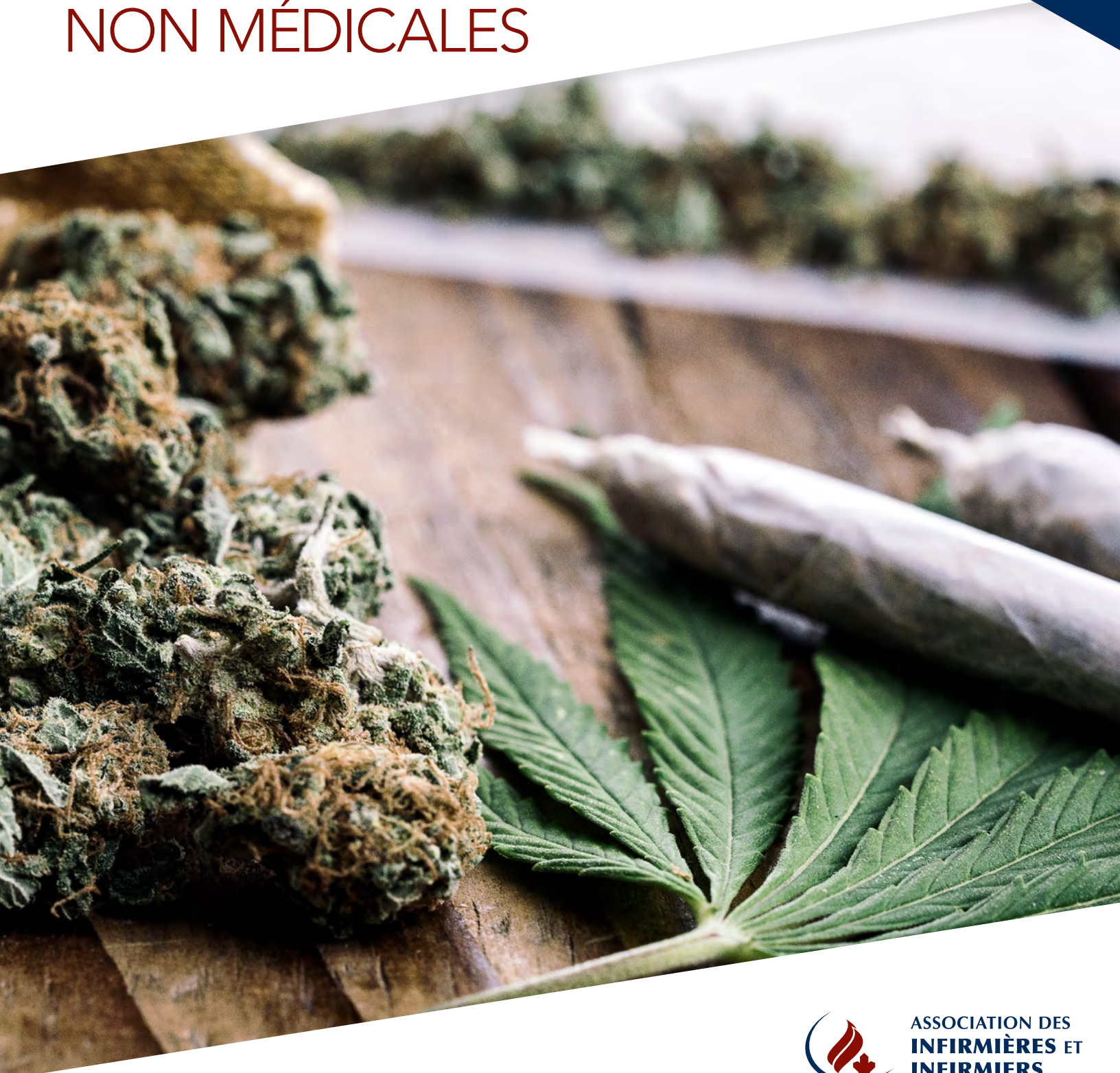


LA RÉDUCTION DES MÉFAITS DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS À DES FINS NON MÉDICALES



ASSOCIATION DES
**INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS**
DU CANADA ®

L'AiIC tient à remercier Lynda Balneaves, inf. aut., Ph. D., pour sa contribution à l'élaboration de cette ressource.

L'AiIC est la voix professionnelle nationale représentant plus de 139 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens du Canada. L'AiIC fait progresser la pratique et la profession infirmières afin d'améliorer les résultats pour la santé et renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.

Tous droits réservés. La permission de reproduction est accordée à des fins non commerciales et à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Consulter www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation pour connaître toutes les conditions et les modalités liées à la reproduction.

© Droits d'auteur 2017

Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
CANADA

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404

Télec. : 613-237-3520

Site Web : www.cna-aiic.ca

® L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le logo de l'AiIC en forme de flamme sont des marques déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

ISBN 978-1-55119-443-1

Mis à jour en janvier 2018

Introduction

Le Canada se dirige vers la légalisation du cannabis non médical, étant donné que le gouvernement a annoncé son intention dans ce sens d'ici le 1^{er} juillet 2018. À la date de publication du présent document, le cannabis demeure une drogue de l'annexe II aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) et, à moins d'une nouvelle réglementation relativement à sa production et à sa distribution à des fins médicales, son usage peut encore être assujéti à des infractions prévues par cette loi (Canada, ministère de la Justice, 2017).

La légalisation est souvent perçue comme la meilleure option pour s'attaquer aux méfaits du cannabis. Elle permet la réglementation de la qualité, de la dose et de la puissance. En outre, la légalisation est susceptible de réduire au minimum les méfaits sociaux et d'éliminer les coûts de l'interdiction (dans le cadre de l'approche axée sur l'application de la loi), ce qui rendrait possible l'affectation des sommes épargnées à des programmes de prévention, d'éducation, de santé et sociaux. Certes, la législation seule n'est pas en mesure de réduire les risques pour la santé et les méfaits possibles du cannabis¹, mais elle donne toutefois aux gouvernements une occasion d'atténuer ces risques.

À ces avantages s'ajoute le consensus des principaux intervenants et experts selon lequel l'approche canadienne actuelle, à savoir la criminalisation du cannabis, est inefficace, coûteuse et révélatrice d'une mauvaise politique publique. Compte tenu des données probantes, on recommande l'adoption d'un cadre de réglementation axé sur la santé publique pour la production, la fabrication, la distribution, la promotion de produits et la vente du cannabis.

Alors que le Canada se dirige vers la légalisation, il importe qu'un large éventail d'intervenants, y compris les infirmières et les infirmiers, se préparent à la nouvelle législation, examinent ses conséquences pour la santé publique et œuvrent à l'atténuation des méfaits du cannabis non médical par une approche axée sur leur réduction. Une telle approche de santé publique vise à réduire :

les répercussions sur la santé, la condition sociale et l'économie provoquées par des activités à risque. [...] [Elle] fait partie d'une intervention générale des soins de santé en matière de méfaits sur la santé et la condition sociale pour les personnes qui font usage de ces substances et [...] complète les stratégies de sobriété, de prévention et de traitement de consommation de drogues. [...] La réduction des méfaits est surtout utilisée en lien avec les programmes de santé publique pour les usagers de substances psychotropes, mais elle peut aussi viser les programmes qui portent sur l'usage d'alcool, les pratiques sexuelles,

¹ Le contrôle de l'accès par les jeunes constitue un défi majeur de la légalisation.

l'usage de la bicyclette, la conduite automobile et les jeux d'argent, entre autres. [Elle] n'exige pas de mettre fin aux pratiques risquées[;] la réduction des méfaits s'attarde [plutôt] à la promotion de la sécurité, à prévenir les décès et l'invalidité ainsi qu'à soutenir un usage plus sécuritaire et sanitaire pour les personnes, les familles et les communautés. (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIIC] et Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie [ACIIS], 2012, p. 1).

En outre, les valeurs associées à la réduction des méfaits concordent avec les principales valeurs du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés* (2017) de l'AIIIC, qui oriente l'exercice de la profession infirmière de façon éthique :

- ▶ Fournir des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion
- ▶ Promouvoir la santé et le bien-être
- ▶ Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées
- ▶ Honorer la dignité
- ▶ Respecter la vie privée et protéger la confidentialité
- ▶ Promouvoir la justice
- ▶ Accepter l'obligation de rendre compte

Les infirmières et infirmiers ont « la responsabilité de prodiguer des soins sans jugement envers les personnes qui sont concernées par l'usage de drogues ainsi qu'à leur famille, sans égard au contexte, à la classe sociale, au revenu, à l'âge, au sexe ou à l'origine ethnique » (AIIIC et ACIIS, p. 2), et peuvent influencer l'élaboration de politiques organisationnelles et gouvernementales de réduction des méfaits associés à la consommation de substances qui soient axées sur les patients et des données probantes.

La consommation de cannabis au Canada

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée au Canada (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances² [CCLT], 2014b). Les taux élevés d'utilisation chez les jeunes Canadiens, dont beaucoup commencent à consommer du cannabis à la fin de leurs études primaires, revêtent une importance particulière. Les taux ont récemment diminué, mais le Canada occupe toujours le premier rang mondial pour ce qui est de la proportion de jeunes utilisateurs : 28 % des personnes âgées de 11 à 15 ans avaient indiqué en 2009-2010 qu'elles avaient consommé du cannabis l'année précédente (UNICEF, 2013). Selon des statistiques plus récentes à propos des Canadiens âgés de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 ans et plus, la prévalence de la consommation au cours des 12 derniers mois était de 21 %, 30 % et 10 % dans ces groupes, respectivement

² Anciennement le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

(Statistique Canada, 2017). Chez les jeunes, le taux de consommation de cannabis non médical au Canada est 2,5 fois plus élevé que chez les adultes de 25 ans et plus (Statistique Canada, 2017).

L'opinion publique a connu, à propos de la consommation de cannabis non médical, un important changement qui a été accompagné par des modifications correspondantes des politiques nationales du Canada. Pourtant, il manque encore des données probantes au sujet des effets à court et à long terme sur la santé (les méfaits et les bienfaits) (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2017). Alors que nous comprenons de mieux en mieux l'incidence de la consommation de cannabis non médical, le lien entre l'utilisation précoce ou fréquente et un plus grand risque de méfaits est bien établi. (Beirness, Kalant, McInnes, Plecas et Porath-Waller, 2016; Crépault, 2014; Fischer et coll., 2011; George et Vaccarino, 2015; Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis [GTLRC], 2016)³.

Réglementation du cannabis non médical à l'échelle internationale

Les options en matière de réglementation du cannabis s'inscrivent dans un continuum, de la criminalisation (le modèle canadien actuel) à la légalisation, en passant par la décriminalisation (CCLT, 2016a).

Criminalisation : « La production, la distribution et la possession de marijuana⁴ font l'objet de sanctions pénales allant d'amendes à l'incarcération [dans la plupart des pays]. Une condamnation mène à l'ouverture d'un casier judiciaire. » (CCLT, 2014a, p. 2)

Décriminalisation : « Les peines criminelles pour possession à usage personnel sont commuées en peines non criminelles, p. ex. des sanctions civiles de types contraventions ou amendes. Les personnes accusées ne reçoivent pas de casier judiciaire dans la plupart des cas. Enfin, dans la majorité des modèles de décriminalisation, la production et la distribution à grande échelle restent passibles de sanctions pénales. » (CCLT, 2014a, p. 2).

Légalisation : « Aucune imposition de sanctions pénales. » Toutefois, on propose des accusations au criminel et des peines d'emprisonnement pour la distribution à des jeunes ou leur implication dans la production. « La consommation, la production et la

³ Ce lien est abordé plus en détail dans les sections « Les effets de la consommation de cannabis non médical sur la santé », « Personnes vulnérables aux méfaits de la consommation » et « Réduction des méfaits de la consommation ».

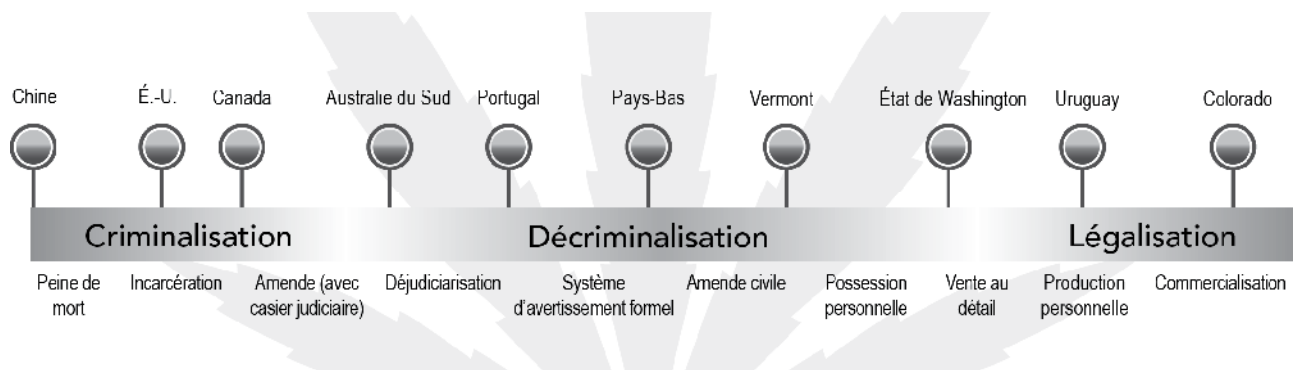
⁴ Conjointement avec la décision du gouvernement fédéral de se diriger vers la décriminalisation, le terme préféré pour *marijuana* est maintenant *cannabis*.

distribution d'une substance restent généralement assujetties à une réglementation imposant des directives et restrictions, comme la réglementation de l'alcool et du tabac » (CCLT, 2014a, p. 2).

Les pays adoptent diverses approches dans ce continuum. Tandis que la criminalisation de la production, de la distribution ou de la possession peut aboutir à la peine de mort en Chine, ces activités donnent lieu à l'emprisonnement aux États-Unis et au Canada. Parmi les pays ou les États qui ont décriminalisé le cannabis, les Pays-Bas recourent à un système d'avertissement officiel, le Vermont impose une amende civile et le Portugal se sert d'une diversion à l'approche axée sur le traitement pour les sanctions non criminelles. Parmi les entités qui ont légalisé et réglementé le cannabis, l'Uruguay permet la production personnelle, l'État de Washington autorise la possession personnelle et le Colorado consent à la commercialisation du cannabis (CCLT, 2014a).

Les approches du Colorado et de Washington en matière de réglementation possèdent des caractéristiques communes, comme un âge minimum de 21 ans pour l'achat, l'interdiction de la consommation publique et des accusations pour conduite avec facultés affaiblies (si le conducteur a cinq nanogrammes ou plus de tétrahydrocannabinol [THC] par millilitre de sang total). Il y a cependant d'importantes différences. L'État de Washington interdit la production personnelle, tandis que le Colorado permet jusqu'à six plants par ménage et la vente dans des commerces de détail titulaires d'un permis (CCLT, 2014a). Plus récemment, la Californie, le Massachusetts, le Maine, le Nevada et le district de Columbia ont adopté des mesures qui légalisent le cannabis non médical, quoique, dans de nombreux cas, elles n'auront force de loi qu'en 2018 (Governing, 2017).

Le diagramme qui suit présente le continuum de réglementation.



Adapté avec la permission du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2016a).

Sur la scène internationale, la criminalisation constitue toujours le modèle dominant en matière de politique sur le cannabis (CCLT, 2014a). Toutefois, une approche de santé publique devient un thème à la fois dans le domaine des politiques et dans celui des interventions, comme le montrent des déclarations et des rapports provenant d'organisations internationales⁵. En outre, différents modèles de décriminalisation sont utilisés dans certains pays depuis des décennies, et, plus récemment, des États américains ont légalisé le cannabis (CCLT, 2014a).

Les données laissent entendre qu'une approche axée sur la décriminalisation peut réduire une partie des impacts sociaux indésirables de la criminalisation (Room et coll., 2010). Les partisans de la décriminalisation soutiennent que l'élimination des sanctions criminelles pour possession de cannabis devrait entraîner une diminution d'une partie de ces méfaits et de ces coûts sociétaux, par exemple en réduisant le nombre de personnes impliquées dans le système de justice pénale et en abaissant les coûts d'application de la loi (Crépault, 2014). Non seulement un dossier criminel limite-t-il la capacité d'une personne à voyager dans certains pays (comme les États-Unis), il entraîne aussi des préjudices sociaux considérables. Ainsi, pour les jeunes, un dossier risque de constituer un obstacle à l'accès à des initiatives de bénévolat que les programmes scolaires exigent souvent⁶. Un dossier criminel peut, de surcroît, réduire les perspectives de carrière et contribuer à la pauvreté et à de mauvais résultats pour la santé (CCLT, 2014b).

Par ailleurs, il y a peu de données selon lesquelles la décriminalisation entraîne une augmentation de la consommation de cannabis non médical ou la survenue du trouble d'utilisation du cannabis (Crépault, 2014). Cependant, l'interdiction présente un important inconvénient (qui persiste sous le régime de la décriminalisation) : le cannabis demeure hors du marché réglementé. Par conséquent, « les usagers savent peu de choses, voire ne savent rien, de sa puissance et de sa qualité. Tant que la consommation de cannabis reste illégale, il est difficile pour les professions de la santé ou de l'éducation de répondre efficacement à une consommation problématique, et de contribuer à la prévenir. Une application de la loi centrée sur l'interdiction détourne les usagers de cannabis de la prévention, de la réduction des risques et des traitements » (Crépault, 2014, p. 11-12).

⁵ Par exemple, le Comité de Vienne des organisations non gouvernementales et le Comité consultatif scientifique ont discuté de la nécessité d'une approche de santé publique relativement à la consommation de substances lors de l'examen de haut niveau auquel la Commission des stupéfiants de l'ONU a procédé en 2014. L'Organisation des États américains s'est dite d'accord avec cette orientation, stipulant que la décriminalisation devrait en constituer une composante clé (CCLT, 2014a).

⁶ Souvent essentiel pour l'achèvement des études secondaires, le bénévolat procure une expérience pratique précieuse pour le marché du travail.

Comme nous l'avons déjà indiqué, le gouvernement canadien prévoit légaliser le cannabis non médical à partir du 1^{er} juillet 2018. Actuellement, la LRCDAS

interdit la production, la possession et le trafic de marijuana à titre de substance inscrite à l'annexe II et définit les sanctions pénales pour ces activités (p. ex. amendes, incarcération), selon la gravité du délit. En 2012, la *Loi sur la sécurité des rues et des communautés* a fixé des peines minimales obligatoires pour les infractions liées aux drogues, dont la marijuana. Ces peines minimales obligatoires s'appliquent en présence de circonstances aggravantes, comme se livrer au trafic près d'une école (peine minimale de deux ans) ou s'associer à une organisation criminelle (peine minimale d'un an). Les délinquants qui terminent avec succès un programme de traitement approuvé peuvent se soustraire aux peines minimales obligatoires (CCLT, 2014a, p. 3).

Pourtant, l'application des lois sur le cannabis « a des répercussions profondes sur les ressources policières et de justice pénale au Canada. La possession de marijuana représentait plus de la moitié de la narcocriminalité déclarée par les services policiers en 2013 (CCLT, 2014a, p. 3). Chaque année, le Canada consacre plus d'un milliard de dollars à l'application des lois sur la possession de cannabis, arrêtant « 60 000 Canadiens environ [...] pour simple possession de cannabis, ce qui représente presque 3 % de toutes les arrestations [...] Au moins 500 000 Canadiens ont un casier judiciaire du fait de cette infraction [...] » (Crépault, 2014, p. 8).

L'orientation politique qui consiste à légaliser, à réglementer et à restreindre l'accès au cannabis non médical se fait l'écho de la demande formulée par trois rapports parlementaires canadiens, soit ceux de la Commission Le Dain (1972), du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites (2002) et du Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments (2003). Tous ont conclu qu'« avec l'approche politique actuelle au Canada, les méfaits attribuables à la criminalisation sont disproportionnés par rapport aux méfaits associés à la consommation de marijuana en tant que telle » (CCLT, 2014a, p. 2). D'autres rapports, publiés par l'Association du barreau canadien (1994), le CCLT (1998), le Centre de toxicomanie et de santé mentale (2000), l'Institut Fraser (2001), la Coalition canadienne des politiques sur les drogues (2013) et l'Association canadienne de santé publique (2014), concluent, eux aussi, « que la criminalisation de la consommation de cannabis est inefficace et coûteuse et qu'elle constitue une politique publique médiocre » (Crépault, 2014, p. 9).

La légalisation éliminerait les méfaits sociaux et les coûts de l'interdiction. En outre, elle réduirait d'un milliard de dollars les dépenses consacrées à l'application de la loi (et les méfaits causés par une application inégale), la présence des consommateurs de cannabis dans le marché des drogues illicites et les restrictions imposées par un dossier criminel aux possibilités d'emploi, de bénévolat, de logement et de déplacements.

Dans les endroits où la production et la distribution du cannabis sont légales et adéquatement réglementées, la participation criminelle à ces activités devrait diminuer considérablement, voire disparaître tout à fait.

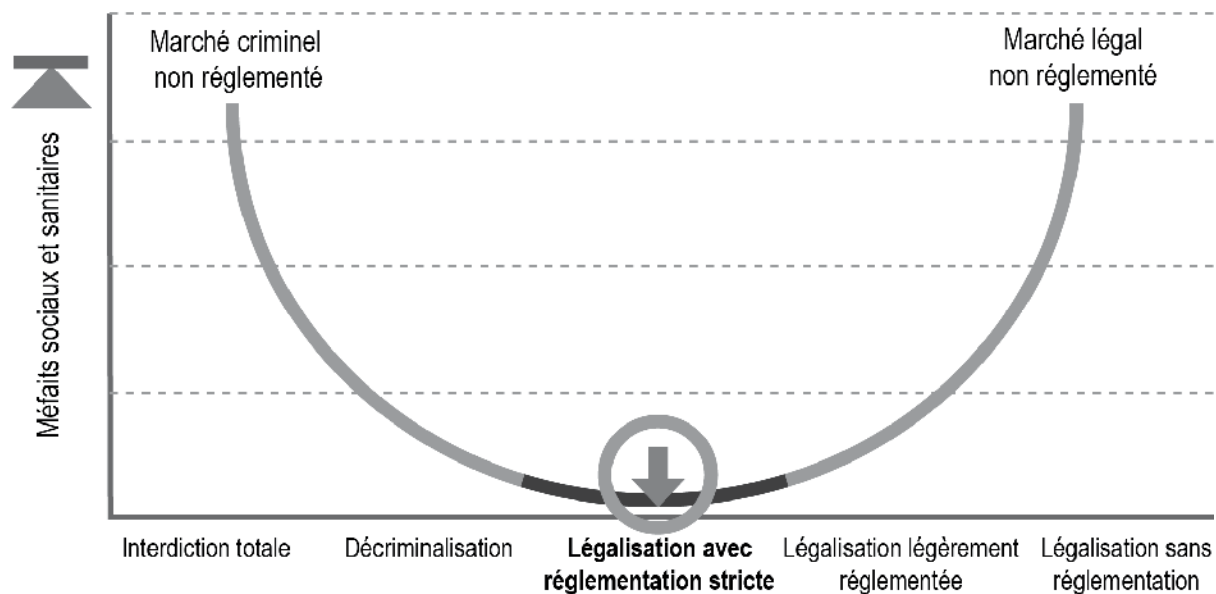
Room et coll. (2010) font état de quatre piliers fondés sur des données probantes sur lesquels repose la démarche vers la légalisation :

- ▶ L'interdiction n'a pas empêché ou diminué la consommation de cannabis.
- ▶ Les risques et les méfaits du cannabis sont moindres que ceux du tabac ou de l'alcool.
- ▶ Le cannabis peut et doit être isolé des marchés des drogues illicites, dans lesquels les usagers sont exposés à d'autres substances illicites (plus dangereuses).
- ▶ Les ressources dépensées à l'application des lois contre la consommation personnelle de cannabis peuvent être affectées à meilleur escient ailleurs.

La réforme juridique du Canada en matière de cannabis non médical donne l'occasion de « mettre en œuvre une démarche de santé publique dont l'objectif est de réduire les méfaits du cannabis envers les personnes et la société » (Crépault, 2014, p. 9).

Cependant, comme Crépault (2014) le souligne, la légalisation ne réduit pas en soi les risques pour la santé et les méfaits du cannabis. Elle permet simplement aux gouvernements de réglementer le cannabis afin d'atténuer ces risques, ce que l'interdiction ou la décriminalisation ne peut faire efficacement. Avec la légalisation, par conséquent, il faut établir un équilibre délicat, étant donné qu'une approche juridique et non réglementée (ou sous-réglémentée) risquerait d'accroître la consommation de cannabis et les risques connexes. Cet équilibre est aussi essentiel afin que la légalisation devienne avantageuse pour la sécurité et la santé publiques, tout en protégeant les personnes vulnérables aux méfaits du cannabis. Selon Apfel (2014), « l'incidence positive ou négative nette de la légalisation sur la santé et la sécurité publiques dépend en grande partie des décisions en matière de réglementation et de la façon dont elles sont mises en œuvre » [traduction] (p. 1).

Le modèle conceptuel présenté ci-dessous illustre comment l'interdiction totale, d'une part, et la légalisation non réglementée, d'autre part, peut engendrer des méfaits sanitaires et sociaux tout aussi graves.



Adapté avec la permission de Marks (1991) et Rolles et Murkin (s.d.)

Les effets de la consommation de cannabis non médical sur la santé⁷

Le *Cadre stratégique pour le contrôle du cannabis* (Crépault, 2014) du CAMH indique que, pour un consommateur adulte moyen, les risques du cannabis non médical pour la santé sont considérablement moindres que ceux du tabac et de l'alcool. Il importe toutefois de souligner que l'usage du cannabis non médical n'est pas sans danger.

Les données probantes démontrent plusieurs effets potentiels de cette consommation sur la santé, quoique les experts s'entendent pour dire que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour les déceler et élaborer davantage d'outils et de stratégies de prévention des effets indésirables (Crépault, 2014; GTLRC, 2016; NASEM, 2017).

⁷ Le présent document se concentre uniquement sur les effets de la consommation de cannabis non médical sur la santé.

Selon les recherches actuelles, la plupart des méfaits du cannabis non médical sur la santé tombent dans les catégories suivantes :

- ▶ les troubles respiratoires
- ▶ le trouble d'utilisation du cannabis
- ▶ les problèmes de santé mentale
- ▶ le cannabis et la conduite automobile
- ▶ la surdose accidentelle.

Troubles respiratoires

Des preuves substantielles montrent une association entre l'inhalation du cannabis et des symptômes respiratoires, dont la toux, la respiration sifflante, l'essoufflement à l'effort et des épisodes de bronchite chronique (McInnis et Plecas, 2016; NASEM, 2017). Environ la moitié des adultes canadiens qui ont fumé du cannabis au cours de la dernière année ont aussi fumé du tabac. D'après les recherches actuelles, le tabagisme constitue probablement la principale cause (ou un important facteur contributif) du grand nombre de ces troubles respiratoires (Fischer et coll., 2011). À l'instar du tabac, la fumée de cannabis contient du goudron et d'autres agents cancérigènes connus. Bien que les fumeurs de cannabis tendent à fumer moins souvent que les fumeurs de tabac, ils retiennent souvent la fumée non filtrée dans leurs poumons pour obtenir l'effet maximum, ce qui ajoute à ces risques (Tetrault et coll., 2007).

Lorsque le cannabis est fumé, les sous-produits toxiques de la combustion sont libérés et inhalés. Les vaporisateurs semblent être prometteurs comme moyen de réduire (sans toutefois les éliminer) les méfaits de l'inhalation. Certaines études font état d'une diminution de l'inhalation de toxines et de cancérigènes par le « vapotage » par comparaison avec l'inhalation habituelle du cannabis en le fumant (Abrams et coll., 2007; Hall et Fischer, 2010). Le taux de symptômes respiratoires (p. ex., bronchite, respiration sifflante, essoufflement) chez les personnes qui se servent d'un vaporisateur pour consommer du cannabis était inférieur de 40 % à celui signalé par les fumeurs de cette substance (Hall et Fischer, 2010). Toutefois, bien que certains soient portés à croire que vapoter est moins dangereux que fumer, plus de données sont nécessaires pour soutenir pleinement cette conclusion (Fischer et coll., 2011; GTLRC, 2016).

Trouble d'utilisation du cannabis

Le DSM-5 définit le trouble d'utilisation du cannabis comme « un mode problématique d'utilisation du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance qui sont cliniquement significatives » (Genen, 2017, par. 4). Environ 9 % des

consommateurs de cannabis développent ce type de dépendance⁸ (George et Vaccarino, 2015; Lopez-Quintero et coll., 2011). Comparativement, la probabilité estimée de développer une dépendance est de 68 % pour la nicotine, 23 % pour l'alcool et 21 % pour la cocaïne (Lopez-Quintero et coll., 2011). Les individus qui deviennent dépendants au cannabis

peuvent avoir de la difficulté à arrêter ou à diminuer leur consommation, et ainsi continuer à faire usage de cannabis malgré ses effets négatifs; ceux qui arrêtent subitement peuvent ressentir de légers symptômes de sevrage, parmi lesquels : irritabilité, [colère, agressivité], anxiété, maux d'estomac, perte d'appétit [ou de poids], perturbation du sommeil, [agitation] et dépression. Ceux qui en font usage souvent et depuis longtemps présentent un risque plus élevé de dépendance que les usagers occasionnels (Crépault, 2014, p. 5; Genen, 2017).

Problèmes de santé mentale

Les recherches ont découvert des liens entre la consommation de cannabis et des problèmes de santé mentale. Bien que des données supplémentaires soient nécessaires, des preuves établissent des liens entre l'usage chronique de cette substance et la dépression, l'anxiété et des comportements suicidaires (George et Vaccarino, 2015; McInnis et Porath-Waller, 2016). La schizophrénie et la psychose préoccupent également. Une méta-analyse systématique (Large, Sharma, Compton, Slade et Nielssen, 2011) fait état d'un rapport entre la consommation de cannabis et l'apparition précoce de la maladie psychotique. Même l'usage occasionnel est susceptible d'accroître ces risques : selon les estimations, les consommateurs de cannabis courent un risque de psychose plus élevé de 40 % que les non-consommateurs (Crépault, 2014.) L'usage fréquent et précoce du cannabis est associé à un risque encore plus grand, soit jusqu'à 50 à 200 % plus élevé que chez les non-usagers, en particulier chez ceux qui ont des antécédents personnels ou familiaux de psychose (Fischer et coll., 2011; McInnis et Porath-Waller, 2016; NASEM, 2017; Volkow, Baler, Compton et Weiss, 2014). Bien qu'il soit mal défini, ce risque peut aussi indiquer « l'existence possible d'un effet dose-réponse [selon lequel] le cannabis qui comporte une concentration élevée de tétrahydrocannabinol (THC), son principal composant psychoactif[,] entraîne pour les usagers un risque plus élevé de maladie mentale que le cannabis de moindre puissance » (Crépault, 2014, p. 6; McInnis et Porath-Waller, 2016). Des données émergentes mettent en évidence les taux accrus de troubles de la mémoire, de paranoïa et de psychose provoquée par le cannabis à la suite de la consommation de produits du cannabis très puissants. Les produits cannabinoïdes synthétiques, qui contiennent de fortes concentrations de THC, sont particulièrement

⁸Le trouble d'utilisation du cannabis est souvent désigné comme une *dépendance*.

préoccupants (Fischer et coll., 2017). Certes, « cette association entre la consommation de cannabis et la maladie mentale est forte, mais pas encore bien élucidée. Sa causalité n'a pas encore été déterminée » (Crépault, 2014, p. 6).

Cannabis et conduite automobile

Du point de vue de la santé publique, la conduite avec facultés affaiblies constitue l'un des plus grands méfaits de la consommation de cannabis. Cette substance diminue les facultés psychomotrices, cognitives et mnésiques, ce qui est susceptible d'altérer la capacité de conduire et d'augmenter considérablement le risque d'accident automobile (Beirness et Porath-Waller, 2015; Fischer et coll. 2011; McKiernan et Fleming, 2017; NASEM, 2017). Quoique le risque d'accident causé par une conduite avec facultés affaiblies par le cannabis est moindre que celui engendré par une conduite avec facultés affaiblies par l'alcool (Capler, Bilsker, Van Pelt et MacPherson, 2017; Fischer et coll., 2011; Hartman et Huestis, 2013), il demeure très préoccupant. Les accidents de véhicules motorisés dus à une conduite avec facultés affaiblies constituent la principale contribution du cannabis à la charge de morbidité et de blessures au Canada (Crépault, 2014). Le risque de collisions automobiles empire lorsque du cannabis est consommé avec de l'alcool (Hall, 2015). Malgré ces statistiques, un examen des données probantes réalisé par la Coalition canadienne des politiques sur les drogues signale que plus de la moitié des usagers de cannabis croient que la conduite après la consommation de celui-ci n'accroît pas le risque d'accidents (Capler et coll., 2017)⁹.

Chez les jeunes, la conduite après l'usage de cannabis est plus prévalente que celle après la consommation d'alcool. Des données provenant de l'Ontario montrent que le cannabis représente la substance (actuellement) illicite la plus populaire chez les jeunes conducteurs (McKiernan et Fleming, 2017). « Après l'alcool, le cannabis est la substance la plus souvent détectée chez les conducteurs qui perdent la vie dans des accidents de la route » au Canada (Beirness et Porath-Waller, 2015, p. 1).

Selon d'autres données originaires de l'Ontario, « on estime à 9 % la proportion de conducteurs autorisés âgés de 18 à 29 ans et à 10 % celle des conducteurs scolarisés en 10^e, 11^e et 12^e années qui indiquent avoir conduit dans l'heure suivant une consommation de cannabis au cours de l'année écoulée. Pour ces deux groupes d'âge, les taux de conduite avec facultés affaiblies par le cannabis dépassent ceux de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool. » (Crépault, 2014, p. 5). La probabilité de conduite après la consommation de cannabis et d'implication dans une collision automobile attribuée à cet usage est plus élevée chez les consommateurs fréquents ou quotidiens (Fischer et coll., 2011).

⁹ Cette perception peut être plus élevée chez les jeunes.

Bien qu'on ne dispose pas actuellement d'un test d'analyse d'haleine sur place qui soit semblable à celui employé pour détecter l'alcool, les forces de l'ordre possèdent des outils et une expertise qui leur permettent de repérer les conducteurs aux facultés affaiblies par le cannabis (Beirness et Porath-Waller, 2015; Fischer et coll., 2011). Un vaste débat porte sur le taux de cannabis dans le sang ou la salive qui indiquerait un affaiblissement probable des facultés (Capler et coll., 2017; CCLT, 2016b). Au moment de rédiger ce document, il n'y a pas de taux *per se* pour le cannabis, c'est-à-dire de taux dans le sang ou la salive au-delà duquel la conduite d'un véhicule motorisé constituerait une infraction. Un examen des données probantes indique que plus de recherches et de meilleures méthodes de dépistage sont nécessaires.

Jusqu'à ce que celles-ci soient mises au point, la détermination des capacités affaiblies implique un dépistage sur place suivi par une analyse toxicologique aux fins d'une confirmation (Capler et coll., 2017). Les forces de l'ordre utilisent le programme de classification et d'évaluation des drogues (DEC) pour repérer et évaluer les comportements associés à l'intoxication au cannabis, quoique ce type de test faisant appel à l'observation ne respecte pas les normes minimales de sensibilité et de spécificité (Capler et coll., 2017). La collecte de données probantes suffisantes qui permettrait le dépôt d'accusations pour conduite avec facultés affaiblies par les drogues exige une combinaison d'analyses d'urine, de salive et/ou de sang (Beirness et Porath-Waller, 2015).

Surdose accidentelle

Le risque accru de lésions involontaires causées par des surdoses est un méfait moins connu mais important de la consommation de cannabis. Ces lésions se produisent le plus souvent après l'ingestion d'aliments infusés au cannabis, appelés aussi produits comestibles (NASEM, 2017), qui se présentent sous de nombreuses formes, y compris des bonbons et des pâtisseries, comme des biscuits ou des brownies.

Lorsque le cannabis est inhalé, l'effet souhaité (l'état d'euphorie) est presque immédiat, atteint son point culminant après environ 30 minutes et s'estompe après 1 à 3,5 heures (MacCoun et Mello, 2015; NASEM, 2017). Lorsqu'il est ingéré, l'effet prend plus de temps à survenir. Dans certains cas, il peut être retardé de 30 minutes à 2 heures et durer entre 5 et 8 heures ou davantage (NASEM, 2017). Les produits comestibles ont été liés à l'ingestion de quantités excessives de cannabis par des consommateurs qui pensaient que la dose initiale était insuffisante (MacCoun et Mello, 2015; NASEM, 2017).

Les surdoses accidentelles surviennent aussi chez les enfants et engendrent souvent une détresse respiratoire (NASEM, 2017; Wang et coll., 2016). Parmi les autres effets cliniques constatés chez des enfants après une ingestion accidentelle, mentionnons la somnolence ou la léthargie, l'ataxie, des étourdissements, l'agitation, des vomissements, la

tachycardie, la dystonie, la rigidité musculaire, la dépression respiratoire et des convulsions (Wang et coll., 2016). Dans ces cas, l'ingestion se produit souvent chez des enfants qui prennent des produits comestibles pour des bonbons. Lors d'une étude réalisée au Colorado, « près de la moitié des patients examinés à l'hôpital pour enfants au cours des deux années qui sont suivies la légalisation avaient été exposés à de la marijuana non médicale, ce qui laisse entendre que la légalisation a vraiment influé sur l'incidence des expositions » [traduction] (Wang et coll., 2016, par. 7).

Personnes vulnérables aux méfaits de la consommation

Malgré la nécessité de recherches supplémentaires, il est généralement admis, en fonction des données probantes existantes et du consensus des experts, que les effets indésirables possibles sur la santé visent particulièrement un groupe limité de populations à risque élevé ou vulnérables :

- ▶ les jeunes
- ▶ les femmes enceintes
- ▶ les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose.

Jeunes

Selon les recherches, étant donné que le cerveau se développe encore jusqu'à environ 25 ans, l'amorce de la consommation de cannabis avant cet âge risque d'altérer des structures ou des zones cérébrales, y compris celles responsables de la mémoire, de la cognition et du fonctionnement exécutif (Fischer et coll., 2011; George et Vaccarino, 2015; McInnis et Porath-Waller, 2016).

L'usage chronique de cannabis semble aussi avoir sur les jeunes des effets différents de ceux sur les adultes. Alors que des problèmes majeurs et durables sur les plans de la cognition, de la mémoire et de l'attention peuvent survenir par une consommation fréquente de cette substance par les jeunes, la situation semble être différente chez les adultes. Lorsque ceux-ci cessent l'usage chronique, ces déficits cognitifs peuvent parfois se résorber. Il n'en est peut-être pas de même pour les jeunes qui commencent à consommer au début de l'adolescence (George et Vaccarino, 2015; McInnis et Porath-Waller, 2016).

Non seulement l'usage précoce de cannabis peut-il augmenter le risque de changements cognitifs à long terme, il constitue aussi un facteur de risque de développement du trouble d'utilisation du cannabis et une plus grande fréquence engendrant un plus grand risque (Fischer et coll., 2011; NASEM, 2017).

Femmes enceintes

La consommation régulière de cannabis durant la grossesse a été liée à la faiblesse de poids à la naissance. On a aussi montré son incidence sur le fonctionnement cognitif, le comportement et la santé mentale des enfants (Porath-Waller, 2015; NASEM, 2017). L'impact sur l'aptitude à apprendre des enfants a été constaté vers l'âge de trois ans et il persiste jusqu'à l'adolescence (Porath-Waller, 2015). De plus, les enfants exposés au cannabis avant leur naissance sont plus susceptibles de fumer du tabac et de connaître des problèmes d'abus de substances et de délinquance (Porath-Waller, 2015).

Personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose

Comme nous l'avons déjà dit, la consommation chronique de cannabis et le commencement précoce de l'usage sont associés à un risque accru de schizophrénie, de psychose et de symptômes psychotiques (Fischer et coll., 2011; McInnis et Porath-Waller, 2016; NASEM, 2017; Volkow et coll., 2014). Le rapport entre l'utilisation de cannabis et la psychose est beaucoup plus probable chez les consommateurs qui présentent un risque génétique préexistant ou des antécédents personnels ou familiaux de symptômes psychotiques (Fischer et coll., 2011; McInnis et Porath-Waller, 2016).

Réduction des méfaits de la consommation

Contrairement à d'autres substances dont la consommation représente un risque, comme l'alcool et le tabac, il y a une absence de normes universellement acceptées pour « aider à orienter les personnes quand ils font des choix à propos de l'opportunité, du moment, de l'endroit et de la manière d'utiliser le cannabis sans danger » à des fins non médicales » [traduction] (NASEM, 2017, p. 1). Malgré cette lacune, les chercheurs, les cliniciens, les décideurs et les intervenants reconnaissent la nécessité d'efforts ciblés pour diminuer les méfaits liés à la consommation de cannabis non médical (Crépault, 2014; Fischer et coll., 2011; GTLRC, 2016).

La légalisation constitue une étape importante de la réduction des méfaits de la consommation de cannabis non médical. Non seulement peut-elle réduire les méfaits sociaux associés à la criminalisation, elle est aussi à même de fournir un cadre de réglementation des produits et de l'accès, tout en réaffectant les fonds consacrés potentiellement à l'application de la loi à des initiatives de santé publique, comme l'éducation, la prévention et le traitement. Étant donné les données probantes, qui laissent entendre que la majorité des méfaits touchent en particulier les populations vulnérables ou à risque élevé et que ces facteurs de risque sont potentiellement modifiables, les mesures d'éducation et de réduction des méfaits devraient être ciblées vers ces groupes pour qu'elles aient un effet maximum là où elles sont nécessaires.

Les diverses recommandations relatives à la réduction des méfaits qui voient le jour peuvent orienter l'éducation sur le cannabis non médical alors que le Canada se dirige

vers la légalisation. Ainsi, Fischer et coll. (2011 et 2017) ont élaboré des lignes directrices sur l'usage à moindre risque de cette substance en s'inspirant de directives sur la consommation à faible risque d'alcool qui sont disponibles au Canada et sur la scène internationale. À la suite d'un examen des données probantes actuelles, ces lignes directrices ont été créées en déterminant des moyens de réduire les méfaits qui sont associés à un certain nombre de facteurs potentiellement modifiables : la fréquence d'utilisation, le commencement précoce de la consommation, la conduite automobile après celle-ci, les méthodes et les pratiques d'usage, et les caractéristiques de populations bien précises. Plusieurs organisations, dont le Centre de toxicomanie et de santé mentale et l'Association canadienne de santé publique, ont appuyé ces lignes directrices mises à jour en 2017 comme moyen pédagogique de diminuer l'utilisation et les pratiques à risque élevé entourant le cannabis. D'autres recommandations sur la réduction des méfaits de cette substance ont été mises au point par le Centre for Addictions Research of B.C. à l'Université de Victoria et par la Vancouver Coastal Health (2016).

Moyens de diminuer les risques de la consommation de cannabis pour la santé

Bien que l'abstinence constitue le seul moyen d'éviter complètement les risques de la consommation de cannabis pour la santé, les usagers de cette substance peuvent s'attendre à les atténuer en adoptant les recommandations suivantes.

1. Retarder la consommation jusqu'au début de l'âge adulte

Comme le risque de dépendance est plus élevé lorsque l'usage débute à un jeune âge, le risque de trouble d'utilisation du cannabis et ses méfaits connexes sur la santé peuvent être atténués ou évités en retardant la consommation initiale au début de l'âge adulte.

2. Réduire au minimum la fréquence d'utilisation

Étant donné que le risque de méfaits augmente avec le taux d'utilisation, la consommation fréquente, quotidienne ou presque quotidienne devrait être évitée.

3. Essayer d'arrêter quand l'usage devient difficile à contrôler

Les consommateurs fréquents de cannabis non médical qui éprouvent de la difficulté à contrôler leur usage devraient tenter d'arrêter, avec de l'aide professionnelle, au besoin.

4. Réduire au minimum les complications respiratoires

Pour diminuer les complications respiratoires, éviter de fumer du cannabis avec du tabac, s'abstenir d'inhaler profondément et de retenir sa respiration, et envisager le recours à un vaporisateur au lieu de fumer.

5. Éviter de consommer des quantités trop importantes ou très concentrées

Se méfier de la consommation excessive ou du cannabis à forte teneur en THC, y compris les produits cannabinoïdes synthétiques. Envisager d'ajuster la dose en ne se servant que de la quantité nécessaire pour obtenir l'effet recherché.

6. S'abstenir de consommer du cannabis non médical avec de l'alcool

Le mélange de cannabis non médical avec l'alcool risque d'accroître l'affaiblissement des capacités de façon exponentielle et aussi de causer de l'anxiété, des nausées, des vomissements ou l'évanouissement.

7. Ne pas conduire dans un état d'euphorie

Et ne pas prendre place dans un véhicule si le conducteur est dans un état d'euphorie. Étant donné que l'effet du cannabis inhalé atteint son maximum après 30 minutes et se résorbe après 1 à 3,5 heures (quoique la déficience cognitive puisse durer jusqu'à 6 heures), il est déconseillé de conduire pendant au moins 6 heures après l'inhalation de la substance (plus longtemps après son ingestion). Il est recommandé d'attendre plus longtemps si des produits à forte teneur ou des doses plus importantes ont été consommés, si la déficience cognitive persiste ou si le cannabis a été utilisé avec d'autres substances (y compris l'alcool).

8. Partager avec prudence

Les consommateurs doivent prendre soin de réduire au minimum le contact des lèvres avec les joints ou le matériel employé pour fumer ou vaporiser. Les objets partagés qui entrent en contact avec les lèvres augmentent le risque de transmission d'infections, y compris la méningite, l'influenza et celles causées par d'autres pathogènes.

9. Les groupes vulnérables devraient s'abstenir de consommer

Les groupes à risque élevé, notamment les femmes enceintes et les gens ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose, s'exposent davantage à des problèmes liés au cannabis. Ces groupes devraient éviter complètement de consommer.

10. Ingérer du cannabis avec prudence

Afin d'éviter les surdoses accidentelles provoquées par des produits comestibles au cannabis, il faut commencer « avec de faibles doses et aller lentement ». Les États où le cannabis est légal recommandent de commencer avec au plus 10 mg de THC et d'attendre au moins deux heures avant d'en ingérer plus (University of Washington Alcohol and Drug Abuse Institute, 2017). Pour éviter les surdoses accidentelles chez les enfants ou les animaux de compagnie, ranger les produits comestibles et d'autres produits du cannabis en lieu sûr et hors de la portée (Wang et coll., 2014).

Ces dix recommandations constituent un point de départ pour la réduction des méfaits de la consommation de cannabis non médical au moment où le Canada se dirige vers la légalisation. Il y aurait intérêt à réexaminer ces lignes directrices au fur et à mesure que de nouvelles données probantes sur les méfaits de la consommation de cannabis non médical seront disponibles et que l'impact de la légalisation deviendra plus apparent.

RÉFÉRENCES

- Abrams, D. I., Vizoso, H. P., Shade, S. B., Jay, C., Kelly, M. E. et Benowitz, N. L. (2007). « Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: A pilot study ». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 82, 572-578. doi:10.1038/sj.cpt.6100200
- Apfel, F. (2014). *Cannabis: From prohibition to regulation* (Dossier de politique 5 d'AR). Tiré du site Web d'ALICE RAP : http://www.alicerap.eu/resources/documents/cat_view/1-alice-rap-project-documents/19-policy-paper-series.html
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2017). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie. (2012). *La réduction des méfaits* [énoncé de position commun]. Tiré de : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/jps_harm_reduction_2012_f.pdf
- Beimess, D. J., Kalant, H., McInnes, O. A., Plecas, D. et Porath-Waller, A. J. (2016). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Points saillants — version actualisée*. Tiré du site Web du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Clearing-the-Smoke-on-Cannabis-Highlights-2016-fr.pdf>
- Beirness, D. J. et Porath-Waller, A. J. (2015). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Cannabis au volant — version actualisée*. Tiré du site Web du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Use-and-Driving-Report-2015-fr.pdf>
- Canada. Ministère de la Justice. (2017). *Lois actuelles sur le cannabis*. Tiré de <http://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/marijuana/loi-law.html>
- Capler, R., Bilsker, D., Van Pelt, K. et MacPherson, D. (2017). *Cannabis use and driving: Evidence review*. Tiré du site Web de la Coalition canadienne des politiques sur les drogues : http://drugpolicy.ca/wp-content/uploads/2017/02/CDPC_Cannabis-and-Driving_Evidence-Review_FINALV2_March27-2017.pdf
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2014a). *Usage de la marijuana à des fins non thérapeutiques* [document d'orientation]. Tiré de <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Non-Therapeutic-Marijuana-Policy-Brief-2014-fr.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2014b). *L'usage de la marijuana à des fins non thérapeutiques : Considérations générales*. Tiré de : <http://www.cclt.ca/Resource%20Library/CCSA-Non-Therapeutic-Marijuana-Policy-Considerations-2014-fr.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2016a). *Cannabis : approches réglementaires*. Tiré de <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Regulatory-Approaches-Summary-2016-fr.pdf>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2016b). *Lois per se en matière de drogues* [document d'orientation]. Tiré de <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Drug-per-Se-Laws-Policy-Brief-2017-en.pdf>
- Crépault, J.-F. (2014). *Cadre stratégique pour le contrôle du cannabis*. Tiré du site Web du Centre de toxicomanie et de santé mentale : https://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/influencing_public_policy/Documents/CannabisPolicyFramework-FR.pdf
- Fischer, B., Jeffries, V., Hall, W., Room, R., Goldner, E. et Rehm, J. (2011). « Lower risk cannabis use guidelines for Canada (LRCUG): A narrative review of evidence and recommendations ». *Revue canadienne de santé publique*, 102, 324-327.
- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W. . . . Room, R. (2017). « Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations ». *American Journal of Public Health*. Publication préalable en ligne. doi:10.2105/AJPH.2017.303818

- Genen, L. (2017). *Clinical presentation of cannabis-related disorders*. Tiré de <http://emedicine.medscape.com/article/286661-clinical>
- George, T. et Vaccarino, F. (éd.). (2015). *Toxicomanie au Canada : Les effets de la consommation de cannabis pendant l'adolescence*. Tiré du site Web du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Effects-of-Cannabis-Use-during-Adolescence-Report-2015-fr.pdf>
- Governing. (23 mars 2017). *State marijuana laws in 2017 map*. Tiré de <http://www.governing.com/gov-data/state-marijuana-laws-map-medical-recreational.html>
- Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis. (2016). *Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada — Rapport final* (n° de catalogue H14-220/2016F). Tiré du site Web du gouvernement du Canada : <http://canadiensensante.gc.ca/task-force-marijuana-groupe-etude/framework-cadre/alt/framework-cadre-fra.pdf>
- Hall, W. (2015). « What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? » *Addiction*, 110, 19-35. doi:10.1111/add.12703
- Hall, W. et Fischer, B. (2010). *Harm reduction policies for cannabis*. Dans T. Rhodes et D. Hedrich (éd.), *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges* (p. 235-252). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Luxembourg. doi:10.2810/29497
- Hartman, R. L. et Huestis, M. A. (2013). « Cannabis effects on driving skills ». *Clinical Chemistry* 59, 478-492. doi:10.1373/clinchem.2012.194381
- 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 Internal Medicine*, 68, 555-561. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.5
- 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, 120-130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004
- MacCoun, R. J. et Mello, M. M. (2015). « Half baked — The retail promotion of marijuana edibles ». *New England Journal of Medicine*, 372, 989-991. doi:10.1056/NEJMp1416014
- Marks, J. A. (1991). The north wind and the sun. *Proceedings of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 21, 319-327.
- McInnis, O. A. et Plecas, D. (2016). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Les troubles respiratoires causés par l'inhalation du cannabis — version actualisée*. Tiré du site Web du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Use-Respiratory-Effects-Report-2016-fr.pdf>
- McInnis, O. A. et Porath-Waller, A. (2016). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Consommation chronique, fonctionnement cognitif et santé mentale — version actualisée*. Tiré du site Web du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Chronic-Cannabis-Use-Effects-Report-2016-fr.pdf>
- McKiernan, A. et Fleming, K. (2017). *Les perceptions des jeunes Canadiens sur le cannabis*. Tiré du site Web du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Youth-Perceptions-on-Cannabis-Report-2017-fr.pdf>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Tiré de <https://www.nap.edu/catalog/24625/the-health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids-the-current-state>

Porath-Waller, A. (2015). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Effets du cannabis pendant la grossesse — version actualisée*. Tiré du site Web du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Maternal-Use-Pregnancy-Report-2015-fr.pdf>

Rolles, S. et Murkin, G. (n.d.). *How to regulate cannabis: A practical guide* (2^e éd.). Tiré du site Web de Transform : <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/how-regulate-cannabis-practical-guide>

Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S. et Reuter, P. (2010). *Cannabis policy: Moving beyond stalemate*. Oxford: Oxford University Press.

Statistique Canada. (2017). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015*. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>

Tetrault, J. M., Crothers, K., Moore, B. A., Mehta, R., Concato, J. et Fiellin, D. A. (2007). « Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: A systematic review ». *Archives of Internal Medicine*, 167, 221-228. doi:10.1001/archinte.167.3.221

UNICEF. Service de recherche. (2013). *Le bien-être des enfants dans les pays riches : Vue d'ensemble comparative* (Bilan Innocenti 11). Tiré de https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_fre.pdf

University of Washington Alcohol and Drug Abuse Institute. (2017). *Learn about marijuana: Science-based information for the public*. Tiré de <http://learnaboutmarijuanawa.org/factsheets/edibles.htm>

Vancouver Coastal Health. (2016). *Take care with cannabis*. Tiré de <http://www.vch.ca/about-us/news/take-care-with-cannabis>

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, 2219-2227. doi:10.1056/NEJMra1402309

Wang, G. S., Le Lait, M. C., Deakyne, S. J., Bronstein, A. C., Bajaj, L. et Roosevelt, G. (2016). *Unintentional pediatric exposures to marijuana in Colorado, 2009-2015*. *JAMA Pediatrics*, 170. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0971

Wang, G. S., Roosevelt, G., Le Lait, M. C., Martinez, E. M., Bucher-Bartelson, B., Bronstein, A. C. et Heard, K. (2014). « Association of unintentional pediatric exposures with decriminalization of marijuana in the United States ». *Annals of Emergency Medicine*, 63, 684-689. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.01.017