. et Verdejo-Garcia, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.04.008
- Freeman, D., Dunn, G., Murray, R. M., Evans, N., Lister, R., Antley, A., ... Morrison, P. D. (2015). How cannabis causes paranoia: using the intravenous administration of 9-tetrahydrocannabinol (THC) to identify key cognitive mechanisms leading to paranoia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 391-399. doi: 10.1093/schbul/sbu098
- Freeman, T. P. et Winstock, A. R. (2015). Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychological Medicine*, 45(15), 3181-3189. doi: 10.1017/S0033291715001178
- Fried, P. A. et Makin, J. E. (1987). Neonatal behavioural correlates of prenatal exposure to marijuana, cigarettes and alcohol in a low risk population. *Neurotoxicology and Teratology*, 9(1), 1-7.
- Fried, P. A. et Watkinson, B. (2000). Visuo-perceptual functioning differs in 9- to 12-year olds prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Neurotoxicology and Teratology*, 22(1), 11-20. doi: S0892-0362(99)00046-X [pii]
- Fried, P. A., Watkinson, B. et Gray, R. (1992). A follow-up study of attentional behavior in 6-year-old children exposed prenatally to marijuana, cigarettes, and alcohol. *Neurotoxicology and Teratology*, 14(5), 299-311. doi: 0892-0362(92)90036-A [pii]
- Fried, P. A., Watkinson, B. et Gray, R. (1998). Differential effects on cognitive functioning in 9- to 12-year olds prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Neurotoxicology and Teratology*, 20(3), 293-306. doi: S0892-0362(97)00091-3 [pii]

Le cannabis et ses effets délétères

- Fried, P. A., Watkinson, B. et Gray, R. (2005). Neurocognitive consequences of marijuana—a comparison with pre-drug performance. *Neurotoxicology and Teratology*, 27(2), 231-239. doi: S0892-0362(04)00151-5 [pii] 10.1016/j.ntt.2004.11.003
- Gilbert, C. R., Baram, M. et Cavarocchi, N. C. (2013). «Smoking wet»: respiratory failure related to smoking tainted marijuana cigarettes. *Texas Heart Institute Journal*, 40(1), 64-67.
- Goldman, D., Weinberger, D.R., Malhotra, A.K., Goldberg, T.E. (2009). The role of COMT Val158Met in cognition. *Biological Psychiatry*, 65(1):e1-2. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.07.032.
- Goldschmidt, L., Richardson, G. A., Willford, J. et Day, N. L. (2008). Prenatal marijuana exposure and intelligence test performance at age 6. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(3), 254-263. doi:10.1097/chi.0b013e318160b3f0
- Goodman, J. et Packard, M. G. (2015). The influence of cannabinoids on learning and memory processes of the dorsal striatum. *Neurobiology of Learning and Memory*, 125, 1-14. doi: doi :10.1016/j.nlm.2015.06.008
- Grant, I., Gonzalez, R., Carey, C. L., Natarajan, L. et Wolfson, T. (2003). Nonacute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychology Society*, 9(5), 679-689. doi:10.1017/s1355617703950016
- Hanson, K. L., Winward, J. L., Schweinsburg, A. D., Medina, K. L., Brown, S. A. et Tapert, S. F. (2010). Longitudinal study of cognition among adolescent marijuana users over three weeks of abstinence. *Addictive Behaviors*, 35(11), 970-976. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.06.012
- Harley, M., Kelleher, I., Clarke, M., Lynch, F., Arseneault, L., Connor, D., ... Cannon, M. (2010). Cannabis use and childhood trauma interact additively to increase the risk of psychotic symptoms in adolescence. *Psychological Medicine*, 40(10), 1627-1634. doi: 10.1017/s0033291709991966
- Hart, C. L., van Gorp, W., Haney, M., Foltin, R. W. et Fischman, M. W. (2001). Effects of acute smoked marijuana on complex cognitive performance. *Neuropsychopharmacology*, 25(5), 757-765. doi: S0893-133X(01)00273-1 [pii]10.1016/S0893-133X(01)00273-1
- Hartman, R. L. et Huestis, M. A. (2013). Cannabis effects on driving skills. *Clinical Chemistry*, 59(3), 478-492. doi: 10.1373/clinchem.2012.194381
- Heishman, S. J., Huestis, M. A., Henningfield, J. E. et Cone, E. J. (1990). Acute and residual effects of marijuana: profiles of plasma THC levels, physiological, subjective, and performance measures. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 37(3), 561-565.
- Henquet, C., Rosa, A., Krabbendam, L., Papiol, S., Fananás, L., Drukker, M., Ramaekers, J.G., van Os, J. (2006). An experimental study of catechol-o-methyltransferase Val158Met moderation of delta-9-tetrahydrocannabinol-induced effects on psychosis and cognition. *Neuropsychopharmacology*, 31(12):2748-57.
- Heron, J., Barker, E. D., Joinson, C., Lewis, G., Hickman, M., Munafò, M. et Macleod, J. (2013). Childhood conduct disorder trajectories, prior risk factors and cannabis use at age 16: birth cohort study. *Addiction*, 108(12), 2129-2138. doi: 10.1111/add.12268

- Hickman, M., Vickerman, P., Macleod, J., Lewis, G., Zammit, S., Kirkbride, J. et Jones, P. (2009). If cannabis caused schizophrenia—how many cannabis users may need to be prevented in order to prevent one case of schizophrenia? England and Wales calculations. *Addiction*, 104(11), 1856-1861. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02736.x
- Holland, J. A., Nelson, L., Ravikumar, P. R. et Elwood, W. N. (1998). Embalming fluid-soaked marijuana: new high or new guise for PCP? *Journal of Psychoactive Drugs*, 30(2), 215-219. doi: 10.1080/02791072.1998.10399693
- Hopfer, C. J., Lessem, J. M., Hartman, C. A., Stallings, M. C., Cherny, S. S., Corley, R. P., ... Crowley, T. J. (2007). A genome-wide scan for loci influencing adolescent cannabis dependence symptoms: evidence for linkage on chromosomes 3 and 9. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(1), 34-41. doi: S0376-8716(06)00435-2 [pii]10.1016/j.drugalcdep.2006.11.015
- Houston, J. E., Murphy, J., Adamson, G., Stringer, M. et Shevlin, M. (2008). Childhood sexual abuse, early cannabis use, and psychosis: testing an interaction model based on the National Comorbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 580-585. doi: 10.1093/schbul/sbm127
- Huizink, A. C. (2014). Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: overview of studies. *Progress in Neuro-psychopharmacological and Biological Psychiatry*, 52, 45-52. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.09.014
- Institut de la statistique du Québec (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- Iseger, T. A. et Bossong, M. G. (2015). A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. *Schizophrenia Research*, 162(1-3), 153-161. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.033
- James, A., James, C. et Thwaites, T. (2013). The brain effects of cannabis in healthy adolescents and in adolescents with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 214(3), 181-189. doi:10.1016/j.pscychresns.2013.07.012
- Jutras-Aswad, D., DiNieri, J. A., Harkany, T. et Hurd, Y. L. (2009). Neurobiological consequences of maternal cannabis on human fetal development and its neuropsychiatric outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 259(7), 395-412. doi: 10.1007/s00406-009-0027-z
- Jutras-Aswad, D., Zang, G. et Bruneau, J. (2010). Cannabis use correlates of syringe sharing among injection drug users. *The American Journal on Addictions*, 19(3), 231-237. doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00031.x
- Kano, M., Ohno-Shosaku, T., Hashimoto-dani, Y., Uchigashima, M. et Watanabe, M. (2009). Endocannabinoid-mediated control of synaptic transmission. *Physiological Reviews*, 89(1), 309-380. doi: 10.1152/physrev.00019.2008
- Kelly, E. V., Newton, N. C., Stapinski, L. A., Slade, T., Barrett, E. L., Conrod, P. J. et Teesson, M. (2015). Concurrent and prospective associations between bullying victimization and substance use among Australian adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 154(2015), 63-68. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.012

Le cannabis et ses effets délétères

- Kirilly, E., Hunyady, L. et Bagdy, G. (2013). Opposing local effects of endocannabinoids on the activity of noradrenergic neurons and release of noradrenaline: relevance for their role in depression and in the actions of CB(1) receptor antagonists. *Journal of Neural Transmission (Vienna)*, 120(1), 177-186. doi: 10.1007/s00702-012-0900-1
- Koskinen, J., Lohonen, J., Koponen, H., Isohanni, M. et Miettunen, J. (2010). Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1115-1130. doi: 10.1093/schbul/sbp031 sbp031 [pii]
- Kosty, D. B., Farmer, R. F., Seeley, J. R., Gau, J. M., Duncan, S. C. et Lewinsohn, P.M. (2015). Parental transmission of risk for cannabis use disorders to offspring. *Addiction*, 110(7), 1110-1117. doi: 10.1111/add.12914
- Kuepper, R., van Os, J., Lieb, R., Wittchen, H.-U., Höfler, M. et Henquet, C. (2011). Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *The British Medical Journal*, 342, d738. doi :10.1136/bmj.d738
- Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T. et Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 68(6), 555-561. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.5
- Legleye, S., Beck, F., Khlat, M., Peretti-Watel, P et Chau, N. (2012). The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. *The Journal of Adolescent Health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 50(4), 395-402. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.08.004
- Loberg, E. M., Helle, S., Nygard, M., Berle, J. O., Kroken, R. A. et Johnsen, E. (2014). The Cannabis Pathway to Non-Affective Psychosis may Reflect Less Neurobiological Vulnerability. *Front Psychiatry*, 5, 159. doi: 10.3389/fpsy.2014.00159
- Lopez-Quintero, C., Perez de los Cobos, J., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F. et Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 115(1-2), 120-130. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004
- Lucas, P. G. (2008). Regulating compassion: an overview of Canada's federal medical cannabis policy and practice. *Harm Reduction Journal*, 5, 5. doi: 10.1186/1477-7517-5-5
- Maccarrone, M., Bab, I., Biro, T., Cabral, G. A., Dey, S. K., Di Marzo, V., ... Zimmer, A. (2015). Endocannabinoid signaling at the periphery: 50 years after THC. *Trends in Pharmacological Sciences*, 36(5), 277-296.
- Mair, C., Freisthler, B., Ponicki, W. R. et Gaidus, A. (2015). The impacts of marijuana dispensary density and neighborhood ecology on marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 154,111-116. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.019
- Manrique-Garcia, E., Zammit, S., Dalman, C., Hemmingsson, T., Andreasson, S. et Allebeck, P. (2014). Prognosis of schizophrenia in persons with and without a history of cannabis use. *Psychological Medicine*, 44(12), 2513-2521. doi: 10.1017/S0033291714000191

Le cannabis et ses effets délétères

- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S., ... Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 109(40), E2657-2664. doi: 10.1073/pnas.1206820109
- Minica, C. C., Dolan, C. V., Hottenga, J. J., Pool, R., Genome of the Netherlands, C., Fedko, I. O., ... Vink, J. M. (2015). Heritability, SNP- and Gene-Based Analyses of Cannabis Use Initiation and Age at Onset. *Behavior Genetics*, 45(5), 503-513. doi: 10.1007/s10519-015-9723-9
- Moffitt, T. E., Meier, M. H., Caspi, A. et Poulton, R. (2013). Reply to Rogeberg and Daly: No evidence that socioeconomic status or personality differences confound the association between cannabis use and IQ decline. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 110(11), E980-982.
- Montecucco, F. et Di Marzo, V. (2012). At the heart of the matter: the endocannabinoid system in cardiovascular function and dysfunction. *Trends in Pharmacological Sciences*, 33(6), 331-340. doi:10.1016/j.tips.2012.03.002
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M. et Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319-328. doi: S0140-6736(07)61162-3 [pii] 10.1016/S0140-6736(07)61162-3
- Morena, M., Patel, S., Bains, J. S. et Hill, M. N. (2016). Neurobiological Interactions Between Stress and the Endocannabinoid System. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 80-102. doi: 10.1038/npp.2015.166
- Morley, K. I., Lynskey, M. T., Moran, P., Borschmann, R. et Winstock, A. R. (2015). Polysubstance use, mental health and high-risk behaviours: Results from the 2012 Global Drug Survey. *Drug and Alcohol Review*, 34(4), 427-437. doi: 10.1111/dar.12263
- Myles, N., Newall, H., Nielssen, O. et Large, M. (2012). The association between cannabis use and earlier age at onset of schizophrenia and other psychoses: meta-analysis of possible confounding factors. *Current Pharmaceutical Design*, 18(32), 5055-5069.
- O'Brien, M. S., Comment, L. A., Liang, K. Y. et Anthony, J. C. (2012). Does cannabis onset trigger cocaine onset? A case-crossover approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(1), 66-75. doi: 10.1002/mpr.359
- Office des Nations unies contre la drogue et le crime (2014). *World drug report 2014 (document en anglais)*. New York, États-Unis : Office des Nations unies contre la drogue et le crime
- Patton, G. C., Coffey, C., Lynskey, M. T., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J. B. et Hall, W. (2007). Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction*, 102(4), 607-615. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01728.x
- Pertwee, R. G. (2008). The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: delta9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and delta9-tetrahydrocannabivarin. *British Journal of Pharmacology*, 153(2), 199-215. doi: 0707442 [pii]10.1038/sj.bjp.0707442
- Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Cohane, G., Huestis, M. A. et Yurgelun-Todd, D. (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug and Alcohol Dependence*, 69(3), 303-310. doi: S0376871602003344 [pii]

Le cannabis et ses effets délétères

- Potvin, S., Joyal, C. C., Pelletier, J. et Stip, E. (2008). Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: a metaanalysis. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 242-251. doi:10.1016/j.schres.2007.04.022
- Rabin, R. A., Zakzanis, K. K., Daskalakis, Z. J. et George, T. P. (2013). Effects of cannabis use status on cognitive function, in males with schizophrenia. *Psychiatry Reserach*, 206(2-3), 158-165. doi: 10.1016/j.psychres.2012.11.019
- Rabin, R. A., Zakzanis, K. K. et George, T. P. (2011). The effects of cannabis use on neurocognition in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 128(1-3), 111-116. doi: 10.1016/j.schres.2011.02.017
- Ramaekers, J. G., Kauert, G., Theunissen, E. L., Toennes, S. W. et Moeller, M. R. (2009). Neurocognitive performance during acute THC intoxication in heavy and occasional cannabis users. *Journal of Psychopharmacology*, 23(3), 266-277. doi: 0269881108092393[pii]10.1177/0269881108092393
- Ramaekers, J. G., Kauert, G., van Ruitenbeek, P., Theunissen, E. L., Schneider, E. et Moeller, M. R. (2006). High-Potency Marijuana Impairs Executive Function and Inhibitory Motor Control. *Neuropsychopharmacology*, 31(2006), 2296-2303. doi: 0893-133X/06
- Ramaekers, J. G., Moeller, M. R., van Ruitenbeek, P., Theunissen, E. L., Schneider, E. et Kauert, G. (2006). Cognition and motor control as a function of Delta9-THC concentration in serum and oral fluid: limits of impairment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85(2), 114-122. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.03.015
- Ranganathan, M. et D'Souza, D. C. (2006). The acute effects of cannabinoids on memory in humans: a review. *Psychopharmacology*, 188(2006), 425-444. doi: 10.1007/s00213-006-0508-y
- Richmond-Rakerd, L. S., Slutske, W. S., Deutsch, A. R., Lynskey, M. T., Agrawal, A., Madden, P. A., ... Martin, N. G. (2015). Progression in Substance Use Initiation: A Multilevel Discordant Monozygotic Twin Design. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(3), 596-605. doi: 10.1037/abn0000068
- Rogeberg, O. (2013). Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. *Proceedings of the National Academy of Science of the Unites States of America*, 110(11), 4251-4254. doi:10.1073/pnas.1215678110
- Schreiner, A. M. et Dunn, M. E. (2012). Residual effects of cannabis use on neurocognitive performance after prolonged abstinence: a meta-analysis. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20(5), 420-429. doi: 10.1037/a0029117
- Schubart, C. D., Boks, M. P., Breetvelt, E. J., van Gastel, W. A., Groenwold, R. H., Ophoff, R. A., ... Kahn, R. S. (2011). Association between cannabis and psychiatric hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 368-375. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01640.x
- Schubart, C. D., Sommer, I. E., van Gastel, W. A., Goetgebuer, R. L., Kahn, R. S. et Boks, M. P. (2011). Cannabis with high cannabidiol content is associated with fewer psychotic experiences. *Schizophrenia Research*, 130(1-3), 216-221. doi: 10.1016/j.schres.2011.04.017

Le cannabis et ses effets délétères

Schuermeyer, J., Salomonsen-Sautel, S., Price, R. K., Balan, S., Thurstone, C., Min, S.-J. et Sakai, J. T. (2014). Temporal trends in marijuana attitudes, availability and use in Colorado compared to non-medical marijuana states: 2003-2011. *Drug and Alcohol Dependence*, 140, 145-155. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.04.016

Schulte, M. H., Cousijn, J., den Uyl, T. E., Goudriaan, A. E., van den Brink, W., Veltman, D. J., ... Wiers, R. W. (2014). Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment. *Clin Psychological Review*, 34(7), 531-550. doi: 10.1016/j.cpr.2014.08.002

Sevigny, E. (2013). Is today's marijuana more potent simply because it's fresher? *Drug Test Analysis*, 5(1), 62-67. doi: 10.1002

Sevigny, E., Pacula, R. L. et Heathon, P. (2014). The effects of medical marijuana laws on potency. *International Journal of Drug Policy*, 25(2014), 308-319.

Statistique Canada. (2013). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013. Repéré à http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/datadonnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-fra.php?_ga=1.86276061.493773395.1410188345.

Stinson, F. S., Ruan, W. J., Pickering, R. et Grant, B. F. (2006). Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 36(10), 1447-1460. doi: 10.1017/S0033291706008361

Stone, J. M., Fisher, H. L., Major, B., Chisholm, B., Woolley, J., Lawrence, J., ... Young, A. H. (2014). Cannabis use and first-episode psychosis: relationship with manic and psychotic symptoms, and with age at presentation. *Psychological Medicine*, 44(3), 499-506. doi: 10.1017/s0033291713000883

Takagi, M., Yucel, M., Cotton, S. M., Baliz, Y., Tucker, A., Elkins, K. et Lubman, D. I. (2011). Verbal memory, learning, and executive functioning among adolescent inhalant and cannabis users. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(1), 96-105.

ter Bogt, T., Schmid, H., Gabhainn, S.N., Fotiou, A. et Vollebergh, W. (2006). Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*, 101(2), 241-51.

Tunbridge, E.M., Dunn, G., Murray, R.M., Evans, N., Lister, R., Stumpfenhorst, K., ... Freeman, D. (2015). Genetic moderation of the effects of cannabis: catechol-O-methyltransferase (COMT) affects the impact of Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) on working memory performance but not on the occurrence of psychotic experiences. *Journal of Psychopharmacology*, 29(11), 1146-51. doi: 10.1177/0269881115609073.

Tzilos, G. K., Reddy, M. K., Caviness, C. M., Anderson, B. J. et Stein, M. D. (2014). Getting higher: co-occurring drug use among marijuana-using emerging adults. *Journal of Addictive Diseases*, 33(3), 202-209. doi:10.1080/10550887.2014.950024

Van Dam, N. T., Bedi, G. et Earleywine, M. (2012). Characteristics of clinically anxious versus non-anxious regular, heavy marijuana users. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1217-1223. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.05.021

van der Meer, F. J. et Velthorst, E. (2015). Course of cannabis use and clinical outcome in patients with non-affective psychosis: a 3-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 45(9), 1977-1988. doi: 10.1017/S0033291714003092

van der Pol, P., Liebrechts, N., de Graaf, R., Korf, D. J., van den Brink, W. et van Laar, M. (2013). Reliability and validity of the Severity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in frequent cannabis users. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(2), 138-143. doi: 10.1002/mpr.1385

van der Pol, P., Liebrechts, N., Brunt, T., van Amsterdam, J., de Graaf, R., Korf, D. J., ... van Laar, M. (2014). Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: an ecological study. *Addiction*, 109(7), 1101-1109. doi:10.1111/add.12508

van Heugten-Van der Kloet, D., Giesbrecht, T., van Wel, J., Bosker, W. M., Kuypers, K. P., Theunissen, E. L., ... Ramaekers, J. G. (2015). MDMA, cannabis, and cocaine produce acute dissociative symptoms. *Psychiatry Research*, 228(3), 907-912. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.028

van Leeuwen, A. P., Verhulst, F. C., Reijneveld, S. A., Vollebergh, W. A., Ormel, J. et Huizink, A. C. (2011). Can the gateway hypothesis, the common liability model and/or, the route of administration model predict initiation of cannabis use during adolescence? A survival analysis—the TRAILS study. *Journal of Adolescent Health*, 48(1), 73-78. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.05.008

van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. et Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195. doi: 10.1017/s0033291708003814

van Winkel, R. et Kuepper, R. (2014). Epidemiological, neurobiological, and genetic clues to the mechanisms linking cannabis use to risk for nonaffective psychosis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 767-791. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153631

Vardakou, I., Pistos, C. et Spiliopoulou, C. (2010). Spice drugs as a new trend: Mode of action, identification and legislation. *Toxicology Letters*, 197, 157–162.

Verdejo-Garcia, A., Fagundo, A. B., Cuenca, A., Rodriguez, J., Cuyas, E., Langohr, K., ... De la Torre, R. (2013). COMT val158met and 5-HTTLPR genetic polymorphisms moderate executive control in cannabis users. *Neuropsychopharmacology*, 38(8), 1598-1606. doi: 10.1038/npp.2013.59

Verweij, K. J. H., Zietsch, B. P., Lynskey, M. T., Medland, S. E., Neale, M. C., Martin, N. G., ... Vink, J. M. (2010). Genetic and environmental influences on cannabis use initiation and problematic use: a meta-analysis of twin studies. *Addiction*, 105(3), 417–430. doi :10.1111/j.1360-0443.2009.02831.x

Volkow, N.D., Hampson A.J., et Baler R.D. (2017). Don't Worry, Be Happy: Endocannabinoids and Cannabis at the Intersection of Stress and Reward. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 57, 285-308. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010716-104615.

Wilkinson, S. T., Radhakrishnan, R. et D'Souza, D. C. (2014). Impact of Cannabis Use on the Development of Psychotic Disorders. *Current Addiction Report*, 1(2), 115-128. doi: 10.1007/s40429-014-0018-7

Le cannabis et ses effets délétères

Winton-Brown, T. T., Allen, P., Bhattacharyya, S., Borgwardt, S. J., Fusar-Poli, P., Crippa, J. A., ... McGuire, P. K. (2011). Modulation of auditory and visual processing by delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol: an fMRI study. *Neuropsychopharmacology*, 36(7), 1340-1348. doi: 10.1038/npp.2011.17

Wittchen, H. U., Frohlich, C., Behrendt, S., Gunther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., ... Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88 Suppl 1, S60-70. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.013

Yucel, M., Bora, E., Lubman, D. I., Solowij, N., Brewer, W. J., Cotton, S. M., ... Pantelis, C. (2012). The impact of cannabis use on cognitive functioning in patients with schizophrenia: a meta-analysis of existing findings and new data in a first-episode sample. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 316-330. doi:10.1093/schbul/sbq079

Zaman, T., Malowney, M., Knight, J. et Boyd, J. W. (2015). Co-Occurrence of Substance-Related and Other Mental Health Disorders Among Adolescent Cannabis Users. *Journal of Addiction Medicine*, 9(4), 317-321. doi:10.1097/ADM.0000000000000138

Zhou, Y., Falenta, K. et Lalli, G. (2014). Endocannabinoid signalling in neuronal migration. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 47(2014), 104-108. doi: 10.1016/j.biocel.2013.12.007

Zuurman, L., Ippel, A. E., Moin, E. et van Gerven, J. M. (2009). Biomarkers for the effects of cannabis and THC in healthy volunteers. *British Journal of Clinical Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 67(1), 5-21. doi: 10.1111/j.1365-2125.2008.03329.x



RÉFLEXION THÉORIQUE

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Line Beaulchesne, Professeure titulaire, Département de criminologie, Université d'Ottawa
et professeure associée au Département de santé communautaire de l'Université de Sherbrooke

Correspondance

Line Beaulchesne
Université d'Ottawa
Faculté des Sciences sociales
Département de criminologie
120 rue Université, Bureau FSS 14023
Ottawa, Ontario. K1N 6N5
Tél. : 613-562-5800, poste 1791
Courriel : Line.Beaulchesne@uottawa.ca

Résumé

Le gouvernement libéral du Canada élu majoritaire le 19 octobre 2015 avait dans ses promesses électorales la légalisation du cannabis. Il tiendra parole. Un document de discussion fut publié en juin 2016 donnant les assises au Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis qui a rendu son rapport le 30 novembre 2016. Ce rapport, a expliqué le gouvernement, sera un des outils pour élaborer son cadre législatif et servira de base aux discussions avec les provinces et territoires, de même qu'avec les experts qui auront à gérer ce cadre réglementaire. Dans cet article, nous verrons les principaux défis politiques, sociaux et économiques qui attendent le gouvernement dans ces discussions avec les provinces et territoires, de même qu'avec les experts en ce qui a trait aux recommandations du rapport. Il s'organise autour des questions posées sur les cinq aspects de la réglementation dans le document de discussion. Pour identifier ces défis, en plus des apprentissages retenus par les études sur la situation au Colorado et à Washington, se grefferont les apprentissages des études quant à la gestion actuelle des drogues légales. En premier lieu sont exposés les défis liés à l'arrivée même de cette loi, puis ceux qui touchent à l'objectif de santé publique, au système de production, de transformation et de distribution, au contrôle du cadre réglementaire, et enfin, à la question plus spécifique du cannabis à des fins thérapeutiques. Nous verrons pourquoi l'application de cette loi sera complexe, coûteuse et pourra aisément dévier des objectifs de départ. Une surveillance à court et à long terme sera nécessaire pour s'assurer que les différents niveaux de gouvernement conservent la primauté de la santé publique et considèrent l'usage du pénal en dernier recours.

Mots-clés : cannabis, légalisation, drogue, santé publique

Legalizing Cannabis in Canada: Challenges ahead

Abstract

On October 19th, 2015, the Liberal government of Canada, which was elected with a majority, had in its election promises the legalization of cannabis. He will follow through with this promise. A Discussion Paper was issued in June 2016 setting the stage for the Working Group on Legalization and Regulation of Cannabis, which issued its Report on November 30th 2016. This Report, the Government explained, will be one of the tools to develop its legislative framework and will serve as a basis for discussions with Provinces and Territories, as well as experts who will have to manage this regulatory framework. In this article, we will see the main political, social and economic challenges facing the Government in these discussions with the Provinces and Territories, as well as experts, considering the recommendations of the Report with respect to the questions posed on the five aspects of regulation in the Discussion Paper. To identify these challenges, in addition to the lessons learned from the studies regarding the situation in Colorado and Washington, will be grafted the learning of the studies on the current management of legal drugs.

Firstly, the challenges related to the very arrival of this law are outlined. Subsequently, the challenges related to the public health objective, the production, processing and distribution system, the regulatory framework, and the more specific issue of cannabis for therapeutic purposes will be exposed.

We will see why the application of this law will be complex, costly and can easily deviate from the original objectives. Short- and long-term monitoring will be required to ensure that the various levels of government retain the primacy of public health and consider the use of criminal justice as a last resort.

Keywords: cannabis, legalization, drug, public health

La legalización del cannabis en Canadá

Resumen

El Gobierno liberal de Canadá, elegido por mayoría el 19 de octubre de 2015, incluyó en sus promesas electorales la legalización del cannabis. Cumplirá con su palabra. En junio de 2016 se publicó un Documento de discusión sentando las bases para el *Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis* (Grupo de trabajo sobre la legalización y la reglamentación del cannabis), que entregó su informe el 30 de noviembre de 2016. Este informe, según explicó Gobierno, será una de las herramientas utilizadas para elaborar el marco legislativo que servirá de base a las discusiones con las provincias y los territorios y con los expertos que deberán gestionar dicho marco reglamentario. En este artículo veremos los principales desafíos políticos, sociales y económicos que el Gobierno deberá enfrentar en estas discusiones con las provincias y los territorios, así como con los expertos, teniendo en cuenta las recomendaciones del informe con respecto a las preguntas planteadas en el Documento de discusión sobre los cinco aspectos de la reglamentación. Para identificar estos desafíos, además de las experiencias retenidas por los estudios sobre la situación en Colorado y en Washington, se agregarán las conclusiones de los estudios referidos a la gestión actual de las drogas legales. En primer lugar, se exponen en el artículo los retos relacionados con la llegada misma de esta ley, luego los relacionados con el objetivo de salud pública, el sistema de producción, de transformación y de distribución, el control del marco reglamentario y, finalmente, con la cuestión más específica del cannabis con fines terapéuticos. Veremos por qué razón la aplicación de esta ley será compleja y costosa y cómo podría fácilmente desviarse de los objetivos originales. Será necesario ejercer una vigilancia a corto y a mediano plazo para asegurar que los diferentes niveles de Gobierno conserven la primacía de la salud pública y consideren el uso del sistema penal como último recurso.

Palabras clave: cannabis, legislación, droga, salud pública

Introduction

Le gouvernement libéral du Canada élu majoritaire le 19 octobre 2015 avait dans ses promesses électorales la légalisation du cannabis. Il tiendra parole et le délai pour préparer le cadre réglementaire sera relativement court, puisque la ministre de la Santé, Jane Philpott, lors de l'United Nations General Assembly Special Session (UNGASS)^[1] d'avril 2016 sur les drogues, a annoncé que la loi serait prête au printemps 2017. En janvier 2016, le gouvernement annonçait que le député de Scarborough-Sud-Ouest, Bill Blair, ancien chef de police de Toronto et Secrétaire parlementaire de la ministre de la Justice, serait responsable du Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis^[2] – (GTLRC), et assurerait le rôle de liaison du gouvernement auprès de ce groupe.

Avant que n'entre en fonction ce groupe de travail, soit le 30 juin 2016, des experts et représentants du gouvernement fédéral se sont rendus au Colorado et à Washington pour en dégager les apprentissages. Ils conduiront à la préparation d'un document de discussion traitant de cinq aspects précis de la réglementation pour lesquels le gouvernement fédéral désirait avoir l'avis du groupe de travail. Ce document intitulé *Vers la légalisation, la réglementation et la restriction de l'accès à la marijuana*^[3] (Santé Canada, 2016a) fut également mis en ligne sur le site de Santé Canada en juillet et août 2016. Le but était que s'ajoutent aux consultations du groupe de travail réalisées partout au Canada, les réflexions de groupes et de citoyens intéressés par la question. 30 000 réponses à cette consultation en ligne furent reçues (GTLRC, 2016).

La principale tâche du GTLRC fut ainsi de recueillir et d'analyser l'ensemble de ces réactions. Leur travail fut intense, puisque le rapport était demandé par le gouvernement pour le 30 novembre 2016, ce qui fut fait (GTLRC, 2016). Ce rapport, a expliqué le gouvernement, sera un des outils pour élaborer son cadre législatif et « servira de base aux discussions avec les provinces, les territoires et les experts » qui auront à gérer ce cadre réglementaire (Santé Canada, 2016a : Section Conclusion, n.p.).

Dans cet article, nous verrons les principaux défis politiques, sociaux et économiques qui attendent le gouvernement dans ces discussions avec les provinces et territoires, de même qu'avec les experts, en ce qui concerne les recommandations avancées à l'égard des cinq aspects de la réglementation abordés dans le document de discussion. Pour identifier ces défis, en plus des apprentissages retenus par les études sur la situation au Colorado et à Washington, se grefferont les apprentissages des études quant à la gestion actuelle des drogues légales.

Le plan qui va suivre se moulera à celui du document de discussion et du rapport du groupe de travail. Il mettra en valeur la perspective gouvernementale sur les questions posées au groupe de travail dans son document de discussion (Santé Canada, 2016a), de même que les réponses du groupe de travail telles qu'exposées dans son rapport (GTLRC, 2016). En premier lieu seront exposés les défis liés à l'application de cette loi, puis ceux qui touchent à (1) l'objectif de santé publique, (2) au système de production et de transformation, (3) au système de distribution, (4) au contrôle du cadre réglementaire, et enfin, (5) à la question plus spécifique du cannabis à des fins thérapeutiques.

¹ Cette UNGASS a eu lieu du 19 au 21 avril 2016.

² Il sera composé de 9 membres : A. Anne McLellan (présidente), Mark. A. Ware (vice-président), Susan Boyd, George Chow, Marlene Jesso, Perry Kendall, Raf Souccar, Barbara von Tigerstrom, Catherine Zahn.

³ Le terme « marijuana » fut changé pour le terme « cannabis » dans le rapport final du Groupe de travail, car le GTLRC – qui a également changé son nom en conséquence – considère que le terme marijuana « n'est pas scientifiquement précis », lui préférant le terme de « cannabis », car « le *Cannabis sativa* est le véritable nom botanique de cette plante » (GTLRC, 2016 :14).

Défis liés à l'application de cette loi

Premier défi : une loi flexible qui saura s'adapter aux données de la recherche

Dès l'introduction du document de discussion, le gouvernement explique que l'on manque cruellement de données sur bien des aspects liés à la gestion sécuritaire de cette drogue et qu'à cette fin, il compte «entreprendre la collecte de données de façon continue incluant la collecte de données de base, pour surveiller l'impact de ce nouveau cadre» (Santé Canada 2016a : n.p.). De même, le groupe de travail insiste à l'effet que ce cumul de données est fondamental, car il fera en sorte que le cadre réglementaire sur le cannabis sera fondé sur des preuves scientifiques probantes. Ces données signifieront également que le cadre réglementaire devra probablement subir des ajustements au fil des années afin de s'inscrire dans les apprentissages scientifiques nouveaux qui résulteront des recherches. Comme l'ont constaté le Colorado et Washington, une loi réglementant le cannabis doit demeurer flexible, car culturellement c'est un nouveau marché dont on explorera les possibilités, tant du côté des investisseurs dans le marché, que des consommateurs. De plus, en raison de la nouveauté des produits, particulièrement l'arrivée de produits comestibles et du tourisme généré par cette situation, cela prendra quelques années avant de vraiment pouvoir évaluer les conséquences de ces changements sur la consommation (Subritzky, Pettigrew et Lenton, 2016).

Deuxième défi : les ressources nécessaires à l'implantation du cadre réglementaire

Dans la section sur le contexte, le document de discussion résume quelques données générales sur cette drogue, ses variétés, ses diverses formes d'usage, sa prévalence de consommation, les divers risques pour la santé, démêlant quelque peu les mythes de la réalité, et expliquant ses avantages thérapeutiques. Par la suite, on y résume les principaux aspects de la loi canadienne actuelle, les coûts du système de justice pour contrôler le marché illégal et les méfaits causés aux personnes par le système pénal. Enfin, on y mentionne les apprentissages retenus des expériences de légalisation du cannabis dans les États du Colorado et de Washington, identifiant les quatre éléments essentiels pour assurer une mise en œuvre efficace :

- prendre le temps nécessaire pour garantir un lancement réussi ;
- élaborer un plan de communication publique clair et détaillé ;
- établir une stratégie fondée sur des données probantes ainsi qu'une stratégie de collecte de données afin de procéder à une surveillance à long terme et à des ajustements pour atteindre les objectifs en matière de politiques ; et
- mettre en place, avant la légalisation, un système de sensibilisation du public quant aux effets sur la santé. (Santé Canada 2016a : n.p.).

Cela signifie mettre en place tous les éléments préparatoires à l'implantation adéquate du cadre réglementaire **avant** la mise en œuvre de la loi. Il y a non seulement l'information au public, mais comme nous le verrons tout au long de ce texte, les ressources pour contrôler la qualité des produits, leur distribution, la formation du personnel médical, policier, communautaire, etc. Washington a connu plusieurs difficultés d'implantation de son cadre réglementaire, parce que le Washington State Liquor and Cannabis Board (WSLCB) chargé d'implanter le cadre réglementaire était sous-financé. Tout comme au Colorado, on a fait l'erreur d'attendre les revenus de la taxation pour compléter les éléments nécessaires à l'application du cadre réglementaire, plutôt que d'investir avant la mise en œuvre de la loi et de bénéficier des infrastructures, des programmes d'information et de prévention, de même que des programmes de recherche et de cumul de données nécessaires dès le début.

Pour cette raison, il y aura sûrement un délai de plusieurs mois entre l'adoption du cadre réglementaire et sa mise en œuvre. Ainsi, un premier élément de négociation entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires touchera aux ressources financières nécessaires à l'implantation de ce cadre. Comme les revenus de la taxation ne seront pas encore là durant cette période, il est certain que les provinces et territoires attendront du gouvernement fédéral une contribution financière importante pour les soutenir dans la mise sur pied des différents éléments nécessaires à la préparation de la mise en œuvre du cadre réglementaire sur le cannabis.

Ainsi, pour le gouvernement fédéral, le défi sera de s'assurer avec les provinces et territoires que les ressources seront suffisantes et bien ciblées pour préparer efficacement l'arrivée de ce nouveau cadre réglementaire et surtout, insiste le groupe de travail, que les messages d'éducation du public seront coordonnés entre le fédéral, les provinces et les territoires et fondés sur des données probantes, prenant particulièrement en compte les clientèles vulnérables (GTLRC, 2016 : 34).

Troisième défi : se justifier au regard des conventions internationales

La section sur le contexte du document de discussion se termine sur la question des obligations internationales du Canada, reconnaissant que la « légalisation de la marijuana n'est pas conforme aux fins visées par les conventions sur les stupéfiants » et rappelant que « l'Uruguay demeure le seul pays à avoir totalement légalisé la marijuana » (Santé Canada 2016a : n.p.).

Toutefois, le groupe de travail n'a pas été consulté sur cet aspect, le document soulignant que le gouvernement se chargera de trouver un « terrain d'entente » avec ses partenaires internationaux. Considérant que les groupes militant pour la légalisation du cannabis croient pour la plupart qu'il n'y a qu'à se retirer des conventions (Lemoine, 2016), il vaut la peine d'apporter quelques précisions sur le sujet afin de montrer que cela n'est pas une option viable, que c'est ailleurs que se trouve la solution.

Il existe trois conventions internationales en matière de drogues signées par la très grande majorité des 193 États membres de l'ONU en 2016 (ONU, 2016a) :

- la *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961, entrée en vigueur en 1964 et le protocole d'amendement de 1972 entré en vigueur en 1975, dont 154 États sont signataires ;
- la *Convention sur les substances psychotropes* de 1971 entrée en vigueur en 1976 dont 183 États sont signataires ;
- la *Convention contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes* de 1988 entrée en vigueur en 1990 dont 189 États sont signataires.

Les pays signataires de ces conventions s'engagent à adapter leur législation nationale en matière de drogues afin qu'elle soit conforme aux dispositions que les conventions contiennent, soit la prohibition de la possession, de la culture et du trafic de certaines drogues. De plus, elles obligent la coopération internationale dans la lutte contre leur trafic. Enfin, les pays doivent rendre compte annuellement dans un rapport à l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) des justifications de production et du commerce de ces drogues pour des fins médicales ou scientifiques, ainsi que des quantités produites. Voilà le minimum non négociable à moins d'un changement des conventions (Dupras, 1998).

Toutefois, celles-ci laissent une latitude dans plusieurs secteurs pour adopter une approche davantage en santé publique, latitude que les pays utilisent fort inégalement à l'heure actuelle.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

- Si les conventions obligent à la prohibition, ce sont aux États à décider du niveau plus ou moins sévère de répression. Il est dit que les sanctions pénales doivent être proportionnelles à la gravité de l'infraction, toutefois c'est l'État qui est juge de cette gravité.
- Dans les cas d'infractions pour usage personnel, la *Convention contre le trafic illicite* de 1988, à l'article 3, permet de substituer des mesures autres que des sanctions pénales en considérant la simple possession⁴ comme une infraction mineure. C'est ce qui a amené jusqu'à maintenant près d'une vingtaine de pays signataires à ne jamais criminaliser ou à décriminaliser la possession simple de l'ensemble des drogues, et des dizaines de pays à décriminaliser la possession simple de cannabis (Mackey et al., 2014).
- Les usages médicaux de ces drogues sont permis et ne sont pas définis dans les conventions, cette interprétation appartenant à l'État. Ainsi l'État est parfaitement libre, s'il le désire, d'implanter un très large réseau de distribution thérapeutique de ces drogues.
- Les conventions permettent également l'usage des drogues illicites aux fins de réhabilitation. Même s'il n'est pas fait explicitement mention qu'il peut s'agir du traitement des usagers de drogues illicites, comme la définition des fins de cette réhabilitation est laissée aux États, les programmes de prescription d'héroïne adoptés par certains pays sont en parfaite conformité avec les conventions.
- Les recherches scientifiques sur les drogues prohibées sont permises et les conventions n'en définissent pas leur cadre. Il revient à l'État de décider d'en faire et d'accepter un cadre plus ou moins large d'opération.

Comme on peut le constater, la légalisation d'une drogue ne fait pas partie des espaces offerts. Peut-on alors déroger à certains articles des conventions ?

Quatre procédés permettent de déroger à certains articles des conventions : le déclassement, l'amendement, la dénonciation et les réserves. De plus, les conventions internationales sur les drogues, comme bien des conventions, soulignent que les articles s'appliquent sous réserve des constitutions et des chartes de droits des États. Enfin, la *Convention de Vienne sur le droit des traités* (CVDT) de 1969 permet à l'article 41 de modifier un traité entre certaines parties signataires seulement, ce que l'on désigne par une modification inter se d'un traité (Bewley-Taylor, 2003).

La procédure de **déclassement** est celle qui reçoit l'accueil le plus favorable, particulièrement pour le cannabis. L'avantage de cette procédure est qu'elle peut permettre de faire passer une drogue d'une catégorie assujettie à des mesures de répression pénale sévères vers une catégorie avec des réglementations plus souples (article 3, *Convention unique*). La procédure de reclassement fut recommandée pour le cannabis par le Comité spécial du Sénat canadien sur les drogues illicites (2002). On désirait faire passer cette drogue du Tableau IV (les plus nocives) au Tableau I (les moins nocives). Toutefois, cette procédure laisse les décisions finales aux organes de contrôle des conventions (la Commission des stupéfiants – (CS) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)) chargés de faire les propositions à l'Assemblée générale des Nations Unies. Cela renvoie ainsi ces décisions aux États les plus forts dans ces organes de contrôle, soit, à l'heure actuelle, la Russie, la Chine et l'Iran, États parmi les plus répressifs en matière de drogues⁵ (Bewley-Taylor, Jalsma et Blickman, 2014). Enfin, il faut comprendre que ce reclassement n'accorde pas aux États le droit de légaliser le cannabis, simplement d'en alléger les sanctions.

⁴ Il y a deux infractions de possession. La simple possession – pour usage personnel – et la possession en vue de trafic.

⁵ Avant la présidence d'Obama, ce sont les États-Unis qui dominaient ces organes de contrôle et travaillaient à maintenir la prohibition (Bewley-Taylor, 1999; Kumah-Abiwu, 2014).

Les demandes d'**amendement** sont permises par l'article 47 de la *Convention unique*. Deux procédures peuvent découler d'un amendement demandé par un ou plusieurs États. Le premier est qu'il est soumis directement aux États signataires qui ont 18 mois pour décider de sa pertinence. Si aucune opposition ne vient des États, il revient à l'ONUDC et à la Commission de décider si cela respecte « l'esprit des conventions » et d'en aviser l'ONU. L'autre processus est la convocation d'une conférence pour présenter le ou les amendements qui peuvent être adoptés à majorité simple. L'avantage de cette procédure est, qu'en cas d'adoption, les États qui s'y sont opposés peuvent continuer d'opérer sous les anciennes obligations des traités avant l'amendement, ce qui peut diminuer les résistances. La difficulté est que cette procédure a peu de poids si elle est le fait d'un seul État ou de peu d'États, ce qui ne permettra pas d'atteindre la majorité. De plus, cette procédure peut se révéler extrêmement longue et complexe si la demande d'amendement exige de modifier les trois traités. Enfin, si l'amendement est jugé par l'ONUDC et la CS comme contrevenant à « l'esprit des conventions », quelle que soit la procédure utilisée, il peut être rejeté du revers de la main par les instances de contrôle de l'ONU.

La procédure de **dénonciation** de l'article 46 de la *Convention unique* vise à mettre un terme à celle-ci ; « cette solution a été proposée en 1991 par 103 magistrats et professeurs de droit pénal en Espagne ; ils ont fait circuler et signer un manifeste et une proposition concrète de changements législatifs et de mise en place d'une légalisation contrôlée » (Colle, 2000: 168). Le gouvernement espagnol n'a pas fait le suivi de cette demande auprès des Nations Unies, car une procédure de dénonciation présentée par un seul État constitue d'abord et avant tout un geste politique qui, d'une part, sera sans conséquence réelle sur l'avenir des conventions, et d'autre part, sera politiquement et économiquement très risqué (Bewley-Taylor, 2003). Pourquoi ?

Tout d'abord, il faut comprendre que ces conventions internationales ne régissent pas que les drogues illégales. Elles régissent également le commerce à des fins médicales des drogues licites, dont les médicaments essentiels contenus dans la liste de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2017), liste qui existe depuis 1977 pour aider les pays en voie de développement (Louz, 2012). Cet accès aux médicaments essentiels relève en fait du droit à la santé inscrit dans le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (Seuba, 2006). Ainsi, se retirer des conventions est très risqué pour les pays qui ont besoin de ces médicaments.

Une autre raison qui fait que pour plusieurs pays il est tout à fait risqué et même impossible d'utiliser la procédure de dénonciation est qu'ils « reçoivent de l'aide au développement ou bénéficient d'accords commerciaux préférentiels, la dénonciation pourrait également entraîner des sanctions économiques » (Réseau juridique VIH/sida, 2016 : 13). Ce qu'il faut comprendre ici est qu'être signataire des

trois traités sur le contrôle des drogues est une condition de plusieurs accords commerciaux préférentiels et pour l'accession à l'Union européenne^[6]. Le gouvernement étatsunien [...] est encore détenteur du mécanisme de certification disciplinaire^[7] et le retrait des traités sur le contrôle des drogues conduirait presque certainement à une perte de la certification et à des

⁶ Sur la politique européenne en matière de drogues, voir Chatwin (2017).

⁷ La narcodiplomatie pour dénigrer, menacer, appauvrir et même attaquer des pays qui n'obtempèrent pas à leurs politiques s'est traduite aux États-Unis en processus de certification. Si un pays est certifié par les États-Unis comme ayant une bonne politique en matière de drogues, il a droit à son aide économique. S'il ne l'est pas, il est désigné en tant que pays trafiquant et il est alors privé non seulement de l'aide économique américaine, mais également de l'appui des États-Unis dans toutes les instances chargées de promouvoir la coopération internationale, ce qui équivaut à un veto. Si l'on examine ce processus américain de certification/décertification, il répond de toute évidence à leurs intérêts politico-économiques bien plus qu'à l'évolution du marché des drogues (Bewley-Taylor, 1998 ; Brouet, 1991 ; Labrousse, 2001 ; Sauloy et Le Bonniec, 1992). Un pays peut même être aidé malgré lui à se faire certifier. En effet, les États-Unis sont venus militairement « aider » à se qualifier pour la certification la Bolivie, la Colombie, le Panama et le Mexique.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

sanctions. La dénonciation d'un traité peut donc avoir de sérieuses implications politiques et économiques, en particulier pour des pays pauvres et moins puissants. Même pour des pays moins vulnérables sur le plan économique, le simple fait de se retirer d'un traité sur les drogues comporterait un risque d'affecter leur réputation. (Réseau juridique VIH/sida, 2016 : 13)

En effet, les États ne veulent pas balayer du revers de la main les règles internationales quand cela ne fait pas leur affaire. Ils désirent négocier les changements, même si cela relève de longs processus, car le droit international est ce qui régit les relations des États entre eux, au même titre qu'il serait mal séant de ne pas suivre les règles du droit national, parce qu'elles ne font pas notre affaire. Être citoyen dans un État de droit, c'est accepter la primauté du droit de cet État et suivre les processus pour changer ces règles, si on les trouve désuètes ou injustes. Il en est de même pour un État membre de la communauté internationale de l'ONU. Le fait que des règles soient injustes, qu'il y ait des inégalités dans l'application de la loi tant au niveau national qu'international, que des citoyens ou des membres de la communauté internationale ne se conforment pas à certaines règles, ne signifie pas que l'on fait fi du droit et que les règles ne sont pas nécessaires. C'est pourquoi la dénonciation, du moins permanente, n'est pas vraiment une option pour les États. Toutefois, il pourrait y avoir une dénonciation temporaire pour émettre une réserve.

La *Convention de 1961* (article 49-50) offre la possibilité aux États, pour qui certains types de consommation relève de traditions culturelles ou religieuses, d'émettre une **réserve** sur certaines dispositions comme condition de leur signature. Quelques États ont utilisé cette procédure pour faire reconnaître le « caractère traditionnel de certaines plantes cultivées et consommées depuis des siècles par les populations locales, notamment paysannes. » (Dell'Alba, Dupuis et Robert, 1994 : 8) Que faire quand on a déjà signé les traités ?

Un État pourrait envisager une dénonciation, soit un retrait temporaire des conventions, et revenir de nouveau pour signer les traités en ayant une réserve. Il s'agit d'une procédure exceptionnelle et les États pourraient refuser que le pays adhère de nouveau aux traités. Toutefois, il y a un précédent. La Bolivie avisait en 2011 le Secrétaire général de sa décision de se retirer de la *Convention unique* à compter de janvier 2012 avec l'intention d'y adhérer de nouveau avec des réserves concernant la coca (préservation des habitudes traditionnelles de chiquer les feuilles de coca, et possibilité de sa culture dans certaines régions pour sa consommation à l'état naturel au nom du droit des autochtones tel qu'inscrit dans la *Déclaration des Nations Unies de 2007* (ONU, 2007)). L'OICS et 15 pays du G8 ont déposé des objections officielles. Cette demande fut malgré tout acceptée en 2013 et la Bolivie put réintégrer les traités. Si le droit des Autochtones a ici pu être mis de l'avant, cette avenue peut difficilement être utilisée pour légaliser le cannabis, car l'article 19 de la *Convention de Vienne sur les Traités* (1969) stipule qu'une réserve ne doit pas être « incompatible avec l'objet et le but du traité ».

Si les quatre procédures précédentes sont assez incertaines à utiliser pour justifier internationalement la légalisation du cannabis, il demeure deux autres avenues, soit une modification inter se d'un traité tel que permis par l'article 41 de la *Convention de Vienne sur les traités* de 1969, et l'utilisation des limitations constitutionnelles des États en faisant valoir la primauté des traités internationaux sur les droits de la personne sur tous les autres traités.

L'article 41 de la *Convention de Vienne sur les traités* (1969) vise à s'assurer de « l'évolution pacifique des traités internationaux ». Il permet à des États signataires qui, au vu de l'évolution de leur situation, décident de faire un accord multilatéral pour déroger à certaines dispositions d'un traité sans remettre en cause les conventions et leur application pour les autres pays. Par exemple, les pays de l'Organisation des États américains (OEA) pourraient considérer intéressant au vu du droit

à la santé et à la sécurité de légaliser le cannabis et de créer un marché à l'intérieur des pays de l'OEA, considérant les effets particulièrement néfastes du marché noir. À l'heure actuelle, aucun pays n'a utilisé cet article 41 en matière de lois sur les drogues, même si cette voie présente l'avantage d'être une voie juridique permise au regard des limites constitutionnelles de l'application des conventions. Toutefois, les récentes élections américaines font de cette approche une avenue beaucoup plus incertaine.

L'autre avenue, celle que privilégiera probablement le Canada, est d'utiliser les limites constitutionnelles d'application des traités, faisant valoir la primauté de la *Charte internationale des droits de l'homme* de l'ONU sur tous les autres traités, à l'instar de l'Uruguay lorsque ce pays a décidé de légaliser le cannabis. Quand l'OICS a condamné l'Uruguay en expliquant que cela constituait un bris des conventions, « l'Uruguay a répliqué en insistant que cette loi répondait aux traités internationaux des droits de l'homme, traités qui ont préséance sur tous les autres traités, et que les contradictions entre ces traités et les conventions sur les drogues sont un problème que la communauté internationale aura à résoudre. » (Walsh et Ramsey, 2015 : 11. Notre traduction).

Comme inscrit dans de nombreuses conventions internationales, leur application étatique doit se faire « sous réserve de ses dispositions constitutionnelles » (article 36, *Convention unique*), « compte dûment tenu de leurs régimes constitutionnel, juridique et administratif » (article 21 de la *Convention sur les psychotropes*), « sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique » (article 3 de la *Convention contre le trafic illicite*). Ainsi, les pays peuvent utiliser le droit à la santé et à la sécurité inscrit dans leur constitution ou charte des droits pour déroger à un article de la convention et adopter une politique différente. Les obligations en matière de droits de l'homme sont partie intégrante de la Charte des Nations unies et, tel que stipulé à l'article 103 de cette charte : « En cas de conflit entre les obligations des membres des Nations Unies en vertu de la présente charte et leurs obligations en vertu de tout autre accord international, les premières prévaudront. » Toutefois, il est clair que faire usage ainsi de sa charte des droits constitue une manière de dire que les conventions, par leur visée répressive, aggravent les problèmes de santé publique et brime les droits de l'homme (Dupras, 1998). Il faut avoir les capacités politiques de faire cela et surtout, que le contexte mondial ait changé. Ce sont ces changements sur la scène mondiale qui ont permis à l'Uruguay d'avoir le courage politique d'aller dans cette direction, étant le premier pays à légaliser le cannabis (Collins, 2016; von Hoffmann, 2016). Tel que souligné par le groupe de travail, le Canada pourra faire valoir les changements sur la scène mondiale qui se dessinent en matière de réglementation sur le cannabis afin que la législation favorise et protège mieux « la santé, la sécurité et les droits de la personne de leur population » (GTLRC, 2016 : 13).

Comment se situe le gouvernement américain au regard des conventions considérant que certains de ses États ont légalisé le cannabis et que d'autres s'approprient à la faire ? Il maintient un discours assez faible sur le plan juridique, soit que même si certains de ses États sont dans l'illégalité eu égard aux conventions, comme le cannabis demeure illégal dans la loi fédérale et que c'est l'État fédéral qui est signataire des Conventions, il ne déroge pas aux conventions. Pourtant, le gouvernement fédéral américain a émis des règles pour accommoder les États qui légalisent le cannabis. Ce discours du gouvernement américain indique simplement que, lorsqu'on est une grande puissance, les justifications de ce genre pour déroger aux conventions ne peuvent être que « reçues » par les autres pays, même si sur le plan juridique, elles ne tiennent pas la route.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Comme on peut le voir, ce défi eu égard à la question de la conformité du Canada aux conventions internationales sur les drogues relève d'abord et avant tout de la diplomatie internationale et de ses règles de droit, de même que de la réputation et de la puissance du pays au regard de ces règles. À cet égard, le Canada est en bonne position, même si la partie sera délicate.

Voyons maintenant les cinq volets de la réglementation sur lesquels le groupe de travail et la population ont été consultés pour en identifier les principaux défis.

Défis liés aux thèmes contenus dans le document de discussion

Thème 1 : Minimiser les dangers de la consommation de la marijuana

Dans ce premier volet du document de discussion, le gouvernement explique qu'il y a en ce moment deux modèles principaux de réglementation avec les drogues légales, soit celui du tabac où l'on cherche à faire cesser l'usage, et celui de l'alcool où l'on cherche à obtenir un usage responsable. Le gouvernement explique qu'il désire un mixte des deux systèmes de réglementation, car « il veut légaliser la marijuana tout en ne "normalisant" pas son usage » (Santé Canada 2016a : n.p.). Le justificatif de cette position est que le cannabis n'est pas bon pour certaines clientèles vulnérables, « surtout les jeunes et les enfants ». Ce justificatif, en fait, est martelé dans chaque volet du document de discussion pour expliquer la nécessité de certains contrôles et restrictions, sans jamais mentionner qu'il vaut aussi pour l'alcool. Le groupe de travail n'a pas repris le vocabulaire sur la « normalisation » de l'usage du cannabis, même s'il maintient qu'il faut éviter de répandre son usage chez les clientèles vulnérables, tout en le rendant accessible aux adultes.

Quelles sont les mesures et restrictions annoncées dans ce volet du document de discussion qui constituent autant de défis à surmonter ?

Premier défi : L'âge minimal de consommation de la marijuana

Considérant qu'un des objectifs de la loi est de mettre fin à l'approvisionnement du cannabis sur le marché noir, l'âge ne pouvait être trop haut, explique le GTLRC, « puisque les taux de consommation les plus élevés se situent entre 18 à 24 ans » (GTLRC, 2016 : 21). L'âge minimal recommandé sera 18 ans, même si on reconnaît que certains risques demeurent à cet âge. Il faudra travailler à leur diminution par « la prévention, l'éducation et le traitement » (GTRLC, 2016 : 21).

Le GTLRC aimerait bien que cet âge soit uniforme à travers le Canada pour éviter le trafic entre les provinces; toutefois, le fédéral ne peut définir qu'un âge minimum, les provinces et territoires pouvant décider d'un âge plus élevé, comme c'est le cas pour le tabac et l'alcool. Ainsi, le groupe de travail recommande que l'âge minimum à partir duquel on peut se procurer du cannabis soit 18 ans avec la possibilité, tout comme pour l'alcool et le tabac, que les provinces et territoires puissent le mettre plus haut, si jugé approprié. Les provinces et territoires devront donc faire à leur tour une réflexion sur l'âge minimal de consommation pour décider s'ils s'en tiendront à l'âge minimum fixé par le fédéral, ou encore s'ils adopteront un âge minimum plus élevé.

Le défi pour le gouvernement fédéral sera de convaincre le plus possible les provinces et territoires des bienfaits de cette harmonisation de l'âge à travers le Canada (18 ans ou sur la base des lois existantes pour l'alcool) afin d'éviter le marché noir.

Deuxième défi : les restrictions de publicité et de commercialisation

Suivre le modèle du tabac est ce qui est privilégié dans le document de discussion. La réglementation sur l'alcool permet la publicité, et une réglementation en régit le contenu.

L'exemple du Colorado montre que l'interdiction partielle de la publicité s'avère à peu près impossible à encadrer. En effet, au Colorado, les producteurs et distributeurs peuvent faire de la publicité, mais à condition d'avoir des preuves que leur audience est à moins de 30% en bas de 21 ans. Sur Internet, c'est interdit sauf s'il s'agit d'un site accessible seulement aux personnes au-dessus de 21 ans, ce qui est peu respecté : « Par exemple, une récente étude concernant YouTube montrait que 34% des vidéos ayant trait au cannabis incluait des évaluations sur des produits, des promotions ou des recommandations de produits. L'étude montrait également qu'uniquement 20% de ces vidéos sont limités à des personnes de 18 ans et plus » (étude citée dans Subritzky, Pettigrew et Lenton, 2016 : 3. Notre traduction.). Ainsi les compagnies trouvent des échappatoires et ont déjà des stratégies agressives, soit sur Internet ou encore lors d'événements publics, pour promouvoir les différents produits du cannabis. Également il y a des « publicités » qui sont incorporées à même les sites de vente sur Internet de produits du cannabis, les publireportages, les campagnes virales par le biais des médias sociaux, etc. Pour les autorités, il s'avère très difficile de contrôler cette publicité sur Internet avec toutes les nouvelles technologies. Pour ces raisons, le groupe de travail a donné raison au gouvernement et privilégié de suivre les mêmes règles de publicité que pour le tabac.

Le point qui s'est avéré le plus litigieux avec ce choix lors des consultations sur le sujet fut celui de l'affichage des marques. En effet, tout comme en Australie, le gouvernement fédéral compte exiger bientôt un « emballage simple » pour les produits du tabac : « L'emballage simple réfère aux colis sans caractéristiques distinctives ou attrayantes, avec des limites sur la façon dont le nom de la marque est affiché (ex. type de police, couleur et dimension). » (GTLRC, 2016 : 23). Cela ne fait pas l'affaire de l'industrie qui veut pouvoir valoriser sa marque, du moins dans les lieux de vente. Elle justifie cette position, d'une part, sur le fait qu'il sera ainsi plus aisé de distinguer les sources licites et illicites de cannabis, et d'autre part, sur le fait que l'affichage des marques stimulera la production de produits de qualité supérieure pour fidéliser les clients. Le groupe de travail fut peu sensible à ces arguments quant à l'emballage, mais reconnaît qu'il peut exister une « promotion limitée [pas de publicités sur le style de vie, fausses ou trompeuses] dans des endroits qui sont accessibles aux adultes, semblable aux restrictions sous la *Loi sur le tabac* » (GTLRC, 2016 : 24). En somme, le GTLRC privilégie le modèle du tabac quant aux interdits de promotion, de publicité et de parrainage d'événements, un emballage simple, et spécifie que les interdits d'affirmations fausses ou trompeuses sont particulièrement à surveiller en ce qui a trait aux allégations thérapeutiques d'un produit de cannabis.

Le défi le plus important ici, insiste le groupe de travail, sera de mettre en place les ressources suffisantes qui permettent « la détection et l'application [des sanctions] en cas de violations des restrictions en matière de publicité et de marketing, y compris par l'entremise de médias traditionnels et sociaux » (GTLRC, 2016 : 24).

Troisième défi : les produits comestibles à base de cannabis et les taux de THC

Le gouvernement veut limiter les taux de THC permis dans les produits de la marijuana, y incluant dans les formes de consommation comme les aliments, les friandises, les baumes ou les crèmes, car ils « représentent aussi un risque accru d'ingestion accidentelle ou non intentionnelle, surtout chez les enfants » (Santé Canada, 2016a : n.p.).

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que l'industrie thérapeutique, principalement américaine, pour répondre à une clientèle qui ne désirait pas ou ne pouvait pas fumer le cannabis, a créé des milliers de produits comestibles plus aisés à ingérer, ou encore des baumes, des crèmes, des huiles, etc. Le Colorado a eu la surprise de voir que ces produits non fumés ont vite eu la cote chez les usagers récréatifs (Borodovsky et al., 2016; CCLAT, 2015; Kleiman, 2015). Le problème est qu'il y avait au départ peu de règles pour régir cette industrie de transformation du cannabis. De nombreux producteurs mettaient plusieurs doses (une dose = 10mg de THC) dans ce qui était considéré comme une portion par la plupart des consommateurs : par exemple, un seul brownie pouvait contenir dix doses. Or, plus d'une heure peut s'écouler entre l'ingestion d'un produit comestible contenant du cannabis et l'apparition des effets psychoactifs, ce qui augmente le risque de surconsommation chez les personnes inexpérimentées. Enfin, plusieurs emballages étaient similaires à d'autres produits du marché (brownies, biscuits, bonbons, barres tendres), ce qui a donné lieu à des surconsommations accidentelles, en particulier chez les enfants (Kleiman, 2015). Le Colorado a corrigé le tir dans sa loi en 2014 pour ne permettre que les emballages de doses individuelles, et de nouveau en 2016 pour améliorer leur étiquetage et la manière dont ces produits sont scellés. Les formats de produits attrayants pour les enfants ont aussi été interdits. Les États américains qui ont légalisé le cannabis par la suite ont tous pris en compte qu'il n'y avait pas deux acteurs dans l'industrie du cannabis, le producteur et le distributeur, mais trois, même si parfois les deux premiers sont jumelés, soit le producteur, le producteur/transformateur, le fabricant de produits de cannabis, le distributeur, et ont suivi le Colorado sur la réglementation des produits transformés. C'est à cette industrie de transformation des produits du cannabis à laquelle le gouvernement fait référence ici, et à la nécessité que le consommateur puisse acheter du cannabis, sous forme de produit transformé ou pas, et d'en savoir la teneur en THC pour mieux le gérer.

Au Canada, les producteurs licenciés de cannabis thérapeutique (actuellement au nombre de 36), ne peuvent le vendre que sous forme séchée ou d'huile dans la loi qui les régit. Ainsi, la question des produits thérapeutiques de cannabis transformés ou à très grande teneur en THC ne s'est posée que dans le marché illégal. Toutefois, on peut compter que l'industrie de fabrication de produits à base de cannabis se mettra rapidement en place, tenant compte entre autres que l'industrie du chanvre (cannabis sans THC) canadienne fabrique déjà tous ces produits dérivés.

Ainsi, compte tenu de ces éléments, le groupe de travail recommande « d'interdire tout produit jugé attrayant pour les enfants, [...d'] exiger un emballage opaque, refermable (sic), à l'épreuve des enfants », de fixer une portion fixe de THC par produit de manière à faire des emballages individuels standardisés d'une portion, d'interdire les produits mélangés (alcool/cannabis, tabac/cannabis, caféine/cannabis), d'exiger un étiquetage approprié (mise en garde, degré de THC et de CBD⁽⁸⁾) et que, pour les produits comestibles, les règles de l'industrie alimentaire soient suivies (GTLRC, 2016 : 28).

Quant à la teneur en THC que le gouvernement désirait limiter, le groupe de travail a constaté une « insuffisance de preuves pour déterminer une limite de la teneur qui soit "sécuritaire" » (GTLRC, 2016 : 29). De plus, il craint que les usagers habitués à une teneur élevée de THC ne se tournent vers le marché noir. Si cela se produit, cela pourrait être néfaste, car les producteurs illicites de produits de cannabis à forte teneur en THC « utilisent souvent des solvants hautement inflammables, tels que le butane, en vue d'extraire les cannabinoïdes des plantes, ce qui est un processus dangereux en soi pouvant également laisser des résidus cancérigènes dans le produit final » (GTLRC, 2016 : 29-30). C'est ce qui amène le groupe de travail à privilégier le modèle de taxation de l'alcool adopté

⁸ Le CBD est le cannabidiol, qui est le deuxième cannabinoïde le plus étudié, particulièrement pour ses effets thérapeutiques.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

par la majorité des provinces, taxe qui varie en fonction de la concentration de l'alcool dans le produit, rendant plus élevé le prix des produits plus concentrés. Cette taxation selon la concentration d'alcool dans le produit a un effet très bénéfique en prévention (Elder et al., 2010). Le GTLRC, tout en soutenant cette option, insiste sur le fait que la prévention doit encourager la consommation de produits à basse teneur en THC, et que l'on doit être attentif à la recherche pour corriger le tir s'il y a lieu à l'égard de certains produits. Par exemple, le groupe de travail considère qu'il y a suffisamment de recherche montrant la nocivité des cannabinoïdes synthétiques pour que ces produits demeurent interdits dans la loi.

Toutefois, il faut prendre en compte que ce choix de la taxation graduelle en fonction du taux de THC des produits est de compétence provinciale. Ainsi, le défi du fédéral sera de s'entendre sur une voie de taxation qui aille dans cette direction. En fait, la taxation et les prix de vente du cannabis constituent en soi un autre défi, probablement le défi majeur en matière de santé publique.

Quatrième défi : les taux de taxation et la fixation des prix

Le gouvernement fédéral désire une taxation qui rende le produit inaccessible aux jeunes tout en n'étant pas trop élevée pour éviter qu'elle ne maintienne le marché noir. De plus, elle doit servir à « fournir au gouvernement les revenus nécessaires pour compenser les coûts connexes, notamment ceux liés aux services de traitement de la toxicomanie et d'application de la loi, de même qu'à la surveillance réglementaire » (Santé Canada 2016a : n.p.).

Avant d'aborder la réponse du groupe de travail à ce sujet, certains éléments doivent être précisés ici afin de comprendre, d'une part, toute la complexité et la difficulté de la question, et d'autre part, qu'une mauvaise gestion des taux de taxation et des prix peut aisément saboter les objectifs fédéraux de tenir compte des enjeux de santé publique tout en mettant fin au marché noir.

Si la taxation sur le cannabis n'est pas formellement attachée à ces coûts connexes, auxquels il faut ajouter la prévention et la sensibilisation de la population, de même que la recherche et le cumul de données pour l'évaluation des mesures en place, elle sera dispersée dans le budget général du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires sans servir ces objectifs, comme on le constate en partie pour l'alcool et le tabac (Minardi et Pouliot, 2014).

De plus, les gouvernements ont soif de taxation et, si un certain seuil de taxation est dépassé sur un produit pour lequel il y a toujours une grande demande, on peut prévoir le développement d'un marché noir (Ogrodnik et al., 2015). Cette situation se produit plus fréquemment avec ce que l'on désigne comme les taxes puritaines (*sin taxes*), soit celles sur l'alcool, le tabac et le jeu, auxquelles on ajouterait maintenant le cannabis dont le marché noir est déjà présent : « Dans un contexte de déficit budgétaire, la tentation est grande pour un gouvernement d'augmenter les taxes puritaines existantes ou de mettre en place de nouvelles taxes puritaines⁹. Ce type de prélèvement est plus facile à justifier auprès de la population que des taxes sur la consommation ou une hausse des impôts. En effet, personne ne peut être contre la vertu » (Minardi et Pouliot, 2014 : 4). La taxation du tabac au Canada, tout comme dans plusieurs pays européens, constitue maintenant près de 80% de son prix de vente au détail, ce qui représentait en 2008 une source de revenus au Canada de 8 milliards de dollars par année (gouvernement fédéral, provinces et territoires). Quant au 20% qui reste, les compagnies de tabac font encore des centaines de millions de dollars en profits (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2008). Ainsi, un produit qui coûte très peu cher à produire,

⁹ Le Danemark, en 2012, avait pour la même raison projeter une taxe sur le sucre. Devant le mécontentement de la population, il fut obligé de reculer (Minardi et Pouliot, 2014).

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

avec une taxation aussi élevée, est aisé à vendre en contrebande à moindre coût. En 1994, devant l'augmentation de la contrebande du tabac, contrebande qui représentait « environ 31 % [du marché du tabac au Canada] à la fin de l'année 1993 » (Minardi et Pouliot, 2014 : 3)¹⁰, et des vols simples ou avec violence pour se procurer des produits du tabac, le gouvernement fédéral avait invité les provinces à réduire leur taxation, annonçant qu'il ferait de même. Les accords conclus pour réduire la taxation n'ont pas fait long feu. À peine un an plus tard, les provinces commençaient de nouveau à augmenter leur taxation et le fédéral a emboîté le pas l'année suivante (Dupuis, 1998). C'est ainsi que la contrebande et la violence liée au marché noir du tabac ont repris. Il faut ajouter à cette présence d'une taxation excessive du tabac, que les pauvres sont frappés « quatre fois plus durement que les riches » (Minardi et Pouliot : 3), car cela représente un plus grand pourcentage de leurs revenus. Le marché noir est alors plus tentant pour eux, et ils sont plus susceptibles d'être happés par la répression. Cela est à prendre en considération également pour le futur des prix du cannabis, surtout que le marché noir est déjà là.

Toutefois, le gouvernement fédéral ne peut rien imposer ici, simplement négocier avec les provinces et territoires; si la taxe d'accise (production, transformation) est fédérale, la taxe de vente est provinciale. Ainsi, un modèle de taxation comme au Colorado, où tant la distribution que la finalité de la taxation sont inscrites dans la loi, ne peut être envisagé. Cela fait suite aux recommandations du groupe de travail californien chargé de préparer le cadre réglementaire pour la légalisation du cannabis qui en était arrivé aux trois conclusions suivantes :

- Le taux de taxation doit être fixé dans la loi afin d'éviter une surenchère politique pour cumuler des taxes, ce qui maintiendrait le marché noir du cannabis si le prix du cannabis légal est trop élevé ;
- L'usage des fonds provenant des taxes doit être inscrit dans la loi afin de s'assurer qu'ils servent à des fins de santé publique, d'éducation, de prévention, de traitement, et de contrôle du cadre réglementaire du cannabis ;
- La taxation doit être répartie entre l'État (taxes d'accise), les comtés (85% de la taxe spéciale de 10% sur le cannabis récréatif) et les municipalités (taxe de vente et 15% de la taxe spéciale).

À la suite de ces recommandations, il fut inscrit dans la loi du Colorado qu'il y a 2,9% de taxes de vente, tant sur le cannabis thérapeutique que non thérapeutique, qui est la taxe standard de vente sur les produits vendus au détail. Il faut ajouter pour le cannabis à des fins non thérapeutiques une taxe d'accise (production) de 15% récoltée par l'État dont le premier 40 millions de dollars est destiné à la rénovation ou à la construction d'écoles publiques (Building Excellent School Today – BEST Fund). Il y a également sur le cannabis non thérapeutique une taxe spéciale de 10% (dont 15% demeure à la municipalité et 85% va au comté). La taxe de vente au détail de même que la taxe spéciale de 10% sont versées dans le Marijuana Tax Cash Fund dont les revenus doivent être dépensés par les comtés et municipalités l'année suivante dans la prévention et le traitement des usages problématiques de drogues et tout ce qui s'y relie (éducation du public, formation, etc.), de même qu'aux contrôles policiers et à la formation de tous les intervenants dans ces secteurs. Utiliser l'argent à d'autres fins est une infraction à la loi (Silbuagh, 2015). De même, une modification des taux de taxation demande de passer par un vote populaire; c'est sur des revenus de taxation destinés à la santé publique et à l'éducation que la campagne en faveur de la légalisation du cannabis avait été faite (Crick, Haase et Bewley-Taylor, 2013, 2014; Pardo, 2014). On peut suivre l'évolution mensuelle des revenus de la taxation sur le site du ministère du Revenu du Colorado en fonction de leur distribution selon les différents comtés du Colorado et dans le fond pour la construction ou la rénovation d'écoles (Colorado Department of Revenu, 2016b).

¹⁰ Particulièrement dans la province de Québec, de l'Ontario et dans les provinces maritimes.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Selon les prix affichés dans les dispensaires, malgré ces taxes, le cannabis est environ 8 % moins cher que les prix usuels du marché noir dans les États qui n'ont pas légalisé le cannabis, et le cannabis thérapeutique, moins taxé, a un prix encore plus bas. Cela a diminué considérablement le marché noir au Colorado (Pardo, 2014). Washington qui avait fixé au départ une taxe trop élevée sur le cannabis a révisé sa position et abaissé sa taxe dû au fait que cela maintenait le marché noir. En effet, la thèse qui l'avait emporté à Washington pour fixer la taxation, initialement, est que les contrôles de qualité sur les produits vendus feraient en sorte que les gens n'achèteraient plus leur cannabis sur le marché noir, car ils seraient prêts à payer plus cher pour un cannabis de qualité. Ainsi fut instituée une taxe de 25 % sur le produit à chaque étape du marché (production, transformation, détaillant) à laquelle s'ajoutait la taxe de vente régulière, ce qui faisait du cannabis un produit qui se vendait entre 25 et 30 dollars le gramme. Ces taux de taxation ne durèrent qu'une année et furent modifiés pour trois raisons. Ils maintenaient le marché noir. Les producteurs/transformateurs payaient une double taxe et s'en plaignaient fortement. Enfin, les détaillants, au fédéral, devaient déclarer les taxes de vente sur le cannabis comme un revenu (le cannabis étant illégal au fédéral, la taxe sur ce produit n'est pas reconnue). Le 1^{er} juillet 2015, cette triple taxation fut modifiée pour une taxe d'accise unique de 37 %, à laquelle s'ajoute la taxe de vente de tous les produits de 6,5 % (plus élevée dans certaines villes).

Plutôt que le taux de THC, ce sont les quantités que Washington a choisi de taxer, ce qui, en termes de santé publique, est moins efficace que le Colorado (Kleiman, 2015 ; Room, 2014a) : « Taxer les produits selon le poids, disons 2 dollars par gramme, [...] signifie que les produits, peu importe leur concentration, ont la même taxe. Cela motive les producteurs à vendre des produits du cannabis plus concentrés pour minimiser la "taxe par heure d'intoxication". Des chercheurs en santé publique s'inquiètent du fait que des produits plus concentrés entraînent davantage de problèmes de santé publique » (Kilmer, 2016. Notre traduction.).

Comme au Colorado, il est écrit dans la loi de Washington que les revenus de taxation doivent être redistribués dans les programmes de santé publique, de prévention, de traitement, de recherche, de même que pour couvrir les frais de l'application du cadre réglementaire (Section 28, Partie IV, Initiative 502). Toutefois, une tendance inquiétante se dessine. Malgré ce que prescrit la loi sur l'utilisation des revenus de taxation, 40 % de ces revenus sont maintenant absorbés dans les fonds généraux de l'État (CCLAT, 2015). Également, pour augmenter ses revenus, le 1^{er} juillet 2015, Washington a promis aux villes et comtés une partie des revenus de la taxation, afin que les villes et comtés qui refusent d'avoir des lieux de vente de cannabis changent d'idée. Cette promesse ne comporte aucune obligation voulant que ces revenus doivent être utilisés en santé publique. Afin de stimuler leur appétit pour cette taxation, le WSLCB publie maintenant sur son site la redistribution des revenus de la taxation par villes et par comtés (WSLCB, 2016c), mais aucune ventilation sur le reste des revenus pour savoir à quoi ils furent destinés. Pourtant, l'argent de la taxation est nécessaire dès le départ pour implanter le cadre réglementaire, surtout que ces revenus iront en diminuant : « Quand les ventes de cannabis récréatif ont commencé, il n'y avait pas suffisamment de produits pour fournir la demande. Cette situation combinée avec la structure de taxation élevée, faisait en sorte que les prix du cannabis étaient très élevés. Le WSLCB rapporte qu'au début de 2015, le prix par gramme était à 15 dollars en moyenne dans l'État, quand il était de 30 dollars au départ » (Jensen et Roussel, 2016 : 98. Notre traduction.). Enfin, la taxation de 37 % de Washington entre maintenant en compétition avec la taxation à 25 % de l'Oregon. Et d'autres États sur son flanc sud se sont ajoutés aux élections de 2016 avec une loi légalisant le cannabis, soit la Californie, le Nevada et l'Arizona. Il se peut que Washington ait encore à baisser ses taux de taxation pour maintenir des prix compétitifs qui soutiennent ses revenus et empêchent le trafic entre États.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Ainsi, ce détournement d'une partie des revenus de la taxation dans les fonds généraux par Washington est inquiétant considérant tous les coûts initiaux de mise en œuvre. De plus, il est clair que ces revenus, d'année en année, vont diminuer au fur et à mesure que d'autres États entreront dans le marché. Ils vont même baisser rapidement, prédisent les économistes, considérant la baisse de prix des produits par la production de masse (Kleiman, 2015). L'élément positif est que le marché noir pourra de moins en moins faire compétition aux prix du marché légal, ni avec ses produits. L'élément inquiétant est l'effet de la baisse des prix sur la consommation, surtout si les contrôles en place et l'investissement dans la santé publique diminuent.

Le rapport du Bureau du directeur parlementaire du budget du Canada (2016) chargé d'évaluer le coût des politiques que l'on désire mettre en place a inclus ce jeu des marchés dans l'évaluation de la taxation à mettre en place au Canada. Son document est important, car il servira dans les négociations sur la taxation avec les provinces et territoires. Ce rapport distingue trois phases du marché à prendre en compte dans l'établissement de cette taxation pour éviter le marché noir. Pour la première période, soit au début de la légalisation, il considère qu'il faudra peut-être vendre en dessous des taxations usuelles sur les produits afin d'éviter le marché noir. Les revenus de la taxation devraient alors être passablement absorbés par l'implantation du cadre réglementaire. Dans une deuxième période, « à mesure que le marché du cannabis prendra de la maturité, il sera possible d'augmenter les recettes fiscales. Les coûts de production de l'industrie légale devraient diminuer, ce qui permettra au gouvernement de percevoir une partie des économies des coûts sans augmenter le prix légal au détail. » (Bureau du directeur parlementaire du budget du Canada, 2016 : 4). Par la suite, selon le développement de produits dérivés, les habitudes de consommation qui se développeront et le résultat des données des recherches sur la situation de la consommation chez les jeunes, il sera plus aisé d'identifier le taux de taxation qui crée un certain effet de dissuasion chez les jeunes tout en évitant le développement du marché noir. À cet égard, le rapport dit qu'il est difficile d'évaluer les revenus de la taxation non seulement au regard des habitudes de consommation, mais de l'ensemble des coûts du maintien du cadre réglementaire, et sans savoir si les gouvernements et territoires planteront un modèle de taxation similaire à l'alcool.

Le groupe de travail, conscient de cette situation, considère avec raison qu'une « coordination des taxes et des prix entre les ordres de gouvernement est essentielle. » (GTLRC, 2016 : 31). À cette fin, il recommande d'étudier une fourchette de prix et de taxation souple qui serve la santé publique et évite le marché noir, et qui sera capable de s'adapter aux changements du marché. De plus, le groupe de travail considère que l'on doit « s'engager à utiliser certaines recettes provenant du cannabis comme source de financement pour l'administration, l'éducation, la recherche et l'application de la loi. » (GTLRC, 2016 : 32).

La capacité du fédéral de mener à bien ces recommandations avec les provinces et territoires sera tout un défi.

Cinquième défi : les facultés affaiblies au travail par le cannabis

Des employeurs ont demandé des directives au groupe de travail quant à leur capacité de dépistage de drogues en milieu de travail. Le groupe de travail répond que plus de recherche sera nécessaire pour savoir s'il y a lieu d'établir de nouvelles directives. En fait, il semble réticent à suivre la tendance américaine à cet effet, et avec raison. « Selon les données du Drug and Alcohol Testing Industry Association (DATIA), environ 57 % des employeurs américains exigent des tests de drogues à leurs employés. Le résultat est un marché de tests de drogues évalué à 2,6 milliards de dollars en 2012 et qui devrait atteindre 3,4 milliards en 2018. [...] En 2014, approximativement 150 millions de tests de drogues furent faits » (Phifer, 2015 : 2. Notre traduction.).

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Au Colorado, les employeurs sont libres d'avoir leur propre politique de tests de drogues en milieu de travail. Un jugement de la Cour Suprême du Colorado à ce sujet a fait la manchette à la suite du congédiement d'un employé en 2010 par la compagnie Dish Network pour avoir testé positif au cannabis. Cet employé, Brandon Coats, était quadriplégique à la suite d'un accident et en faisait un usage thérapeutique, car le cannabis l'aidait à contrôler ses spasmes dans les jambes. Même si la compagnie a reconnu que Brandon Coats ne fumait pas au travail et qu'il n'avait pas les facultés affaiblies, elle a réaffirmé son droit à une politique de tolérance zéro et que cela touchait tous les comportements illégaux, même si hors du travail. La Cour Suprême du Colorado, le 14 juin 2015, a donné raison à l'employeur, car la loi fédérale a préséance sur la loi des États et que le cannabis est toujours illégal au niveau fédéral. Toutefois, tous les États ne laissent pas cette autonomie aux employeurs en matière de tests de drogues au travail comme au Colorado ; certains États (Arizona, Delaware et Minnesota) ont des lois qui empêchent un employeur de mettre à la porte un employé qui a besoin de cannabis à des fins thérapeutiques et d'autres considèrent « que la présence des métabolites n'est pas une démonstration suffisante d'une intoxication ou même que la personne est sous l'influence du cannabis » (Phifer, 2016 : 3. Notre traduction.).

On peut se demander quel est l'intérêt des employeurs à maintenir ces tests de drogues sur le cannabis, même quand cela n'affecte pas l'emploi et que ces tests sont coûteux.

Pour certaines compagnies, industries et institutions, il s'agit de préserver une belle image morale pour le public et leurs commanditaires (Beauchesne et Giguère, 1994 ; O'Malley et Mugford, 1992 ; Rodgers, 1996).

D'autres compagnies avancent l'argument de la sécurité. Mais se limiter à vérifier la consommation de drogues pour mesurer la capacité de quelqu'un à effectuer une tâche, c'est négliger la multitude d'autres facteurs qui peuvent diminuer cette capacité et les conditions environnementales ou de travail qui peuvent être en cause. De plus, cela peut discriminer inutilement quelqu'un en état d'effectuer cette tâche, considérant que les tests pour déceler la prise de drogues illicites nous disent simplement si la personne en a consommé dans les jours ou semaines passés, le cannabis étant le plus susceptible d'être détecté considérant la durée de vie de ses métabolites dans l'organisme (Phifer, 2016). Il vaudrait mieux vérifier les réflexes nécessaires à la tâche en question. Le National Workrights Institute (NWI) considère que les tests de réflexes similaires au test de sobriété sont plus efficaces à réduire les accidents au travail et sont mieux acceptés par les employés. De plus, cela amène les employés qui utilisent du cannabis à des fins médicales à communiquer leur situation, et leur permet ainsi « de performer avec succès des tâches si des accommodements raisonnables sont faits par l'employeur (Phifer, 2016 : 3. Notre traduction.).

Un autre argument des employeurs pour justifier l'implantation de tests de drogues est la perte de productivité que générerait leur usage en milieu de travail. Comment se fait-il qu'un employeur, pour savoir si son employé travaille, ait besoin de lui faire passer un test de drogue ? Sa définition de tâche est-elle si floue qu'il ne sait pas quel rendement attendre de cet employé ? Comment se fait-il que tout le travail accompli dans la carrière de quelqu'un puisse être réduit à néant lors d'une promotion, parce que cette personne, comme des millions d'autres, a consommé des drogues illicites ? Dans l'application de tests de dépistage imposés au hasard, comment l'employeur peut-il savoir si cela vise un employé avec un problème de rendement ? De plus, en quoi le fait de savoir si un employé a fumé un joint de cannabis trois jours avant de se rendre à son travail constitue une évaluation de son rendement ? Cela laisse sous-entendre ici que les gens qui ne prennent pas de drogues illicites sont plus fiables et productifs que ceux qui en prennent, une thèse qui n'a jamais été prouvée.

En réalité, les tests de drogues au travail ne remplissent pas les objectifs que les employeurs annoncent. Leur intérêt est le contrôle des employés. Quel moyen aisé pour discréditer un employé et l'amener, éventuellement, à quitter son emploi ou à modifier son comportement pour une raison ou une autre (activisme syndical, par exemple) que de rendre publique (ou souvent, menacer de rendre publique) sa consommation de drogues illicites. On peut facilement dénigrer des employés par ces tests, briser des carrières, refuser des promotions ou des nominations. Bien sûr, théoriquement, les personnes ont toujours la liberté de refuser ces tests. En pratique, toutefois, cette liberté est fictive lorsque l'acceptation de les passer est une condition pour conserver ou obtenir un emploi. De plus, ces tests de drogues, selon les besoins de main-d'œuvre, ne sont pas appliqués si au hasard que cela, particulièrement en matière de cannabis, la drogue la plus détectée : « Par exemple, au début de 2014, plusieurs compagnies [au Colorado] ont augmenté le nombre de tests de drogue en milieu de travail, tandis qu'un an plus tard, comme les taux de chômage étaient en dessous de la barre de 5 % et que la compétition s'installait pour les emplois spécialisés, un certain nombre de compagnies ont commencé à enlever le THC dans les conditions d'embauche, particulièrement dans le secteur de l'hôtellerie » (Subritzky, Pettigrew et Lenton, 2016 : 5-6. Notre traduction.).

L'implantation de tests de drogues est aisée dans le contexte de la prohibition, surtout que l'industrie des tests de drogues, essentiellement pharmaceutique, en fait la promotion active. Ainsi, les réticences du groupe de travail à s'inscrire dans les volontés de contrôle de ces employeurs sont tout à fait légitimes.

Thème II : Le système de production/transformation des produits

Dans cette section, le gouvernement explique le système de licences en place pour les producteurs de marijuana à des fins thérapeutiques et les exigences de qualité et de sécurité auxquelles ces producteurs doivent répondre selon le Règlement sur la marijuana à des fins médicales (RMFM) (Ministère de la Justice, 2016). C'est la prolongation de ce modèle qui est clairement privilégiée dans le document, car « des mesures de contrôle pourraient être prises en matière de pesticides et de contaminants microbiens et chimiques. La marijuana devrait aussi faire l'objet d'analyses afin que les consommateurs puissent obtenir des renseignements fiables quant à sa composition, particulièrement en ce qui concerne les taux de THC et de CBD » (Santé Canada 2016a : n.p.). Ce système de production privé pour le cannabis thérapeutique autorisé par Santé Canada existe depuis peu, soit depuis le 31 mars 2014. En date du 30 novembre 2016, il y a 36 producteurs autorisés et 400 demandes sont en attente (Santé Canada, 2016b). Le gouvernement ajouterait à la réglementation à suivre par ces producteurs pour obtenir une licence, une réglementation sur l'emballage et l'étiquetage des produits offerts, qui seront maintenant plus variés.

Il faut dire que le regroupement des producteurs licenciés à des fins thérapeutiques (MMJPR, 2016a) avait fait un lobby très actif en ce sens auprès du gouvernement. Plusieurs ont investi des millions de dollars pour répondre aux exigences du cadre réglementaire du RMFM et en prévision d'une expansion reliée à la légalisation du cannabis. Pour faire contrepoids à ce lobby, s'est formée l'Association des producteurs de cannabis (Cannabis Growers of Canada, 2016), « un regroupement d'entreprises qui travaillent à concevoir des standards et des codes de conduite pour les joueurs de l'industrie actuelle du cannabis, notamment les dispensaires et les producteurs non autorisés » (Lemoine, 2016 : 63). Ses membres^[11], dont plusieurs proviennent de Vancouver, car cette organisation a fusionné avec le CARDAGAN de Vancouver (Cannabis Retailers, Distributors, and Growers' Association), militent

¹¹ EGGS Canada, Liberty Farms, Bakers Farm, Phat Panda, Cannabis Live Network.com (CLN), Internet dispensary, The Green Ceiling, Glacial Gold, Jade Maple, Chronic Hub, Vancity Weed, Mary J's Highway Pot Shop, etc.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

« en faveur d'un marché libre du cannabis, où la régulation passerait par des règles développées notamment en collaboration avec les acteurs de l'industrie eux-mêmes » (Lemoine, 2016 : 63). Un de leurs membres est la compagnie de médias et communications Jade Maple (CGC, 2016). Cette compagnie vise spécifiquement à aider l'industrie du cannabis à développer son marché en offrant des services de planification financière, de comptabilité, des conseils juridiques, technologiques, etc. (Jade Maple Corporate Services, 2016). L'objectif principal du CGC, explique le site web, est que le marché se développe en une multitude de petits et moyens producteurs, dont plusieurs existent déjà et sont illégaux. Ils sont contre un système de licences par Santé Canada qui pourrait minimiser et contrôler le nombre de joueurs sur le marché. Toutefois, le site de cette association n'explique pas comment ce marché pourrait éviter d'être rapidement avalé par de grands joueurs, dont plusieurs sont des investisseurs américains.

En somme, le choix politique ici est d'utiliser le système de licences en place pour les producteurs thérapeutiques. Le fait que la loi soit déjà très élaborée en ce qui a trait aux conditions de production et aux critères de qualité permet de mieux contrôler le marché, tant en termes de qualité que de revenus par les licences et la taxation.

Les coûts astronomiques pour répondre à ce cadre réglementaire signifient l'élimination des petits joueurs dans le marché actuel du cannabis. Le groupe de travail fut sensible à cette répercussion du système actuel de réglementation dont les coûts élevés sont pour une partie liés au fait que seules les cultures intérieures sont permises, et aux exigences actuelles de sécurité. De plus, le groupe de travail considère qu'il faut encourager « des pratiques environnementales responsables, en utilisant moins l'éclairage intérieur, les réseaux d'irrigation et les contrôles des paramètres environnementaux (c.-à-d. le chauffage et le refroidissement, les contrôles d'humidité) » (GTLRC, 2016 : 39-40). C'est pourquoi il recommande de « promouvoir la gérance de l'environnement en mettant en œuvre des mesures telles que l'autorisation de la production commerciale à l'extérieur, avec des mesures de sécurité appropriées » (GTLRC, 2016 : 40), de manière à utiliser le système actuel de licences pour des fins thérapeutiques de Santé Canada, tout en encourageant « un marché diversifié et concurrentiel qui inclut également les petits producteurs » (GTLRC, 2016 : 40).

Le groupe de travail souligne également qu'il faudra réfléchir au fait que des personnes qui ont des antécédents criminels de cannabis ne peuvent obtenir de licences, dont plusieurs sont de petits producteurs, mais il ne fait aucune recommandation à cet effet. De plus, il souligne qu'il faudra gérer les licences de manière à éviter les surplus, mais il n'explique pas comment. Enfin, il souligne l'importance d'un système de traçabilité des produits comme il existe au Colorado et à Washington, car cela pourrait aider à surveiller la circulation des produits, en plus de permettre « de retracer les produits en cas de rappel ».

En somme, le défi sera ici de mettre en place rapidement les ressources suffisantes pour permettre de gérer adéquatement le système de production et de transformation des produits du cannabis (examen des demandes de licences, laboratoires, inspecteurs, etc.).

Thème III : Le système de distribution et la culture personnelle

Le système de distribution

Les producteurs licenciés pour le cannabis à des fins thérapeutiques ont un mode de distribution exclusivement postal. Le gouvernement dit comprendre qu'un système uniquement postal dans un scénario de légalisation maintiendrait le marché noir et qu'il faut accepter la présence de dispensaires.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Toutefois, le cannabis n'étant plus criminalisé, comme la santé relève des provinces, elles ont leur mot à dire sur la réglementation de la distribution, tout comme pour l'alcool et le tabac où un cadre général est fédéral, et le reste de la réglementation est provincial. Tout de même, quatre messages sont passés aux provinces et aux territoires dans cette section du document en prévision des négociations sur le sujet.

- La production et la transformation seront contrôlées par le fédéral, la question d'une gestion quelconque de la production par les provinces ne faisant pas partie des options offertes. Cela va à l'encontre des vœux de plusieurs petits producteurs qui préféreraient une gestion provinciale de la production (Lemoine, 2016).
- Le gouvernement fédéral sera très réticent à ce que des dispensaires soient dans les endroits où l'on vend de l'alcool, scénario considéré dans la province de l'Ontario où, comme dans les autres provinces et territoires à l'exception de l'Alberta¹², les magasins dédiés uniquement à la vente de boissons alcoolisées sont sous monopole d'une régie gouvernementale¹³. Le document fait remarquer qu'à Washington et au Colorado, on ne permet pas la vente de cannabis dans les mêmes lieux où l'on vend de l'alcool « en raison des effets accrus sur les facultés que présente la consommation de marijuana combinée à la consommation d'alcool » (Santé Canada 2016a : n.p.). Un non-dit de l'argumentaire gouvernemental ici est probablement le désir d'éviter de perdre le contrôle des lieux de distribution, car tout commerce vendant de l'alcool revendiquerait rapidement d'élargir son marché au cannabis, et ce serait particulièrement inquiétant en Alberta où le marché de l'alcool est privé.
- Le gouvernement souligne également qu'il faut être très attentif au mode de distribution choisi, car cela influe sur « les perceptions entourant le risque et la 'normalité' associés à une substance dans la société [...], ce qui peut] influencer les taux de consommation », rappelant que l'objectif est de diminuer l'usage du cannabis et que la réglementation doit répondre à cet impératif (Santé Canada 2016a : n.p.).
- Les scénarios présentés par les provinces devront montrer qu'ils répondent à un contrôle adéquat des opérations illégales de ventes au comptoir ou sur Internet.

En somme, le gouvernement est conscient qu'il y a des particularités sociales, économiques et culturelles entre les provinces et territoires et qu'il ne pourra imposer un système uniforme de distribution. C'est pourquoi sa présentation de la problématique est davantage en termes de paramètres à l'intérieur desquels devront opérer les systèmes de distribution choisis par les provinces et territoires.

Tous sont d'accord que l'actuel système postal doit demeurer pour bien desservir les malades et les gens en régions éloignées. Il est également entendu que, quel que soit le lieu de vente, un personnel formé et compétent doit pouvoir informer les clients, surtout considérant que plusieurs nouveaux produits et nouvelles formes de consommation feront leur apparition. Pour ce qui est de la vente sur le terrain, lors des consultations, le groupe de travail a vraiment eu affaire à trois blocs : ceux qui soutenaient que le système de gestion d'alcool de leur province permettait un meilleur contrôle de la circulation des produits et des lieux de vente, et qui envisageaient un système similaire au système en place de lieux de vente de l'alcool, sans que l'alcool et le cannabis soient vendus au même endroit. Ces personnes étaient essentiellement des représentants des provinces

¹² La régie gouvernementale d'alcool de cette province fut privatisée en 1994.

¹³ Il faut toutefois souligner qu'en Ontario, c'est un système mixte de distribution puisque les 450 *Beer Stores*, dédiés exclusivement à la vente de la bière, sont privés. Ce sont les magasins d'alcool régis par la province (LCBO) que le gouvernement de l'Ontario envisage comme lieu pour les dispensaires.

et territoires qui soutenaient que des « points de vente contrôlés par le gouvernement peuvent être plus enclins à exiger la preuve d'âge, à refuser la vente à des clients mineurs ou apparemment dégradés, à ne vendre que des produits fournis par des producteurs autorisés et à se conformer à d'autres limites réglementaires fédérales » (GTLRC, 2016 : 41). Il y a également ceux qui privilégiaient « un modèle d'entreprise privée avec des magasins spécialisés dans la vente au détail du cannabis (par exemple, des dispensaires) » (GTLRC, 2016 : 41). Enfin, il y a ceux pour qui le profit n'est pas l'enjeu, qui considèrent que le modèle d'organisme à but non lucratif serait bien, à l'instar des clubs de compassion.

Le groupe de travail en arrive à la conclusion que, peu importe le modèle choisi, la responsabilité du contrôle du marché de distribution incombe aux gouvernements provinciaux et aux municipalités (règlements sur le zonage qui limitent les endroits où un lieu de vente peut être établi, leur densité, etc.). Il réitère les messages du gouvernement fédéral, insistant particulièrement sur le fait que le mixte de l'alcool et du cannabis dans les lieux de vente n'est pas une bonne idée, et que du personnel bien formé et compétent doit pouvoir informer les clients sur les lieux de vente, tant sur les produits que les risques qui peuvent leur être associés.

Pour ce qui est de la vente par Internet, où s'opère une grande partie des ventes postales, le groupe de travail demande au gouvernement de s'assurer que les vendeurs en ligne disposent des droits appropriés et qu'ils suivent les règles, sans plus de précision. Pourtant, les achats en ligne sont de plus en plus populaires et il y aurait eu lieu de réfléchir davantage à la manière de s'assurer que le consommateur sache quand il a affaire à un site canadien répondant aux critères de contrôle en place. En fait, il se pourrait même que plusieurs clients désirent s'approvisionner dans la discrétion d'Internet pour faire leurs premières expérimentations plutôt que dans les lieux de vente sur le terrain.

Ainsi, le défi sera pour le gouvernement fédéral de s'assurer d'harmoniser le plus possible les modes de distribution afin qu'ils s'inscrivent en santé publique, en sachant qu'il a peu à dire au final s'il n'a pas d'argent à distribuer à cet effet, puisque la santé est de juridiction provinciale, de même que la vente au détail. De plus, il y a toute une réflexion à faire sur l'encadrement des sites Internet, afin que le consommateur y soit en sécurité et sache quels sont les sites appropriés. Enfin, il est inquiétant que pas un mot explicite n'ait été dit par le groupe de travail sur l'interdiction de l'intégration verticale des marchés comme il est mentionné dans les lois des États américains qui ont légalisé le cannabis; en d'autres termes, on a explicitement interdit que des dispensaires appartiennent à des producteurs pour éviter la présence dominante de grands conglomérats sur le marché qui contrôlent non seulement la distribution, mais l'information sur les produits dans les lieux qu'ils desservent. Cette règle devrait être très claire au Canada également.

La culture personnelle

La question de permettre ou non la culture à des fins personnelles est, selon le groupe de travail, ce qui a suscité le plus de débats lors des consultations. D'un côté, il y a ceux qui craignent les risques pour la santé et la sécurité liés aux conditions de culture à des fins personnelles, de même que le marché noir. De l'autre, soit la majorité des répondants aux questionnaires en ligne (92 %), il y a ceux qui soutiennent que plus le marché légal fonctionnera bien, plus cette culture deviendra marginale au même titre que la fabrication personnelle d'alcool, et que cela causerait plus de problèmes de l'interdire à cause des difficultés de contrôle, particulièrement dans les régions rurales. De plus, les personnes en faveur de permettre la culture à des fins personnelles sont également d'accord qu'elle doit être réglementée pour ne pas permettre n'importe quel type de culture et dans n'importe quelles conditions.

Comme il est permis de cultiver le tabac ou de produire son vin et sa bière à des fins personnelles et que cela demeure marginal, comme les États américains qui ont légalisé le cannabis ont permis la culture personnelle sous certaines conditions et que les problèmes rencontrés viennent essentiellement du trafic avec les États voisins qui n'ont pas légalisé le cannabis, le groupe de travail recommande de permettre la culture personnelle du cannabis à des fins non médicales avec « une limite de quatre plantes par résidence; une limite de hauteur maximale de 100 cm sur les plantes; une interdiction des processus de fabrication dangereux; des mesures de sécurité raisonnables pour prévenir le vol et l'accès aux jeunes; la surveillance et l'approbation des autorités locales » (GTLRC, 2016 : 45).

Le défi sera de créer un système simple d'enregistrement local des personnes qui ont des cultures à des fins personnelles et de former adéquatement les policiers aux réglementations qui régissent ces cultures. Il ne faut absolument pas que ce système d'enregistrement et de surveillance devienne une structure complexe qui relève des provinces. Il s'agit tout au plus de s'assurer de la sécurité des lieux (pompiers) et du respect des quantités que l'on peut cultiver dans les conditions requises (policiers).

Thème IV : Le contrôle du cadre réglementaire

Ce dont il est question ici dans le document de discussion est la manière de s'assurer que le cadre réglementaire est respecté quant à « l'emplacement des sites de production ou de distribution, des heures d'exploitation, de la densité et du nombre global de producteurs ou de détaillants, de la consommation de marijuana à l'extérieur de la résidence » ou d'endroits désignés à cette fin. Également, il faut s'assurer que la taxation est acquittée et « lutter contre la conduite avec facultés affaiblies par la marijuana ». Enfin, il faut sévir contre ceux qui vendent de la marijuana aux jeunes ou « en transportent en franchissant les frontières canadiennes » (Santé Canada 2016a : n.p.).

Le groupe de travail dit avoir reçu à maintes reprises des personnes consultées les deux consignes suivantes quant au contrôle du cadre réglementaire. La première est qu'il doit y avoir des « règles claires et exécutoires pour que tous les Canadiens et les organismes d'application de la loi comprennent ce qui est permis (et dans quelles conditions) et ce qui continue d'être interdit dans le nouveau régime légal. » La seconde consigne est que « les sanctions liées à l'infraction de ces règles doivent être proportionnelles à la contravention et que le système de justice pénale ne devrait être employé que lorsque cela s'avère nécessaire » (GTLRC, 2016 : 46). Le groupe de travail se dit d'accord avec ces deux avis.

Premier défi : Créer une nouvelle loi spécifique au cannabis sur les règles et les sanctions

Avec raison, le groupe de travail considère que si l'on veut penser et agir autrement que par le pénal pour la majorité des infractions liées à la réglementation sur le cannabis, il serait important de sortir le cannabis de la loi actuelle (*Loi réglementant certaines drogues et autres substances* – LRCDAS) pour établir une nouvelle loi avec des règles claires où le pénal ne serait plus l'unique sanction possible (*Loi sur le contrôle du cannabis*).

En ce qui a trait aux entreprises qui détiennent une licence (producteur, transformateur, détaillant), il s'agit de copier le modèle de sanctions de l'entreprise. Des sanctions pécuniaires pour des dérogations aux règles d'emballage à l'étiquetage, etc., des rappels obligatoires pour les produits non conformes, des révocations de licence pour des violations répétées. Les infractions criminelles ne seraient maintenues que pour la production illicite et le trafic (particulièrement s'il vise des

mineurs), l'importation et l'exportation illicites. Toutefois, pour ne pas pénaliser abusivement des personnes adultes qui échangent le produit, il faut créer des exclusions pour le « partage social » ; les infractions précédentes doivent impliquer des fins commerciales.

Pour ce qui est des mineurs, des sanctions non criminelles devraient être mises en œuvre, et il faut prendre en compte qu'il y a certaines initiations familiales contrôlées, tout comme pour l'alcool, qui doivent bénéficier d'une certaine tolérance si les conditions sont sécuritaires.

Le défi sera de créer une loi claire qui conserve le pénal en tant que dernier recours pour gérer ces infractions. Pour cela, une formation adéquate doit être donnée à l'ensemble des agents de contrôle afin que les règles soient respectées, mais également que le contrôle pénal soit un ultime recours.

Deuxième défi : la possession personnelle

« La décision de recommander une limite à la possession personnelle représentait un enjeu important pour le groupe de travail » (GTLRC, 2016 :48). L'Uruguay a fixé une limite de 40 grammes par mois, Washington a fixé un maximum combiné de 1 once de produit séché, 16 onces de produit solide infusé, 72 onces de produit liquide infusé, 7 grammes de concentrés, soit 28,5 grammes séchés (ou l'équivalent). Le District de Columbia a fixé un maximum de 2 onces, l'Oregon a fixé un maximum à 8 onces, mais 1 once à la fois peut être transportée par la personne, le Colorado et l'Alaska ont un maximum de 1 once ou l'équivalent. Comme on peut le constater, à l'heure actuelle, les quantités de possession personnelle permises sont relativement variables, mais la quantité d'une once domine. Les responsables d'application de la loi tiennent à ce qu'une limite de possession personnelle soit établie, car elle permet de distinguer le trafic, lorsque jumelé à d'autres éléments de preuve montrant des fins commerciales. Toutefois, d'autres intervenants ont soutenu qu'il n'y a pas de limites pour l'alcool et le tabac, que ces limites sont inutiles.

Le groupe de travail considère que si l'on veut mettre fin au marché illégal qui est déjà très présent, il faut établir une limite pour la vente et la possession personnelle et recommande que celle-ci soit de 30 grammes pour le cannabis séché avec des équivalences pour les autres produits. Il recommande toutefois que des sanctions administratives soient données si un dépassement de quantité n'est pas à des fins commerciales pour faire du trafic.

Encore une fois, le défi sera de former adéquatement les agents d'application de la loi pour que la distinction entre les situations où les sanctions administratives s'appliquent et les situations où ce sont des sanctions pénales soit claire.

Troisième défi : lieu de consommation

Le groupe de travail recommande que les restrictions actuelles pour la fumée du tabac et des vapeuses incluent les produits du cannabis fumé. Toutefois, cette législation relève des provinces et des municipalités. De la même manière, il relève des provinces et des municipalités de permettre ou non des lieux désignés, sans possibilité de vendre de l'alcool et interdits aux mineurs, pour fumer le cannabis. C'est ainsi que la *Loi sur le contrôle du cannabis* devra tenir compte des choix que feront les provinces et les municipalités sur ces questions, afin que cela ne soit pas interdit par la loi fédérale.

Le défi encore une fois sera la question des contrôles de ces lieux. Toutefois, comme cela ne relève pas des compétences fédérales, le groupe de travail développe peu cette question.

Quatrième défi : la conduite avec facultés affaiblies

Le Canada possède depuis 2008 une procédure sur la question des drogues au volant (articles 253, 254, 255, C.C.) qui est issue de la procédure américaine de nombreux États. La procédure est la suivante. Si un policier soupçonne quelqu'un d'avoir les facultés affaiblies par une drogue, il peut l'obliger à passer le test de sobriété (TSN – test de sobriété normalisé) sur le bord de la route s'il a reçu la formation pour ce faire, et il peut même filmer ce test pour diminuer la subjectivité d'appréciation des résultats. Ce test de sobriété consiste à faire passer certaines «épreuves de coordination de mouvements» (<http://aideerd.ca/tests-de-sobriete-normalises/>). Si la personne échoue ce test et que la drogue en cause est l'alcool, l'alcootest est alors utilisé. Si une autre drogue est soupçonnée, la personne est amenée au poste de police pour évaluation par un «expert en reconnaissance de drogue» (ERD), soit un policier qui a suivi une formation à cet effet (Messier, 2016). Si ce policier le juge nécessaire, la possibilité de tests plus intrusifs (urine, sang) peut en découler pour cumuler de la preuve devant les tribunaux. Refuser le TSN ou ces tests est une infraction au *Code criminel*, tout comme refuser de passer l'alcootest si le policier le demande (CCLAT, 2016). Comme un lien entre une certaine quantité déterminée de drogue et les problèmes de conduite avec facultés affaiblies ne peut être validé scientifiquement, et ce, même en laboratoire (Douville, 2015), devant les tribunaux, il faut jumeler les résultats de ces tests à l'échec du TSN (Ministère de la Justice, 2016).

Toutefois, cette procédure est fort complexe et coûteuse et pour cette raison, peu appliquée. C'est la raison pour laquelle les États américains qui ont commencé à permettre l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques, ou encore qui l'ont légalisé, désiraient que les policiers aient la capacité de faire des tests sur le bord de la route identiques à l'alcootest en fixant une limite en THC qu'il ne fallait pas dépasser. Ainsi, le gouvernement du Colorado, tout comme celui de Washington, ont créé une loi *per se* fixant une limite arbitraire de THC lors de la conduite d'un véhicule moteur à 5ng/ml, tout comme on a fixé à zéro dans certaines provinces la consommation d'alcool chez les jeunes ou encore à 80 mg d'alcool par 10,0 ml de sang pour les autres personnes :

Les lois *per se* offrent un raccourci juridique, dans le sens qu'elles éliminent essentiellement la nécessité de prouver qu'un conducteur a les facultés affaiblies. D'un point de vue théorique, il suffit donc de montrer que la concentration en alcool ou en drogue [illicite] d'un conducteur dépassait la limite légale permise. En ce qui concerne la drogue, les lois *per se* sont souvent considérées comme un moyen plus efficace de prendre en charge les conducteurs aux facultés affaiblies que la méthode en vigueur selon laquelle l'affaiblissement des capacités doit être prouvé (CCLAT, 2016 : 1-2).

La justification du développement de tests salivaires avec une loi *per se* fixant la limite de THC à 5ng/ml paraît intéressante considérant que « la recherche a établi un lien entre les lois *per se* en matière d'alcool et une baisse de 8 à 15 pour cent du nombre d'accidents mortels liés à l'alcool » (CCLAT, 2016 : 3). Toutefois, des années de recherche ont permis d'arriver à ce taux de 80mg, prouvant que dépassé ce taux, pour plusieurs personnes, le risque d'accident était plus élevé. Pour les autres drogues, plus particulièrement le cannabis, aucune preuve du genre n'existe pour dire que ce taux de THC de 5ng/ml a une signification particulière en matière d'accident de la route, car « de nombreux facteurs compliquent l'instauration de limites *per se* pour les drogues. Ainsi, les mécanismes d'absorption, de distribution et de métabolisation de ces substances dans l'organisme (c.-à-d. la pharmacocinétique)

¹⁴ «Les personnes qui fument occasionnellement du cannabis peuvent avoir des traces de THC dans leur sang jusqu'à sept jours» (MMJPR, 2016b). Ces tests sont conçus pour détecter la présence de THC, d'amphétamine, de méthamphétamine, de MDMA, de cocaïne, de morphine et d'héroïne.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

sont plus complexes que ceux de l'alcool» (CCLAT, 2016 : 4), sans compter que, dans le cas du cannabis, des traces de la substance peuvent être présentes quand l'effet psychotrope a disparu¹⁴. « De plus, la prise simultanée de plus d'une substance est monnaie courante » (CCLAT, 2016 : 4). Une importante étude évaluative de la Foundation for Traffic Safety à Washington D.C. sur les conducteurs arrêtés pour conduite sous l'influence du cannabis confirme l'aléatoire de ce taux de 5ng/ml (Logan et al., 2016). Que font les autres pays? Plusieurs pays européens ont une limite de zéro en matière de substance illicite, taux que l'on vérifie par un test de salive¹⁵. Leur raisonnement est assez simple : « s'il est illégal de posséder une substance, il devrait être illégal de conduire après en avoir consommée » (CCLAT, 2016 : 5). Pour les autres pays, c'est assez variable, et ce, même à l'intérieur du pays, « le résultat étant une application difficile des lois sur la drogue au volant » (CCLAT, 2012a : 4).

Cette procédure de tests de drogue au volant avec des lois *per se* pour fixer des taux à ne pas dépasser est fort problématique en soi, et ce, même pour l'alcool. Pourquoi focaliser particulièrement sur les drogues, ou encore prendre le risque par un taux arbitraire de pénaliser des personnes qui ont tout à fait la capacité de conduire ?

Si les campagnes éducatives sur la prévention de l'alcool au volant ont eu le mérite de réduire considérablement la conduite avec les facultés affaiblies par cette drogue, elles ont négligé les autres causes qui peuvent également perturber la faculté de conduire telles la prise de médicaments créant de la somnolence, la conduite à la suite des émotions trop grandes, la diminution des réflexes liée à l'âge, et surtout la fatigue qui serait à la source d'environ 20% de toutes les collisions routières et un facteur contributif ou secondaire de plusieurs autres (Transports Canada, 2014). Cette focalisation sur l'alcool au volant permet à l'État de réduire le spectre de la clientèle visée par la pénalisation en matière de facultés affaiblies, soit des « mauvais » citoyens qui ont pris de l'alcool, surtout des jeunes. Ici, ce serait de « mauvais » citoyens qui ont eu une consommation de cannabis. Et comme ce sont des citoyens qui ont pris de la drogue, la répression par le pénal est plus aisément vue comme la solution.

Pour prévenir la conduite avec facultés affaiblies, quelle qu'en soit la cause, il s'agit d'abord d'investir davantage dans la prévention pour apprendre aux citoyens la multiplicité des causes qui peuvent affaiblir la capacité de conduire. Ensuite, il faut prendre des mesures policières en fonction de l'ensemble de ces causes. Pour cela, pas besoin de réinventer la roue. Existe déjà le TSN qui permet à un policier de vérifier si la personne est en état de conduire. On pourrait même le perfectionner si jugé nécessaire et former l'ensemble des policiers à le faire passer. Le problème avec la procédure actuelle sur les facultés affaiblies est que, à la suite d'un échec au TSN, la procédure demande, si on soupçonne que l'usage d'alcool est en cause, de faire passer l'alcootest, et si on soupçonne une drogue autre que l'alcool d'être en cause, il faut faire les tests nécessaires à cette fin au poste de police par un policier « expert en reconnaissance de drogues », ce qui peut mener à des tests plus intrusifs. Pourquoi? Il y a des « bonnes » facultés affaiblies (fatigue, médicament causant la somnolence, maladie, etc.) et des « mauvaises » (drogues et alcool)? Pour décider d'enlever quelqu'un de la route pour cause de facultés affaiblies, il suffit de savoir que la personne n'est pas en état de conduire, peu importe la cause (Logan, 2007). Un test de réflexes filmé, ce qui est aisé aujourd'hui, va très bien nous dire cela.

¹⁴ «Les personnes qui fument occasionnellement du cannabis peuvent avoir des traces de THC dans leur sang jusqu'à sept jours» (MMJPR, 2016b).

¹⁵ Ces tests sont conçus pour détecter la présence de THC, d'amphétamine, de méthamphétamine, de MDMA, de cocaïne, de morphine et d'héroïne.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Toutefois, si on inclut l'ensemble des causes qui peuvent mener à l'échec du TSN, probablement que l'on sera moins enclin à utiliser le pénal comme suivi à cet échec. Ce serait bien.

De nombreuses études en criminologie démontrent clairement que pour modifier un comportement, des peines sévères appliquées rarement, parce que les suivis sont complexes et sévères, sont beaucoup moins efficaces que des sanctions plus aisées à appliquer qui le sont plus souvent; la raison est que cela augmente la perception chez la personne du risque potentiel d'être pris et d'en subir les conséquences (Institut de criminologie de Paris, 2010). Quelles conséquences? Si une personne échoue au test qui valide ses capacités de conduire, pour la protection du public et sa propre protection, elle ne peut continuer sa route. On saisit le véhicule et on l'envoie à la fourrière, on peut faire des suspensions temporaires de permis, enlever des points d'inaptitude, et les assurances feront le reste en augmentant les primes. Comme ces interventions policières seraient plus aisées et qu'elles engloberaient l'ensemble des causes de la conduite avec facultés affaiblies, le message à la population serait beaucoup plus clair : on ne conduit pas avec les facultés affaiblies, peu importe la raison.

Ces nouvelles procédures permettraient d'économiser les millions de dollars nécessaires aux formations des policiers pour l'utilisation des tests salivaires ou autres, à l'achat des instruments pour faire ces tests et à leur remplacement régulier, de même que les coûts des laboratoires pour en valider les résultats (Mireault, 2016), sans compter les coûts humains liés à ces procédures (détention au poste de police, intrusions corporelles, etc.), et ceux du système judiciaire. Enfin, par leur facilité d'usage, elles serviraient davantage l'objectif de sécurité routière en diminuant de manière globale la conduite avec facultés affaiblies.

Le groupe de travail se dit conscient de tout cela. Toutefois, bizarrement, il en arrive à la conclusion que comme il n'existe aucune étude scientifique pour le moment qui permette de faire une loi *per se* pour le cannabis, il faut injecter davantage d'argent dans le système actuel avec les ERD (en ce moment, peu de policiers sont formés, et la formation n'est qu'en anglais). En parallèle, il faut faire de la recherche pour trouver ces seuils de THC et des appareils pour les mesurer aisément afin de pouvoir faire une loi *per se* similaire à l'alcool. Il s'agit ici de dizaine de millions de dollars pour aller dans cette direction. De plus, en même temps qu'il maintient que la conduite avec facultés affaiblies doit demeurer criminelle, le groupe de travail « recommande également que tous les gouvernements du Canada envisagent l'application de sanctions progressives allant de sanctions administratives à des poursuites criminelles selon la gravité de l'infraction » (GTLRC, 2016 : 54). Sur quelles bases ?

Avec justesse, il insiste sur la pertinence de l'éducation avec des données probantes afin de prévenir la conduite avec facultés affaiblies non seulement par le cannabis, mais en incluant l'ensemble des causes qui peuvent affaiblir les facultés. Toutefois, de manière contradictoire, après avoir reconnu qu'il y a en ce moment peu de ERD et que ce ne sont pas tous les policiers qui sont habilités à faire passer le TSN, il explique que les messages de prévention « doivent également renforcer le fait que les organismes d'application de la loi ont la capacité de détecter la consommation du cannabis au moyen des TSN et des évaluations par les ERD, et que des sanctions lourdes de conséquences seront imposées » (GTLRC, 2016 : 53). Enfin, pour les jeunes, il croit que « les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient envisager la mise en place d'une politique de tolérance zéro pour la présence du THC dans le système des nouveaux ou jeunes conducteurs » (GTLRC, 2016 : 53).

Cette section est probablement la plus faible du rapport, en ce qu'elle pose bien les problèmes de la situation actuelle, mais recommande de continuer dans la même direction. On justifie cette position du fait que le rapport du Comité sur la conduite sous l'influence des drogues (le CCID),

comité de la Société canadienne des sciences judiciaires (SCSJ), n'est pas encore paru pour déterminer s'il est nécessaire d'établir une limite *per se* pour le THC similaire à l'alcool¹⁶. En fait, on connaît un peu la réponse à venir du CCID, car « Justice Canada, le Comité Drugs and Driving [CCID] et le ministère des Transports de l'Ontario travaillent actuellement à l'évaluation de trois tests salivaires (DrugTest, Drug Wipe et DDS2). Le Comité Drugs and Driving prépare des recommandations concernant les normes d'utilisation des dispositifs de prélèvement de salive qui, si elles sont approuvées, sous-tendront la nouvelle loi et de futures modifications au *Code criminel*. » (Mireault, 2016 : n.p.) Ces mesures pourraient même devancer ou être adoptées indépendamment de la loi qui légalise le cannabis.

Le défi ici est à plusieurs niveaux. Politique – sur le discours à tenir considérant les problèmes de la situation actuelle. Économique – pour financer adéquatement les campagnes d'éducation, mais également le renforcement du système actuel. Social – pour réussir à passer un message clair considérant tous ces inconnus dans l'équation sur la manière de gérer la conduite avec facultés affaiblies.

Thème V : Le cannabis à des fins thérapeutiques

Plus de 40 000 patients sont enregistrés pour bénéficier de cannabis à des fins thérapeutiques, nombre qui croît rapidement. La *Loi sur l'accès du cannabis à des fins médicales* a subi plusieurs transformations au fil des années, parce qu'incapable d'assurer pleinement l'accès adéquat aux produits. En 2014 entrait en vigueur le *Règlement pour la marijuana à des fins médicales* (RMFM) en remplacement de l'ancienne loi où les patients pouvaient faire pousser eux-mêmes leur cannabis, avoir un producteur désigné, ou se le procurer auprès de Santé Canada. Désormais, le RMFM permet de donner des licences à des producteurs pour cultiver le cannabis à des fins médicales et la distribution est exclusivement postale. Les patients, pour obtenir du cannabis de ces producteurs, doivent obtenir une certification médicale de leur problème et une prescription à cet effet pour ensuite faire demande à l'un des producteurs autorisés qui, sous le RMFM, ne peuvent vendre que du cannabis séché ou encore de l'huile de cannabis.

Les coûts afférents à toute l'infrastructure de production intérieure, de sécurité, et d'expédition exigée par le gouvernement obligent les producteurs à des dépenses considérables, sans compter qu'ils doivent détruire le cannabis non vendu à la fin de l'année. C'est ce qui a amené un coût assez élevé du cannabis par ces producteurs autorisés pour maintenir une marge raisonnable de profits. De plus, comme le cannabis n'a pas de DIN, soit le numéro d'identification d'un médicament prescrit dans une forme posologique, les assurances ne le reconnaissent pas comme un médicament et n'offrent pas de remboursement aux patients. Ainsi, plusieurs d'entre eux ne pouvant payer les coûts du cannabis qui leur est nécessaire auprès des producteurs autorisés désiraient retrouver leur droit à une culture personnelle ou à un producteur désigné comme c'était le cas avant l'entrée en vigueur du RMFM. Également, ils voulaient avoir accès à des produits du cannabis comestibles pour ne pas avoir à fumer le produit. Le 24 février 2016, la Cour fédérale de la Colombie-Britannique leur donnait raison dans la cause Allard (Allard c. Canada, 2016 CF 236); le RMFM ne respectait pas l'exigence constitutionnelle relative à « l'accès raisonnable » au cannabis à des fins médicales. C'est ainsi qu'en août 2016, en suivi de la décision de la Cour fédérale, entrait en vigueur le *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* (RACFM) qui remplaçait le RMFM et redonnait aux patients la capacité de cultiver leur cannabis ou d'avoir un producteur désigné.

¹⁶ Lorsque déposé, le rapport pourra être consulté sur le site de la Société canadienne des sciences judiciaires à l'adresse suivante : http://www.csfs.ca/fr/notre_raison_detre/comites-de-la-scsj/comite-drogues-au-volant/.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Les producteurs ayant obtenu des licences n'étaient pas très contents de la Décision Allard ; ils ont investi des millions de dollars pour créer une infrastructure qui réponde aux exigences gouvernementales. Ils ont fait valoir qu'avec le nouveau cadre réglementaire qui légalisera le cannabis, ils n'auraient plus à détruire le cannabis invendu et pourraient offrir une gamme de produits variés fabriqués en plus grande quantité, ce qui ferait baisser les prix. Mais ces producteurs ne sont pas les seuls à opérer dans le marché thérapeutique, même s'ils sont les seuls à le faire dans l'entière légalité du RACFM. D'autres acteurs ont fait valoir la voix des patients au groupe de travail.

Il y a l'Association LIFT, issue des Clubs Compassion qui furent les premiers à distribuer le cannabis à des fins thérapeutiques dans les années 1990. Cette Association cherche à faciliter le lien entre des médecins, des producteurs (pas nécessairement autorisés), des dispensaires (techniquement non permis), et donne des informations sur les différents produits du cannabis et leurs dérivés quant à leurs effets thérapeutiques (LIFT, 2016).

De plus, en contravention également au RACFM et de l'ancien Règlement, pour aider les patients à s'approvisionner avec les bons produits du cannabis sous suivi médical, fut fondée à Vancouver en 2011 l'Association canadienne des dispensaires de cannabis médical (ACDCM). Cette association, d'une part, procure une certification aux dispensaires à la suite d'une formation sur les manières d'opérer, d'autre part, milite activement pour améliorer l'accès aux diverses formes de cannabis pour les malades à des coûts raisonnables. Elle était heureuse de la Décision Allard, même si la reconnaissance légale des dispensaires vendant du cannabis à des fins médicales n'était pas encore là. Pour le moment, ils sont illégaux, même si dans plusieurs municipalités, surtout depuis la Décision Allard, il y a une certaine tolérance à leur égard (ACDCM, 2016).

Considérant la présence de ces acteurs dans le dossier, tous les débats autour du cannabis à des fins thérapeutiques qui ne font pas l'unanimité scientifique par manque de données, et en raison du jugement du tribunal qui demande de donner un « accès raisonnable » au cannabis, le choix privilégié par le gouvernement est de ne plus faire la distinction entre le réseau thérapeutique et récréatif de cannabis. Les personnes qui le désirent pourront consommer du cannabis sous suivi médical et iront acheter leurs produits aux mêmes endroits que le cannabis récréatif. Les seuls cas que le gouvernement continuerait à gérer seraient les cas spéciaux de mineurs qui ont une autorisation médicale et les cas de personnes malades qui, pour répondre à leurs conditions, ont besoin de produits particulièrement puissants. Le gouvernement reconnaît les bienfaits du travail actuel sur le terrain en ce domaine, mais il désire que ces associations limitent à l'avenir leurs services aux producteurs autorisés et suivent les règles provinciales et territoriales quant au modèle de distribution.

Ce n'est pas la conclusion à laquelle en est arrivé le groupe de travail pour diverses raisons.

Tout d'abord, il y a le risque qu'avec un seul système de production et de transformation, sans soutien spécifique gouvernemental à la recherche préclinique et clinique des cannabinoïdes à des fins médicales, plusieurs produits contenant peu de THC, mais riches en CBD, par exemple, disparaissent du marché, parce que moins rentable au regard du marché récréatif. De plus, ce soutien gouvernemental à la recherche pourrait permettre à certains produits d'obtenir un DIN, parce que leurs capacités thérapeutiques auront les fondements scientifiques reconnus qui en prouvent les effets, les contre-indications, etc., ce qui aiderait au soutien des médecins et pharmaciens dans ce dossier, car ces informations seraient intégrées à leur formation. Enfin, un médicament avec un DIN permettrait d'éviter la taxation et les patients pourraient les faire rembourser plus aisément par leurs assurances. Le groupe de travail a entendu plusieurs patients expliquer qu'ils préféreraient acheter leur cannabis plutôt que le cultiver ou avoir un producteur désigné, mais que les coûts pour répondre

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

à leurs besoins en cannabis étaient actuellement prohibitifs. Toutefois, les institutions d'application de la loi sont peu ouvertes au maintien de producteurs désignés, car plusieurs d'entre eux, selon leurs dires, produisent également du cannabis pour le marché noir.

L'autre élément qui ressortait du discours des patients ou de groupes militant pour leurs droits est la nécessité de dispensaires spécifiques pour les produits de cannabis à des fins médicales. Bien sûr, de nombreux produits seraient communs aux deux marchés, mais les patients sauraient qu'en ces lieux, du personnel médical et spécialisé compétent pourrait les informer adéquatement, et cela préserverait plus aisément la confidentialité de leur situation physique. De plus, les personnes mineures ou qui ont besoin de produits particulièrement élevés en THC pourraient trouver là des produits qui leur conviennent.

Dans cet esprit, le groupe de travail souhaite que l'on maintienne le RACFM même avec l'arrivée du nouveau cadre réglementaire sur le cannabis, afin que des dispensaires de cannabis à des fins médicales puissent opérer dans le cadre de ce Règlement. De plus, il demande que le RACFM soit réévalué dans cinq ans afin de voir, au vu du développement du marché et de la recherche, de même que de l'évolution du milieu médical sur ce dossier, quels éléments seraient à modifier. En particulier, il espère que les développements sur le marché thérapeutique permettent de faire disparaître les producteurs désignés, car les produits nécessaires aux patients deviendraient accessibles et à coût abordable.

En somme, le groupe de travail fut sensible au discours des patients et des groupes militant pour leurs droits qui craignent qu'un seul créneau reconnu de produits du cannabis ne diminue la recherche sur le cannabis à des fins médicales, et qu'un seul réseau de dispensaires n'amène la diminution du soutien au malades s'ils n'ont plus besoin de s'enregistrer pour que leur condition médicale soit reconnue.

Le défi sera ici de voir avec les provinces et territoires quel modèle de distribution répondra le mieux aux besoins des patients et si l'on saura coordonner un système canadien à cet effet. Le milieu médical et les pharmaciens sont encore très réticents dans ce dossier, donc il est peu envisageable, du moins à court terme, de penser à un système de distribution thérapeutique qui reposerait sur les institutions traditionnelles de santé.

L'autre défi sera lié à l'investissement en recherche qui pourrait, en partie du moins, être assumé par les Instituts de recherche en santé du Canada; il est nécessaire de bénéficier de connaissances solides qui donneront à certains produits le statut de médicament. Plus la recherche avancera, plus il sera aisé de diminuer les réticences du milieu médical dans ce dossier, surtout si des produits du cannabis reçoivent un DIN.

Enfin, tel que mentionné, le groupe de travail fait référence à l'effet qu'il faut sévir contre les fausses allégations thérapeutiques. Considérant le savoir actuel, il faudrait le plus rapidement possible délimiter le contenu d'une formation pour le personnel des lieux de vente de cannabis thérapeutiques en fonction de ce critère afin d'éviter bien des discours trompeurs pour mousser les ventes de produits.

Conclusion

Il est clair que les options qui furent privilégiées par le gouvernement dans chacun des points de discussion sont issues d'un souci de convaincre la population que tout sera sous contrôle et sécuritaire. Le groupe de travail a globalement bien abordé chacune des questions posées par le gouvernement. Toutefois, comme nous espérons l'avoir montré. Il demeure encore bien des défis à surmonter,

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

particulièrement dans le cadre des négociations avec les provinces et territoires afin de trouver les avenues les plus prometteuses en santé publique. Les coûts énormes de l'implantation du cadre réglementaire avec tous les éléments qui l'accompagnent sont l'affaire de plusieurs années. C'est pourquoi nous aimerions absolument voir l'entièreté de la taxation, du moins pour une certaine période, attachée à ces coûts, tant au fédéral que dans les provinces et territoires. Comme le souligne le groupe de travail, « les gouvernements devraient se concentrer sur le succès à long terme du système » (GTLRC, 2016 : 62). À cette fin, il insiste sur le fait que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de leader par un financement national pour la recherche et la surveillance de la progression et de l'efficacité des mesures réglementaires pour que s'implante rapidement et adéquatement toute l'infrastructure nécessaire (recherche, éducation du public, octroi de permis, inspections, contrôle des laboratoires, surveillance, formation, etc.). De plus, il rappelle la « priorité de veiller à la participation des gouvernements autochtones et des organismes qui les représentent en ce qui a trait à leurs intérêts » (GTLRC, 2016 : 65). Enfin, il souligne que dès l'adoption de la loi, le défi sera une coordination adéquate des messages des divers niveaux de gouvernement pour que le public reçoive des messages clairs tant en prévention que sur le cadre réglementaire lui-même.

En somme, l'application du nouveau cadre réglementaire sera complexe, coûteuse et pourra aisément dévier des objectifs de départ si le leadership fédéral est insuffisant dans le dossier, ou encore si les provinces et territoires s'y sont mal préparés et que la soif de profits l'emporte sur les autres considérations. Une chose est certaine : une surveillance à court et à long terme sera nécessaire pour s'assurer que les différents niveaux de gouvernement conservent la primauté de la santé publique et considèrent l'usage du pénal en dernier recours.

Un sujet qui n'a pas été abordé dans le cadre de ce processus et qui se posera rapidement suite à la légalisation, sera celui des 600 000 Canadiens qui ont un dossier criminel lié à la possession du cannabis, sans compter les autres acteurs du marché qui ont subi des condamnations au pénal. Rien que pour l'année 2014, mentionne le document de discussion, il y a eu 57 314 infractions liées à la marijuana rapportées par la police, dont 22 223 ont mené à des accusations de possession : « Les casiers judiciaires qui ont résulté de ces accusations ont des répercussions graves pour les personnes concernées. Les personnes qui ont un casier judiciaire peuvent avoir de la difficulté à se trouver un emploi et un logement et il peut leur être interdit de quitter le Canada (Santé Canada, 2016a : Contexte, n.p.) ».

Le gouvernement se prépare à répondre à cette problématique, mais son travail passe par une autre porte, car le gouvernement fédéral veut ouvrir plus largement la question des suspensions de casiers judiciaires (connu anciennement sous le nom de Demande de pardon), dont les conditions d'obtention se sont grandement durcies avec le précédent gouvernement conservateur. Du 7 novembre au 16 décembre 2016 avait lieu une Consultation en ligne sur le programme de suspension de casier judiciaire¹⁷. Des questions spécifiques avaient trait à la question du cannabis. La compilation des commentaires reçus se fera à l'hiver 2017 et servira à faire l'examen de la *Loi sur le casier judiciaire* de manière globale pour voir s'il n'y a pas lieu de faire des changements tant au niveau des critères, des coûts, des périodes d'attente, etc. (Sécurité publique Canada, 2016). Il est heureux que l'on remette cette loi sur la table, et ce, pas uniquement sur la question du cannabis. Histoire à suivre.

¹⁷ La consultation est maintenant terminée et l'accès au document de consultation n'est pas possible. Toutefois, on peut retrouver les objectifs de cette consultation à la page suivante : <https://www.canada.ca/en/services/policing/parole/consultation-record-suspensions.html>.

Références

- Alimi, D. (2015). Going Global: Policy Entrepreneurship of the Global Commission on Drug Policy. *Public Administration*, 93(4), 874-889.
- Association canadienne des dispensaires de cannabis médical. (2016). *Mission, Vision and Values*. Repéré à <http://www.camcd-acdcm.ca/camcd-values/>.
- Beauchesne, L. (2014). *Introduction à la criminologie et problématiques canadiennes*. Montréal, Québec : Éditions Bayard.
- Beauchesne, L. (2006a). *Les drogues : les coûts cachés de la prohibition*. Montréal, Québec : Éditions Bayard.
- Beauchesne, L. (2006b). *Les drogues : légalisation et promotion de la santé*. Montréal, Québec : Éditions Bayard.
- Beauchesne, L. et Giguère, E. (1994). *Le sport et la drogue*. Montréal, Québec : Le Méridien.
- Bewley-Taylor, D. (2003). Challenging the UN Drug Control Conventions: Problems and Possibilities. *International Journal of Drug Policy*, 14(2), 171-179.
- Bewley-Taylor, D. (1999). *The United States and International Drug Control, 1909-1997*. London et New York, United States: Pinter.
- Bewley-Taylor, D (1998). Certification Meets NAFTA: More Schizophrenia in the Misguided War. *International Journal of Drug Policy*, 9(6) 417-426.
- Bewley-Taylor, D. et Jelsma, M. (2012). Regime Change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), 72-81.
- Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. et Blickman, T. (2014). *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition. The history of cannabis in the UN Drug Control system and option for reform*. Amsterdam, Netherlands: Transnational Institute: Amsterdam/Global Drug Policy Observatory: Swansea. Repéré à <https://www.tni.org/en/publication/the-rise-and-decline-of-cannabis-prohibition>.
- Borodovsky, J.T., Crosier, B.S., Lee, D.C., Sargent, J.D. et A. J. Budney, A.J. (2016). Smoking, Vaping, Eating: Is Legalization Impacting the Way People Use Cannabis? *International Journal of Drug Policy*, 36, 141-147.
- Brouet, O. (1991). *Drogues et relations internationales : du phénomène de société à la narcodiplomatie*. Bruxelles, Belgique : Éditions Complexe.
- Bureau Du Directeur Parlementaire Du Budget (2016). *Légalisation du cannabis : considérations financières*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à www.pbo-dpb.gc.ca.
- Cannabis Growers of Canada (CGC) (2016). *Learn About our Organization*. Repéré à <https://cannagrowers.ca/about/>.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies(2016). *Lois per se en matière de drogues. Document d'orientation*. Ottawa, Canada : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Drug-per-Se-Laws-Policy-Brief-2016-fr.pdf>.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2015) *Réglementation du cannabis : leçons retenues de l'expérience des États du Colorado et de Washington*. Ottawa, Canada : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Regulation-Lessons-Learned-Report-2015-fr.pdf>.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2012a) Colloque international sur la drogue au volant. Rapport sommaire. Montréal, Canada, Juillet 2011. Ottawa, Canada : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011-International-Symposium-Summary-Report-fr.pdf>.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2012b) *Analyse des ventes des boissons alcoolisées au Canada. Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool. Rapport 2 de 3*. Ottawa, Canada : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Analysis-Alcohol-Sales-Policies-Canada-2012-fr.pdf>.

Chatwin, C. (2017). UNGASS 2016: Insights from Europe on the Development of Global Cannabis Policy and the Need for Reform of the Global Drug Policy Regime. *International Journal of Drug Policy*. Prépublication. doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.017

Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (2008). *Vue d'ensemble (mars 2008) : coûts, taxes et profits liés au tabac*. Montréal, Québec : Coalition québécoise pour le contrôle du tabac.

Colle, F.-X. (2000). *Les drogues en vente libre*. Paris, France : PRAT Éditions, Division d'Elsevier Business Information.

Collins, J. (2016). Development First: Multilateralism in the Post-'War on Drugs' Era. Dans LES Expert Group on the Economics of Drug Policy (dir.), *After the Drug Wars (9-17)*. London, Great Britain. The London School of Economics and Political Science. Repéré à <http://www.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/LSE-IDEAS-After-the-Drug-Wars.pdf>.

Colorado, Department of Revenue (2016a). *Colorado, Department of Revenue, Licensees – Marijuana Enforcement Division*. Repéré à <https://www.colorado.gov/pacific/enforcement/licensees-marijuana-enforcement-division>.

Colorado, Department of Revenue (2016b). *Colorado Marijuana Tax Data*. Repéré à <https://www.colorado.gov/pacific/revenue/colorado-marijuana-tax-data>.

Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites (sous la présidence du Sénateur Nolin) (2002). *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Ottawa, Canada : Sénat. Repéré à http://www.parl.gc.ca/sencommitteebusiness/CommitteeReports.aspx?parl=37&ses=1&Language=F&comm_id=85.

Crick, E., Cooke, M. et Bewley-Taylor, D. (2014). *Selling Cannabis Regulation: Learning from Ballot Initiatives in the United States in 2012*. Policy Brief 6. November. Global Drug Policy Observatory, U.K. Repéré à : <https://www.swansea.ac.uk/media/Selling%20Cannabis%20Regulation.pdf>.

Crick, E., Haase, H.J. et Bewley-Taylor, D. (2013). *Legally Regulated Cannabis Markets in the US: Implications and Possibilities*. London, U.K.: Global Drug Policy Observatory. Repéré à : <https://www.swansea.ac.uk/media/Leg%20Reg%20Cannabis%20digital%20new-1.pdf>.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Dell'Alba, G., Dupuis, O. et Robert, J.L. (1994). *Pour une révision des Conventions des Nations Unies en matière de drogues*. Repéré à : <http://www.radicalparty.org/fr/content/pour-une-revision-des-conventions-des-nations-unies-en-matiere-de-drogues>.

Douville, M. (2015). *Les effets du cannabis sur la conduite automobile*. Québec, Québec : Institut national de santé publique. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2044_effets_cannabis_conduite_automobile.pdf.

Dupras, D. (1998). *Les obligations internationales du Canada en vertu des principales conventions internationales sur le contrôle des drogues*. Ottawa, Canada : Bibliothèque du parlement. Repéré à : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dupras-f.htm>.

Dupuis, J. (1998). *Fiscalité des produits du tabac*. Ottawa, Canada : Direction de la recherche parlementaire, Gouvernement du Canada. Repéré à : <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/modules/prb98-8-tobacco/fiscalite.htm>.

Elder, W.R., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T.S., Brewer, R.D., Chattopadhyay, S.K., Toomey, T.L. et Fielding, J.E. (2010). The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *American Journal of Preventive Medicine*. 38(2), 217-229.

Glennerster, R., Kermer, M. et Williams, H. (2005, 21 octobre). The Price of Life. *Foreign Policy*. Repéré à : <http://foreignpolicy.com/2009/10/21/the-price-of-life-2/>.

Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis (GTLRC) (2016). *Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada, Rapport final*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à : http://canadiensensante.gc.ca/task-force-marijuana-groupe-etude/framework-cadre/index-fra.php?_ga=1.89502290.853576718.1483294739.

Guillain, C. et Marchand, C. (1997). La réglementation du cannabis à la lumière des conventions internationales. Dans B. De Ruyver (dir.) *La politique en matière de drogues en Belgique : développements actuels* (p. 299-318). Bruxelles, Belgique : Bruylant.

Institut de criminologie de Paris (2010). *Peine, dangerosité : quelles certitudes ?* Paris, France : Dalloz.

International Drug Policy Consortium (IDPC) (2016). *Drug Policy Reform after UNGASS 2016*. Repéré à : https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Drug_Policy_Reform_after_UNGASS_2016_Prospects_Proposals_Constraints.pdf.

Jade Maple Corporate Services (2016). *Accelerating the Cannabis Economy*. Repéré à <http://jade-maple.com/>.

Jensen, E.L. et Roussell, A. (2016). Field Observations of the Developing Legal Recreational Cannabis Economy in Washington State. *The International Journal of Drug Policy*, 33, 96-101.

Kilmer, B. (2016, 22 août). *Promises and Pitfalls of Cannabis Taxes*. [Billet de blogue]. Repéré à <http://www.rand.org/blog/2016/08/promises-and-pitfalls-of-cannabis-taxes.html>.

Kleiman, M.A.R. (2015). *Legal Commercial Cannabis Sales in Colorado and Washington: What Can We Learn?* Washington, DC: Brookings Institution. Repéré à : <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Kleiman-Wash-and-Co-final.pdf>.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Klug, H. (2008). Law, Politics, and Access to Essential Medicines in Developing Countries. *Politics & Society*, 36(2), 207-245.

Kumah-Abiwu, F. (2014). The Quest for global Narcotics Policy Change: Does the United States Matter? *International Journal of Public Administration*, 37(1), 53-64.

Labrousse, A. (2001). *La guerre à la drogue et les intérêts des États. Mémoire déposé au Comité spécial du sénat sur les drogues illicites*. Repéré à : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/presentation/labrousse-f.htm>.

Latin American Commission on Drugs and Democracy (THE) (2009). *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift* Book and Statement. Repéré à : <http://www.globalcommissionondrugs.org/about-us/the-latin-american-commission-on-drugs-and-democracy/>.

Lemoine, M.-P. (2016). *Quel est le plan(t) ? : Différents discours militants pour la légalisation du cannabis au Canada*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université d'Ottawa.

LIFT (2016). *Marijuana Dispensaries and Compassion Clubs*. Repéré à : <https://liftcannabis.ca/dispensaries>.

Logan, B. K. (2007). Marijuana and Driving Impairment. Dans M.A. ElSohly (dir.), *Marijuana and the cannabinoids* (p. 277-283). New-Jersey, USA: Humana Press.

Logan, B., Kacinko, S. L., Beirness, D.J. et Center for Forensic Science Research and Education & Beirness and Associates, INC. (2016). *An Evaluation of Data from Drivers Arrested for Driving Under the Influence in Relation to Per se Limits for Cannabis*. Washington, D.C.: Foundation for Traffic Safety. Repéré à : <https://www.aaafoundation.org/evaluation-data-drivers-arrested-driving-under-influence-relation-se-limits-cannabis>.

Louz, Y. (2012) Les médicaments essentiels. *Journal Africain du Cancer/African. Journal of Cancer*, 4(1) 62-67.

Mackey, T. K., Werb, D., Beletsky, L., Ranger, G., Arredondo, J. et Strathdee, S.A. (2014). Mexico's 'ley de narcomenudeo' Drug Policy Reform and the International Drug Control Regime. *Harm Reduction Journal*, 11(1), 31-37.

Minardi, J.-F. et Pouliot, F. (2014). *Les effets pervers des taxes sur le tabac, l'alcool et le jeu*. Montréal, Québec : Institut économique de Montréal. Repéré à : http://www.iedm.org/files/note0214_fr.pdf.

Ministère de la Justice (2016). *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Partie I. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2013-119/index.html>.

Ministère de la Justice (2016). *Conduite avec facultés affaiblies par les drogues : Document de consultation*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à : <http://www.justice.gc.ca/fra/cons/cfad-did/legis.html>.

Mireault, P. (2016, mai). *Les tests salivaires pour la détection des drogues et des médicaments*. Conférence présentée au Séminaire sur la capacité de conduite affaiblie par la drogue, École nationale de police du Québec, Nicolet.

MMJPR (2016a). Site web. Repéré à : <http://mmjpr.ca/>.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

MMJPR (2016b). *5 Facts About Marijuana and Driving High*. Repéré à : <http://mmjpr.ca/5-facts-marijuana-driving-high/>.

Mulgrew, I. (2005). *Bud Inc.: Inside Canada's Marijuana Industry*. Toronto, Canada: Random House Canada.

Ogrodnik, M., Kopp, P, Bongaerts, X. et Tecco, J.M. (2015). An Economic Analysis of Different Cannabis Decriminalization Scenarios. *Psychiatria Danubina*, 27(suppl.1), 309-14.

O'Malley, P et Mugford, S. (1992). Moral Technology: The Political Agenda of Random Drug Testing. *Social Justice*, 18(4) 122-146.

Organisation des Nations Unies (2016a). *Collection des traités Documents des Nations Unies*. Repéré à : https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VI-16&chapter=6&clang=fr.

Organisation des Nations Unies (2016b). *Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue. Résolution S-30/1 adoptée par l'Assemblée générale le 19 avril 2016 à la trentième session extraordinaire, point 8 de l'ordre du jour, 1^{ère} séance plénière*. Repéré à : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/110/25/PDF/N1611025.pdf?OpenElement>.

Organisation des Nations Unies (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les drogues des peuples autochtones. Résolution 61/297 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies*. Repéré à : http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf.

Organisation des Nations Unies (1969). *Convention de Vienne sur le droit des traités (cvdt), avec annexe, conclue le 23 mai 1969*. Repéré à <https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%201155/volume-1155-I-18232-French.pdf>.

Organisation des Nations Unies contre les drogues et le crime (2013). *Les Conventions internationales relatives au contrôle des drogues*. Vienne, Autriche : United Nations Publication. Édition révisée. Repéré à : https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_F.pdf.

Organisation mondiale de la santé (2016). *Médicaments essentiels*. Repéré à : http://www.who.int/topics/essential_medicines/fr/.

Pardo, B. (2014). Cannabis Policy Reforms in the Americas: A Comparative Analysis of Colorado, Washington, and Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 727-735.

Phifer, R. (2016). A Sensible Approach to Workplace Drug Testing for Cannabis. *Journal of Chemical Health & Safety*, 24(2), 34-38.

Réseau juridique canadien VIH/sida (2016). *La réglementation du cannabis et les traités de l'ONU sur les drogues. Stratégies de réforme*. Repéré à : <http://www.aidslaw.ca/site/cannabis-regulation-and-the-un-drug-treaties-strategies-for-reform/?lang=fr>.

Rodgers, A. (1996). *Analyse de politiques de dépistage de drogues en milieu de travail*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université d'Ottawa.

Room, R. (2014a). Legalizing a Market for Cannabis for Pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109(10), 345-351.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Room, R. (2014b). Cannabis Legalization and Public Health: Legal Niceties, Commercialization and Countercultures. *Addiction*, 109(3), 358-359.

Santé Canada (2016a). *Vers la légalisation, la réglementation et la restriction de l'accès à la marijuana : Document de discussion*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à : <http://canadiensensante.gc.ca/health-system-systeme-sante/consultations/legalization-marijuana-legalisation/document-fra.php>.

Santé Canada (2016b). *Producteurs autorisés approuvés en vertu du Règlement sur la marijuana à des fins médicales*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/info/list-fra.php>.

Santé Canada (2014). *Accès en vertu du Règlement sur la marijuana à des fins médicales*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/law-loi/index-fra.php>.

Sauloy, M. et Le Bonniec, Y. (1992). *À qui profite la cocaïne?* Paris, France : Calmann-Lévy.

Sécurité Publique Canada (2016). *Consultation du programme de suspension du casier*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à : https://www.canada.ca/fr/services/police/liberationconditionnelle/consultation-suspensions-casier.html?_ga=1.122574603.1694771090.1481582283.

Seuba, X. (2006). Liste modèle OMS des médicaments essentiels : une approche fondée sur les drogues de l'homme. *Bulletin de l'OMS*, 84(5), 405-407.

Silbuagh, L. (2015). Distribution of Marijuana Tax Revenue. *Colorado Legislative Council Staff, Issue Brief*, 15-19. Repéré à : <https://www.colorado.gov/pacific/sites/default/files/15-10%20Distribution%20of%20Marijuana%20Tax%20Revenue%20Issue%20Brief.pdf>.

Sinha, J. (2001). *L'historique et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants. Rapport de recherche produit pour le comité sénatorial spécial sur les drogues illicites*. Ottawa, Canada : Bibliothèque du Parlement. Repéré à : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/history-f.htm>.

Subritzky, T., Pettigrew, S. et Lenton, S. (2016). Issues in the Implementation and Evolution of the Commercial Recreational Cannabis Market in Colorado. *International Journal of Drug Policy*, 27, 1-12.

Stewart, D. P. (1990). *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Partie I. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada : Ministère de la Justice. Repéré à : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2013-119/index.html>.

Transports Canada (2014). *Sécurité routière au Canada. Transports Canada, Sécurité routière et réglementation automobile avec l'appui de l'Agence de la santé publique du Canada. TP 15145F*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Repéré à : <https://www.tc.gc.ca/fra/securiteautomobile/tp-tp15145-1201.htm>.

Von Hoffman, J. (2016). The International Dimension of Drug Policy Reform in Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 34, 27-33.

Walsh, J. et Ramsey, G. (2015) *Uruguay's Drug Policy: Major innovations, Major Challenges*. Center for 21st Century Security and intelligence, Latin America Initiative, Foreign Policy at Brookings. Repéré à : <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Walsh-Uruguay-final.pdf>.

Légaliser le cannabis au Canada : les défis à venir

Washington State Liquor and Cannabis Board (2016a) *Initiative Measure n° 502*. Repéré à <http://lcb.wa.gov/publications/Marijuana/I-502/i502.pdf>.

Washington State Liquor and Cannabis Board (2016b) *Licensing, Weekly Marijuana Report, Licensing*. Repéré à : <http://lcb.wa.gov/marj/dashboard>.

Washington State Liquor and Cannabis Board (2016c) *FY 2016 Distributions to local Governments for Marijuana Enforcement*. <http://www.liq.wa.gov/publications/Marijuana/FY%2016%20MJ%20Distributions-Final.pdf>.

Wood, E. (2011) Texte de la Déclaration de Vienne (18 juillet 2010). *Multitudes*, 1(44), 39-41.



TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

Michel Gandilhon, chargé d'étude et chercheur,
Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Ivana Obradovic, directrice adjointe,
Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Nacer Lalam, chargé de recherche,
Institut national des hautes études sur la sécurité et la justice

Déborah Alimi, chargée de recherche,
Institut national des hautes études sur la sécurité et la justice

David Weinberger, chargé de recherche,
Institut national des hautes études sur la sécurité et la justice

Correspondance :

Michel Gandilhon

Chargé d'étude et chercheur

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

3, avenue du Stade de France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex, France.

Téléphone : +33 (0)1 41 62 77 23 ; Portable: +33 (0)6 86 64 48 23

Courriel : michel.gandilhon@ofdt.fr

Résumé

Les légalisations de l'usage du cannabis récréatif intervenues en Uruguay et au Colorado constituent une rupture sans précédent dans l'histoire des politiques publiques visant à réguler l'usage de cette substance. Une approche comparative des deux processus dans chacun des deux pays fait apparaître toutefois que la notion de « légalisation » est insuffisante pour rendre compte de la nature et de l'effectivité des politiques menées. En effet, des oppositions fondamentales, déterminées par des philosophies et des traditions politiques et nationales bien spécifiques, séparent les deux approches. Ces divergences tiennent notamment à la place et au rôle de l'État, ainsi qu'à l'importance accordée aux mécanismes du marché dans le processus de régulation. Les deux expériences en cours démontrent que les processus de légalisation sont aussi l'expression de visions de la société et du monde différentes, de même que de traditions nationales bien spécifiques.

Mots-clés : cannabis, légalisation, politiques publiques, marché, État, libéralisme.

Colorado vs Uruguay: two opposite modes of cannabis legalization

Abstract

The legalization of recreational use of cannabis introduced in Uruguay and Colorado is a major shift in the history of public policies aiming to control the use of this substance. A comparative approach of both processes shows however that the concept of “legalization” is not enough to encompass what is really going on. Distinct and diverging philosophies and national and political traditions have greatly influenced the way those processes have emerged and developed. The place and role of the state as well as the importance of market mechanisms in the regulation process illustrate some of these differences. As these two ongoing experiments highlight, the choice of legalization may also translate antagonist visions of the society or the world grounded in very specific national traditions.

Keywords: marijuana, legalization, public policies, market, State, free market.

Remerciements à Julie-Émilie Adès et Anne de l'Épervier de l'OFDT pour leur relecture et leurs suggestions.

Colorado versus Uruguay: dos modos opuestos de legalización del cannabis

Resumen

La legalización del uso de cannabis recreativo que se aprobó en Uruguay y en Colorado constituye una ruptura sin precedentes en la historia de las políticas públicas destinadas a reglamentar el consumo de esta sustancia. Un enfoque comparativo del proceso en cada uno de los dos países revela sin embargo que la noción de “legalización” no es suficiente para explicare la naturaleza y la eficacia de las políticas que ambos llevan a cabo. En efecto, los dos procesos están separados por una oposición fundamental determinada por filosofías y tradiciones políticas y nacionales bien específicas. Estas divergencias derivan principalmente del papel del Estado y de la importancia que se otorga a los mecanismos de mercado en los procesos de regulación. Las dos experiencias actualmente en desarrollo demuestran que los procesos de legalización son también la expresión de visiones diferentes de la sociedad y del mundo, así como de tradiciones nacionales bien particulares.

Palabras clave : cannabis, legalización, políticas públicas, mercado, Estado, liberalismo.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

Avec la légalisation de l'usage récréatif du cannabis et de sa vente pour les majeurs intervenue au Colorado et en Uruguay, respectivement en 2012 et en 2013, le spectre des politiques publiques en matière de contrôle de cette substance s'est élargi à de nouveaux modes de régulation, en rupture ouverte avec le paradigme prohibitionniste^[1] (Aureano, 2016). Cependant, l'expérience^[2] menée dans ces deux États – au statut politique différent puisque l'Uruguay est un État souverain, tandis que le Colorado est une entité fédérée – montre clairement que la notion de « légalisation » est insuffisante pour rendre compte de la nature et de l'effectivité des politiques menées, tant les approches divergent. Ainsi, dans le cas de l'Uruguay, la légalisation a été largement impulsée et pilotée par l'État (approche *top down*), laissant une place secondaire à la logique de marché; tandis que dans celui du Colorado, le processus a été engagé du fait de la mobilisation d'une partie de la société civile (approche *bottom up*) (Hoffmann, 2016), sous la forme d'un référendum d'initiative populaire, suivi d'une mise en place accordant une large place au secteur privé et aux mécanismes marchands. Si, faute de recul temporel suffisant, la mesure de l'impact de ces initiatives de régulation légale du cannabis (Carlisle Maxwell et Mendelson, 2016), en termes de prévalence de l'usage, de conséquences en matière de santé publique (Hall et Weber, 2015) ou de criminalité est difficile, l'analyse comparée (voir tableau synthétique *infra*) des modalités de mise en place et de déploiement de ces politiques présente un intérêt indéniable, dans la mesure où les expériences en cours au Colorado et en Uruguay annoncent l'émergence de stratégies différenciées de légalisation du cannabis.

Cet article présentera d'abord les éléments de mise en perspective historique, resituant le marché du cannabis et les politiques publiques conduites à l'égard des usagers de drogues dans les deux États étudiés. La deuxième partie retracera les processus sociaux et politiques bien distincts qui ont mené à la légalisation du cannabis, tandis que la troisième esquissera, à partir de la description des approches uruguayenne et étasunienne les différences principales^[3] entre les deux modes de régulation mis en place.

¹ Malgré la mobilisation de certains acteurs, notamment des organisations non-gouvernementales, en faveur d'une réévaluation du classement du cannabis dans les conventions internationales lors des débats préparatifs de l'United Nations General Assembly Special Session (UNGASS), la réunion extraordinaire organisée du 19 au 21 avril 2016 n'a pas modifié le classement de la substance, qui reste considérée comme un stupéfiant de classe 1 au titre des conventions internationales. Depuis 2012, sept autres États américains ont légalisé l'usage récréatif et la détention de quantités limitées de cannabis pour les adultes : l'État de Washington, l'Oregon, l'Alaska, la Californie, le Massachusetts, le Maine et le Nevada. En 2017, environ 20 % des Américains vivent sous un régime de légalisation du cannabis récréatif (Sanburn, 2016).

² Ce terme se justifie dans la mesure où les processus en cours sont encore relativement précaires. En Uruguay, les pouvoirs publics, compte tenu des objectifs en termes de santé et de sécurité publiques, se sont autorisés à revenir sur la politique de « légalisation contrôlée » si les résultats ne sont pas ceux attendus, tandis qu'aux États-Unis, la légalisation n'est possible que par la « tolérance » de l'État fédéral, lequel interdit l'usage de cannabis, que ce soit à des fins récréatives ou médicales.

³ Les données présentées dans cet article reposent largement sur un travail de terrain réalisé au cours de deux missions au Colorado (mai 2015 et avril 2016) et de deux déplacements en Uruguay (septembre 2015 et décembre 2016) à travers notamment des entretiens réalisés par les auteurs avec les différents acteurs de la régulation du cannabis, qu'ils appartiennent à la société civile (activistes prolégalisation, acteurs entrepreneuriaux, professionnels investis dans le champ des drogues (réduction des dommages, médecins), au champ politique local ou national. Ces entretiens ont été réalisés dans le cadre du projet de recherche Cannalex. Ce projet, réalisé avec un financement du Conseil supérieur de la formation et de la recherche stratégique (CSFRS), qui rassemble une équipe de chercheurs appartenant respectivement à l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (l'INHESJ) et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), vise à réaliser une analyse comparée des modèles de politiques publiques en matière de cannabis, notamment dans les trois premiers États ayant légalisé le cannabis (Washington, Colorado et Uruguay). Ce travail de terrain est accompagné d'une mise en perspective documentaire fondée à la fois sur la collecte et l'analyse de publications officielles et grises officielles ainsi que sur de premières synthèses issues de la littérature scientifique. Les résultats seront publiés à l'automne 2017.

Rappel historique et analyse comparée des processus de légalisation

L'histoire des politiques étatiques en matière de drogues illicites est étroitement déterminée par la mise en place, au début du XX^e siècle, d'une politique internationale de contrôle strict des stupéfiants sous l'égide des puissances impériales du moment, dont les États-Unis. L'attention de la communauté internationale est alors focalisée sur l'opium et la cocaïne, substances qui font l'objet d'une politique de surveillance et de réglementation dans le cadre des deux conventions internationales signées à La Haye en 1912 et à Genève en 1925 (Dudouet, 2003). L'Uruguay est, dès cette époque, pleinement intégré au système de contrôle mis en place puisque, contrairement à d'autres pays latino-américains, comme la Bolivie ou le Pérou, il est signataire de ces conventions et adhère en 1933 au Comité central permanent de l'opium (CCPO). En Uruguay, comme aux États-Unis, à l'époque, le discours des pouvoirs publics en matière d'usage de drogues est fondé sur un parti pris hygiéniste, à connotation puritaine, assimilant l'usage de stupéfiants à une dégradation à la fois physique et morale, source de danger social, voire racial. Pendant cette période, marquée en Uruguay par un régime politique autoritaire (Labrousse, 1971), plusieurs commissions publiques coordonnant la répression du trafic et le contrôle des usages sont créées, à l'instar de la *Comisión de defensa contra las Toxicomanias y de Contralor del Tráfico de Estupefacientes*. Mais comme pour l'opium et la cocaïne, ce sont les États-Unis qui prennent l'initiative et mettent en place une politique nationale de prohibition du cannabis. Si, au début des années 1930, 29 États américains avaient déjà interdit l'usage, dont le Colorado où la consommation de marijuana était assimilée à un délit (*misdemeanor*) depuis 1917^[4], l'État fédéral accroît la pression dans le sens d'une pénalisation des consommateurs, en incitant les États qui n'ont pas interdit l'usage de cannabis à le faire avec le *Uniform State Narcotic Act* en 1931 et le *Marijuana Act tax* en 1937, lequel rendait la possession et l'usage passibles de 2 000 dollars d'amende et de cinq ans d'emprisonnement (Caulkins, Hawken, Kilmer et Kleiman, 2012).

C'est dans les années 1960 et 1970 que la question de l'usage du cannabis revient en force aux États-Unis et, dans une moindre mesure, en Uruguay du fait de la hausse des niveaux de consommation et de la montée des mouvements contre-culturels et de contestation politique mobilisant en premier lieu la jeunesse. Ces évolutions donnent lieu à des réactions différenciées selon les pays. Alors que les États-Unis, affectés notamment par le développement de l'usage d'héroïne (Fernandez et Libby, 2011), durcissent leur politique^[5] en déclarant la guerre aux drogues en 1971 par la voix du Président Richard Nixon, l'Uruguay infléchit sa législation concernant la consommation personnelle de stupéfiants et s'engage dans une voie alternative en dépénalisant l'usage de drogues, y compris parmi les plus consommées comme le cannabis. Ainsi, en 1974, en pleine dictature militaire^[6], est promulgué le décret-loi 14.294^[7] qui décriminalise l'usage de cannabis afin de donner la priorité à la lutte contre le trafic (Garat, 2013). Cette évolution législative régira l'ensemble de la politique uruguayenne en matière de drogue jusqu'à la décision, validée par le Parlement en décembre 2013 de légaliser l'usage et la détention. Tout en sanctionnant strictement, conformément aux conventions internationales, la production et la vente de substances stupéfiantes par des peines allant de 3 à 15 ans d'emprisonnement, cette loi autorisait la possession de stupéfiants « en quantités minimales, destinées

⁴ La loi, adoptée en mars 1917, interdit l'usage et la culture de cannabis sous peine d'amende (de 10 à 100 dollars) ou de prison (jusqu'à un mois).

⁵ Le cannabis a été classé dans le tableau 1 des stupéfiants (substances sans valeur thérapeutique) en octobre 1970 avec l'héroïne, le LSD ou encore la MDMA. Cette classification, malgré les nombreuses tentatives pour la faire évoluer, est restée inchangée depuis.

⁶ Apparent paradoxe qui n'en est plus un, si l'on considère que l'objectif de la junte, engagée dans un projet de « reconstruction morale » fondée sur les valeurs de la famille et de la nation, est à l'époque de se focaliser sur les trafiquants conçus comme une menace pour la sécurité du pays (Rivera-Velez, 2015).

⁷ Decreto Ley 14.294 disponible sur http://www.infodrogas.gub.uy/html/marco_legal/documentos/02-DecretoLey14294.pdf.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

exclusivement à la consommation personnelle» (art. 31). Cette relative «tolérance» de l'État, couplée au climat de détente politique consécutif à la chute de la dictature militaire en 1985, a conduit les usagers de drogues à s'organiser. En 1986, une association «antirazzia» est ainsi créée, afin de lutter contre les abus de la police envers les consommateurs de drogues, dont le combat est appuyé par certains acteurs de la société civile, principalement des avocats et des médecins. En 1998, le développement de l'usage de cannabis dans la société uruguayenne (Garat, 2012), de même que l'écho croissant que trouve le militantisme en faveur des usagers, incitent les autorités publiques à assouplir encore la loi. Ainsi, la loi 17.016^[8] réduit à 20 mois la peine pour la production et la vente et prévoit des alternatives à l'incarcération pour les petits délinquants. Elle remplace aussi le terme «quantités minimales» par «quantités raisonnables» selon l'interprétation d'un juge, marquant ainsi un tournant en termes de dépénalisation de la consommation personnelle et ouvre la voie à un positionnement du pays de plus en plus singulier en matière de drogue, lequel débouche en 2000 sur une première tentative d'ouverture du débat sur la légalisation des drogues, après l'élection du président conservateur Jorge Battle (Rivera-Velez, 2015).

Parallèlement, malgré la rhétorique guerrière souvent utilisée lorsqu'il s'agit des drogues, la situation évolue également aux États-Unis, notamment en matière de tolérance à l'égard de la marijuana^[9]. À partir de la seconde moitié des années 1960, un certain nombre d'États, comme l'Oregon, décriminalisent l'usage de cannabis, tandis que l'Alaska, via la Cour suprême, dépénalise en 1975 la possession et l'usage du cannabis à raison d'une once par personne (soit 28,3 g environ). Au Colorado, l'usage de cannabis, pénalisé dès 1917, considéré comme une infraction criminelle (*felony*) à partir de 1929, est requalifié en délit en 1970. Les années 1970 marquent donc une inflexion notable, à la fois dans la tonalité du débat public entourant le statut légal de l'usage de cannabis, les politiques effectivement menées, mais également les représentations collectives et les mentalités, en particulier au sein des jeunes générations^[10]. Deux ans, plus tard, dans le comté de Pitkin, l'écrivain Hunter S. Thompson, proche des milieux relevant de la culture beatnik, pose sa candidature au poste de sheriff et manque de très peu d'être élu sur la base d'un programme de décriminalisation totale du cannabis. De la même façon, en 1973, le républicain Michael Strang, élu à la Chambre des Représentants du Colorado, soumet la première proposition de loi suggérant de légaliser le cannabis, qui ne sera pas adoptée : celle-ci proposait de rendre la production, la possession et l'usage de cannabis légaux pour toute personne âgée de plus de 21 ans. En 1975, les sanctions pénales pour usage et possession sont encore diminuées et deviennent de simples infractions administratives : la possession d'une once de cannabis étant passible d'une amende maximale de 100 dollars (Breathes, 2012).

⁸ Ley 17.016 disponible sur <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/TextoLey.asp?Ley=17016&Anchor=>

⁹ Il est vrai qu'aux États-Unis dans les années 1960, la politique dite de guerre à la drogue lancée par Richard Nixon, est focalisée principalement sur l'héroïne dont l'usage provoque la mort de dizaines de milliers de personnes chaque année dans la société américaine. En 1970, L'administration américaine fait bloquer par l'armée pendant quinze jours la frontière mexicaine lors d'une opération baptisée « Intercept », tandis que l'armée mexicaine intervient au Sinaloa pour éradiquer les champs de pavot (Olvera, Gandilhon, 2012). Cette focalisation sur l'héroïne a probablement laissé plus de libertés aux États souhaitant assouplir leur législation sur la marijuana. Aujourd'hui, la situation actuelle aux États-Unis présente des similarités du fait de l'épidémie d'usages détournés de médicaments opiacés (antidouleurs) et du développement foudroyant des usages d'héroïne depuis quelques années. Entre 2010 et 2014, le nombre de surdoses a été multiplié par plus de trois, passant de 3 000 à près de 10 600 (DEA, 2016). Un contexte qui contribue notamment à dédramatiser fortement les consommations de cannabis et à favoriser son acceptabilité dans la population américaine.

¹⁰ En 1968, le journal *News* fait état d'un sondage réalisé auprès des étudiants de l'État montrant que 68% d'entre eux sont favorables à la légalisation.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

C'est, toutefois, l'introduction du cannabis médical qui va constituer l'étape décisive vers la légalisation intervenue au Colorado. En 2000, soit quatre ans après la Californie qui a été le premier État américain à légaliser l'usage médical du cannabis, le Colorado autorise la possession jusqu'à deux onces (soit 56 grammes environ) et six plants de cannabis pour les patients souffrant de certaines pathologies. Une année avant le référendum de 2000, le gouverneur de l'État, Richard Lamm, est à l'origine d'une loi autorisant les médecins à prescrire de la marijuana pour les patients atteints d'un cancer, ceux-ci pouvant se procurer le produit au sein de l'*University of Colorado Health Sciences Center de Denver*, la capitale de l'État. Ce premier programme, qui restera à l'état de prototype du fait de l'opposition de l'État fédéral, jouera néanmoins un rôle symbolique important en relayant et en faisant écho à la sympathie rencontrée par la première initiative de légalisation votée aux États-Unis par la Californie en 1996. Il faut souligner à ce titre que l'Uruguay, a contrario, n'a réglementé l'usage médical et scientifique du cannabis que très récemment, seulement après avoir légiféré sur l'usage récréatif. Le cannabis médical peut désormais être délivré sur ordonnance à des patients de plus de 18 ans. Par ailleurs, la plantation, la culture, la récolte, le stockage et la commercialisation de cannabis psychoactif et non psychoactif à destination exclusive de la recherche scientifique ou de l'élaboration de produits pharmaceutiques à usage médical y sont désormais autorisés.

Ainsi, l'Uruguay et le Colorado ont connu des évolutions concomitantes dans la dynamique des politiques publiques en matière de cannabis depuis les années 1970. Paradoxalement, c'est aux États-Unis que certains États se sont engagés les premiers dans la voie de la décriminalisation de l'usage à travers la légalisation de la marijuana médicale, dans un contexte pourtant contrarié par la position fermement prohibitionniste de l'État fédéral (Reuter, 2013)^[11]. Par comparaison, l'Uruguay est resté davantage en retrait, du fait de l'ambiguïté légale laissant au juge le soin de définir la sanction applicable en cas de détention de « quantités raisonnables ». Ce hiatus originel n'est évidemment pas sans lien avec les modalités ultérieures de mise en œuvre de la légalisation, fortement différenciées entre l'Uruguay, qui a opté pour une approche de légalisation « par le haut », et le Colorado, davantage caractérisé par un processus de légalisation « par le bas ».

Légalisation « par le haut » vs légalisation « par le bas »

L'existence de stratégies politiques de légalisation distinctes tient d'abord, bien évidemment, aux structures politiques et juridiques spécifiques et à la place laissée à l'expression directe des citoyens. Si, dans les deux États, la Constitution prévoit la possibilité de recourir au référendum d'initiative populaire, sur la question du cannabis, seul le Colorado s'est engagé dans cette voie. *A contrario*, l'Uruguay a été le premier pays qui a adopté, par la voie parlementaire, une loi instaurant un marché légal du cannabis, étroitement contrôlé et administré par l'État.

L'explication de cette différence de processus tient à des facteurs d'histoire sociale et politique. Du fait du poids des mouvements de jeunes issus de la contre-culture au Colorado dans les années 1970, le débat sur le statut légal du cannabis était engagé de longue date et traduisait

¹¹ En 2017, aux États-Unis, le cannabis reste prohibé à l'échelon fédéral, le pays ayant réaffirmé, lors de la dernière session de l'*United Nations General Assembly Special Session (UNGASS)*, en 2016, son adhésion à la convention de 1961 prohibant la production et l'usage de marijuana à des fins récréatives. Ainsi, cette interdiction perdure dans les zones du territoire placées sous la responsabilité de l'État fédéral, par exemple les parcs naturels et les zones protégées. La vague de légalisation actuelle n'est donc possible que par une politique de tolérance, susceptible d'être remise en cause à tout moment. Il semble toutefois que l'élection de Donald Trump ne bouleversera par la politique de tolérance « répressive » de l'État fédéral, le président élu ayant déclaré ne pas vouloir s'immiscer, malgré son hostilité de principe à la légalisation, dans les processus en cours.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

l'adhésion de la majorité de l'opinion publique au principe d'une réforme. Ainsi la collecte des quatre-vingt-dix-huit mille signatures nécessaires pour l'organisation du référendum a pu s'appuyer sur un réseau associatif et militant relativement bien structuré^[12]. En Uruguay, malgré une tolérance relative depuis 1974, une part majoritaire de la population était hostile à un changement officiel du statut légal du cannabis, ce qui souligne le volontarisme politique de la majorité au pouvoir qui en a décidé autrement^[13]. On peut ainsi considérer qu'en Uruguay, la légalisation du cannabis a été pilotée et imposée « par le haut » et a été le fruit d'une volonté politique, contraire à une partie significative de l'opinion publique. Cette détermination a été assumée par le président uruguayen José « pépé » Mujica (2010-2015) qui, en 2012, justifiait sa position dans les termes suivants : « Quelqu'un doit être le premier ; quelqu'un doit commencer en Amérique du Sud, parce que nous perdons la bataille contre les drogues et le crime sur le continent »^[14]. Cette initiative venue d'en haut ne signifie pas que la société civile uruguayenne est restée inerte ou spectatrice de l'action de l'État. En témoigne, à partir de 2005, année marquant l'arrivée de la gauche au pouvoir, la floraison d'un certain nombre d'associations (Proderechos, Plantatuplanta, La Plazita), proches d'une partie de la gauche, notamment de ses mouvements de jeunesse, et rassemblant plusieurs générations de consommateurs et d'autocultivateurs, lesquelles se fédéreront dans un Mouvement pour la libéralisation du cannabis (Movimiento por la liberacion del cannabis, MLC) (Rivera-Vélez, 2016). Cependant, ces mouvements demeurent très minoritaires dans la population, ce qui confirme, malgré des succès significatifs dans la mobilisation de l'opinion^[15], la dimension centrale du volontarisme dans la politique de légalisation du cannabis. Celle-ci sait d'ailleurs s'appuyer sur l'avant-gardisme militant propre à une partie de la gauche uruguayenne, attachée à la modernisation d'une société civile jugée trop conservatrice (Aguiar et Arocena, 2014).

La loi 19.172 sur le cannabis est en effet indissociable d'autres réformes sociales mises en œuvre sous la mandature de « Pepe » Mujica, qui lui ont conféré une stature internationale inhabituelle parmi les dirigeants de pays de taille comparable (moins de 3,5 millions d'habitants)^[16]. Doté d'une forte légitimité démocratique^[17], le gouvernement uruguayen a ainsi dépénalisé l'avortement en 2012, ralliant la faible minorité de pays qui, dans la région la plus catholique du monde, ont légalisé l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sans condition (Guyana et Cuba). La majorité dirigée par Mujica a également entrepris de légaliser le mariage pour les couples homosexuels en 2013, quelques années après l'ouverture du droit à l'adoption aux couples de même sexe, accordé en 2009 (Rivera-Vélez, 2015).

¹² Ces réseaux prolégislation ont fait l'objet en outre d'un soutien financier important en provenance de l'association philanthropique Open Society du milliardaire américain d'origine hongroise Georges Soros (source Cannalex, 2015). L'Open Society est également très présente en Uruguay où elle aide également des associations militantes comme Proderechos.

¹³ En 2015, un sondage de l'Americas Barometer (LAPOP) montrait que seul 34% de la population soutenait la légalisation du cannabis en Uruguay, contre 51,5% aux États-Unis.

¹⁴ Cité dans le dossier de presse réalisé par Aurore, la Fédération Addiction, et le Groupement romand d'Etudes des addictions (GREAA), avec le soutien de l'Ambassade de l'Uruguay en France.

¹⁵ En 2007, en réponse à l'appel de la « Marche mondiale pour le cannabis » lancée de New York, 6 000 à 7 000 personnes se réunissent à Montevideo.

¹⁶ Ancien dirigeant des Tupamaros, emprisonné pendant 13 ans sous la dictature militaire, Mujica s'est d'abord distingué par son profil et ses choix atypiques pour un chef d'État nouvellement élu : ancien guérillero, il a refusé de s'installer dans la résidence présidentielle pour continuer d'occuper sa ferme des abords de Montevideo. Il a alors été baptisé « le Président le plus pauvre du monde », ce qui lui a valu une grande popularité à l'étranger. Après avoir conduit un certain nombre de réformes sociales dans son pays, il a été classé en 2013 par la revue *Foreign Policy* parmi les 100 intellectuels les plus influents du monde et considéré comme une des figures de proue de la gauche latino-américaine représentative de la « troisième voie » (entre antiaméricanisme radical et social-conservatisme étatique en vigueur dans certains pays de la région).

¹⁷ Le vote est obligatoire en Uruguay et les abstentions non justifiées sont passibles d'amendes.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

Ainsi, en Uruguay, la légalisation apparaît comme l'aboutissement d'une longue réflexion, menée notamment dans certains secteurs de la gauche sociale et politique, laquelle a pu trouver son application pratique au moment de la victoire électorale du Front élargi de gauche (*Frente amplio*)^[18] aux élections présidentielles de 2004 puis de 2009 (Labrousse, 2009). À l'inverse, au Colorado, la volonté populaire s'est imposée aux gouvernants qui, pour beaucoup^[19], ne s'attendaient pas à une approbation de l'Amendement 64 porteur de la réforme. De ce fait, la mise en œuvre de la légalisation a été conduite d'une manière plus « improvisée » : le changement n'est pas venu d'en haut ; il a pris la forme, non pas d'une loi mais d'un amendement populaire à la Constitution de l'État.

Ces processus de réforme bien distincts contribuent à expliquer la différenciation entre les deux approches. En Uruguay, les objectifs liés à la préservation de la santé publique sont au cœur de la loi (« attaquer les conséquences sanitaires, sociales et économiques de l'usage problématique de substances psychoactives »), laquelle vise prioritairement à contenir, voire à faire baisser la demande et les niveaux d'usage de cannabis dans la population générale (Levayer, 2015). La question de l'ordre public^[20], sensible du fait de l'augmentation, à partir du début des années 2000, de la criminalité liée notamment aux trafics de cocaïne et de « pâte-base »^[21] (Fioretto, 2014 ; Transnational Institute, 2016), y est également très présente, que ce soit sous l'angle de la réduction des risques (« protéger les habitants du pays des risques concernant le lien avec le commerce illicite ») ou de « l'incidence du trafic de drogues et du crime organisé » (Gandilhon, 2015). Cette logique place les pouvoirs publics au cœur de la mise en œuvre et du pilotage de la régulation, comme le montre le projet de loi originel, largement amendé lors des débats parlementaires^[22]. Ce projet de loi investissait l'État d'une capacité monopolistique de « contrôle et régulation de l'importation, production, acquisition, commercialisation et distribution du cannabis^[23] ». Compte tenu de la place centrale qu'il occupe dans le dispositif de légalisation, l'État a créé *ex nihilo* des structures publiques *ad hoc* pour piloter le processus, comme l'Institut national de régulation et de contrôle du cannabis (IRCCA), l'organisme chargé de délivrer les licences aux cultivateurs et aux membres des coopératives et, surtout, un Comité national consultatif, placé sous la tutelle du ministère de la Santé, constitué d'un certain nombre d'experts et de scientifiques uruguayens ou non reconnus, responsable de

¹⁸ Le *Frente Amplio* est une coalition électorale d'une vingtaine de partis de gauche allant du centre-gauche à l'extrême-gauche, dont les plus importants sont le Mouvement de Participation Populaire (MPP), parti du Président Mujica, l'Assemblée Uruguay (AU, parti du Vice-Président Astori) et le Parti Socialiste (PS). Créée en 1971, cette alliance partisane restera longtemps minoritaire avant d'entamer une ascension électorale importante couronnée par la victoire à l'élection présidentielle de Tabaré Vazquez en 2004, puis « Pepe » Mujica en 2009.

¹⁹ Selon le témoignage d'un membre dirigeant de l'*Office of Marijuana Policy* de la ville de Denver (source : Cannalex).

²⁰ Cela peut sembler surprenant compte tenu de la faiblesse de la criminalité en Uruguay, surtout si on la compare à celle d'autres pays d'Amérique latine. Cependant, à partir des années 2000, et du fait notamment d'une crise économique importante ayant largement appauvri une partie de la population, l'Uruguay a connu une dégradation de sa situation en matière sécuritaire : « Entre le 1^{er} décembre 2001 et le 5 août 2005, le PIB baissa de 11 % ; la dévaluation du peso fut de 100 % ; l'inflation atteignit 26 % et le chômage 20 % [...] Une des conséquences de cette dégradation de la situation sociale a été la multiplication des zones d'habitation précaire ou de bidonvilles (*asentamientos*) [...] C'est en particulier dans ces quartiers que la consommation de pâte à base de cocaïne (*paco*) fait des ravages, entraînant des problèmes de délinquance et de sécurité qui sont au cœur de la campagne de l'année 2009. » (Labrousse, 2009).

²¹ Une partie des motivations avancées pour légitimer la décision uruguayenne repose sur l'argument, dans une région en proie à l'inflation de la violence liée au trafic de drogue, de séparer le cannabis du marché de la « *paco* », pâte issue de déchets de cocaïne, toxique et très addictive, dont l'usage s'est répandu dans le pays.

²² L'autoproduction a été finalement autorisée par le législateur à raison de six plants par foyer pour une production n'excédant pas 480 grammes, de même que la création de coopératives (*Cannabis Social Clubs*) pouvant comprendre jusqu'à 45 membres, le nombre de plants par coopérative ne pouvant excéder 99.

²³ Projet de loi *Marihuana y sus derivados*, dans le dossier n°1785 de la *Comisión Especial de drogas y adicciones con fines legislatives*.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

l'évaluation de la loi^[24]. L'ensemble de ces opérations de contrôle se déroule sous l'égide de la Junta Nacional de Drogas (Secrétariat national aux drogues), un organisme interministériel visant à contribuer au contrôle de l'offre et à favoriser la prévention de l'usage et la réduction des risques.

Cette prééminence des logiques sanitaire et sécuritaire ne se retrouve pas autant dans l'approche mise en place au Colorado. Alors qu'en Uruguay, les pouvoirs publics ont créé des structures de contrôle *ad hoc*, l'État du Colorado s'appuie, à l'instar de ce qui se passe pour l'alcool, sur le *Department of Revenue* (l'administration fiscale), lequel a développé une structure interne, la *Marijuana Enforcement Division*, pour accorder les licences et collecter les taxes. En outre, aucune instance d'évaluation de la loi n'a été constituée, la logique d'*accountability* étant peu présente et jamais revendiquée, l'enjeu en termes de légitimité et de crédibilité internationales étant moins prégnant pour le Colorado que pour l'Uruguay, car ce dernier a été très critiqué au sein des instances de régulation internationales (INCB). Si, en Uruguay, le régime d'accès légal au cannabis a été subordonné à une logique normative et des intérêts politiques bien spécifiques, le système mis en place au Colorado répond avant tout à un objectif de régulation *for profit*, bâti en référence au modèle de l'alcool, même si, à ce stade, des règles plus strictes qu'à l'origine s'appliquent en matière de régulation du cannabis du fait de son interdiction au niveau fédéral et international (Zobel et Marthaler, 2016). Par ailleurs, sans doute en raison d'une tradition juridique fondée sur la *common law*, les pouvoirs publics sont étroitement surveillés par le pouvoir judiciaire. La récente décision de libéraliser une offre de marijuana médicale que les autorités sanitaires, représentées par le *Colorado Board of Health*, souhaitaient pourtant contenir, témoigne de la puissance du pouvoir imparti aux juges. C'est en effet l'intervention d'un juge de Denver qui ouvre la porte à la libéralisation de l'offre de cannabis médical à la fin de l'année 2007. Celui-ci estime en effet que la loi en vigueur, limitant drastiquement le nombre de fournisseurs (*caregivers*) à raison d'un *caregiver* pour cinq patients (*careholders*), contrevient à la législation de l'État du Colorado relative à la liberté de l'offre (*open meeting requirement*) (Davis et al, 2016). À la suite de cette décision judiciaire, le nombre de dispensaires agréés (*licensed dispensaries*) passe en quelques années de 250 à 532 et le nombre d'usagers de marijuana médicale de 4 000 à plus de 115 000 (Ghosh, 2015)^[25]. Il serait cependant caricatural de réduire le modèle du Colorado à sa seule dimension économique libérale (Ghosh et al, 2016). Un certain nombre de régulations publiques ont été mises en place, puis renforcées après quelques mois d'application de la réforme. Ainsi, le législateur autorise par exemple les municipalités et les comtés hostiles à l'implantation d'unités de production et de magasins de détail à les interdire sur leur territoire. Une majorité de comtés (41 sur 64), notamment dans les régions rurales^[26], ont refusé l'installation de *retail stores*, si bien qu'une partie significative du commerce se trouve concentrée à Denver et ses environs. En outre, dans les villes qui autorisent l'ouverture de boutiques, celle-ci ne peut se faire à moins de trois cents mètres d'une école. L'accès au cannabis est interdit aux jeunes de moins de 21 ans et passe par la présentation d'une carte d'identité. Le *Department of Revenue*, la structure étatique qui délivre des licences, réalise régulièrement des contrôles sévères qui peuvent déboucher sur le retrait des autorisations. Enfin, toute publicité est interdite à destination des moins de 21 ans.

²⁴ Ce comité devra notamment se prononcer, à partir d'un certain nombre d'indicateurs, sur le fait que la politique de légalisation contrôlée a permis d'améliorer la situation en termes de sécurité et de santé publique.

²⁵ Outre cette décision judiciaire, les déclarations, en février 2009, du procureur général des États-Unis mettront en confiance les entrepreneurs potentiels du cannabis médical. Celles-ci affirmaient qu'en Californie les actions judiciaires, intentées au nom de la loi fédérale, contre les dispensaires fournissant du cannabis s'arrêteraient conformément aux promesses électorales d'Obama relatives à l'autorisation du cannabis médical. En juillet 2009, la tentative de l'organisme public responsable de la mise en œuvre de la loi de ré-instituer la règle de 5/1 (cinq patients pour un *caregiver*) ayant échoué, plus aucun obstacle légal ne se dressait pour entraver l'offre de cannabis médical.

²⁶ La carte du « oui » au référendum de 2012 recoupe largement les grandes villes, celle du « non » les comtés ruraux situés à l'est du Colorado.

Légalisation « contrôlée » vs légalisation « libérale »

Au-delà du processus politicojuridique différencié qui a conduit à la légalisation du cannabis en Uruguay et au Colorado, ce qui distingue résolument les deux modèles tient à la place laissée au secteur privé. Alors qu'en Uruguay, elle est limitée, au Colorado, celle-ci joue un rôle central au point que la rentabilité économique est érigée comme un des critères de réussite du processus en cours. Là aussi, deux conceptions politiques sont à l'œuvre. L'une, conforme à l'idéologie réformatrice de la gauche uruguayenne visant « la consolidation de la structure institutionnelle de l'État » (Labrousse et Merklen, 2009) et pour laquelle les pouvoirs publics jouent un rôle central d'éducation de la société et où les mécanismes du marché doivent être fortement encadrés. L'autre, plus conforme à l'histoire américaine, où l'État n'intervient que pour fixer les règles d'un jeu dominé par les acteurs privés.

En Uruguay, la loi adoptée en décembre 2013 et précisée par des décrets d'application publiés à partir de mai 2014^[27], prévoit trois types d'accès au cannabis récréatif (achat en pharmacie, auto-culture ou clubs de cultivateurs) et impose de s'inscrire à un registre national^[28]. Le dispositif de régulation est donc étroitement contrôlé, la part réservée au commerce étant secondaire. Seules les pharmacies, préalablement dotées de licences par l'IRCCA, moyennant un prix fixé par l'État (1,30 dollar le gramme), peuvent vendre de l'herbe de cannabis préalablement produite dans des conditions étroitement contrôlées. Pour ce faire, l'État a lancé un appel d'offres et sélectionné deux entreprises privées, International cannabis Corp et SIMByosis. Celles-ci ont le droit de cultiver certaines variétés ne devant pas dépasser des taux de THC fixés préalablement^[29]. S'agissant des autoproducteurs et des membres des coopératives, il leur est strictement interdit de revendre leur production, sous peine de sanctions pouvant aller jusqu'à 10 ans de prison. Ces conditions drastiques posent d'ailleurs un certain nombre de problèmes en termes d'efficacité, puisque trois ans après le vote de la loi, la vente en pharmacie, régulièrement annoncée, n'a toujours pas démarré à l'orée de l'année 2017, même si ce retard ne tient pas seulement à la volonté d'encadrement trop strict de l'État, mais à des résistances sociales et politiques croissantes depuis l'élection de Tabaré Vasquez en 2015^[30].

²⁷ Reforma del Marco Regulatorio para los Establecimientos Especializados en la Atención y el Tratamiento de Usuarios Problemáticos de Drogas : http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/reglam_centros.pdf. Decreto del Poder Ejecutivo N°274/013 del 3 de septiembre de 2013) surtout Decreto 120/014 de 6 de mayo de 2014 : <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/120-2014> : règlements de la loi 19.172 du 20/12/2013 et du Decret loi 14.294 du 31/10/74 art. 3, 30 et 31. Decreto 372/014 de 16 de diciembre de 2014 <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/372-2014> : règlements de la loi 19.172 concernant le cannabis non psychoactif à usage industriel Decreto 46/2015 de 4 de febrero de 2015 : <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/46-2015> concernant l'usage de cannabis psychoactif et non psychoactif à des fins exclusivement scientifiques et l'élaboration de spécimens végétaux ou pharmaceutiques à usage médical.

²⁸ De nombreux acteurs notamment membres de la société civile se sont initialement inquiétés des usages qui seraient fait de ce registre. Les risques de stigmatisation ou de fichage ont été souvent évoqués, ralentissant dès le départ l'inscription et avec elle la mise en place de la réforme. À ce jour, l'inscription peine à s'automatiser.

²⁹ Le taux de THC des variétés de cannabis produites ne doit pas dépasser 15%. C'est une autre différence avec le Colorado, la législation de cet État n'ayant pas prévu de limitation des niveaux de THC dans les cigarettes ou les huiles proposées à la vente.

³⁰ Dont celle de l'actuel président de la République et successeur de Mujica, Tabaré Vasquez, lequel semble plus conservateur sur le plan de la libéralisation des mœurs. S'agissant de la société, la vente en pharmacie se heurte à la résistance d'une partie du corps médical et du ministère de la Santé. Plusieurs objections sont mises de l'avant dont le paradoxe qu'il y aurait pour les pharmacies à vendre un produit dont les effets sanitaires présentent des risques pour les consommateurs. Ainsi la comparaison avec le tabac est souvent utilisée par les acteurs. Il y aurait également des raisons plus sécuritaires : une partie des pharmaciens craignent d'attirer une clientèle à « problèmes » dans un contexte sécuritaire dégradé.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

Cette situation contraste fortement avec celle du Colorado où la légalisation du cannabis a été conçue selon un modèle de régulation économique semblable à celui de l'alcool. Le cannabis en vente libre est accessible uniquement aux personnes âgées d'au moins 21 ans, qui peuvent posséder et acheter des quantités limitées, allant jusqu'à une once de cannabis à fumer, soit l'équivalent de 28,4 grammes, dans des magasins spécialisés. Le marché du cannabis est structuré en trois secteurs (production, conditionnement et vente), dans lesquels les entreprises candidates peuvent s'engager (y compris sur l'ensemble des secteurs) moyennant l'obtention d'une licence, qui nécessite de remplir un certain nombre de critères et d'offrir différentes garanties. Il n'existe aucun plafonnement du nombre de points de vente ou de contrôle par les autorités publiques de leur distribution géographique pour l'attribution des licences. Dans ce système légal, le cannabis, accessible sous de nombreuses formes directes (aliments, médicaments, cigarettes), se décline également à travers des produits dérivés (T-shirts, briquets, revues spécialisées, produits cosmétiques, etc.) et a, d'ores et déjà, donné naissance à une véritable industrie, baptisée « canna business », dont le chiffre d'affaires est en forte progression et qui est largement relayée dans les médias. Les données – encore partielles – du *Department of Revenue* portant sur l'année 2015 montrent que le secteur a engendré 900 millions de dollars de chiffres d'affaires (à raison de 525 millions de dollars pour le secteur dit « récréatif » et 385 millions de dollars pour le médical), contre 700 millions de dollars en 2014, soit une progression annuelle de 30% selon cette première estimation. Les prévisions pour 2016 annoncent que le chiffre d'affaires annuel franchira le cap du milliard de dollars. Selon l'administration fiscale, le Colorado aurait accumulé près de 63,5 millions de dollars de taxes en 2014 (52,5 millions pour le secteur « récréationnel » et 11 millions pour le secteur médical) (Brohl, Kammerzell et Koski, 2015). En comparaison, l'alcool rapportait, en 2013, 40 millions de dollars de taxes, soit près de 40% de moins. Les données, encore provisoires, portant sur l'année 2015 montrent que le montant des taxes collectées sera encore largement supérieur à ces prévisions, avec une centaine de millions de dollars collectés. Sur ce total, près de 21 millions de dollars compensent les coûts de la légalisation (campagne de prévention, administration de contrôle, etc.). Comme d'autres secteurs industriels, et conformément à une tradition nationale bien ancrée (Astre et Lépinasse, 1985), le secteur légal du cannabis a su s'organiser sous la forme d'un puissant lobby, à l'image du *Marijuana Industry group*, dirigé par un juriste et soutenu par des cabinets d'avocats et des ONG militantes impliquées dans la conception et l'optimisation de la communication, telles que la Drug Policy Alliance^[31] (DPA, 2015). Tous ces acteurs mènent un travail d'influence afin de mettre en avant le caractère positif de la légalisation pour les finances publiques et l'économie du Colorado^[32]. La légalisation est une source de revenus également du fait du tourisme engendré par l'accès au cannabis en vente libre (même si le Colorado a introduit des restrictions d'accès au cannabis pour les non-résidents qui ne peuvent obtenir qu'un quart d'once, soit l'équivalent de 7,1 grammes). Ainsi, en 2015, pendant la haute saison touristique estivale, le Colorado a enregistré les records mensuels de taxes collectées

³¹ La Drug Policy Alliance (DPA) est la principale organisation nationale qui travaille pour mettre fin à la guerre contre la drogue et à promouvoir la mise en place d'une politique des drogues alternative à la prohibition, basée sur les connaissances scientifiques, la compassion, la santé, les droits de l'homme. La DPA a son siège social à New York, avec des bureaux en Californie, à Washington DC, au Nouveau-Mexique et dans le New Jersey. Elle est dirigée par un universitaire, Ethan Nadelmann (diplômé de Harvard, McGill University et la London School of Economics), dont un des objectifs est de « recruter » des personnalités visibles relayant le message antiprohibitionniste dans toutes les sphères sociales, à l'image du chanteur Sting ou d'autres membres du conseil honoraire de l'ONG (comme l'ancien secrétaire d'État George Shultz P, Arianna Huffington, ou encore l'ancien président de la République tchèque Vaclav Havel).

³² Le chiffre d'affaires du cannabis ne représente aujourd'hui que 1% du PIB du Colorado (3 milliards de dollars) et le montant total des taxes et des impôts récoltés 0,7% des recettes budgétaires de l'État. Il faudra du temps pour évaluer réellement l'impact économique de la légalisation du cannabis, notamment en termes de création d'emplois. En effet, seul un bilan mettant en perspective les coûts et les bénéfices permettra une évaluation économique véritable des modifications légales du statut du cannabis.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

avec environ 11,2 millions de dollars pour le secteur « récréationnel » et 2 millions de dollars pour le secteur « médical ». Pour pallier le problème de l'usage de cannabis, qui demeure interdit dans les hôtels et les lieux publics sous peine d'amende, l'État et la municipalité de Denver, étudient actuellement la possibilité de créer des *coffee shops* sur le modèle hollandais afin de permettre aux touristes de consommer plus librement sur place. Ici encore, la situation contraste fortement avec l'Uruguay, où la loi interdit formellement la consommation de cannabis aux étrangers non-résidents. Seules les personnes dûment enregistrées dans un fichier *ad hoc* de l'IRCCA peuvent avoir accès au cannabis vendu en pharmacie.

Conclusion

La légalisation du cannabis à des fins d'usages récréatifs adoptée en 2012 au Colorado, puis fin 2013 en Uruguay^[33], renouvelle le paysage des politiques publiques menées en matière de lutte contre l'usage de drogues. Cependant, l'intérêt des expériences en cours dans les deux États va bien au-delà, puisqu'émergent à la faveur des deux processus en cours deux modèles très différents de légalisation.

Au Colorado, un modèle, que l'on qualifiera de « libéral », accordant une place très importante au marché ; en Uruguay un modèle stato-centré avec, au sommet, un État pilotant et contrôlant la totalité du processus dans ses dimensions politiques et économiques. Ces deux schémas de régulation sont étroitement déterminés par les modalités de leur mise en œuvre. En Uruguay, un projet de loi, longuement préparé par les pouvoirs publics et imposé, au nom d'une vision et d'une conception déterminées de la santé et de la sécurité publiques, à une opinion plutôt réticente ; au Colorado, un amendement voté lors d'un référendum d'initiative populaire aboutissant à une sorte de mise en demeure de la société civile aux pouvoirs publics locaux de mettre en œuvre la volonté du peuple. Ces modalités ne sont pas anecdotiques, car elles détermineront probablement à plus ou moins long terme l'impact de la légalisation sur les sociétés de chacun des deux États. Ainsi au Colorado, la place laissée au marché et aux entrepreneurs, c'est-à-dire à une logique de profit voué par définition à croître d'année en année, ne rentrera-t-elle pas en contradiction avec les préoccupations des pouvoirs publics^[34] liées à la protection sanitaire des citoyens ? *A contrario*, en Uruguay, la volonté légitime de l'État de contrôler la légalisation ne risque-t-elle pas de favoriser l'essor d'une économie parallèle destinée à contourner une législation restrictive ? Seul le temps permettra de répondre à ses questions quand l'impact de ces politiques, que ce soit en termes sanitaires, économiques ou sécuritaires, commencera à être perceptible. En attendant, les deux expériences en cours montrent que dans le cadre d'une politique de légalisation, les pouvoirs publics, malgré les contraintes historiques, politiques et sociales propres à leur environnement respectif, disposent d'une certaine liberté d'action permettant la construction de modèles originaux et divers conformes à leurs réalités locales et nationales.

³³ Il est intéressant de noter que ces expérimentations sont développées dans des États relativement récents (qui ont moins de deux siècles d'existence) : l'Uruguay a en effet accédé à l'indépendance en 1825 et établi sa première Constitution en 1830, tandis que le Colorado fait partie des derniers États ayant adhéré à l'Union des cinquante qui composent aujourd'hui les États-Unis (le 1^{er} août 1876).

³⁴ Cette inquiétude portant sur une possible contradiction entre les intérêts du monde des industriels et celui de la santé publique a été ouvertement exprimée lors d'un entretien réalisée lors d'une mission Cannalex au Colorado par un responsable de haut niveau de la santé publique. Celui-ci regrettant l'autorisation donnée par l'État à la production de cannabis « comestible » (*edibles*) (source : Cannalex). Il s'avère aujourd'hui que la consommation de cannabis comestible constitue une part majeure dans la croissance importante des admissions aux urgences hospitalières de l'État consécutives à l'usage de cannabis (Ghosh, 2016 ; Kim, 2016).

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

Tableau comparatif de quelques caractéristiques de la légalisation du cannabis en Uruguay et dans l'État du Colorado (2015).

	État du Colorado	Uruguay
Niveau de la norme	Constitution de l'État (amendement 64)	Loi nationale
Organisme régulateur	Colorado Department of Revenue (administration fiscale)	Institut pour la régulation et le contrôle du cannabis (IRCCA)
Possession autorisée au-delà de :	21 ans	18 ans
Culture à domicile	Jusqu'à six plants	Jusqu'à six plants (480 g annuellement)
Quantité maximale autorisée	Une once (28,4 grammes)	40 g
Teneur en THC	Non spécifiée	Teneur limitée pour l'herbe dite nationale
Taxes	Droits d'accise de 15% entre la culture et les phases de transformation et de vente au détail Taxe de 10 % sur les ventes en plus des taxes locales ou de l'État	Pas de taxe s'agissant de la production TVA pour les consommateurs
Touristes	Jusqu'à 7 grammes	Interdit
Cannabis médical	Poursuite de l'offre exempte de taxes	Offre permise sur prescription
Tenue d'un registre pour les usagers récréatifs	Non	Oui, un registre distinguant de manière exclusive le choix de production et d'acquisition (achat en pharmacie, culture domestique, membre d'un cannabis club)
Consommation en public	Interdit (amende de 100 dollars en cas de non respect)	L'usage de cannabis est soumis aux mêmes règles que l'usage de tabac. Interdiction formelle de fumer sur les lieux de travail
Conduite sous influence	5 ng de THC / ml de sang	Toute trace de THC détectable dans le corps est susceptible d'entraîner des sanctions (tolérance zéro)
Vente par internet	Interdit	Interdit
Publicité du cannabis récréatif	Autorisée sous réserve qu'elle ne soit pas en direction des mineurs (moins de 21 ans)	Toute forme de publicité directe ou indirecte est prohibée
Présence de labels d'avertissement sur les effets sanitaires des produits du cannabis	Oui	Oui

Références

Aguiar, S. et Arocena F. (2014). Menant la marche : l'Uruguay et ses trois lois avant-gardistes. *Cahiers de l'Amérique latine*, 77, 69-86. Repéré à <https://cal.revues.org/3386>.

Astre, G.-A. et Lépinasse P (1985). *La Démocratie contrariée, lobbies et jeux de pouvoir aux États-Unis*. Paris, France : La Découverte.

Aureano, G. (2016). Les enjeux économiques et géopolitiques du régime international de contrôle des drogues. *Mouvements*, 86, 13-21.

Breathes, W. (2012, 1^{er} novembre). The History of Cannabis in Colorado... or How the State Went to Pot. *Westword*. Repéré à <http://www.westword.com/news/the-history-of-cannabis-in-colorado-or-how-the-state-went-to-pot-5118475>.

Brohl, B., Kammerzell, R. et Koski, W.L., (2015). *Annual Update*. Denver, Colorado: Department of Revenue, Enforcement Division, Marijuana.

Carlisle Maxwell, J. et Mendelson, B. (2016). What do We Know About the Impact of the Laws Related to Marijuana. *Journal of Addiction Medicine*, 10(1), 3-12.

Caulkins, J.P., Hawken, A., Kilmer B. et Kleiman, M.A.R. (2012). *Marijuana Legalization, What Everyone Needs to Know*. London, Great Britain : Oxford University Press.

Davis, J.M., Mendelson, B., Berkes, J.J., Suleta, K., Corsi, K.F. et Booth, R.E. (2016). Public Health Effects of Medical Marijuana Legalization in Colorado. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 373-379.

Drug Enforcement Administration (2016). *2016 National Heroin Threat Assessment Summary*. Repéré à https://www.dea.gov/divisions/hq/2016/hq062716_attach.pdf.

Drug Policy Alliance (2015). *Marijuana Legalization in Colorado After one Year of Retail Sales and Two Years of Decriminalization*. Repéré à https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Colorado_Marijuana_Legalization_One_Year_Status_Report.pdf.

Dudouet, F.-X. (2003). De la régulation à la répression des drogues, une politique publique internationale. *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, 52, 89-112

Fernandez, H. et Libby, T. A. (2011). *Heroin, its History, Pharmacology, and Treatment*. Center City, Minnesota: Hazelden.

Fioretto, C. (2014). Problèmes d'insécurité en Uruguay. *Sciences Po, Observatoire politique de l'Amérique latine et des Caraïbes*. Repéré à <http://www.sciencespo.fr/opalc/content/problemes-dinsecurite-en-uruguay>.

Gandilhon, M. (2014). Uruguay : légaliser pour réduire les risques. *Swaps*, 75,18-19.

Garat, G. (2013). *Un siglo de políticas de drogas en Uruguay*. Friedrich-Ebert-Stiftung.

Garat, G. (2012). *Marihuana y Otras Yervas, prohibicion, regulacion y usos de drogas en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: Random House Mondadori.

Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis

Ghosh, T., Van Dyke, M., Maffey, A., Whitley, E., Gillim-Ross, L. et Wolk, L. (2016). The Public Health Framework of Legalized Marijuana in Colorado. *American Journal of Public Health*, 106(1), 21-27.

Ghosh, T. (2015). Medical Marijuana's Public Health Lessons – Implications for Retail Marijuana in Colorado. *The New England Journal of Medicine*, 372(11), 991-993.

Hall, W. et Weber, M. (2015). Assessing the Public Health Impacts of Legalizing Recreational Cannabis Use in the USA. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 97(6), 607-615.

Hoffmann von, J. (2016). The International Dimension of Drug Policy Reform in Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 34, 27-33.

Kim, H.S., Hall, K.E., Genco, E.K., Van Dyke, M., Barker, E. et Monte, A.A. (2016). Marijuana Tourism and Emergency Department Visits in Colorado. *New England Journal of Medicine*, 374(8), 797-798.

Labrousse, A. (1971). *Les Tupamaros, guérilla urbaine en Uruguay*. Paris, France : Seuil.

Labrousse, A. (2009). *Les Tupamaros des armes aux urnes*. Monaco, Monaco : Éditions du Rocher.

Labrousse, A. et Merklen, D. (2009). L'Uruguay gouvernée à gauche, une voie singulière en Amérique latine ? *Problèmes d'Amérique latine*, 74, 7-16.

Levayer, L. (2015). *La régulation du cannabis en Uruguay : processus politique national singulier ou modèle qui peut inspirer en France*. (Mémoire de Master inédit). Université Jean-Jaurès de Toulouse.

Olvera, J.-C. et Gandilhon, M. (2012), Les cartels mexicains : de l'Amérique latine à l'Europe. *Drogues, enjeux internationaux*, 3, 1-5.

Reuter, P. (2013). Why Has US Drug Policy Changed so little over 30 years? *Crime and Justice*, 42, 1-67. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/259726408_Why_Has_US_Drug_Policy_Changed_So_Little_over_30_Years.

Rivéra-Velez, L. (2015). *L'Agenda des droits en Uruguay, la mise sur agenda et l'adoption des lois sur l'IVG, le mariage égalitaire et la régulation du cannabis en Uruguay (2012-2013)*. (Mémoire de maîtrise inédit). Sciences Po Paris.

Rivéra-Velez, L. (2016). *IVG, mariage égalitaire et cannabis en Uruguay*. Paris, France : L'Harmattan.

Rivéra-Velez, L. (2015). Régulation du cannabis en Uruguay : bilan d'étape. *Swaps*, 79, 10-13.

Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area (2015). *The Legalization of Marijuana in Colorado. The impact*. Repéré à <http://www.rmhidta.org/html/2015%20final%20legalization%20of%20marijuana%20in%20colorado%20the%20impact.pdf>.

Sanburn, J. (2016). States lean left on Local Votes. *Time*, 188(21), 10.

Transnational Institute (2006). *Paco Under Scrutiny: The Cocaine Base Paste Market in Argentina, Uruguay and Brazil*. Amsterdam, Netherlands: Transnational Institute. Repéré à <http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/200702282203568348.pdf>.

Zobel, F., Marthaler, M. (2016). *Nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis – De A (Anchorage) à Z (Zürich)*. Addiction Suisse. Repéré à http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/ZobelMarthaler_Rapport_regulation_cannabis_v3.pdf.



TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Où est le problème? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Marie-Philippe Lemoine, maîtrise ès arts en sociologie, Université d'Ottawa

Correspondance :

Marie-Philippe Lemoine

Téléphone : 438 882 7928

Courriel : mlemo096@uottawa.ca

Résumé

Cet article explore la diversité des discours militants favorables à la légalisation du cannabis au Canada. Dans les débats entourant une réforme de politique publique, la définition du problème constitue une étape cruciale. Nous présentons ici les cadrages diagnostiques sur lesquels différentes organisations canadiennes soutenant la légalisation du cannabis fondent leurs plaidoyers. Dans le cadre de cette recherche, douze organisations militantes s'entendant sur la nécessité de légaliser le cannabis ont été sélectionnées pour la variété de leurs positions. Une analyse de cadres a été appliquée à des sources documentaires et au contenu d'entretiens semi-dirigés réalisés entre octobre 2015 et mars 2016. Ces acteurs collectifs de la société civile émettent des constats variés quant à la nature du problème que pose le régime actuel ou que pourraient poser de « mauvais » modèles de légalisation. Nous avons identifié quatre principaux types de cadrages diagnostiques dans les discours des acteurs : 1) le diagnostic basé sur l'inefficacité ; 2) le diagnostic critique ; 3) le diagnostic d'injustice et 4) le diagnostic politique. Chaque cadrage influence bien sûr le type de réforme proposée par les acteurs. L'examen des diagnostics permet de saisir la complexité propre au débat sur la légalisation du cannabis.

Mots-clés : Cannabis, légalisation, analyse du discours, diagnostics, acteurs militants

Where is the problem? Militant diagnoses favor legalization of cannabis

Abstract

This article titled *Where's the problem? Advocacy diagnostics in favour of cannabis legalization* explores a diversity of advocacy discourses in favour of cannabis legalization in Canada. Problem definition is a crucial stage of social debates regarding public policy reforms. This article presents distinct diagnostic frames constructed by Canadian organizations supporting cannabis legalization. We selected a sample of twelve advocacy groups agreeing on the necessity to legalize cannabis, but holding different positions in this regard. We used frame analysis to examine an archive of documents produced by each selected group, and held semi-structured interviews with organisation representatives between October 2015 and March 2016. These civil society actors have different ways of defining the problem with the current cannabis regime, and are also critical of some legalization options. We identified four main diagnostic frames within the actors' discourses: 1) diagnostics based on efficiency, 2) critical diagnostics, 3) diagnostics of injustice, and 4) political diagnostics. Studying those different perspectives reveals the complexity that characterizes the debate on cannabis legalization.

Keywords: cannabis, legalization, discourse analysis, problem definition, advocacy groups

¿Dónde está el problema? Diagnósticos militantes favorables a la legalización del cannabis

Resumen

Este artículo explora la diversidad que existe en los discursos militantes favorables a la legalización del cannabis en Canadá. En los debates que rodean una reforma de política pública, la definición del problema constituye una etapa crucial. Presentamos aquí los marcos diagnósticos en los que las diferentes organizaciones canadienses que apoyan la legalización del cannabis fundan sus argumentos de defensa. En el marco de esta investigación se eligieron doce organizaciones militantes que están de acuerdo en la necesidad de legalizar el cannabis por la variedad de sus posiciones. Se aplicó un análisis de los marcos a las fuentes documentales y al contenido de las entrevistas semi-dirigidas realizadas entre octubre de 2015 y marzo de 2016. Estos actores colectivos de la sociedad civil expresan diferentes constataciones en cuanto a la naturaleza del problema que plantea el régimen actual o que podrían plantear “malos” modelos de legislación. Hemos identificado cuatro tipos principales de marcos diagnósticos en los discursos de estos actores: 1) el diagnóstico basado en la ineficacia, 2) el diagnóstico crítico, 3) el diagnóstico de injusticia y 4) el diagnóstico político. Cada marco influye por supuesto el tipo de reforma propuesto por las organizaciones. El análisis de los diagnósticos permite aprehender la complejidad propia del debate sobre la legalización del cannabis.

Palabras clave: cannabis, legalización, análisis del discurso, diagnósticos, actores militantes

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Le 20 avril 2016, à New York, pendant la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les drogues, la ministre fédérale de la Santé, Jane Philpott annonçait l'intention du gouvernement libéral de présenter un cadre de légalisation du cannabis pour le printemps 2017. Cette annonce marque un tournant sans précédent dans l'histoire du Canada en matière de politiques sur les drogues, mais une communauté d'organisations et d'activistes s'exprime déjà depuis plusieurs décennies sur la nécessité d'une telle réforme. Cet article explore la diversité des discours militants favorables à la légalisation du cannabis au Canada, plus spécifiquement quant à la manière dont certains acteurs de la société civile définissent le problème à résoudre. En effet, dans tout débat entourant une réforme de politique publique, la définition du problème constitue une étape cruciale. De nombreux travaux constructivistes portent sur la manière dont le problème « drogue » est défini dans les discours gouvernementaux, médicaux ou médiatiques (Acevedo, 2007 ; Boyd et Carter, 2012 ; Carter, 2009). Or, la littérature traite beaucoup moins des discours produits par des acteurs militants qui défendent des positions antiprohibitionnistes. Cet article explore les cadrages diagnostiques sur lesquels différentes organisations canadiennes pro-légalisation fondent leurs plaidoyers. Étudier qualitativement ces discours permet de saisir les tensions et les nuances des conversations sociales sur le cannabis, en examinant notamment certaines perspectives plus marginales.

Les discours étudiés s'inscrivent dans l'histoire d'un débat qui n'est pas nouveau. Au moment d'écrire ces lignes, la législation de 1996 qui interdit la possession, la production et la vente de cannabis (en dehors du régime d'accès au cannabis médical) est toujours en vigueur, mais la prohibition du cannabis remonte à 1923, année où les parlementaires l'ajoutent à la liste des substances prohibées figurant en annexe de la *Loi sur l'opium et les narcotiques* (Giffen, Endicott et Boorman, 1991 ; Nolin et Kenny, 2002). Plusieurs examens critiques ont établi depuis que la prohibition initiale du cannabis au Canada se caractérisait par « une panique morale, des sentiments racistes et une absence notoire de débat » (Nolin et Kenny, 2002). Une combinaison de facteurs, aux États-Unis et au Canada, a nourri ces premiers discours négatifs sur le cannabis (Beauchesne, 1991 : 117). Himmelstein (1983) note que les dangers attribués à la substance se sont transformés au fil du temps, suivant les « risques à la mode », allant de la violence extrême à la démotivation des jeunes, puis au risque épidémiologique (Beck, 2003 ; Peretti-Watel, 2010).

Des mouvements et groupes antiprohibitionnistes s'organisent surtout à partir des années 1960 et 1970, alors que l'usage du cannabis devient plus répandu, notamment auprès des jeunes blancs de la classe moyenne. Des chercheurs et activistes commencent à remettre en question la prohibition et en 1972, deux des trois rapports de la commission LeDain contiennent des recommandations pour un assouplissement des règles en vigueur (LeDain, 1973). Ces conclusions ne mènent cependant à aucune réforme législative. Au contraire, le gouvernement fédéral se montrera plus répressif en matière de drogues illicites les années suivantes. Au début des années 2000, un projet de « décriminalisation » du cannabis est successivement proposé et repris, puis finalement abandonné. En 2002, un comité spécial du Sénat conclut que le cannabis devrait être légalisé (Nolin et Kenny, 2002), mais sans suite.

Au fil de ces développements politiques, des individus et organisations continuent de militer pour des réformes concrètes. Le régime d'accès au cannabis à usage médical, créé à la suite de démarches juridiques de groupes d'usagers, subit des transformations successives, souvent induites à travers les tribunaux. Aujourd'hui, l'accessibilité du régime médical est toujours remise en doute et beaucoup de personnes continuent de s'approvisionner auprès de dispensaires, dont le nombre augmente de façon constante.

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

En 2013, des militants libéraux de la Colombie-Britannique font ajouter à la plateforme du parti la légalisation du cannabis. Après son élection majoritaire en octobre 2015, le gouvernement libéral confirme cet objectif. En juin, on annonce la composition d'un groupe de travail conjoint dont le mandat sera de mener des consultations publiques et d'amasser l'expertise disponible. Un changement important est donc survenu^[1]. La transition s'est opérée clairement alors que nous menions cette recherche. L'heure n'est plus à se demander « pourquoi » adopter la légalisation, mais à examiner « comment s'y prendre ». Différents acteurs prolégislation ont justement beaucoup à dire sur la conception d'un éventuel régime légal ; il nous semblait donc nécessaire d'étudier le discours de ces acteurs.

Après avoir composé un échantillon diversifié de douze organisations canadiennes^[2] militant en faveur de la légalisation du cannabis, nous avons réuni les documents de prise de position diffusés par chacun de ces acteurs. Notre but était de considérer une diversité de points de vue. Ces organisations ont des parcours distincts et sont issues d'une variété de milieux (santé publique, réduction des méfaits, associations, parti politique, activisme commercial et *lobbying*, etc.). Chaque regroupement a bien sûr ses propres objectifs et sa propre philosophie. Ces organisations diffèrent également par leur forme, leur composition, leur fonctionnement, leurs moyens et leurs stratégies. Évidemment, chaque groupe cadre l'enjeu de la légalisation du cannabis d'après sa propre perspective, en fonction de ses priorités et de son mandat, desquels découlent le discours et l'action. Ainsi, les groupes à l'étude s'opposent tous fermement à la criminalisation et à l'interdit généralisé dont le cannabis fait l'objet, mais ne définissent pas le problème de la même manière. Analyser la teneur et l'articulation de ces discours diagnostiques permet de produire une grille de lecture intéressante, qui illustre bien les tensions entre diverses perspectives.

Entre octobre 2015 et mars 2016, après avoir complété l'analyse documentaire, nous avons mené des entretiens avec un représentant de chacune des organisations, afin d'accéder à une version plus à jour et plus détaillée de leur discours^[3]. Il est important de souligner que notre collecte de données par entretien a été réalisée après les élections fédérales d'octobre 2015, mais avant l'annonce officielle d'avril 2016 à propos d'une réforme à venir pour 2017. Nos résultats ont également été compilés avant que le gouvernement annonce la composition du groupe de travail sur la légalisation et la régulation du cannabis, et avant la tenue des consultations publiques. Nos observations ont donc été faites dans un contexte bien précis, mais les résultats présentés ici demeurent pertinents. Cette recherche offre une grille de lecture qui permet de mieux saisir les débats d'idées et de valeurs qui se déroulent au sujet de la légalisation du cannabis, à travers différents diagnostics. Ajoutons que cet article traite à la fois de la question du cannabis à usage récréatif et de celle du cannabis à usage thérapeutique, puisque ces deux dimensions sont liées. Par exemple, les critiques émises à l'endroit de la plus récente mouture du régime d'accès au cannabis médical jouent un rôle dans les discussions sur la légalisation en général. De plus, les perspectives que défendent les organisations du milieu du cannabis à usage médical recoupent souvent celles des activistes abordant l'enjeu du cannabis récréatif et vice-versa. Nous avons employé l'analyse de cadres pour catégoriser les énoncés recueillis dans les documents et les entrevues. Dans les années 1980,

¹ D'autres chercheurs exploreront en détail les causes de ce changement, qui tient sans doute à une combinaison de facteurs incluant un changement d'approche à la Maison-Blanche et un élément d'opportunité politique. Depuis quelques années les sondages révèlent également qu'une majorité de Canadiens soutient désormais la légalisation du cannabis. (Forum Poll, 2015).

² Une liste complète des organisations, incluant quelques informations contextuelles, est fournie en annexe.

³ La chercheuse a obtenu pour ce faire une certification éthique émise par le Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa (dossier O6-15-07).

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

des chercheurs s'intéressant aux mouvements sociaux critiquent les théories de mobilisation des ressources ou des processus politiques, jugées trop rigides et pragmatiques (Fillieule, Mathieu et Péchu, 2009). S'inspirant du concept de cadre individuel développé par Goffman, Snow et Benford développent alors la notion de « cadre d'action collective » (Snow et al., 1986). Le cadrage (*framing*) correspond à un processus dynamique de construction de sens auquel s'adonnent les acteurs des mouvements sociaux afin d'obtenir des appuis et d'orienter leur action dans un contexte de confrontation (Benford et Snow, 2000 ; Snow et al., 1986 ; Cefaï et Trom, 2001). Le *framing* renvoie ainsi à la manière dont les acteurs interprètent certains éléments du monde social et à la façon dont ils présentent leurs propres revendications. Ces cadres peuvent être plus ou moins larges, inclusifs ou exclusifs, de façon à mobiliser des adhérents et à convaincre. Les cadres discursifs aident les acteurs à interagir avec leurs détracteurs, les autorités politiques, leurs alliés et avec le grand public (Masson, 1996). Muller (2000) explique que les cadres que mobilisent les acteurs sont constitués à la fois par leurs valeurs, leurs objectifs stratégiques et les contraintes structurelles qui pèsent sur eux. Les cadres sont donc aussi représentatifs des facteurs exogènes qui façonnent les choix des acteurs.

Selon Benford et Snow (2000), le processus de cadrage comprend trois éléments : le diagnostic, le pronostic et la dimension motivationnelle. Nous nous intéressons à la dimension diagnostique, qui correspond aux procédés utilisés pour délimiter un « problème » et amener les autorités à s'en préoccuper afin qu'il soit mis à l'agenda (Kingdon, 2002). Ce processus ne consiste pas simplement à identifier un problème objectif. Spector et Kitsuse (1977) expliquent que les problèmes sociaux découlent d'activités de revendications (*claim-making*). Concevoir un problème implique une sélection de l'information jugée pertinente et crédible et une interprétation des faits qu'accomplit chaque acteur d'après ses idées, son sens normatif et ses valeurs (McDonnell et Weatherford, 2013). Définir un problème implique le signalement d'un décalage entre une réalité perçue et une situation idéale, telle que définie par l'acteur. L'approche constructiviste consiste à considérer que les problèmes sociaux sont toujours ainsi définis à travers le discours (Bacchi, 1999 : 1). Nous reconnaissons que des tensions et contradictions persistent entre objectivité et relativisme au sein de l'analyse constructiviste (Woolgar et Pawluch, 1985). Par contre, l'approche de Bacchi consiste à considérer les problèmes sociaux comme n'étant ni objectifs, ni factuels, ni même existant à l'extérieur de la définition qu'en proposent les acteurs. Cette position radicalement constructiviste permet de se pencher, non sur ce qui est problématique, mais ce qui est défini comme problématique. Notre objectif est justement ici de nous intéresser à différentes constructions d'un problème (dont on pourrait parler comme de différentes définitions de la prohibition du cannabis comme phénomène), et non de comparer ces définitions à une réalité « objective ».

Cet article traite donc des différents cadrages qu'emploient des acteurs militants pro-légalisation pour décrire « ce qui fait problème » avec le régime de gestion du cannabis au Canada. Nous ne cherchons pas à savoir si les arguments mobilisés se vérifient dans la réalité. Il serait en dehors de notre champ de compétence d'établir avec certitude que tel ou tel énoncé est vrai ou faux, surtout dans un domaine où même les entreprises scientifiques les plus sérieuses se contredisent parfois (Spector et Kitsuse, 1977). Nous souhaitons plutôt voir comment le cadre diagnostique de chaque organisation est construit à partir des énoncés qui sont tenus comme vrais par les acteurs. Notons que chez les acteurs militant en faveur de la légalisation au Canada, la définition du problème comporte souvent deux volets. On critique la prohibition du cannabis, mais on décrit aussi les problèmes potentiels que pourraient représenter certains modèles de légalisation. Ainsi, les acteurs militants s'opposent au régime appliqué jusqu'ici, mais soutiennent aussi que le problème décrit persistera si la réforme n'est pas bien conçue.

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

À différentes manières de diagnostiquer le problème correspondent différentes façons d'envisager la légalisation. On comprend donc mieux les tensions qui persistent à propos de la légalisation du cannabis si l'on s'intéresse avant tout à la définition du problème. À travers les discours étudiés, nous avons identifié quatre principaux types de cadrages diagnostiques, qui sont présentés dans les sections suivantes : 1) le diagnostic basé sur l'inefficacité ; 2) le diagnostic critique ; 3) le diagnostic d'injustice et 4) le diagnostic politique. Des énoncés représentatifs de chaque cadrage sont insérés au fil du texte à titre d'exemple.

Diagnostic d'inefficacité

Ce premier cadrage sert souvent de point de départ dans les discours étudiés : la prohibition – entendue au sens large par l'interdit social, légal et juridique du cannabis – est présentée comme une politique inefficace. Deborah Stone explique que si l'efficacité semble se définir assez simplement par l'obtention d'un résultat optimal à partir d'un certain investissement (*getting the most out of a given output*) le calcul servant à établir l'efficacité ou l'inefficacité d'une mesure est toujours complexe, comparatif et contestable (Stone, 2002 : 65). Parler d'efficacité est une stratégie discursive qui s'inscrit dans le cadrage de chaque acteur et qui dépend de la manière dont chacun conçoit et ordonne à la fois les investissements et les résultats.

Par exemple, plusieurs acteurs soulignent que si les objectifs présumés de la prohibition sont de réduire la consommation, de limiter la circulation de la substance, de protéger les jeunes, d'assurer la sécurité du public et ainsi de suite, alors ces mesures sont inefficaces.

L'interdiction du cannabis et la criminalisation des usagers ne découragent pas les personnes d'en consommer [...] Toutes les données dont nous disposons indiquent que la criminalisation de la consommation de cannabis est inefficace et coûteuse, et qu'elle constitue une politique publique médiocre. (CAMH, *Cadre stratégique de contrôle sur le cannabis*, 2014)

Dans ce cadrage, les acteurs mobilisent les statistiques de consommation et d'autres données disponibles pour démontrer la futilité des mesures en place. Les acteurs estiment aussi que le régime de la prohibition constitue un mauvais investissement, vu son coût :

[...] It's just silly how much money [the RCMP] spends on going after growers. And when growers end up in courts, they can end up on probation and not even do any jail time, so it's become a lose-lose situation for the RCMP [...]. (LEAP, entrevue)

[...] If you look just at the criminalization of users of cannabis, that's costing Canada over a billion dollars a year and results in over 50 to 60 thousands arrest each year. That's thousands of criminal records and a huge waste of police and court resources. (Sensible BC, entrevue)

Plusieurs acteurs soulèvent également l'idée que la prohibition freine la recherche sur le cannabis, empêchant de tirer des bénéfices optimaux de la plante :

La politique de la recherche sur les drogues fait en sorte que peu de chercheurs s'interrogent ou enquêtent sur les bienfaits de l'utilisation de substances, et peu ont systématiquement élaboré une approche en vue de mesurer ces bienfaits. (CDPC, *Se rendre au lendemain*, 2013)

We are just now getting to the point where UBC is allowed to grow and work with cannabis to a satisfying level. (CGC, entrevue)

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Les acteurs préoccupés par la question du cannabis à usage thérapeutique mobilisent également le cadrage de l'inefficacité, en soulignant par exemple que des obstacles pratiques se dressent toujours sur le chemin des personnes qui cherchent à avoir accès au cannabis médical :

[The system] we currently have does not really serve medical patients, period. I know the price per gram seems similar to people - but when you have to order a month supply, and you have to have a secure address to have it shipped to, a lot of people just can't afford to do that, so they are left out of the system. (CAMCD, entrevue)

Access is a big [issue] and affordability is really the other big one. The cost rate now is too expensive out of pocket and really, we need to see insurance companies accept medical cannabis as a valid treatment option compared to opiates and other alternatives. (Association de patients, entrevue)

Certains groupes militants avancent par ailleurs qu'un schéma de légalisation exclusif serait inefficace, puisqu'il représenterait un gaspillage de ressources, de connaissances et d'infrastructures en empêchant certains joueurs de l'industrie de s'intégrer à l'économie légitime. On cite notamment le cas des dispensaires ou des Clubs compassion :

The knowledge and expertise that's been gathered in the dispensaries - that have been doing this for 20 years - is also being shunned by the new industry. So we hope that they would open up the producers' licenses and look at regulating dispensaries as well. (CAMCD, entrevue)

Divers constats diagnostiques sont établis à partir de la notion d'efficacité en lien avec le cannabis. Ce cadrage est notamment central chez les acteurs pro-légalisation, préoccupés avant tout par la santé et la sécurité publique, mais peut prendre différentes formes. Le cadrage d'inefficacité est désormais très répandu. On pourrait même avancer qu'en matière de légalisation du cannabis, il s'agit désormais du discours dominant. Il repose sur la prémisse que la prohibition doit être abandonnée, parce qu'elle ne rencontre pas les objectifs voulus. Cela dit, un raisonnement strictement basé sur l'efficacité ne remet pas en question ces objectifs. Par exemple, le discours du gouvernement libéral sur la légalisation repose fortement sur cette logique : la légalisation doit servir à atteindre les cibles ratées par la prohibition, soit protéger les jeunes, assurer la sécurité des Canadiens, etc. Or, la plupart des acteurs militants pro-légalisation définissent comme problématiques certaines prémisses qui demeurent plus ou moins intactes à travers un diagnostic basé strictement sur l'inefficacité. C'est ce qui nous amène à traiter d'une autre gamme d'énoncés diagnostiques : les arguments de type critique. Ces arguments interrogent les fondements mêmes du régime de gestion du cannabis.

Diagnostic critique

Selon un diagnostic critique, le problème réside dans l'approche en tant que telle : il ne s'agit plus de dire que la prohibition a échoué à régler le problème, mais que la prohibition constitue le problème. Ces acteurs présentent le régime de gestion du cannabis comme une manifestation d'une « mentalité » fondée sur des notions erronées. En élaborant ce type de cadrage, on soutient notamment que les politiques sur les drogues génèrent les problèmes que l'on associe généralement à la substance elle-même :

Most people do not understand the difference between the harms of these substances and the harm of the policy framework that surrounds said substances. So we would argue that all substances can be harmful, but the policy framework that we currently have maximises the harm rather than minimizing it. (CDPC, entrevue)

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Selon plusieurs groupes militants, une part du problème résiderait dans le fait que les connaissances dont nous disposons pour essayer de penser à cet enjeu sont biaisées par l'interdit même :

People fear things getting worse if we legalise and regulate, which is a valid fear, but what they come up with in terms of justifying the fear are all the statistics that have been created through drug prohibition. (CDPC, entrevue)

Les risques qu'on pense qui existent, c'est la propagande qui a généré ça. Ce ne sont pas les vrais risques du cannabis, les risques sont ailleurs, sauf qu'on est borné à regarder le cannabis à contrejour. (Bloc Pot, entrevue)

Les arguments diagnostiques critiques signalent que les raisonnements sur lesquels repose la prohibition du cannabis sont en soi problématiques. Par exemple, plusieurs acteurs remettent en question l'idée que la dangerosité présumée de la substance justifie son interdiction ou son contrôle strict. Pour démontrer l'irrecevabilité de ces arguments, les groupes militants font fréquemment appel à la comparaison avec d'autres substances, comportements et produits de consommation :

Le tabac est aussi une substance dangereuse causant le plus souvent une grave dépendance. L'alcool est une substance dangereuse causant parfois une dépendance. Le sel présente aussi des dangers, de même que le cholestérol, la sédentarité, le manque de sommeil et le surmenage! Doit-on criminaliser tout cela? Est-il même possible d'interdire tout cela? (Bloc Pot, site web, page « idées préconçues »)

I mean what is harmful? Everything is. Children playing sports comes with concussions. When we are talking about substances, someone else said that the sugar in a pot cookie is actually more dangerous to a kid than the pot it in. (Cannabis Culture, Jodie Emery, Vancouver Cannabis Conference)

Les acteurs militants adoptant une perspective diagnostique critique traitent plus largement de la consommation de psychotropes et de la définition des comportements déviants. Notamment, plusieurs discours pro-légalisation de type critique font intervenir plus ou moins explicitement le principe du préjudice (*harm principle*) de John Stuart Mill. Le principe du préjudice établit qu'un comportement ne devrait faire l'objet d'un interdit ou de contraintes que s'il représente une menace pour la sécurité, le bien-être ou les intérêts d'autrui (Brink, 2013). Selon une interprétation serrée, ce principe n'autoriserait l'intervention des autorités que dans les cas où une pratique cause un préjudice à un tiers. En vertu de ce principe – ou plus précisément de l'interprétation qu'en font plusieurs acteurs dans leur discours – les usagers de cannabis, notamment, ne devraient pas être criminalisés, parce qu'ils font le choix délibéré d'utiliser cette substance.

I mean anybody who sits down with the evidence and the history and looks at it through the lens of the harm principle comes to the realization that cannabis prohibition cannot be justified. (NORML-Canada, entrevue)

D'un point de vue juridique, le seul principe du préjudice ne peut suffire à déterminer l'application du droit (R. c. Malmo-Levine; R. c. Caine, Cour suprême, 2003), notamment parce qu'il est parfois complexe d'établir ce qui représente un préjudice. On peut parler de préjudice matériel ou physique, psychologique ou moral, voire de préjudices structureux ou cumulatifs (Stone, 2002 : 113-115). Il peut aussi être difficile de distinguer entre le préjudice et le risque du préjudice : le principe est-il préventif ou ne peut-il se baser que sur la démonstration du préjudice ? Par ailleurs, il existe des « crimes sans victime » qui font l'objet de sanctions légales pour d'autres raisons, tel que le bien commun.

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Il n'empêche que l'argument est invoqué par les activistes pro-légalisation, ne serait-ce que pour souligner que la prohibition du cannabis serait disproportionnée par rapport au risque que représente la substance pour la sécurité des personnes. Or, l'argument de la sécurité est l'un des principaux arguments qui soutiennent le régime actuel et la prohibition.

En matière de cannabis médical, les arguments critiques font ressortir des biais défavorables qui existeraient au sein de certaines institutions, ces biais nuisant à l'accessibilité et à la reconnaissance du cannabis comme ressource thérapeutique. Les organisations qui émettent ce diagnostic se désolent du manque d'ouverture qu'elles perçoivent dans le monde médical :

I think the obstacles are in the way people believe that medical marijuana needs to be held to the same degree of scientific research than novel pharmaceutical compounds [...]; that's really holding back a lot of things because doctors are viewing marijuana in the same way as any other medication and while it's what they are trained to do, marijuana is really different in a lot of ways. (Association de patients, entrevue)

I think that division is really between doctors that have had an open mind and seen or read the research and doctors that really haven't and are just toeing the age-old lines. (CAMCD, entrevue)

The requirement for a prescription has always been a pretty high barrier, because doctors by and large lack sufficient knowledge of cannabis to be comfortable prescribing it and so they don't. For patients who do need cannabis, it can be a real challenge sometimes finding a doctor with the adequate knowledge base to be able to do that for them. (Jade Maple, entrevue)

Les arguments diagnostiques critiques portant sur le régime d'accès au cannabis médical soulignent donc que les milieux médicaux sont encore relativement fermés au cannabis et que les connaissances sont trop limitées pour assurer l'accès à la substance et les meilleurs soins aux patients qui désirent l'utiliser.

D'après un diagnostic critique, les logiques qui sous-tendent la prohibition du cannabis constituent le problème, puisqu'elles limitent notre compréhension collective du phénomène et nous cantonnent à des approches restrictives aux effets secondaires préoccupants. Ces arguments vont plus loin que les arguments basés sur l'inefficacité : une variété d'acteurs militants redoutent que la « mentalité de la prohibition » ne soit maintenue à travers une légalisation réalisée sans une réflexion de fond. La plupart des groupes gravitant vers cette perspective réclament d'ailleurs aussi une conversation sociale en profondeur non seulement sur le cannabis, mais sur l'ensemble des substances illicites. L'argument critique, cérébral et réflexif, amène à s'interroger de façon sur la manière dont la société traite la consommation des substances psychotropes en général. Le diagnostic de l'injustice, que nous abordons dans la section suivante, se construit autour de notions de libertés fondamentales et de discrimination.

Diagnostic d'injustice

Au sein des mouvements sociaux, le cadrage diagnostique prend souvent la forme d'un « cadre d'injustice » présentant une situation comme une entorse à des principes fondamentaux d'égalité ou de liberté. Des arguments de cet ordre sont mobilisés contre les règles canadiennes qui régissent le cannabis et contre certains projets de légalisation, qui sont alors dépeints comme des politiques répressives ou inégalitaires.

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

L'argument par l'injustice présente la prohibition du cannabis – directement ou indirectement – comme un système discriminatoire produisant l'exclusion, la marginalisation et la stigmatisation. Certains acteurs estiment en effet que la prohibition est une mesure de contrôle social prenant racine dans le racisme et la persécution de certaines populations :

At some point we need to recognize that legalization isn't a favour they are doing to people. [Drug] prohibition was a terrible policy created in racism, designed to ostracize and eliminate Chinese and other ethnic groups from our society. It has caused a great deal of harm and nothing positive has come out of the war on marijuana. There is no saving grace or benefit. It's just a terrible racist destructive policy, [that has been lasting] for a hundred year in Canada. (Sensible BC, entrevue)

[The growing opinion] is that prohibition by nature is a human rights violation, and so we have to look at prohibition in the same way as we would look at other government actions that were legal, but morally horrifying. You could consider all the people in prison on drug charges as not far from, say, Japanese Canadians in internment camps: people who have not committed a violent crime, have not done any damage to any one's person or property, but yet they are incarcerated by force. The only difference is that with Japanese Canadians obviously we are talking about ethnicity and with cannabis we are taking about a lifestyle choice. (Jade Maple, entrevue)

Les parallèles utilisés ne sont pas anodins : les acteurs étudiés qui mobilisent un cadre d'injustice rangent l'enjeu du cannabis dans le domaine des luttes pour les droits et libertés. Ici, plaider pour la légalisation du cannabis est présenté comme une affaire d'égalité, au même titre que les revendications d'autres mouvements sociaux. Un autre argument important du cadre d'injustice dans les discours des organisations pro-légalisation concerne l'application inégale de la prohibition du cannabis, qui affecte plus durement les minorités et les milieux défavorisés :

Le système de contrôle en vigueur au Canada pour le cannabis entraîne une grande injustice, les minorités racialisées ayant une chance plus élevée d'être arrêtées et poursuivies en justice pour des infractions liées à la consommation de cannabis. (CAMH, *Cadre stratégique*, 2014)

Cannabis prohibition falls unevenly on the population. That is to say: the people who bear the burden of the harm of prohibition tend to be inner-city lower-class minority populations or on reservations in the far North and people [...] who are white middle-class educated and older will never be busted [...]; that's just fundamentally inequitable and unfair, and it should not be tolerated in a democracy. (NORML-Canada, entrevue)

Selon les diagnostics basés sur l'injustice, la prohibition au sens large reposerait également sur des préjugés et des stéréotypes soutenant une image péjorative du cannabis et des personnes qui y sont associées. Or, ces représentations courantes n'auraient rien à voir avec la réalité des consommateurs. Plusieurs acteurs militants évoquent les problèmes concrets qui découlent de la criminalisation de ces individus, décrivant les retombées d'un casier judiciaire, des peines et du jugement social qui les accompagne :

Les amateurs de cannabis sont des citoyens à part entière [même si] la logique du déviant qui fait partie de la rhétorique prohibitionniste les considère plus ou moins comme des citoyens à parts égales. (Bloc Pot, entrevue)

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

The stigma of having a criminal record, the stigma of being criminalised for using a substance, it's very damaging to society as well as to individual families and communities. (CDPC, entrevue)

Ainsi, on affirme qu'à l'instar d'autres populations victimes de discrimination, les individus associés au cannabis subissent un traitement différencié reposant sur des préjugés négatifs et dégradants. Plusieurs organisations font plus spécialement référence aux droits des patients. Le droit d'accéder au cannabis à des fins médicales et thérapeutiques a été confirmé par les tribunaux canadiens. Or, plusieurs groupes militants estiment que ce droit n'est toujours pas respecté, qu'il soit question des institutions ou du public en général:

At this point, we still have a lot of people who don't understand the medical aspect and the medical use. They only think of it as something that people get high on, and something just for fun, like alcohol. [...] The patients have proven that access to cannabis as a medicine is a constitutional right, but at the same time they are still not really fully given that right. (Association de patients, entrevue)

Le discours des droits humains est depuis longtemps mobilisé par les mouvements antiprohibitionnistes. Lorsqu'il est question du cannabis, les acteurs qui font appel à ce type d'argument insistent sur l'idée que la prohibition ferait entorse à des droits fondamentaux. Pour présenter le système de gestion du cannabis comme une source d'injustice, les organisations étudiées qui emploient ce cadrage usent des référents propres aux luttes sociales: le langage de la lutte contre la répression et les inégalités. On fait souvent appel à un vocabulaire plus militant et plus revendicateur en construisant ce cadrage, comparativement au diagnostic d'inefficacité et au diagnostic critique.

Dans notre quatrième et dernière catégorie de cadrages diagnostiques sont rangés des arguments qui identifient le problème dans les dynamiques de pouvoirs et les intérêts d'acteurs qui tireraient profit du système actuel entourant le cannabis.

Diagnostic politique

Les arguments diagnostiques relevant du politique situent la question du cannabis dans le contexte de dynamiques de pouvoirs et d'intérêts. Dans ce cadrage diagnostique particulier, les règles entourant le cannabis sont présentées comme des instruments permettant à certains joueurs d'obtenir et de conserver des ressources importantes. Les mesures en place résulteraient de logiques intéressées et de rapports asymétriques, ce qui expliquerait que le système soit défaillant et contreproductif. Par ailleurs, les acteurs militants qui adoptent cette perspective redoutent que la réforme à venir reproduise essentiellement les mêmes mécanismes.

En construisant un cadrage diagnostique à teneur politique, certaines des organisations étudiées affirment que des institutions s'opposent à la légalisation ou à certains plans de réformes, parce que le *statu quo* les avantage. Cet argumentaire peut être comparé à la théorie de la dépendance au sentier (*path dependence*) de Paul Pierson (2000). Ce concept d'origine économique cherche à expliquer pourquoi les politiques publiques souffrent parfois d'inertie. D'après la théorie de la dépendance au sentier, des acteurs sociaux ou institutions sociales qui bénéficient ou dépendent d'un système en place sont prêts à lutter pour le préserver, ou du moins demeureront passifs et résistants au changement. Le cadrage diagnostique politique à propos du cannabis met l'accent sur le fait que le régime actuel (ou certains modèles de légalisation) constituerait justement un système profitable pour certaines institutions.

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Par exemple, on attribue aux gouvernements des raisonnements économiques et idéologiques nuisibles en ce qui concerne les substances illicites :

I think that politically they are going to see the opportunity to make tax money [and] to make a bunch of rules, and create a new bureaucracy. That's typically what governments like to do. (Sensible BC, entrevue)

It feels like it's been about [the government] not wanting to give up the reins [...]. The previous government did not want to admit it was a medicine, so now that we have a government that's looking at evidence, hopefully they are going to have a different outlook on it, which will lead to progress. (CAMCD, entrevue)

Certaines organisations militantes appliquent également cet argument au cas des forces de l'ordre, en avançant que la police pourrait perdre des ressources importantes ou de l'influence avec la légalisation du cannabis :

For the police, this is a budget-balancing act. When the revenue for enforcing prohibition dies off, they'll need to replace it with something else, otherwise they are going to have to cut staff and reduce expenditures, which is something that they of course don't want to do. [...]. [Even] within the Liberal party platform on legalization, they [say] "sure we'll legalize it, but we are going to increase enforcement and punishment for people who will operate outside of whatever regime we create. (Jade Maple, entrevue)

Un argument d'influence politique peut également être élaboré au sujet du cannabis à usage thérapeutique. Plusieurs organisations avancent que les producteurs autorisés sous le régime d'accès au cannabis médical bénéficient actuellement non seulement d'une part du marché assurée par Santé Canada, mais aussi d'une meilleure position pour influencer les développements du régime légal.

There's this ongoing assumption that [licensed producers] are going to be producing recreational cannabis, and I think that's a pretty dangerous assumption that needs to be questioned (Association de patients, entrevue)

On évoque aussi que d'autres joueurs – plus indirectement concernés – peuvent chercher à influencer le dossier du cannabis, comme les compagnies pharmaceutiques.

If you look at the history of Canada's drug laws, pharmaceutical companies have been there behind the scenes promoting [prohibition]. For instance, when the Liberals passed more restrictive marijuana laws back in 1996, there are testimonies from dozens of public groups and officials. Everybody opposed prohibition, but the only groups in favour of those new laws were the Canadian Association of Police and the Canadian Pharmaceutical Association (Sensible BC, entrevue).

Qu'il soit question des forces de l'ordre, des gouvernements, des compagnies détenant une licence sous le régime d'accès au cannabis médical ou des compagnies pharmaceutiques, les cadrages diagnostiques politiques établissent qu'il est difficile de réformer le système de gestion du cannabis, étant donné les désavantages que cela représenterait pour certaines institutions bénéficiant plus ou moins directement du régime. Toutes les organisations étudiées ne perçoivent pas ces risques d'ingérence de la même façon, mais leurs discours font état d'inquiétudes voulant que la question du cannabis soit déterminée par des intérêts politiques ou économiques asymétriques.

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Le diagnostic politique établit donc que les problèmes reliés à la prohibition prennent racine dans la lutte que livrent différents joueurs pour obtenir ou conserver du pouvoir, des ressources ou de l'influence. Ce cadrage particulier fait ressortir les liens entre la question du cannabis et les calculs qui animent l'arène politique autour de cet enjeu. Le problème diagnostiqué ici est que le système actuel (ou le système à venir, dans certains cas) est conçu pour être au service d'intérêts particuliers.

Conclusions

Nous avons décrit les quatre types de cadrages diagnostiques que notre recherche nous a permis d'identifier à travers les discours de différents acteurs militants favorables à la légalisation du cannabis au Canada. Il est important de souligner que ces types d'arguments ne sont pas aussi nettement séparés dans les propos des acteurs. La ligne est parfois fine entre un argument renvoyant au politique et un argument relevant de l'injustice sociale. Par ailleurs, aucun des discours étudiés ne contient qu'un seul type de cadrage. Tous les discours se composent d'une courtépente d'éléments empruntant aux quatre perspectives. Cela dit, la place et le poids accordés aux divers arguments forment un cadrage diagnostique unique à chaque organisation.

Ces différents types d'argumentaires diagnostiques aident à comprendre comment l'enjeu de la légalisation du cannabis peut être compris de plusieurs manières. Dans le discours soutenu, par exemple, par le gouvernement libéral, on retrouve surtout le cadrage de l'efficacité : la légalisation vise à mieux atteindre les objectifs fixés par rapport au cannabis, à savoir contrôler convenablement la substance et protéger le public. Certaines organisations militantes relèvent aussi l'inefficacité des politiques actuelles. Cependant, plusieurs groupes – notamment les acteurs favorables à la réduction des méfaits – avancent que le problème réside dans l'approche générale que le Canada a adoptée pour gérer certaines pratiques psychotropes. Ces cadrages critiques vont plus en profondeur, remettant en question les prémisses du système actuel. En « poussant plus loin » ce raisonnement, on peut en arriver à considérer la prohibition du cannabis (et certaines formes de légalisation) comme des pratiques discriminatoires, inégalitaires, allant à l'encontre des droits et libertés. Enfin, le cadrage diagnostique politique attire l'attention sur les dynamiques asymétriques et les compétitions d'intérêts qui traversent le débat sur le cannabis.

Alors que le discours de l'inefficacité domine dans la sphère publique, les discours critiques, la perspective de l'injustice ou la vision centrée sur les intérêts remettent plus vigoureusement en question les fondements des politiques prohibitionnistes. Déjà, à partir du cadrage diagnostique, on saisit la complexité derrière le débat sur la légalisation du cannabis et ses liens avec d'autres questions sociales. On constate que la discussion peut être plus complexe que d'avoir à choisir entre la santé publique et le marché, ou entre la gestion du risque et la vente libre. Ces cadrages constituent autant de façons de définir « le problème » que doit résoudre la légalisation et correspondent donc à des propositions bien différentes quant à la réforme à adopter. Pour beaucoup d'acteurs militants, la légalisation doit constituer un changement des mentalités, un progrès social, une avancée démocratique ou un véritable projet socioéconomique. Les discours militants conduisent à des réflexions multiples à l'intérieur de l'enjeu sur la légalisation.

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Tableau des organisations

Organisation	Date d'origine	Mandat/mission	Matériel utilisé
Le Bloc Pot	1998	Parti politique enregistré basé à Montréal et ayant pour mission de mettre un terme à la prohibition du cannabis en plaçant les amateurs au cœur d'un modèle libéralisé avant tout provincial	Plateforme officielle (2006), plateforme économique (2014), autres pages du site web et entrevue de recherche
Canadian Association of Medical Cannabis Dispensaries (CAMCD)	2010-2011	Association sans but lucratif regroupant des dispensaires de cannabis thérapeutique ayant une approche basée sur la communauté, dont le mandat est de créer des lignes directrices et des critères clairs pour les dispensaires de cannabis à des fins médicales	Site web, lignes directrices à l'intention des organisations membres et entrevue de recherche
Canadian Drug Policy Coalition (CDPC)	2009	Coalition de plus de 30 organisations centrées sur la réduction des méfaits et la création de politiques sur les drogues fondées sur les droits de l'homme et les données probantes	Site web, rapport <i>Se rendre au lendemain/Getting to tomorrow</i> (2013), note de politique sur le cannabis (2015) et entrevue de recherche
Cannabis Culture	1994	Ancien magazine imprimé lancé par l'activiste Marc Emery, désormais une importante plateforme de communication sur le cannabis, géré par la militante Jodie Emery	Extraits d'entrevues et de participations à diverses plateformes : <ul style="list-style-type: none"> • Conférence NORML-Canada de Toronto (2014) ; • Conférence sur le cannabis Simon Fraser University à Vancouver (2015) ; • Conférence donnée à University of British Columbia (2014) ; • Interview avec « Cannabis in Canada » (2015)
Cannabis Growers of Canada (CGC)	2014-2015	Nouvelle association regroupant des producteurs dits indépendants, visant la représentation de ces acteurs dans la prise de décision politique sur le nouveau régime, aussi investie dans la création de ligne directrices et d'un code de conduite pour les producteurs de l'industrie du cannabis	Code de conduite, entrevue de recherche
Center for Addiction and Mental Health (CAMH)	1998	Le plus grand centre spécialisé en santé mentale et en dépendance au Canada – pourvoie des services et travaille à l'amélioration des politiques en santé publique	Cadre stratégique pour la politique sur le cannabis (2014), participation au caucus ouvert du sénat sur la légalisation du cannabis (Février 2016)
Canadian Students for Sensible Drug Policy	2006	Réseau de jeunes et d'étudiants travaillant en faveur de la réduction des méfaits et de politiques fondées sur les données probantes, les chapitres sont basés dans différentes universités à travers le Canada	Site web, manuel des chapitres, entrevue de recherche
Jade Maple	/	Entreprise en communication fournissant une aide et des ressources spécialisées aux entrepreneurs et aux organisations liés aux cannabis	Site web, entrevue de recherche
Law Enforcement Against Prohibition (LEAP) – Canada	2011	Association d'ex-représentants des forces de l'ordre et agents du service correctionnel mobilisés contre la prohibition des drogues	Site web, entrevue de recherche
NORML-Canada	1978	Organisation militante dédiée à mettre un terme à la criminalisation du cannabis	Site web, entrevue de recherche
"Patients' association" (participant.e a demandé que l'organisation ne soit pas identifiée)	/	Groupe représentant les intérêts de personnes utilisant le cannabis à des fins thérapeutiques	Entrevue de recherche
Sensible BC	2012	Organisation militante originalement créée pour provoquer la tenue d'un référendum sur la question du cannabis en Colombie-Britannique, maintenant dédié à la création d'un régime légal adapté à la province	Site web, entrevue de recherche

Références

Acevedo, B. (2007). Creating the Cannabis User: A Post-Structuralist Analysis of the Re-Classification of Cannabis in the United Kingdom (2004–2005). *International Journal of Drug Policy*, 18(3), 177-86.

Bacchi, C.L. (1999). *Women, Policy and Politics the Construction of Policy Problems*. Londres, Great Britain: SAGE.

Beauchesne, L. (1991) *La légalisation des drogues: pour mieux en prévenir les abus*. Montréal, Québec: Méridien.

Beck, U. (2003). *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris, France : Flammarion/ Aubier.

Benford, R.D. et Snow D.A. (2000). Framing Processes and Social Movements: An Overview and Assessment. *Annual Review of Sociology*, 26, 611-639.

Boyd, S. et Carter C. (2012). Using Children: Marijuana Grow-Ops, Media and Policy. *Critical Studies in Media Communication*, 29(3), 238–57.

Bloc Pot (2006), *Les idées préconçues*. Repéré à <http://blocpot.qc.ca/fr/argumentaire-1-comment-repondre-aux-idees-preconcuces>.

Brink, D.O. (2013). *Mill's Progressive Principles*. Londres, Great Britain : Oxford University Press.

Carter, C. (2009). Making Residential Cannabis Growing Operations Actionable: A Critical Policy Analysis. *International Journal of Drug Policy*, 20(4), 371–76.

CAMH (2014). *Cadre stratégique pour le contrôle du cannabis*. Repéré à http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/influencing_public_policy/Documents/CannabisPolicyFramework-FR.pdf.

Cannabis Culture. (2015) Participation de Marc et Jodie Emery à la Simon Fraser University – Vancouver Cannabis Conference, Segment «SFU Cannabis Conference – Policy and Activism – Introductions». Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=9HPIMvQLpYA&list=PLS7mBHLIFIbpS-IHV8TwegytS2IgEN9N5>.

Coalition canadienne des politiques sur les drogues. (2013). *Se rendre au lendemain: un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues*. Vancouver: CDPC.

Cefaï, D. et Trom, D. (2001). *Les formes de l'action collective : mobilisations dans des arènes publiques*. Paris, France : École des hautes études en sciences sociales.

Fillieule, O., Lilian, M. et Péchu, C. (2009). *Dictionnaire des mouvements sociaux*. Paris, France : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

Forum Poll. (2015). *Two Thirds Support Legalization/decriminalization for Marijuana*. Repéré à <http://poll.forumresearch.com/post/108/two-thirds-support-legalization-decriminalization-for-marijuana/>.

Giffen, P.J. (1991). *Panic and Indifference : The Politics of Canada's Drug Laws : A Study in the Sociology of Law*. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse.

Himmelstein, J.L. (1983). From Killer Weed to Drop-out Drug: The Changing Ideology of Marijuana. *Contemporary Crises*, 7(1): 13–38. doi:10.1007/BF00808341.

Où est le problème ? Diagnostics militants favorables à la légalisation du cannabis

Johnson, L. (2015). Health Minister 'Deeply Disappointed' in Vancouver's Decision to License Medical Marijuana Sales. *CBC News: BC*. Repéré à <http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/marijuana-dispensary-regulations-approved-in-vancouver-1.3126111>.

Kingdon, J.W. (2002). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. New York, USA: Longman.

Le Dain, G. (1973). *Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. Ottawa, Canada: Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales.

Masson, D. (1996). Language, Power, and Politics: Revisiting the Symbolic Challenge of Movements. *Alternate Routes*, 13, 67–100.

Mcdonnell, L. et Weatherford, S. (2013). Evidence Use and the Common Core State Standards Movement: From Problem Definition to Policy Adoption. *American Journal of Education*, 120(1), 1-25.

Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques Publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue Française de Science Politique*, 50(2), 189-208.

Nolin, P.C. et Kenny C. (2002). *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada : rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites*. Ottawa, Canada: Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites.

Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. Paris, France: Découverte.

Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251-67.

R. c. Malm-Levine ; R. c. Caine. 2003. 3 S.C.R. 571, 2003 SCC 74. Repéré à <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/2109/index.do>.

Snow, D.A., Rochford, E.B., Worden, S.K. et Benford, R.D. (1986). Frame Alignment Processes, Micromobilization and Movement Participation. *American Sociological Review*, 51(4), 464-81.

Spector, M. et Kitsuse J. (1977). *Constructing Social Problems*. New Brunswick, USA: Transaction Publishers.

Stone, D. (2002). *Policy Paradox : The Art of Political Decision Making*. New York, USA: Norton.

Woolgar, S. et Pawluch D. (1985). Ontological Gerrymandering: The Anatomy of Social Problems Explanations. *Social Problems*, 32(3), 214-227.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

La consommation de cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution

Sébastien Tessier, M. Sc., Conseiller scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Lina Noël, M. A. Sociologue, Institut national de santé publique du Québec

Correspondance :

Sébastien Tessier

Institut national de santé publique

945, avenue Wolfe

Québec (Québec) G1V 5B3

Téléphone : 418-650-5115, poste 5549

Courriel : sebastien.tessier@inspq.qc.ca

Résumé

Contexte: En 2013, environ 3 millions de Canadiens de 15 ans et plus ont rapporté avoir déjà consommé du cannabis. Les adolescents et les jeunes adultes représentent les groupes où l'on retrouve les plus grandes proportions de consommateurs de cannabis au Québec et au Canada.

Objectif: Établir un portrait de la consommation de cannabis au Québec et au Canada selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence.

Méthodes: Les données utilisées pour établir le portrait de l'usage de cannabis au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois proviennent d'enquêtes canadiennes et québécoises sur la santé de la population réalisées entre 2004 et 2013. Les analyses statistiques ont été réalisées par l'entremise de l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Résultats: En 2013, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus s'élevait à 33,7%. Au cours de l'année précédant l'enquête, 10,6% de la population générale canadienne rapportait avoir fait usage de cannabis. L'enquête de 2008 menée auprès de la population québécoise indiquait que 12% des Québécois de 15 ans et plus avaient consommé du cannabis au cours de l'année précédente. Les adolescents (15 à 17 ans) et les jeunes adultes (18 à 24 ans) représentaient les groupes où l'on retrouvait la plus grande proportion de consommateurs de cannabis, soit respectivement 30,2% et 35,3% d'entre eux. La consommation de cannabis dans la dernière année chez les Canadiens de 15 ans et plus a diminué au cours de la dernière décennie, passant de 14,1% en 2004 à 10,6% en 2013. La diminution de la consommation de cannabis est aussi observable chez les jeunes du secondaire au Québec entre 2000 et 2013 avec une baisse de 17,7%.

Conclusion: Le cannabis est une substance consommée par un grand nombre d'individus dans la population. Cependant, il importe de mentionner qu'une baisse de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois a été observée depuis le début des années 2000, surtout chez les plus jeunes. Comme le gouvernement fédéral s'apprête à légaliser cette substance, il serait tout indiqué de suivre l'évolution de la consommation de cannabis et des problèmes connexes dans la population.

Mots-clés: Cannabis, usage, fréquence d'usage, population générale, jeunes du secondaire, jeunes adultes.

Cannabis use, portrait and trend in Quebec province and Canada

Abstract

In 2013, about 3 million Canadian 15 years old and over reported cannabis use during their life. Adolescents and young adults represent the groups with the highest proportions of cannabis users in Quebec and Canada.

Objective: To draw up a picture of cannabis use in Quebec and Canada according to age, sex and living place.

Methods: Using data from Canadian and Quebec health surveys between 2004 and 2013, we make a portrait of cannabis use during their life and during the past 12 months. Statistical analysis were performed using the Infocentre platform of public health at the *Institut national de santé publique du Québec*.

Results: In 2013, the prevalence of lifetime use of cannabis among Canadians aged 15 years and older was 33.7%. The year prior to the survey, 10.6% of the general Canadian population reported using cannabis. The 2008 survey of the Quebec population reveals that 12% of Quebecers aged 15 years old and over had used cannabis in the past year. Adolescents (15-17 years) and young adults (18-24 years) are the groups with the highest proportion of cannabis users, respectively 30.2% and 35.3% of them. Cannabis use in the past year among Canadians aged 15 years old and over has declined over the past decade from 14.1% in 2004 to 10.6% in 2013. The decline in cannabis use is also observed among high school youth in Quebec between 2000 and 2013 with a 17.7% decrease.

Conclusion: Cannabis is a substance consumed by a large number of individuals in the population. However, it is important to mention the decline observed in cannabis use in the past 12 months, since the early 2000s, especially among the young. As the federal government is about to legalize this substance, it would be appropriate to monitor trends in cannabis use and related problems in the population.

Keywords: cannabis, use, frequency of use, general population, youth, young adults

¿Dónde está el problema? Diagnósticos militantes favorables a la legalización del cannabis

Resumen

Este artículo explora la diversidad que existe en los discursos militantes favorables a la legalización del cannabis en Canadá. En los debates que rodean una reforma de política pública, la definición del problema constituye una etapa crucial. Presentamos aquí los marcos diagnósticos en los que las diferentes organizaciones canadienses que apoyan la legalización del cannabis fundan sus argumentos de defensa. En el marco de esta investigación se eligieron doce organizaciones militantes que están de acuerdo en la necesidad de legalizar el cannabis por la variedad de sus posiciones. Se aplicó un análisis de los marcos a las fuentes documentales y al contenido de las entrevistas semi-dirigidas realizadas entre octubre de 2015 y marzo de 2016. Estos actores colectivos de la sociedad civil expresan diferentes constataciones en cuanto a la naturaleza del problema que plantea el régimen actual o que podrían plantear “malos” modelos de legislación. Hemos identificado cuatro tipos principales de marcos diagnósticos en los discursos de estos actores: 1) el diagnóstico basado en la ineficacia, 2) el diagnóstico crítico, 3) el diagnóstico de injusticia y 4) el diagnóstico político. Cada marco influye por supuesto el tipo de reforma propuesto por las organizaciones. El análisis de los diagnósticos permite aprehender la complejidad propia del debate sobre la legalización del cannabis.

Palabras clave: cannabis, legalización, análisis del discurso, diagnósticos, actores militantes.

Introduction

Le cannabis représente la substance illicite la plus couramment consommée au Canada. En 2013, 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 et environ une personne sur dix a déclaré avoir fait usage de cannabis au cours de la dernière année (consommateur actuel). La population totale de consommateurs actuels est estimée à environ 3 millions de Canadiens (Statistique Canada, 2015). Au Québec, parmi la population générale, ce sont chez les adolescents (15 à 17 ans) et les jeunes adultes (18 à 24 ans) que l'on retrouve les plus hauts taux d'usage de cannabis au cours des douze derniers mois avec respectivement 30% et 35% d'entre eux (Institut de la statistique du Québec, 2008). Selon le 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 fait usage de cannabis au cours de la dernière année lorsqu'on les compare à d'autres jeunes du même âge provenant de pays développés (Centre de recherche de l'UNICEF, 2013).

Il est maintenant bien documenté que la consommation de cannabis est associée à des risques élevés pour la santé (Gordon, Conley et Gordon, 2013; Hall et Degenhardt, 2009; Volkow, Baler, Compton et Weiss, 2014). Selon les plus récentes publications sur le sujet, les risques sanitaires identifiés pour l'usage de cannabis sont principalement regroupés selon les sphères suivantes : les accidents et les blessures, l'usage problématique (incluant la dépendance), les problèmes de santé mentale (ex. : les psychoses) et les affections pulmonaires chroniques. Alors que la plupart de ces problèmes surviennent principalement à la suite d'un usage fréquent ou prolongé de la substance, les accidents et les blessures peuvent survenir de façon brutale lors d'un simple épisode de consommation par exemple (Fischer, Rehm et Hall, 2009; Hall et Degenhardt, 2006; Hall et Degenhardt, 2009; Pacula, Kilmer, Wagenaar, Chaloupka et Caulkins, 2014; Volkow, Baler, Compton et Weiss, 2014).

Dans le contexte actuel où le Canada s'engage sur la voie de la légalisation du cannabis et étant donné l'usage répandu de cette substance auprès des jeunes, il apparaît important de suivre l'évolution de la consommation dans la population québécoise et canadienne. L'objectif du présent article vise à établir un portrait global de la consommation de cannabis au Québec et au Canada à partir des données d'enquêtes réalisées entre 2004 et 2013. Plus spécifiquement, il poursuit les objectifs suivant : 1) décrire la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant les enquêtes dans la population générale et chez les jeunes du secondaire ; 2) identifier l'âge auquel les jeunes sont le plus susceptibles de faire usage de cannabis ; et 3) décrire l'évolution de la consommation de cannabis dans la population générale et chez les jeunes du secondaire au cours de la dernière décennie.

Méthodes

Les données utilisées proviennent d'enquêtes canadiennes et québécoises réalisées entre 2004 et 2013¹. À l'échelle canadienne, l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) et l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) ont permis de dresser le portrait actuel et évolutif de la consommation de cannabis. Pour ce qui est du portrait provincial, l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) et l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES) ont été utilisées. Les données québécoises ont été extraites au

¹ Des données plus récentes provenant de l'Institut de la statistique du Québec ont été rendues disponibles à la fin de l'année 2016 et elles seront soumises à des analyses dans les prochains mois.

moyen des fichiers maîtres des enquêtes et rendues disponibles par l'Infocentre de santé publique. Les données canadiennes ont été tirées des tableaux détaillés et des sommaires rendus disponibles par Statistique Canada. Les analyses statistiques ont été réalisées par l'entremise de l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Résultats

Prévalence de la consommation au Canada en 2013

Selon la plus récente enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus s'élevait à 33,7% en 2013, soit 40,5% chez les hommes et 27,1% chez les femmes (tableau 1). Au cours de l'année précédant l'enquête, 10,6% de la population générale rapportait avoir fait usage de cannabis, ce qui représente 3,1 millions d'utilisateurs. Cette proportion est comparable à celles observées dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC-SM) menée en 2012 et dans l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008 où la proportion d'individus rapportant avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents atteignait 12%.

Les données issues de l'ECTAD montrent que les adolescents (15 à 19 ans) et les jeunes adultes (20 à 24 ans) représentent les groupes où l'on retrouve la plus grande proportion de consommateurs de cannabis au cours des 12 derniers mois avec des taux d'usage atteignant respectivement 22,4% et 26,2%. La prévalence de l'usage de cannabis dans la dernière année chez les jeunes de 15 à 24 ans est environ trois fois plus élevée que celle rapportée par les adultes de 25 ans et plus (8%). La consommation de cannabis au cours de la dernière année chez les hommes (14%) était aussi deux fois plus élevée que celle observée chez les femmes (7%) (tableau 1).

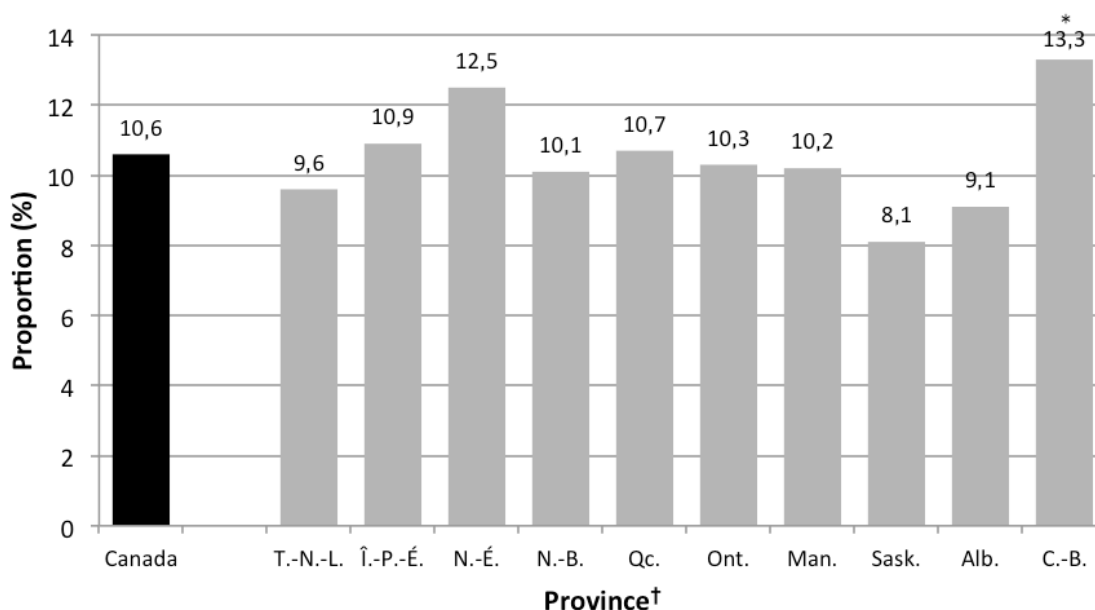
Tableau 1 : Prévalence de la consommation de cannabis à vie et au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 2013

	À vie	12 derniers mois
Total	33,7	10,6
Sexe		
Hommes	40,5	13,9
Femmes	27,1	7,4
Groupe d'âge		
15-19 ans	25,8	22,4
20-24 ans	41,7	26,2
25 et +	33,6	8

Sources : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013.

Au Canada en 2013, la consommation de cannabis au cours de la dernière année varie d'une province à l'autre. Les répondants de la Saskatchewan (8,1%) rapportent une consommation plus basse que la moyenne canadienne (10,6%), tandis que ceux de la Colombie-Britannique se situent au-dessus de cette moyenne (13,3%). Dans les deux cas, les taux observés sont statistiquement significatifs. Les taux des autres provinces canadiennes, dont celui du Québec (10,7%), ne sont pas statistiquement différents du taux moyen canadien (figure 1).

Figure 1. Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois selon la province, population de 15 ans et plus, Canada, 2013



* Valeur significativement différente de celle observée pour l'ensemble du Canada ($p < 0,05$)

† La catégorie de référence est le reste du Canada

Sources : Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013.

Prévalence de la consommation au Québec en 2008

Les données plus spécifiques au Québec sur la consommation de cannabis proviennent de l'EQSP réalisée en 2008. Ces dernières indiquent qu'un peu plus de 12% des Québécois âgés de 15 ans et plus ont consommé du cannabis au cours de l'année précédant l'enquête. Les adolescents (15 à 17 ans) et les jeunes adultes (18 à 24 ans) représentent les groupes où l'on retrouve la plus grande proportion de consommateurs, soit respectivement 30% et 35% (tableau 2). Par ailleurs, dans tous les groupes d'âge, l'usage de cannabis est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. De façon globale, chez l'ensemble des Québécois âgés de 15 ans et plus, les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à rapporter avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (16% vs 8%).

Tableau 2 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

	Tous (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Total			
Groupe d'âge*			
15-17 ans	30,2	33,2	26,9
18-24 ans	35,3	42,5	28,0
25-44 ans	15,2	21,0	9,3
45-64 ans	5,0	7,1	3,0

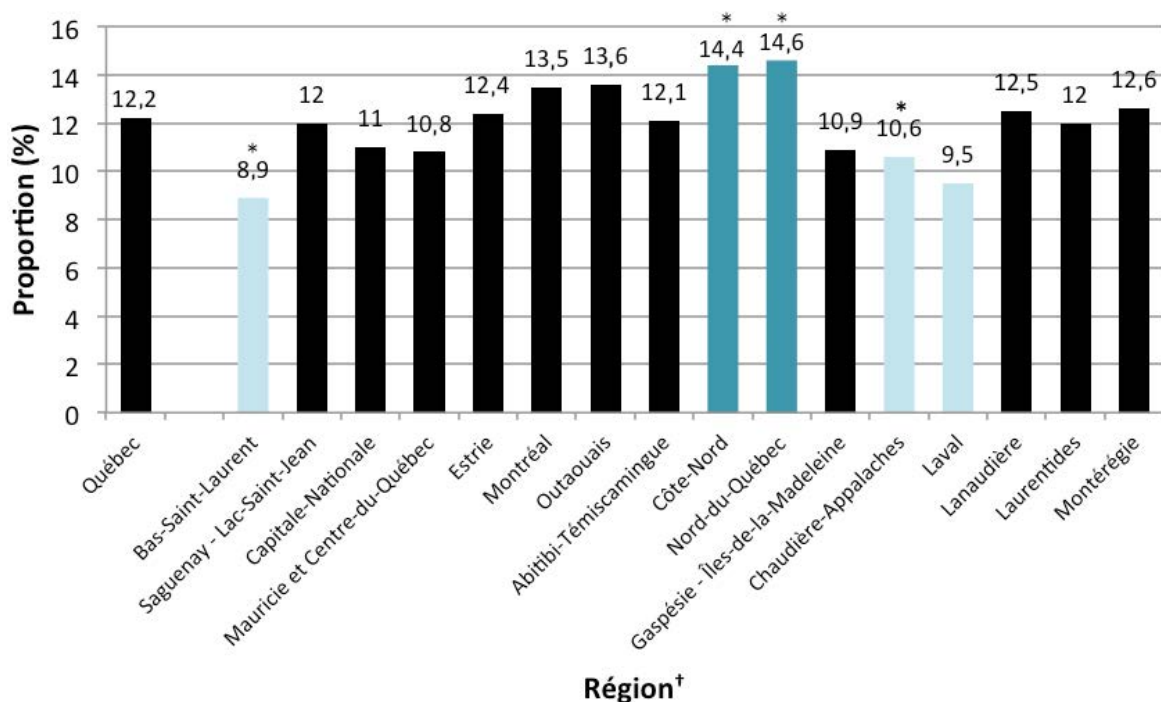
† Étant donné les proportions faibles et des coefficients de variation importants, la population de 65 ans et plus n'est pas présentée

Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008.

La consommation de cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution

Les données de l'EQSP permettent également de dresser le portrait de la consommation de cannabis selon un découpage par région sociosanitaire. En 2008, 8,9%, 10,6% et 9,5% des répondants des régions du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de Laval, respectivement, ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (figure 2). Il s'agit de taux significativement plus faibles que la moyenne québécoise. Les taux de 14,4% et de 14,6% observés en Côte-Nord et dans la région du Nord-du-Québec étaient, pour leur part, supérieurs à la moyenne québécoise.

Figure 2. Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2008



* Valeur significativement différente de celle observée pour l'ensemble du Québec ($p < 0,05$)

† La catégorie de référence est le reste du Québec

Sources: Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008.

Fréquence de la consommation au cours des 12 derniers mois au Québec

Lorsque l'on s'intéresse à la répartition des consommateurs de cannabis selon la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois, les données indiquent que près de 40% des consommateurs en font usage moins d'une fois par mois et 24% en consomment d'une à trois fois par mois (tableau 3). Les consommateurs qui rapportent faire usage de cannabis une fois par semaine ou plus représentent 37% des consommateurs québécois de 15 ans et plus, parmi lesquels 14% en consomment tous les jours. Il est à noter que les femmes qui consomment sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à faire usage de cannabis moins d'une fois par mois. Pour leur part, les consommateurs masculins sont proportionnellement plus nombreux à rapporter faire usage de cannabis plus d'une fois par semaine.

Lorsque l'on considère les mêmes données, mais en fonction de l'âge, on peut observer que parmi les adolescents âgés de 15 à 17 ans qui ont rapporté avoir fait usage de cannabis au cours des 12 derniers mois, 73,2% d'entre eux en ont consommé moins de trois fois par mois. Par contre,

La consommation de cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution

21% d'entre eux en consomment plus d'une fois par semaine ou tous les jours (tableau 3). Chez les consommateurs âgés de 18 à 24 ans et de 25 à 44 ans, les données montrent que 15% et 17% respectivement de ces individus rapportent faire usage de cannabis quotidiennement, ce qui est significativement plus élevé que chez les adolescents de 15 à 17 ans (6,1%).

Tableau 3 : Répartition des consommateurs selon la fréquence de consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008

Fréquence de consommation de cannabis					
	Moins d'une fois / mois (%)	1 à 3 fois / mois (%)	1 fois / semaine (%)	Plus d'une fois / semaine (%)	Tous les jours (%)
Tous	38,4	24,3	10,6	12,4	14,4
Homme	33,7	25,3	10,2	14,2	16,6
Femmes	47,2*	22,3	11,4	8,9*	10,2*
Groupe d'âge [†]					
15-17 ans	44,7	28,5	5,9 ^{††}	14,8 [†]	6,1 [†]
18-24 ans	33,1	27,7	13,4 [†]	11,0	14,8*
25-44 ans	38,6	21,4	10,5	13,0	16,6*
45-64 ans	41,8	22,2	10,1 [†]	10,7 [†]	15,1

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence (homme ou 15-17 ans) ($p < 0,05$)

[†] Coefficient de variation supérieur à 15% et inférieur ou égal à 25%. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

^{††} Coefficient de variation supérieure à 25%. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

[‡] Étant donné les proportions faibles et des coefficients de variation importants, la population de 65 ans et plus n'est pas présentée.

Sources: Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2008.

La consommation de cannabis chez les jeunes du secondaire au Québec

Selon la plus récente Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), près du quart des jeunes du secondaire (22,9%) ont rapporté avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (tableau 4) (Institut de la statistique du Québec, 2013). La proportion de consommateurs augmente de façon importante avec l'âge passant de 3,2% chez les 12 ans et moins à plus de 40% vers l'âge de 16 ans. Les données de l'ETADJES sur la répartition des élèves du secondaire qui ont fait usage de cannabis au cours des 12 derniers mois montrent également que 42% d'entre eux ont rapporté une consommation inférieure ou égale à une fois par mois alors que 34% ont déclaré un usage régulier, voire quotidien (non illustré).

Tableau 4 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, jeunes du secondaire, Québec, 2013.

	Tous	Hommes	Femmes
Total	22,9	24,5	21,3
Groupe d'âge [†]			
12 ans et moins	3,2 [†]	5,1 ^{††}	1,4 ^{††}
13 ans	8,1 ^{†*}	6,8 [†]	9,4 [†]
14 ans	21,3*	23,0	19,5
15 ans	29,5*	31,1	27,8
16 ans	42,4*	45,3	39,5
17 ans et plus	40,9	46,0	34,9

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie d'âge précédente ($p < 0,05$)

† Coefficient de variation supérieur à 15% et inférieur ou égal à 25%. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

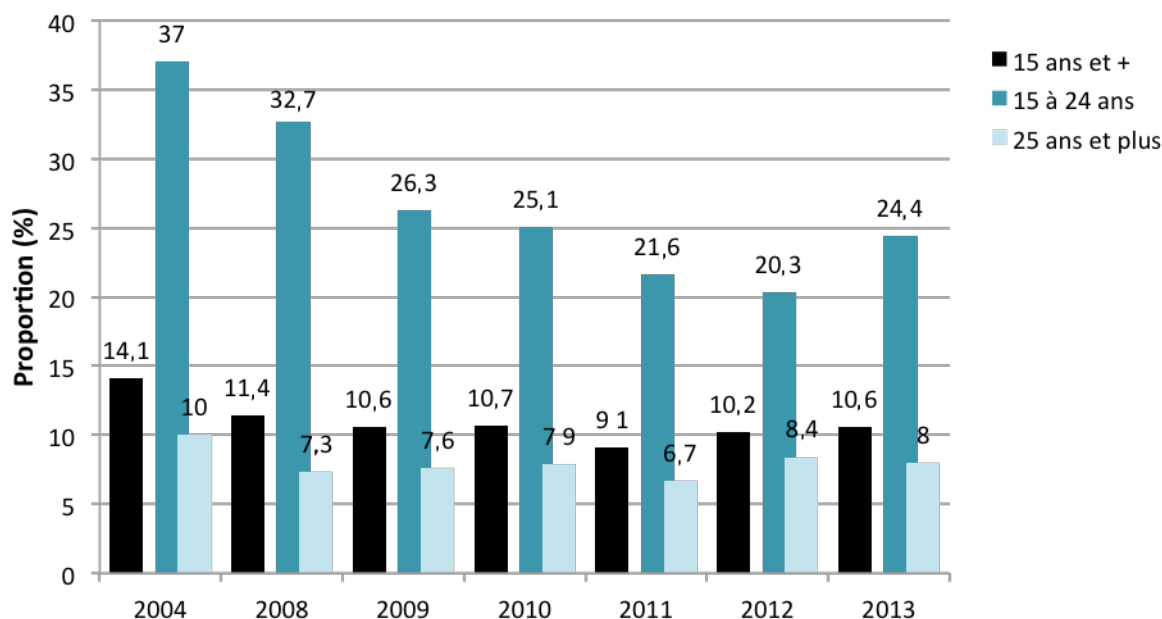
†† Coefficient de variation supérieure à 25%. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), 2013.

Évolution de la consommation de cannabis au Canada

Les données d'enquêtes canadiennes réalisées entre 2004 et 2013 montrent une diminution de la consommation de cannabis au cours de la dernière décennie. La consommation rapportée pour la dernière année chez les 15 ans et plus est passée de 14,1% en 2004 à 10,6% en 2013 (figure 3). Chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans, elle est passée de 37,0% à 24,4% tandis que chez les adultes âgés de 25 ans et plus, elle est demeurée relativement stable depuis 2004. L'augmentation apparente de la consommation de cannabis observée chez les 15 à 24 ans en 2013 doit cependant être interprétée avec prudence compte tenu des différences méthodologiques entre l'ECTAD 2013 et les cycles précédents de l'ESCCAD.

Figure 3. Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois, population de 15 ans et plus, Canada, 2004-2013



Sources : Statistique Canada, Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), 2004; Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), 2008 à 2012; Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013.

Évolution de la consommation de cannabis chez les jeunes du secondaire au Québec

Les données de l'ETADJES, enquête réalisée entre 2000 et 2013 auprès des élèves du secondaire au Québec, indiquent aussi une diminution importante de la consommation au cours des 12 mois précédant l'enquête, et ce, depuis le début des années 2000 (tableau 5). Globalement, la proportion de consommateurs de cannabis chez les jeunes du secondaire au Québec est passée de 41% à 23%. En 2013, les filles et les gars sont proportionnellement moins nombreux à rapporter l'usage de cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête qu'en 2000.

Tableau 5. Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois, jeunes du secondaire, Québec, 2000-2013

	2000	2004	2008	2013	Différence entre 2000 et 2013
Tous	40,6	35,5	27,2	22,9	-17,7
Homme	42,6	35,0	28,4	24,5	-18,1
Femmes	38,4	36,1	25,9	21,3	-17,1

Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), 2000 à 2013.

Discussion

Les données d'enquêtes québécoises et canadiennes présentées permettent d'établir le portrait actuel de la consommation de cannabis au Canada et au Québec et d'examiner les tendances et les variations temporelles de ce comportement depuis le début des années 2000. Il est cependant à noter que les données québécoises provenant de l'EQSP (population de 15 ans et plus) datent de 2008 et qu'un portrait plus précis de la situation pourra être réalisé lorsque les données plus récentes de l'enquête seront rendues disponibles.

Ces premiers résultats indiquent qu'un peu plus d'une personne sur 10 rapportait avoir fait usage de cannabis au cours de la dernière année en 2013 au Québec et au Canada. Au Canada, les hommes étaient deux fois plus nombreux que les femmes à rapporter ce comportement et la prévalence chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (22%) et chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans (26%) était plus élevée que chez les adultes âgés de 25 ans et plus (8%). La consommation de cannabis au cours de la dernière année variait également entre les provinces, avec le taux le plus faible en Saskatchewan (8%) et le taux le plus élevé en Colombie-Britannique (13%). Au Québec, des variations ont également été observées entre les régions, avec des prévalences plus élevées sur la Côte-Nord et dans la région du Nord-du-Québec.

Le portrait évolutif de la consommation de cannabis chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus permet également de constater que la proportion de consommateurs a diminué au cours de la dernière décennie, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes. Des observations similaires ont été faites dans plusieurs pays européens où la prévalence de la consommation de cannabis chez les 15 à 34 ans a connu une baisse au cours des 10 dernières années. C'est le cas notamment en l'Allemagne, au Royaume-Uni, en France et en Espagne (OEDT, 2014).

Pour ce qui est des jeunes du secondaire au Québec, les résultats de l'enquête réalisée en 2013 montrent que près du quart d'entre eux ont rapporté avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. La proportion de jeunes consommateurs au secondaire augmente avec l'âge passant de 3,2% chez les 12 ans et moins à plus de 40% vers l'âge de 16 ans. La tendance de la consommation de cannabis (12 derniers mois) chez les jeunes de la dernière année du secondaire (plus ou moins 17 ans) est à la baisse depuis les 10 dernières années (Pica, 2014). Entre 2000 et 2013, la proportion de consommateurs chez les jeunes québécois de 17 ans est passée de 60,6% à 42,8%. Une diminution de la consommation a aussi été enregistrée chez les jeunes ontariens passant de 45% en 2003 à 39% en 2013 (Boak, Hamilton, Adlaf et Mann, 2013) et chez les jeunes français passant de 50% en 2003 à 41% en 2011 (Spilka, Le Nézet et Tovar, 2012). Par contre, les données d'enquêtes auprès des jeunes américains du même âge indiquent plutôt une fluctuation dans les tendances de consommation

La consommation de cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution

au cours des 12 derniers mois chez ce segment de la population (de 49% en 2001 à 41% en 2007 et 45% en 2013) (Johnston, O'Malley, Miech, Bachman et Schulenberg, 2014). Aussi, malgré la diminution importante de la consommation de cannabis chez les jeunes du secondaire au Québec depuis 2000, retenons tout de même qu'un peu plus du tiers des jeunes consommateurs de cannabis du secondaire ont une consommation régulière, voire quotidienne.

La réalisation de ce premier portrait de situation ouvre la voie à un deuxième volet qui devrait permettre d'approfondir nos connaissances entourant les déterminants de la consommation de cannabis. La compréhension des déterminants étant nécessaire à la mise en place de mesures de prévention qui sont davantage adaptées aux caractéristiques des jeunes consommateurs.

En conclusion, le cannabis est une substance consommée par un grand nombre d'individus dans la population. Une portion importante de jeunes âgés de 15 à 17 ans et de jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans ont rapporté avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année. Cependant, il importe de mentionner qu'une baisse de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois a été observée depuis le début des années 2000, surtout chez les plus jeunes. Comme le gouvernement fédéral s'apprête à légaliser cette substance, il serait tout indiqué d'établir des mécanismes de surveillance de la consommation de cannabis et des problèmes connexes ce qui permettrait d'en suivre l'évolution comme le font de nombreux pays européens (OQDT, 2014), l'Australie (Stafford et Burns, 2013) ainsi que les États-Unis (Johnston, O'Malley, Miech, Bachman et Schulenberg, 2014), la France (Spilka, Le Nézet et Tovar, 2012) et l'Ontario (Boak, Hamilton, Adlaf et Mann, 2013).

Références

Boak, A., Hamilton, H.A., Adlaf, E.M. et Mann, R.E. (2013). *Drug use among Ontario students, 1977-2013: Detailed OSDUHS findings*. CAMH Research Toronto, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health.

Fischer, B., Rehm, J. et Hall, W. (2009). Cannabis use in Canada: the need for a public health approach. *Canadian Journal of Public Health*, 100(2), 101-103.

Gordon, A.J., Conley, J.W. et Gordon, J.M. (2013). Medical consequences of marijuana use: a review of current literature. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 1-11.

Hall, W. et Degenhardt, L. (2006). What are the policy implications of the evidence on cannabis and psychosis? *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 566-574.

Hall, W. et Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698), 1383-1391.

Institut de la statistique du Québec. (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. Montréal, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Institut de la statistique du Québec. (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. Montréal, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Johnston, L. D., O'Malley, P.M., Miech, R.A., Bachman, J.G. et Schulenberg, J.E. (2014). *Monitoring the future – National survey results on drug use - 2014 Overview Key findings on Adolescent drug use*. Bethesda, Maryland : The National Institute on Drug Abuse.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2014). *Rapport européen sur les drogues - Tendances et évolution*. Lisbonne, Portugal : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Pacula, R.L., Kilmer, B., Wagenaar, A.C., Chaloupka, F.J. et Caulkins, J.P. (2014). Developing public health regulations for marijuana: lessons from alcohol and tobacco. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1021-1028.

Pica, L. A. (2014). Consommation de drogues. Dans Institut de la statistique du Québec (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Annexe* (tableau A4.3, p. 136). Montréal, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Spilka, S., Le Nézet, O. et Tovar, M-L. (2012). Les drogues à 17 ans: premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. *Tendances*, 79, 1-4.

Stafford, J. et Burns, L. (2014). Australian drug trends 2013. Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS). *Australian Drug Trend Series No. 109*. Sydney, Australia :National Drug and Alcohol Research Centre.

La consommation de cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution

Statistique Canada. (2015). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues : Sommaire des résultats pour 2013*. Repéré à : <http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-fra.php>.

Statistique Canada. (2015). *Prévalence et corrélats de la consommation de marijuana au Canada, 2012*. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015004/article/14158-fra.htm>.

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.

Volkow, N.D., Baler, R.D., Compton, W.M. et Weiss, S.R.B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219-2227.