

MÉMOIRE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES SUR LA LÉGALISATION DU CANNABIS

12 septembre 2017

Mémoire de l'Institut universitaire sur les dépendances sur la légalisation du cannabis
est une production de la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

950, rue de Louvain
Montréal (Québec) H2M 2E8
514 385-1232
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Auteurs et collaborateurs

Serge BROCHU, Ph.D.

Directeur scientifique, Institut universitaire sur les dépendances

Jean-Sébastien FALLU, Ph.D.

Professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal

Didier JUTRAS-ASWAD, M.D., M.Sc.

Médecin psychiatre et directeur, Unité de psychiatrie des toxicomanies, CHUM; Professeur agrégé,
Département de psychiatrie, Université de Montréal

Catherine PATENAUDE, M.Sc.

Agente de planification, de programmation et de recherche, Institut universitaire sur les dépendances

Laurence D'ARCY, candidate au doctorat en psychologie

Chargée de projet et spécialiste en dépendance, Institut universitaire sur les dépendances

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site Web : www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

© Gouvernement du Québec, 2017

ISBN 978-2-550-79474-5

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| 1 DISTRIBUTION DU CANNABIS | 1 |
| 2 ÂGE LÉGAL POUR L'ACHAT DU CANNABIS..... | 2 |
| 3 CONCENTRATION EN THC/CBD..... | 3 |
| 4 PRIX ET TAXES DE VENTE | 4 |
| 5 POINTS DE VENTE ET ACCÈS AU CANNABIS..... | 5 |
| 6 PROMOTION DES PRODUITS DU CANNABIS..... | 6 |
| 7 LIEUX D'USAGE..... | 7 |
| 8 CONDUITE AVEC LES CAPACITÉS AFFAIBLIES PAR LE CANNABIS | 8 |
| 9 FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION, DU TRAITEMENT ET DE LA RECHERCHE..... | 9 |
| RÉFÉRENCES..... | 11 |

INTRODUCTION

Considérant que la prohibition actuelle du cannabis a des impacts néfastes majeurs pour la société et les consommateurs de cannabis sans pour autant réduire leur usage, et considérant qu'aucun système d'encadrement n'offrira de solution parfaite aux enjeux entourant l'usage et le commerce du cannabis, les auteurs de ce mémoire proposent certaines recommandations dans le cadre de la légalisation du cannabis qui, inspirées de compromis, visent à limiter et réduire les conséquences négatives de la consommation. Nos recommandations ont pour objectif de répondre à neuf enjeux importants du débat actuel entourant la légalisation du cannabis, et s'appuient sur les connaissances scientifiques les plus à jour en ce domaine. Afin de bien encadrer le marché légal du cannabis tout en limitant les effets potentiellement nuisibles à la santé de la population, nos recommandations se basent sur une perspective de santé publique. Il nous apparaît en effet essentiel de miser sur des mesures qui visent à restreindre l'accès au cannabis, tout en maintenant une offre et un espace de consommation suffisants pour déjouer le marché illégal, ainsi que sur des interventions qui ont pour objectifs de prévenir l'usage problématique et de réduire les méfaits.

1 DISTRIBUTION DU CANNABIS

Nous recommandons de privilégier un modèle de distribution du cannabis qui serait régi par un monopole d'État. Nous croyons qu'il est important de limiter au maximum l'implication des organisations à but lucratif. Nous considérons que cette recommandation est la plus importante des politiques d'encadrement de la légalisation du cannabis et qu'elle est déterminante dans la capacité à appliquer d'autres mesures de régulation qui sont proposées dans ce mémoire.

Les monopoles d'État ont démontré leur efficacité pour prévenir les problèmes associés à la consommation d'alcool et de tabac (April et al., 2010; Pacula et al., 2014; Rehm et Fischer, 2015; Room, 2008). En effet, les modèles de distribution contrôlés par l'État offrent plusieurs avantages. D'abord, ils permettent de mieux encadrer le marché pour prévenir des hausses importantes de consommation et les méfaits, en contrôlant et réglementant les produits (composition, qualité, emballage, étiquetage), l'accès (emplacement et nombre des points de vente, heures d'ouverture, âge légal) et les prix (Haden et Emerson, 2014; Kopp et al., 2014; Pacula et al., 2014; Rehm et Fischer, 2015; Room, 2008). Par ailleurs, la littérature scientifique sur l'alcool a démontré que les meilleures stratégies de réduction des conséquences négatives visent à limiter l'accessibilité aux produits, et que les monopoles d'État semblent être des moyens efficaces d'encadrer ces dispositifs (April et al., 2010; Babor et al., 2010; Zobel et Marthaler, 2016). Un contrôle étatique de la vente du cannabis offre également l'opportunité de former adéquatement le personnel des lieux de vente; de faciliter les messages de sensibilisation, de prévention et de réduction des méfaits; ainsi que de mieux contrôler la promotion et la publicisation des produits du cannabis (Caulkins et al., 2016; Haden et Emerson, 2014; Pacula et al., 2014; Room, 2008). Enfin, ces modèles de distribution permettent de limiter les influences politiques et des industries privées ayant des intérêts commerciaux et fiscaux qui vont à l'encontre d'une perspective de santé publique (Haden et Emerson, 2014; Room, 2008).

Afin d'être efficaces, les monopoles d'État doivent impérativement prioriser et maintenir un mandat de promotion et de protection de la santé publique (April et al., 2010; Haden et Emerson, 2014; OMS, 2007; Rehm et Fischer, 2015). Un des principaux dangers qui guettent les monopoles d'État est justement de se distancer de leur mandat de responsabilité sociale au profit d'intérêts économiques et financiers, comme cela a été le cas pour les régies des alcools au Canada et au Québec au cours des dernières années (April et al., 2010; Rehm et Fischer, 2015; Zobel et Marthaler, 2016). Plusieurs experts recommandent également d'éviter les modèles commerciaux de production et de distribution du cannabis, comme ceux du Colorado et de Washington aux États-Unis, qui ne permettent pas de réguler adéquatement le marché, notamment en regard des prix, et qui encouragent une hausse de la consommation (Kopp et al., 2014; Pedersen, 2014; Room, 2013; Zobel et Marthaler, 2016). Un modèle mené par les entreprises privées aura comme but premier de générer des profits à l'aide de stratégies visant à initier de nouveaux usagers ainsi qu'à maintenir ou augmenter la consommation, en particulier parmi les plus gros consommateurs et ceux qui présentent ou qui sont à risque de présenter une

consommation problématique (Caulkins et al., 2016; Kilmer, 2014; Subritzky et al., 2016). Certains exemples de privatisation du marché de l'alcool au Québec, aux États-Unis ou ailleurs ont conduit à une augmentation des points de vente, à des heures d'ouverture plus longues, à plus de promotions des produits, ainsi qu'à une hausse des ventes de certains produits alcoolisés (Livingston et al., 2007; Pacula et al., 2014).

Les modèles de distribution impliquant des organisations à but non lucratif ont été suggérés comme une option valable, mais peu d'expériences d'implantation de ce type de modèles permettent toutefois d'évaluer leur efficacité. Des coopératives à but non lucratif (p. ex. : clubs sociaux de cannabis) ont montré certains avantages (réduction de la consommation à risque, réinvestissement des revenus dans les activités de ces associations), mais limitent les possibilités de contrôle par le gouvernement en regard notamment de la qualité et la sécurité des produits, en plus d'ouvrir plus facilement la voie aux organisations criminalisées et aux intérêts commerciaux (Decorte, 2015; Queirolo et al., 2016; Spithoff et al., 2015). Au Québec, l'implication d'organismes à but non lucratif reconnus et qui ont une mission de réduction des méfaits permettrait peut-être plus facilement la priorisation d'un mandat de santé publique et de responsabilité sociale. Cela ne serait possible que par un encadrement rigoureux par une agence gouvernementale et certaines mesures de régulation telles qu'un conseil d'administration dont les membres proviendraient d'institutions ou de groupes ayant une mission de promotion et de protection de la santé (Caulkins et al., 2016). Pour les raisons mentionnées plus haut, l'option d'un monopole d'État nous apparaît toutefois clairement comme le modèle de distribution à prioriser. Ce monopole d'État devrait aussi comprendre une option d'achat en ligne pour contrer la vente en ligne des autres provinces ou de l'industrie.

2 ÂGE LÉGAL POUR L'ACHAT DU CANNABIS

L'âge légal pour l'achat du cannabis ne fait pas consensus. Certains recommandent l'âge de 21 ou 25 ans, alors qu'à l'autre extrême certains prônent une légalisation dès l'âge de 16 ans. Considérant plusieurs enjeux, nous recommandons d'établir l'âge légal de l'achat du cannabis à 18 ans.

Au Canada, un peu plus d'une personne sur 10 a consommé du cannabis en 2012. Ce sont les plus jeunes qui affichent les plus hauts taux de prévalence, s'élevant pour la même année à 20% chez les 15-17 ans et 33% chez les 18-24 ans (Rotermann et Langlois, 2012). Interdire l'achat du cannabis avant l'âge de 21 ou 25 ans signifierait d'exclure du marché légal le plus grand groupe de consommateurs. Or, les politiques prohibitionnistes des dernières années n'ont pas eu pour effet de réduire la consommation de cannabis parmi la population canadienne, et pas davantage chez les jeunes (Erickson et Hyshka, 2010; Nolin et Kenny, 2002; Task Force on Marijuana Legalization and Regulation, 2016; Thomas et al., 2006). Prohiber l'usage du cannabis aux jeunes adultes en leur interdisant l'achat ne risque pas d'avoir plus d'impact sur leur consommation que les lois criminalisant cette pratique. De plus, en limitant l'achat aux adultes de plus de 21 ou 25 ans, les plus jeunes continueront de se tourner vers le marché illégal et d'être exposés à différents méfaits associés à la prohibition tels que l'accès à des produits non contrôlés, la fréquentation des marchés criminels, la criminalisation et la judiciarisation, la stigmatisation et la marginalisation, la diminution de l'accès au traitement, l'accès à d'autres produits, etc. (CAMH, 2014; Global Commission on Drug Policy, 2011; Room, et al. 2010; Spithoff et al., 2015; Swift et al., 2000).

Retarder l'âge d'initiation au cannabis est certes bénéfique pour prévenir les méfaits qui y sont associés. Les connaissances actuelles ne permettent toutefois pas d'établir avec certitude un âge sécuritaire de consommation sur le plan neuro-développemental. Bien que certains experts recommandent de retarder l'âge légal de la consommation du cannabis à 21 ou 25 ans afin d'éviter de nuire au développement du cerveau encore considéré « immature », les études empiriques sur le neuro-développement cérébral n'arrivent pas à un consensus quant à l'âge de maturité du cerveau (Johnson et al., 2009; Somerville, 2016). Généralement, les études soulignent des conséquences plus importantes du cannabis chez les jeunes qui ont initié tôt leur usage, soit avant 18 ans, voire 16 ans (Castellanos-Ryan et al., 2016; Fischer et al., 2011; Gruber et al., 2012; Hayatbakhsh et al., 2007; Horwood et al., 2010; Jacobus et Tapert, 2014; Lynskey et al., 2003; Radhakrishnan et al., 2014; Silins et al. 2014; Steinberg

et al., 2009). Une récente étude longitudinale québécoise suggère que les jeunes ayant débuté une consommation de cannabis après l'âge de 17 ans performant aussi bien que les non-consommateurs aux tests neuropsychologiques (Castellanos-Ryan et al., 2016).

Dans ce débat toutefois, d'autres perspectives doivent être considérées outre la nocivité de la substance. Selon nous, l'âge de la majorité en est un où la personne est en mesure d'exercer suffisamment son jugement et ses capacités de discernement dans ses choix de vie. Au Canada et au Québec, cet âge est fixé à 18 ans. Par ailleurs, c'est aussi à cet âge qu'il est permis de se procurer de l'alcool et du tabac, des substances qui sont aussi sinon plus nocives pour le cerveau et la santé en générale des jeunes (Lachenmeier et Rehm, 2015; Nutt et al., 2010).

Considérant que la majorité des consommateurs de cannabis ont moins de 25 ans, que le marché légal est beaucoup plus sécuritaire, que le cannabis peut nuire au cerveau en développement des moins de 18 ans et que ce risque semble être plus faible après 18 ans; et en cohérence avec l'âge de la majorité civile au Québec et l'âge légal pour l'achat de l'alcool et du tabac, nous recommandons que l'âge légal pour l'achat de cannabis soit de 18 ans. Nous croyons que cet âge offre un compromis optimal permettant à la fois de limiter l'exposition précoce au cannabis à un âge où les jeunes sont plus vulnérables tout en évitant d'encourager le marché illégal qui cible spécifiquement cette clientèle plus jeune. Toutefois, afin d'éviter la banalisation de l'usage chez les jeunes et de réduire les méfaits possibles du cannabis, il sera important d'implanter de façon proactive des interventions de sensibilisation et de prévention, notamment pour clarifier le but et le sens de la démarche de légalisation en particulier auprès des jeunes.

3 CONCENTRATION EN THC/CBD

Nous recommandons une offre de produits avec des concentrations de THC variées, tout en promouvant l'usage de cannabis moins puissant. Notons que la recommandation 4 propose une taxation progressive en fonction des taux de THC.

Certaines études soutiennent que la consommation de cannabis dont la teneur en THC est élevée est associée à davantage de problèmes, dont une augmentation des risques de dépendance, de psychose et de troubles cognitifs (Englund et al., 2017; Freeman et Winstock, 2015; Smart et al., 2017; UNODC, 2012; van der Pol et al., 2014). Or, le niveau de risque que présentent les produits ayant une concentration élevée en THC ne fait pas consensus (Caulkins et al., 2016; McLaren et al., 2008). D'autres variables, en particulier la dose consommée, mais également l'âge d'initiation, la fréquence, la durée et la méthode de consommation, influencent grandement le degré de nocivité du cannabis (Caulkins et al., 2016; King et al., 2005; Van Laar et al., 2016). Par exemple, des études montrent que certains usagers de cannabis ajustent leur consommation (durée/profondeur de l'inhalation, quantité, etc.) selon la puissance du produit afin d'atteindre le niveau souhaité d'intoxication (Korf et al., 2007; McLaren et al., 2008; Reinerman, 2009; van der Pol et al., 2014). Ainsi, peu d'évidences empiriques offrent une compréhension claire des relations entre la puissance, la dose et les problèmes associés (King et al., 2005; Korf et al., 2007; Van der Pol et al., 2014), et permettent de déterminer un taux sécuritaire de THC (Smart et al., 2017; Swift et al., 2000). De plus, d'autres composantes du cannabis interagissent avec le THC et en modèrent les effets de différentes manières, alors que la science offre peu d'informations précises sur leur action (Caulkins et al., 2016). Le cannabidiol (CBD) a récemment fait l'objet de nouvelles études notamment parce qu'il diminuerait certains effets du THC tels que l'anxiété (Caulkins et al., 2016; Englund et al., 2017). Le ratio THC/CBD est en ce sens important pour déterminer la puissance du cannabis consommé, mais la dose requise de CBD pour possiblement limiter les effets négatifs du THC demeure inconnue (Englund et al., 2017). D'après les connaissances scientifiques actuelles, il semble donc arbitraire de déterminer des seuils de concentration des différents cannabinoïdes présents dans les produits qui seront disponibles sur le marché légal (ou d'imposer un ratio minimal de THC/CBD).

Bien qu'il soit tentant de réguler le marché pour ne rendre accessible que des produits composés de faibles concentrations en THC, un plafond de THC trop bas pourrait pousser les consommateurs de cannabis intéressés

par les produits plus puissants vers le marché illégal qui offre depuis quelques années ces types de produits (ElSohly et al., 2016; Gouvernement du Canada, 2017a; National Drug Intelligence Center, 2007).

Par ailleurs, certains experts croient que l'offre de cannabis moins puissant et de meilleure qualité que sur le marché illégal satisferait plusieurs consommateurs qui se tourneraient vers ces produits suite à la légalisation, comme cela a été le cas dans d'autres contextes où une plus grande ouverture d'offre a conduit à une consommation de produits de puissance plus modérée (p. ex. : suite à l'ouverture des « coffee shops » dans les Pays-Bas ou après la prohibition de l'alcool aux États-Unis) (Reinarman, 2009). La légalisation du cannabis est effectivement l'occasion de diversifier l'offre en rendant disponibles des produits ayant une teneur variée en THC pour minimiser l'attrait du marché illégal, tout en promouvant les produits moins puissants et des méthodes de consommation plus sécuritaires pour la santé (p. ex. : par vaporisation). Il s'agit aussi d'une occasion de s'assurer que les utilisateurs soient mieux informés sur les produits qu'ils désirent consommer. Il nous semble essentiel que ces produits soient étiquetés adéquatement pour mieux informer les usagers quant à la puissance des produits (incluant la concentration en CBD), aux risques associés et aux moyens de réduire les méfaits. Nous recommandons donc de ne pas fixer de limite de concentration en THC tout en demeurant flexible afin de pouvoir éventuellement, si besoin, interdire les produits à très forte teneur en THC.

4 PRIX ET TAXES DE VENTE

Nous recommandons de vendre les produits du cannabis à des prix suffisamment élevés pour éviter une hausse de la consommation et de ses méfaits, mais suffisamment bas pour concurrencer le marché illégal; et de taxer le cannabis en fonction de sa teneur en THC afin d'encourager l'achat de produits moins puissants.

Avec la légalisation du cannabis, une baisse substantielle des coûts de production, et par conséquent du prix de vente, est à prévoir (Caulkins et al., 2011; Pacula et al., 2014; PBO, 2016). Un prix trop bas pourrait entraîner une hausse de la consommation ainsi qu'une augmentation des méfaits sociaux et de santé associés, particulièrement chez les personnes à risque. En effet, l'initiation à la consommation de cannabis, en particulier chez les jeunes, est très influencée par les fluctuations de prix, tout comme la prévalence, la durée de la consommation et la quantité consommée (Pacula et Lundberg, 2014). Une baisse de prix de 10% aurait pour effet d'augmenter de 2,5% à 5% les taux de prévalence (Pacula et Lundberg, 2014). Cette relation inverse entre le prix et la consommation et ses méfaits a notamment été observée par le passé pour l'alcool et le tabac (Caulkins et al., 2013; Meier et al., 2008). Une hausse des taxes de vente aurait eu des effets bénéfiques en réduisant l'initiation précoce, l'usage et la quantité consommée dans le cas du tabac, ainsi qu'une réduction des beuveries, de la conduite avec les capacités affaiblies, de la violence ou des décès causés par des maladies chroniques dans le cas de l'alcool (Pacula et al., 2014). Dans une perspective de santé publique, il apparaît ainsi important de vendre le cannabis à un prix suffisamment élevé pour éviter une hausse de la consommation et des méfaits associés.

Il est toutefois difficile de prévoir les effets de la légalisation et d'un changement de prix sur la consommation des usagers de cannabis, notamment parce que les études qui ont évalué les effets du prix sur l'usage ont été réalisées en contexte de prohibition, et parce que ces effets varieront grandement selon le modèle de légalisation choisi (production et distribution, promotion et publicité, dispositifs de régulation, etc.) (Caulkins et al., 2011, 2016; Pacula et Lundberg, 2014). Aussi, dans le cadre d'un marché légalisé, d'autres variables que le prix auront des impacts sur la consommation telles qu'une réduction de la désapprobation sociale, ainsi qu'une meilleure qualité des produits offerts (Caulkins et al., 2016; Goudie et al., 2007; Pacula et Lundberg, 2014; Phillips, 2015). Un autre enjeu majeur de la légalisation qui est de contrecarrer les activités criminelles lucratives associées à la vente du cannabis, vient ajouter à cette complexité puisqu'il nécessite le maintien de prix suffisamment bas pour demeurer concurrentiel. En effet, une hausse trop élevée des prix aura pour conséquence de favoriser le marché illégal et l'évasion fiscale, comme cela a été observé dans le cas du tabac par exemple (Caulkins et al., 2013; Pacula et al., 2014; Phillips, 2015).

Plusieurs experts estiment que le contrôle du prix du cannabis, notamment à l'aide de la taxation, est déterminant dans l'atteinte de ces objectifs (Caulkins et al., 2016; Haden et Emerson, 2014; Van Ours, 2012; Zobel et Marthaler, 2016). Il existe plusieurs modèles de taxation possibles ayant à la fois des avantages et des faiblesses. D'après Caulkins et al. (2013), le choix d'un modèle dépend de la priorité accordée aux différents buts, parfois conflictuels, de la légalisation (tels que déjouer le marché illégal, limiter l'augmentation de la consommation, maximiser les revenus, etc.). Une taxe modélisée selon la puissance du cannabis pourrait s'avérer efficace pour promouvoir la consommation de produits moins concentrés en THC et potentiellement moins risqués pour la santé. En contrepartie, ce système de taxation est plus complexe à administrer puisqu'il requiert des technologies fiables de mesures du niveau de THC ainsi qu'un contrôle efficace de la qualité et de l'étiquetage (Caulkins et al., 2013; Phillips, 2015). Même si ces évaluations nécessiteront un investissement d'argent, d'après une estimation de Caulkins et ses collègues (2011), les coûts de l'évaluation et du contrôle de la puissance et de la qualité des produits du cannabis ne seront pas très élevés et n'affecteront pas de manière importante le prix de vente.

5 POINTS DE VENTE ET ACCÈS AU CANNABIS

Nous recommandons de favoriser un accès raisonnable au cannabis afin de freiner le marché illégal, tout en réglementant rigoureusement le nombre et l'emplacement des points de vente.

Limiter l'accessibilité au produit est considéré comme l'une des meilleures stratégies de réduction de la consommation et de ses conséquences négatives; l'accessibilité pouvant se définir en des termes économique, physique ou psychologique (Babor et al., 2010; Linvingston et al., 2007). À cet égard, nous avons discuté précédemment de la restriction sur l'âge légal de la consommation ainsi que de l'influence du prix et de la taxation sur le pouvoir d'achat. L'accès physique à la substance a également généralement un impact sur les comportements de consommation et les méfaits associés (Babor et al., 2010; Campbell et al., 2009; Henriksen et al., 2008; Livingston et al., 2007; Novak et al., 2006; Popova et al., 2009; Stockwell, 2006). Pour cette raison, plusieurs auteurs recommandent une régulation de la densité des points de vente (Babor et al., 2010; Haden et Emerson, 2014; Novak et al., 2006; OMS, 2010; Pacula et al., 2014; Room, 2013; Task Force on Community Preventive Services, 2009).

Selon Linvingston et al. (2007), l'impact de la restriction de l'accès aux lieux de vente pour limiter la consommation et les problèmes associés s'expliquerait par : 1) une plus grande difficulté pour se procurer la substance qui peut décourager le consommateur à acheter, 2) une diminution de la compétition entre les différents détaillants et donc des moyens utilisés pour attirer la clientèle, lorsque la distribution est confiée au secteur privé et 3) une réduction des problèmes pouvant survenir autour des lieux de vente (en particulier la violence dans le cas de l'alcool). Notons également que plusieurs caractéristiques des points de vente peuvent être prises en compte et faire l'objet de réglementations telles que la superficie (par exemple, pour le cannabis, Zobel et Marthaler [2016] recommandent des points de vente de petite taille), le type et le nombre, le niveau d'agrégation des points de vente dans une zone donnée, l'emplacement, les caractéristiques du quartier et de la communauté avoisinante, etc. (Campbell et al., 2009). Ces derniers points sont importants puisque certaines études ont démontré un plus grand nombre de points de vente d'alcool et de tabac à proximité des écoles, ou dans des quartiers à forte densité multiethnique ou économiquement plus défavorisés, lorsque des balises ne sont pas imposées (Berke et al., 2010; Henriksen et al., 2008; Novak et al., 2006; Schneider et al., 2005). Les populations plus vulnérables à la consommation de ces substances étant particulièrement ciblées par les intérêts commerciaux de ces marchés. Et il y a des raisons de croire que cette densité en milieu à risque génère davantage de conséquences négatives. En ce sens, il nous apparaît important de contrôler le marché du cannabis en réglementant l'implantation des points de vente, ce qui serait d'autant plus facilité par l'adoption d'un modèle de distribution étatique.

Toutefois, l'enjeu d'équilibre entre l'accès à la substance et son contrôle demeure, comme c'est le cas pour l'âge, la puissance ou le prix. Comme le souligne l'Organisation mondiale de la Santé (2010), une limitation trop stricte

de l'accessibilité à l'alcool a pour effet de faciliter les activités du marché illégal, et il est logique de croire qu'il en serait de même pour le cannabis. De plus, tel que le souligne Stockwell (2006), la littérature fournit peu d'informations quant à l'application concrète des mesures de restriction de l'accès à savoir quelles distribution et densité sont jugées efficaces pour réduire les impacts sur la consommation. Ainsi, afin de restreindre de façon raisonnable l'accessibilité physique au cannabis, nous proposons l'implantation d'un nombre limité de points de vente de petite superficie, géographiquement dispersés de façon à éviter les regroupements dans une même zone. Le choix de leur emplacement ne devra pas reposer sur des intérêts commerciaux, notamment afin d'éviter la discrimination des populations plus vulnérables.

6 PROMOTION DES PRODUITS DU CANNABIS

Nous recommandons l'interdiction complète de toutes formes de promotion du cannabis, ce qui inclut la publicité et le placement de produits dans les différents médias, le parrainage et les stratégies de marketing à l'intérieur ou l'extérieur des points de vente. Nous recommandons également que les produits du cannabis soient vendus dans des emballages génériques (ou neutres) qui présentent de manière non attractive des renseignements pertinents sur les produits, tels que leur composition, leur teneur en THC/CBD et leurs effets possibles sur la santé.

Des recensions des écrits récentes démontrent que la promotion des produits du tabac et de l'alcool a un impact sur l'augmentation de la consommation de ces substances parmi la population générale, et de façon plus marquée chez les adolescents (Anderson et al., 2009; Lovato et al., 2011; Meier et al., 2008; National Cancer Institute, 2008; Smith et Foxcroft, 2009). Plus les jeunes sont exposés à la publicité et à d'autres activités de promotion, plus ils sont à risque de s'initier à la consommation de ces substances, ou, s'ils en font déjà usage, à en consommer davantage (Anderson et al., 2009; Lovato et al., 2011; Smith et Foxcroft, 2009). Les stratégies de promotion ont un impact sur les perceptions et les croyances, ce qui a pour effet d'augmenter l'acceptabilité sociale et la banalisation de la consommation de ces substances, de favoriser des attitudes plus positives envers ces produits notamment chez les jeunes, de diminuer la perception des risques associés et d'encourager les intentions et les comportements de consommation (Babor et al., 2010; Heung et al., 2012; National Cancer Institute, 2008; Public Health Ontario et al., 2016). L'effet de la promotion des produits du tabac et de l'alcool est d'autant plus inquiétant que les jeunes mineurs sont particulièrement ciblés par les stratégies de promotion des industries. Ils sont ainsi très exposés à diverses formes directes et indirectes de promotion telles que la publicité par le biais des médias traditionnels et à l'aide des nouvelles technologies, des commandites d'évènements sportifs et culturels, des stratégies de marketing dans les points de vente (réduction des prix, emballage attrayant, etc.), la représentation des produits dans les films, séries ou autres, etc. (Abelin et al., 2011; Babor et al., 2010; Heung et al., 2012; Intartaglia, 2014; Meier et al., 2008; National Cancer Institute, 2008; OMS, 2013).

Les études qui ont évalué les impacts des restrictions ou de l'interdiction (totale ou partielle) de la promotion montrent un effet variable de ces mesures sur la réduction de la consommation de la population (Abelin et al., 2011; Heipel-Fortin et Rempel, 2007; Meier et al., 2008; OMS, 2013; Public Health Ontario et al., 2016; Saffer, 2000). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2011), la prohibition de la publicité du tabac et de l'alcool est l'une des interventions à prioriser pour la prévention de l'usage de ces substances compte tenu de son efficacité, son moindre coût et sa faisabilité. Certains auteurs dénoncent toutefois la portée limitée de certaines mesures de restriction ou l'interdiction partielle de la promotion, notamment parce que les industries développent facilement d'autres stratégies promotionnelles pour contourner les réglementations (Abelin et al., 2011; Heipel-Fortin et Rempel, 2007; Seldon et al., 2000; Turcotte, 2007). Pour cette raison, plusieurs auteurs et organisations recommandent une interdiction globale de la promotion des produits du tabac et de l'alcool, et également du cannabis (Abelin et al., 2011; Haden et Emerson, 2014; Heipel-Fortin et Rempel, 2007; OMS, 2013; Rehm et Fischer, 2015; Room, 2013; Van Ours, 2012). L'emballage neutre ou la vente de produits génériques du cannabis est aussi recommandé (Caulkins et al., 2011; Haden et Emerson, 2014). À cet égard, l'exemple du tabac a démontré plusieurs avantages de l'emballage neutre : réduire l'attrait envers le produit, augmenter l'efficacité des mises en garde inscrites sur l'emballage, contrer les techniques de design qui visent à influencer la perception de la nocivité et de la force du produit, et enfin, inciter les usagers à cesser de fumer (Montreuil et al., 2015).

Il nous semble pertinent de rappeler que l'application des règles sur la promotion du cannabis et des produits dérivés sera certainement facilitée par une distribution confiée à un monopole d'État. La mise en place d'une structure de contrôle et de suivi qui devra faire preuve d'une grande vigilance sera importante afin de contrer le développement de stratégies de promotion contournées ou indirectes par l'industrie.

7 LIEUX D'USAGE

Nous recommandons de restreindre la consommation du cannabis dans les mêmes lieux que ceux ciblés par la Loi concernant la lutte contre le tabagisme afin de réduire l'exposition à la fumée secondaire tout en garantissant des espaces publics extérieurs où l'usage du cannabis sera permis.

D'après Pacula et al. (2014), restreindre l'usage du cannabis dans les espaces publics vise deux objectifs :

- D'abord, réduire l'exposition à la fumée secondaire. Même si peu d'études scientifiques se sont intéressées aux effets de la fumée secondaire du cannabis, il importe de demeurer vigilant face aux dangers ou à la nuisance pouvant être causés par la fumée du cannabis (Haden et Emerson, 2014).
- Également, réduire l'exposition à la substance chez les jeunes afin de contenir le phénomène de banalisation de l'usage du cannabis et de retarder l'initiation de son usage. Dans le cas du tabac par exemple, il est démontré qu'un environnement extérieur sans fumée a un impact positif sur les comportements de consommation de cigarette chez les jeunes (IARC, 2009; Levy et Friend, 2003).

L'enjeu est toutefois de déterminer dans quels lieux publics interdire la consommation de cannabis. Comme le cannabis est à la fois une substance intoxicante (comme l'alcool) et majoritairement fumée (comme le tabac), des auteurs tels que Caulkins et al. (2016) discutent de la pertinence de s'inspirer des lois actuelles visant à contrôler la consommation de l'alcool et du tabac dans les endroits publics. Mais comme l'usage de l'alcool est principalement interdit dans les espaces publics extérieurs, et que l'usage du tabac est principalement interdit dans les lieux publics intérieurs, les auteurs soulèvent cette question importante : « Que peut faire un usager s'il ne peut ni fumer à l'intérieur ni à l'extérieur? »¹. Au Canada, les propriétaires ont le droit d'exiger un environnement sans fumée dans leurs immeubles (Montreuil, 2015) et certains usagers pourraient de plus se voir interdire de fumer du cannabis dans leur résidence privée.

Notons qu'il n'existe aucune preuve empirique démontrant que les lois interdisant la consommation de l'alcool dans les espaces publics extérieurs ont un impact sur la réduction de l'usage de cette substance (April et al., 2010; Haden et Emerson, 2014; Pennay et Room, 2012). Au contraire, ces lois affecteraient de manière discriminatoire les jeunes et les consommateurs marginalisés et auraient pour effet de déplacer les méfaits sans nécessairement les réduire (Haden et Emerson, 2014; Pennay et Room, 2012). Les politiques pour un environnement sans fumée ont quant à elles démontré leur efficacité pour réduire la consommation de tabac, l'exposition à la fumée secondaire et les méfaits associés (Hahn, 2010; Hopkins et al., 2010, IARC, 2009; Levy et Friend, 2003). De plus, d'après l'INSPQ, les nouvelles mesures implantées au Québec visant à interdire de fumer la cigarette dans les milieux fréquentés par les mineurs (terrains de jeux, terrains et aménagements sportifs publics, écoles) permettraient de protéger les enfants de « l'exposition sociale de l'usage du tabac » (Montreuil et al., 2015, p.26). Nous croyons que l'adoption d'une loi similaire à celle qui s'applique au tabac, c'est-à-dire d'interdire la consommation du cannabis dans les lieux publics intérieurs et certains lieux publics extérieurs ciblés (notamment ceux fréquentés par les jeunes), garantira un environnement sans fumée aux non-consommateurs afin de limiter l'exposition à la fumée secondaire et le phénomène de normalisation, tout en allouant des espaces publics d'usage du cannabis qui sont à faibles risques.

¹ Traduction libre, p. 132.

8 CONDUITE AVEC LES CAPACITÉS AFFAIBLIES PAR LE CANNABIS

Afin de réduire les risques d'accident de la route associés à la conduite avec les capacités affaiblies par le cannabis, nous recommandons, en plus des sanctions déjà prévues au Code criminel, de mettre en place des mesures administratives et des interventions de sensibilisation, de prévention et de traitement.

Selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, en 2012, 2,6% de la population âgée de 15 ans et plus aurait conduit après avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année, ce taux étant le double chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (CCLT, 2017b). Les études des dernières années et des revues récentes de la littérature ont démontré que la conduite avec les capacités affaiblies par le cannabis augmente d'environ deux fois les risques d'être impliqué dans un accident de la route (Asbridge et al., 2012; Caulkins et al., 2016; Li et al., 2012; NASEM, 2017). La légalisation prochaine de la consommation du cannabis à des fins récréatives pourrait avoir comme impact une hausse (ou une baisse) de la conduite avec les capacités affaiblies par le cannabis ou, du moins, exacerber les craintes de la population à cet effet.

Au Canada, la conduite avec les capacités affaiblies par la drogue constitue une infraction au Code criminel. Toutefois, la détection et la mise en accusation des conducteurs qui conduisent sous l'effet du cannabis posent des défis compte tenu de la relation complexe entre la concentration de THC détectée dans les échantillons biologiques et le degré de capacités affaiblies (Asbridge et Ogilvie, 2015; Douville et Dubé, 2015; NASEM, 2017). Alors que certains pays ont adopté des limites *per se* jugées tolérables pour la conduite et que des experts s'entendent sur un taux de THC dans le sang qui aurait des effets équivalents sur les capacités de conduite que celui établi pour l'alcool, ces seuils ne font pas consensus, et certains scientifiques rappellent que la concentration de THC détectée dans les fluides corporels est influencée par différents facteurs tels que le mode de consommation, la dose et la fréquence d'utilisation (Asbridge et Ogilvie, 2015; Douville et Dubé, 2015; Grotenhermen et al., 2007; Wolff et Johnston, 2014; Wong et al., 2014). Par exemple, de par le fait qu'ils sont hautement liposolubles, les cannabinoïdes demeurent détectables dans les fluides corporels plusieurs heures/jours après l'usage, ce qui explique que les usagers réguliers de cannabis montrent des taux de concentration de THC dans le sang et le plasma qui sont plus élevés que les usagers occasionnels (Desrosiers et al., 2014; Wong et al., 2014). De plus, les tests de dépistage des drogues posent certaines limites puisqu'un test de dépistage positif ne signifie pas nécessairement que les capacités de conduite de la personne sont affaiblies (Campton et Berning, 2015; Caulkins et al., 2016; Wolff et Johnston, 2014). Les tests sanguins sont généralement considérés comme les plus efficaces étant davantage corrélés au niveau d'intoxication, mais sont aussi plus intrusifs, coûteux et imposent un délai entre l'interception policière et le prélèvement (CCLT, 2017a; Wolff et Johnston, 2014). Les nouvelles avancées technologiques ont permis de développer des tests routiers de dépistage de drogues par voie orale qui sont de plus en plus fiables et qui ont l'avantage de détecter une consommation récente (Beirness et Smith, 2017; CCLT, 2017a). L'utilisation de ces tests à des fins de dépistage préliminaire est recommandée afin d'augmenter la probabilité de détection et pour produire un plus grand effet dissuasif sur la population (Asbridge et Ogilvie, 2015; CCLT, 2017b; Keeping et Huggins, 2017). Ces derniers ne sont toutefois pas encore utilisés au Canada à l'exception d'un projet pilote implanté récemment (Keeping et Huggins, 2017). Notons que le projet de loi C-46 déposé au printemps propose de moduler les peines selon des seuils de concentration de THC², ainsi que d'autoriser l'utilisation de tests routiers de dépistage de drogues (Gouvernement du Canada, 2017b).

² Ce projet de loi propose des seuils qui ne s'appuient pas sur les connaissances scientifiques actuelles et qui, étant trop bas, risquent de générer des faux positifs. Selon ce projet, un taux de THC entre 2 et 5 ng/ml dans le sang constituerait une infraction criminelle, alors que certains experts proposent des seuils se situant entre 3,5 et 5 ng/ml (Grotenhermen et al., 2007). Tel qu'expliqué ci-haut, ces seuils sont contestés notamment parce que certains usagers chroniques de cannabis peuvent présenter une concentration en THC plus élevée sans que cela n'ait d'impact sur leur conduite automobile (Douville et Dubé, 2015).

Actuellement, au Canada, un test de sobriété normalisé (TSN) permet de cibler les conducteurs ayant les capacités affaiblies, qui sont ensuite soumis à une évaluation effectuée par un expert en reconnaissance de drogues (ÉRD) et une analyse toxicologique d'un échantillon de fluide corporel (Gouvernement du Canada, 2017b). Toutefois, la preuve ainsi recueillie est plus difficilement admise en Cour en comparaison à l'alcool (CCLT, 2015c). Statistique Canada note qu'en 2015, les affaires de conduite avec les capacités affaiblies par la drogue ont fait l'objet de moins de mises en accusation, en comparaison à celles de conduite avec les capacités affaiblies par l'alcool, alors que les causes entendues devant les tribunaux duraient plus longtemps et que les verdicts de culpabilité étaient moins nombreux (Perreault, 2016). D'autres auteurs soulignent d'ailleurs le peu d'effets dissuasifs des sanctions légales actuelles étant donné qu'elles sont peu appliquées (Arterberry et al., 2013; Danton et al., 2003; Fischer et al., 2014).

Dans l'attente de changements législatifs ou de données probantes et d'outils permettant de mieux cibler et dissuader les conducteurs ayant les capacités affaiblies par le cannabis, il nous apparaît important de miser sur d'autres types de mesures et interventions. Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCLT, 2017b) recommande l'application de sanctions administratives renforcées en bordure de route, semblables à celles prévues pour l'alcool, afin de dissuader la population (p. ex. : suspension à court terme de permis, mise en fourrière de véhicules, frais et amendes, etc.). Ces mesures reposent sur les principes de la théorie de l'effet dissuasif, soient la rapidité, la certitude et la sévérité, et ont démontré leur efficacité pour réduire les risques d'accidents de la route et de récidives de conduite avec les capacités affaiblies (CCLT, 2017d). Afin d'être dissuasives, ces mesures administratives devront s'appuyer sur des règles claires et connues des conducteurs, et être applicables et appliquées de manière constante et prévisible.

Plusieurs auteurs soulignent également le besoin de sensibiliser la population quant aux risques de la conduite sous les effets du cannabis et de dénormaliser cette pratique à l'aide de messages efficaces de santé publique (Aston et al., 2016; Danton et al., 2003; Davis et al., 2016; Fischer et al., 2006; Swift et al., 2010), ainsi que de proposer des pratiques de réduction des méfaits (p. ex. : moyens de transport alternatifs, conducteur désigné, attendre un minimum de temps entre l'usage et la conduite, etc.) (Fischer et al., 2006, 2011; Swift et al., 2010). Actuellement, plusieurs usagers croient que la conduite sous les effets du cannabis est sans danger (Fischer et al., 2014; Jones et al., 2007; Porath-Waller, 2013); il serait donc important de mettre en place des campagnes de sensibilisation et des mesures éducatives afin de s'attaquer à cette fausse impression. Certains facteurs de risque de la conduite avec les capacités affaiblies par le cannabis, tels qu'un âge précoce d'initiation ou la dépendance, laissent croire que des interventions de prévention qui visent à retarder l'initiation ou de traitement qui visent à réduire la consommation, pourraient avoir des effets positifs sur les comportements de conduite (Hingson et al., 2008; Jones et al., 2007). Par exemple, Swift et al. (2010) proposent des interventions motivationnelles brèves sur les lieux d'accidents ou dans les urgences hospitalières afin de détecter et d'intervenir auprès des conducteurs ayant les capacités affaiblies par le cannabis.

9 FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION, DU TRAITEMENT ET DE LA RECHERCHE

Nous recommandons que les recettes générées par la vente du cannabis financent des activités de sensibilisation, de prévention, de réduction des méfaits et de traitement, ainsi que la recherche scientifique. Les campagnes d'information et de prévention devront se faire avec doigté et avec une grande objectivité afin d'être efficaces et pour éviter de produire des effets contraires à ceux escomptés. Nous recommandons également de former adéquatement le personnel qui travaillera dans les différents points de vente afin qu'il puisse intervenir auprès des usagers de cannabis au moment de l'achat, de manière non intrusive, en leur proposant de l'information, des conseils et des références vers des ressources.

Chaque dollar investi sur la prévention permet d'épargner 10 \$ en éventuels coûts sociaux, de santé et de criminalité (UNODC, 2015). Il est donc essentiel de prévoir le financement nécessaire aux activités de promotion de la santé et de prévention visant à favoriser le développement sain et sécuritaire des enfants et des adolescents, et plus spécifiquement, à retarder l'âge d'initiation à l'usage des drogues et de prévenir les méfaits et problématiques associés tels que la dépendance (UNODC, 2015). Par ailleurs, les programmes de prévention

qui ont fait l'objet d'évaluation de leur efficacité ont des impacts mitigés et parfois contradictoires (Gagnon et al., 2012; Laventure et al., 2010; Room, 2012). À elle seule, l'efficacité d'une intervention spécifique est limitée alors qu'il est plus prometteur de miser sur une combinaison de plusieurs interventions efficaces (Gagnon et al., 2012; Laventure et al., 2010). Dans le même sens, l'UNOCD (2015) rappelle que les interventions de prévention efficaces doivent s'inscrire dans une stratégie globale de réponse aux drogues intégrant plusieurs actions en concertation (application de la loi, réduction de l'offre, traitement). Pour être efficaces, les interventions préventives doivent : 1) être soutenues politiquement et coordonnées entre les différents paliers de pouvoir impliqués (fédéral, provincial, municipal), 2) être réalisées en collaboration avec les partenaires et s'arrimer aux autres pratiques préventives, 3) impliquer différents acteurs et milieux (école, famille, communauté), 4) être diversifiées et complémentaires, 5) agir sur les facteurs de risque et de protection individuels et environnementaux, 6) proposer des contenus adaptés à la clientèle cible et appuyés scientifiquement, 7) être interactives et enfin, 8) être intensives et continues dans le temps (Babor et al., 2010; Gagnon et al., 2012; Laventure et al., 2010; ONUCD, 2015; NIDA, 2003; Room, 2012). Il va de soi que l'implantation et l'évaluation de programmes de prévention efficaces nécessitent des ressources suffisantes et récurrentes.

Swift et al. (2000) soulignent que pour agir sur les méfaits, il est essentiel d'informer les usagers afin qu'ils soient en mesure de faire des choix éclairés concernant leur consommation. Dans cette optique, il nous apparaît opportun de profiter du moment de l'achat du cannabis pour informer et conseiller les usagers quant aux effets et risques des produits et aux moyens de réduire leurs conséquences néfastes. Il sera important de former adéquatement et en continu le personnel des points de vente afin qu'il partage des informations justes et appuyées scientifiquement. Le personnel devrait aussi être équipé pour donner de l'information de base sur les ressources d'aide qui sont disponibles pour les personnes qui ont une consommation problématique. Dans le cas de l'alcool, la formation des serveurs dans les lieux de consommation a montré des résultats prometteurs sur les connaissances et comportements des serveurs ainsi que sur les méfaits tels que les accidents de la route (Bolier et al., 2011; Gagnon et al., 2012).

Enfin, nous croyons que la recherche scientifique devra occuper une place centrale dans ce nouveau système de légalisation du cannabis. D'abord, nous devons approfondir nos connaissances sur le cannabis et sur différents enjeux que nous avons soulevés dans ce mémoire, tels que de mieux comprendre les effets du cannabis sur la santé notamment en fonction de sa puissance et le rôle des différentes composantes du cannabis comme le CBD et développer des outils de dépistage fiables de la conduite avec les capacités affaiblies par le cannabis, ainsi que des messages et stratégies efficaces et innovantes de sensibilisation, prévention, réduction des méfaits et traitement. Plus encore, il sera important d'évaluer de manière proactive l'efficacité des différentes mesures de régulation qui seront mises en place pour réglementer l'usage et la vente du cannabis et qui ont fait l'objet de recommandations dans ce mémoire. Il sera tout particulièrement intéressant d'étudier les effets des mesures visant à restreindre l'accès et la promotion du cannabis sur la consommation de la population, les possibles méfaits associés et le marché illégal. Comme les gouvernements provinciaux et territoriaux ont la responsabilité de planifier et de mettre en œuvre l'encadrement du cannabis, il serait tout indiqué de prévoir des études comparatives des différentes mesures de contrôle qui seront implantées dans les provinces et territoires du Canada.

Ainsi, compte tenu des revenus importants qui seront générés par la vente du cannabis estimés à des centaines de millions de dollars en début de légalisation (PBO, 2016), nous croyons que des montants devront être formellement dédiés à la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et la recherche de façon à maintenir et éclairer une perspective de santé publique. De plus, nous recommandons que chacune des provinces canadiennes annonce officiellement et clairement le pourcentage de revenus qu'elle prévoit attribuer à chacune de ses dimensions.

RÉFÉRENCES

- Abelin, T., Sandoz, V. B., Jeanrenaud, C. et Meister, L. (2011). *Marketing et publicité pour les produits du tabac – Nouveaux éléments. Vue d'ensemble des mesures légales et leur efficacité*. Berne, Suisse : Confédération Suisse, Département fédéral de l'intérieur, Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT).
- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R. et Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Alcohol & Alcoholism*, 44(3), 229-243.
- April, N., Bégin, C. et Morin, R. (2010). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Arterberry, B., Treloar, H. R., Smith, A. E., Martens, M. P., Pedersen, S. L. et McCarthy, D. M. (2013). Marijuana use, driving, and related cognitions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 854-860.
- Asbridge, M., Hayden, J. A. et Cartwright, J. L. (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: Systematic review of observational studies and meta-analysis. *British Medical Journal*, 344, e536. doi : 10.1136/bmj.e536.
- Asbridge, M. et Ogilvie, R. (2015). *Étude de faisabilité des tests routiers de dépistage de drogues par analyse de salive*. Oakville, Ontario : Mothers Against Drunk Driving (MADD) Canada.
- Aston, E. R., Merrill, J. E., McCarthy, D. M. et Metrik, J. (2016). Risk factors for driving after and during marijuana use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 309-316.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy* (2^e éd.). Oxford : Oxford University Press.
- Beirness, D. J. et Smith, D. R. (2017). An assessment of oral fluid drug screening devices. *Canadian Society of Forensic Science Journal*, 50(2), 55-63.
- Berke, E. M., Tanski, S. E., Demidenko, E., Alford-Teaster, J., Shi, X. et Sargent, J. D. (2010). Alcohol retail density and demographic predictors of health disparities: A geographic analysis. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1967-1971.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., van Hasselt, N. et Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: A review of experimental studies. *Substance Use & Misuse*, 46, 1569-1591.
- CAMH (2014). *Cannabis policy framework*. Toronto, Ontario : Centre for Addiction and Mental Health.
- Campbell, C. A., Hahn, R. A., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., ... Task Force on Community Preventive Services (2009). The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6), 556-569.

- Castellanos-Ryan, N., Pingault, J.-B., Parent, S., Vitaro, F., Tremblay, R. E. et Séguin, J. R. (2016). Adolescent cannabis use, change in neurocognitive function, and high-school graduation: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Development and Psychopathology*, 29(4), 1253-1266.
- Caulkins, J. P., Hawken, A., Kilmer, B., Kleiman M. A. R., Pfrommer, K., Pruess, J. et Shaw, T. (2013). High tax states: Options for gleaning revenue from legal cannabis. *Oregon Law Review*, 91(4), 1041-1068.
- Caulkins, J. P., Kilmer, B. et Kleiman, M. A. R. (2016). *Marijuana legalization: What everyone needs to know* (2^e éd.). Oxford : Oxford University Press.
- Caulkins, J. P., Kilmer, B., MacCoun, R. J., Pacula, R. L. et Reuter, P. (2011). Design considerations for legalizing cannabis: Lessons inspired by analysis of California's Proposition 19. *Addiction*, 107, 865-871.
- CCLT (2017a). *Dépistage par prélèvement de salive*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- CCLT (2017b). *La conduite avec facultés affaiblies au Canada*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- CCLT (2017c). *Programme de classification et d'évaluation de drogues*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- CCLT (2017d). *Sanctions administratives à court terme pour consommation d'alcool ou de drogues chez les automobilistes*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Compton, R. P. et Berning, A. (2015). *Drug and alcohol crash risk*. Washington, DC : National Highway Traffic Safety Administration, Office of Behavioral Safety Research, U.S. Department of Transportation.
- Danton, K., Misselke, L., Bacon, R. et Done, J. (2003). Attitudes of young people toward driving after smoking cannabis or after drinking alcohol. *Health Education Journal*, 62(1), 50-60.
- Davis, K. C., Allen, J., Duke, J., Nonnemaker, J., Bradfield, B., Farrelly, C., ... Novak, S. (2016). Correlates of marijuana drugged driving and openness to driving while high: Evidence from Colorado and Washington. *PLoS One*, 11(1), e0146853.
- Decorte, T. (2015). Cannabis social clubs in Belgium: Organizational strengths and weakness, and threats to model. *International Journal of Drug Policy*, 26, 122-130.
- Desrosiers, N. A., Himes, S. K., Scheidweiler, K. B., Concheiro-Guisan, M., Gorelick, D. A. et Huestis, M. A. (2014). Phase I and II cannabinoid disposition in blood and plasma of occasional and frequent smokers following controlled smoked cannabis. *Clinical Chemistry*, 60(4), 631-643.
- Douville, M. et Dubé, P.-A. (2015). *Les effets du cannabis sur la conduite automobile : revue de la littérature*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- EISohly, M. A., Mehmedic, Z., Foster, S., Gon, C., Chandra, S. et Church, J. C. (2016). Changes in cannabis potency over the last 2 decades (1995-2014): Analysis of current data in the United States. *Biological Psychiatry*, 79(7), 613-619.

- Englund, A., Freeman, T. P., Murray, R. M. et McGuire, P. (2017). Can we make cannabis safer? *Lancet Psychiatry*, 4(8), 643-648.
- Erickson, P. G. et Hyshka, E. (2010). Four decades of cannabis criminals in Canada: 1970-2010. *Amsterdam Law Forum*, 2(4), 1-14.
- Fischer, B., Ivsins, A., Rehm, J., Webster, C., Rudzinski, K., Rodopoulos, J. et Patra, J. (2014). Factors associated with high-frequency cannabis use and driving among a multi-site sample of university students in Ontario. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 56(2), 185-200.
- 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. *Canadian Journal of Public Health*, 102(5), 324-327.
- Fischer, B., Rodopoulos, J., Rehm, J. et Ivsins, A. (2006). Toking and driving: Characteristics of Canadian university students who drive after cannabis use - an exploratory pilot study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(2), 179-187.
- 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, 3181-3189.
- Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : meilleures pratiques de prévention*. Québec : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec.
- Global Commission on Drug Policy (2011). *War on drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy, June 2011*. Rio de Janeiro, Brésil : Global Commission on Drug Policy.
- Goudie, A. J., Sumnall, H. R., Field, M., Clayton, H. et Cole, J. C. (2007). The effects of price and perceived quality on the behavioural economics of alcohol, amphetamine, cannabis, cocaine, and ecstasy purchases. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 107-115.
- Gouvernement du Canada (2017a). *Au sujet du cannabis*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/drogues-illicites-et-reglementees/sujet-marijuana.html>
- Gouvernement du Canada (2017b). *Contexte législatif : réformes des dispositions du Code criminel relatives aux moyens de transport (Projet de loi C-46)*. Gouvernement du Canada.
- Grotenhermen, F., Leson, G., Berghaus, G., Drummer, O. H., Krüger, H.-P., Longo, M., ... Tunbridge, R. (2007). Developing limits for driving under cannabis. *Addiction*, 102, 1910-1917.
- Gruber, S. A., Sagar, K. A., Dahlgren, M. K., Racine, M. et Lukas, S. E. (2012). Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 496-506.
- Haden, M. et Emerson, B. (2014). A vision for cannabis regulation: A public health approach based on lessons learned from the regulation of alcohol and tobacco. *Open Medicine*, 8(2), e73-e80.
- Hahn, E. J. (2010). Smokefree legislation: A review of health and economic outcomes research. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6-S1), S66-S76.

- Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., Alati, R. et Bor, W. (2007). Cannabis and anxiety and depression in young adults: A large prospective study. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 46(3), 408-417.
- Heipel-Fortin, R. B. et Rempel, B. (2007). Effectiveness of alcohol advertising control policies and implications for public health practice. *Public Health*, 4(1). 20-25.
- Henriksen, L., Feighery, E. C., Schleicher, N. C., Cowling, D. W., Kline, R. S. et Fortmann, S. P. (2008). Is adolescent smoking related to the density and proximity of tobacco outlets and retail cigarette advertising near schools? *Preventive Medicine*, 47, 210-214.
- Heung, C. M., Rempel, B. et Krank, M. (2012). Strengthening the Canadian alcohol advertising regulatory system. *Canadian Journal of Public Health*, 103(4), 263-266.
- Hingson, R. W., Heeren, T. et Edwards, E. M. (2008). Age at drinking onset, alcohol dependence, and their relation to drug use and dependence, driving under the influence of drugs, and motor-vehicle crash involvement because of drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 192-201.
- Hopkins, D. P., Razi, S., Leeks, K. D., Kalra, G. P., Chattopadhyay, S. K., Soler, R. E. et the Task Force on Community Preventive Services (2010). Smokefree policies to reduce tobacco use: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(2s), S275-S289.
- Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Hayatbakhsh, M.R., Najman, J. M., Coffey, C., Patton, G. C., ... Hutchinson, D. M. (2010). Cannabis use and educational achievement: Findings from three Australasian cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 247-253.
- IARC (2009). *IARC Handbooks of cancer prevention, Tobacco control, Volume 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies*. Lyon, France : International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.
- Intartaglia, J. (2014). *Expertise publicitaire à partir des résultats de l'Observatoire des stratégies marketing pour les produits du tabac*. Suisse : L'Observatoire des stratégies de marketing pour les produits du tabac.
- Jacobus, J. et Tapert, S. F. (2014). Effects of cannabis on the adolescent brain. *Current Pharmaceutical Design*, 20(13), 2186-2193.
- Johnson, S. B., Blum, R. W. et Giedd, J. N. (2009). Adolescent maturity and the brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 216-221.
- Jones, C. G. A., Swift, W., Donnelly, N. J. et Weatherburn, D. J. (2007). Correlates of driving under the influence of cannabis. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 83-86.
- Keeping, Z. et Huggins, R. (2017). *Rapport définitif du projet pilote sur les appareils de dépistage de drogue par voie orale*. Sécurité publique Canada, Gendarmerie royale du Canada, Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé.
- Kilmer, B. (2014). Policy designs for cannabis legalization: Starting with the eight Ps. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(4), 259-261.

- King, L. A., Carpentier, C. et Griffiths, P. (2005). Cannabis potency in Europe. *Addiction*, *100*, 884-886.
- Kopp, P., Ben Lakhdar, C. et Perez, R. (2014). *Cannabis : réguler le marché pour sortir de l'impasse*. Terra Nova : La Fondation Progressiste.
- Korf, D. J., Benschop, A. et Wouters, M. (2007). Differential responses to cannabis potency: A typology of users based on self-reported consumption behaviour. *International Journal of Drug Policy*, *18*, 168-176.
- Lachenmeier, D. W. et Rehm, J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Scientific Reports*, *5*, 8126. doi: 10.1038/srep08126
- Laventure, M., Boisvert, K. et Desnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence : recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, santé et société*, *9*(1), 121-164.
- Levy, D. T. et Friend, K. B. (2003). The effects of clean indoor air laws: What do we know and what do we need to know? *Health Education Research: Theory and Practice*, *18*(5), 592-609.
- Li, M.-C., Brady, J. E., DiMaggio, C. J., Lusardi, A. R., Tzong, K. Y. et Li, G. (2012). Marijuana use and motor vehicle crashes. *Epidemiologic Reviews*, *34*, 65-72.
- Livingston, M., Chikritzhs, T. et Room, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*, *26*, 557-566.
- Lovato, C., Watts, A. et Stead, L. F. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*. doi: 10.1002/14651858.CD003439.pub2.
- Lynskey, M. T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J. B. et Patton, G. (2003). A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction*, *98*, 685-692.
- McLaren, J., Swift, W., Dillon, P. et Allsop, S. (2008). Cannabis potency and contamination: A review of the literature. *Addiction*, *103*, 1100-1109.
- Meier, P., Booth, A., Stockwell, T., Sutton, A., Wilkinson, A., Wong, R., ... Taylor, K. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion. Part A: Systematic reviews*. Sheffield, Royaume-Uni : SCHARR, University of Sheffield.
- Montreuil, A. (2015). *Interdictions de fumer dans des immeubles résidentiels : exposition, mesures législatives et acceptabilité sociale*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Montreuil, A., Tremblay, M., Gamache, L. et Direction du développement des individus et des communautés (2015). *Projet de loi 44 : Loi concernant la lutte contre le tabagisme. Mémoire déposé à la commission de la santé et des services sociaux*. Québec : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec.
- NASEM (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC : The National Academies Press.

- National Cancer Institute (2008). The role of the media in promoting and reducing tobacco use. *Monograph series of the National Cancer Institute Tobacco control*, 19. Bethesda, MD : U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health.
- National Drug Intelligence Center (2007). *National drug threat assessment 2008*. Johnstown, PA : U.S. Department of Justice, National Drug Intelligence Center.
- NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders* (2^e éd.). Bethesda, MD : U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Nolin, P. C. et Kenny, C. (2002). *Cannabis: Our position for a Canadian public policy. Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs. Summary report*. Senate of Canada.
- Novak, S. P., Reardon, S. F., Raudenbush, S. W. et Buka, S. L. (2006). Retail tobacco outlet density and youth cigarette smoking: A propensity-modeling approach. *Research and Practice*, 96(4), 670-676.
- Nutt, D. J., King, L. A. et Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.
- OMS (2007). *Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool* (2^e rapport, série de rapports techniques n° 944). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2013). *Interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage. Ce qu'il faut savoir*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Pacula, R. L., Kilmer, B., Wagenaar, A. C., Chaloupka, F. J. et Caulkins, J. (2014). Developing public health regulations for marijuana: Lessons from alcohol and tobacco. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1021-1028.
- Pacula, R. L. et Lundberg, R. (2014). Why changes in price matter when thinking about marijuana policy: A review of the literature on the elasticity of demand. *Public Health Reviews*, 35(2), 1-18.
- PBO (2016). *Legalized cannabis: Fiscal considerations*. Ottawa, Ontario : Office of the parliamentary budget officer.
- Pedersen, W. (2014). Commentaries on Room et al. (2014). *Addiction*, 109, 352-359.
- Pennay, A. et Room, R. (2012). Prohibiting public drinking in urban public spaces: A review of the evidence. *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 19(2), 91-101.
- Perreault, S. (2016). La conduite avec facultés affaiblies au Canada, 2015. *Juristat* (n° 85-002-X au catalogue), Statistique Canada.

- Phillips, R. (2015). *Issues with taxing marijuana at the state level*. Washington, DC : The Institute on Taxation & Economic Policy.
- Popova, S., Giesbrecht, N., Beckmuradov, D. et Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: Impacts on alcohol consumption and damage: A systematic review. *Alcohol & Alcoholism*, 44(5), 500-516.
- Porath-Waller, A. J., Brown, J. E., Frigon, A. P. et Clark, H. (2013). *What Canadian youth think about cannabis. Technical report*. Ottawa, Ontario : Canadian Centre on Substance Abuse.
- Public Health Ontario, Giesbrecht, N. et Wettlaufer, A. (2016). *Focus on: Alcohol marketing*. Toronto, Ontario : Queen's Printer for Ontario.
- Queirolo, R., Boidi, M. F. et Cruz, J. M. (2016). Cannabis clubs in Uruguay: The challenges of regulation. *International Journal of Drug Policy*, 34, 41-48.
- Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T. et D'Souza, D. C. (2014). Gone to pot – a review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 5(54), 1-24.
- Rehm, J. et Fischer, B. (2015). Cannabis legalization with strict regulation, the overall superior policy option for public health. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 97(6), 541-544.
- Reinarman, C. (2009). Cannabis policies and user practices: Market separation, price, potency, and accessibility in Amsterdam and San Francisco. *International Journal of Drug Policy*, 20(1), 28-37.
- Room, R. (2008). In thinking about cannabis policy, what can be learned from alcohol and tobacco? Dans S. R. Sznitman, B. Olsson et R. Room (dir.), *A cannabis reader: Global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe* (monograph series 8, vol. 1, p. 121-135). Lisbon, Portugal : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Room, R. (2012). Preventing youthful substance use and harm - between effectiveness and political wishfulness. *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 936-943.
- Room, R. (2013). Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109, 345-351.
- Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S. et Reuter, P. (2010). *Cannabis policy: Moving beyond stalemate*. Oxford : Oxford University Press.
- Rotermann, M. et Langlois, K. (2012). Prevalence and correlates of marijuana use in Canada, 2012. *Health Reports*, 26(4), 10-15.
- Saffer, H. (2000). *Alcohol consumption and alcohol advertising bans* (working paper n° 7758). Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research.
- Schneider, J. E., Reid, R. J., Peterson, N. A., Lowe, J. B. et Hughey, J. (2005). Tobacco outlet density and demographics at the tract level of analysis in Iowa: Implications for environmentally based prevention initiatives. *Prevention Science*, 6(4), 319-325.

- Seldon, B. J., Jewell, R. T. et O'Brien, D. M. (2000). Media substitution and economies of scale in advertising. *International Journal of Industrial Organization*, 18(8), 1153-1180.
- Silins, E., Horwood, L. J., Patton, G. C., Fergusson, D. M., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., ... Mattick, R. P. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: An integrative analysis. *The Lancet*, 1, 286-293.
- Smart, R., Caulkins, J. P., Kilmer, B., Davenport, S. et Midgette, G. (2017). Variation in cannabis potency and prices in a newly legal market: Evidence from 30 million cannabis sales in Washington State. *Addiction*. doi:10.1111/add.13886
- Smith, L. A. et Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: Systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9(51), 1-11.
- Somerville, L. H. (2016). Searching for signatures of brain maturity: What are we searching for? *Neuron*, 92, 1164-1167.
- Spithoff, S., Emerson, B. et Spithoff, A. (2015). Cannabis legalization: Adhering to public health best practice. *Canadian Medical Association Journal*, 187(16), 1211-1216.
- Steinberg, L., Cauffman, E., Woolard, J., Graham, S. et Banich, M. (2009). Are adolescents less mature than adults? Minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop". *American Psychologist*, 64(7), 583-594.
- Stockwell, T. (2006). Alcohol supply, demand, and harm reduction: What is the strongest cocktail? *International Journal of Drug Policy*, 17, 269-277.
- Subritzky, T., Lenton, S. et Pettigrew, S. (2016). Legal cannabis industry adopting strategies of the tobacco industry. *Drug and Alcohol Review*, 35, 511-513.
- Swift, W., Copeland, J. et Lenton, S. (2000). Cannabis and harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 19, 101-112.
- Swift, W., Jones, C. et Donnelly, N. (2010). Cannabis use while driving: A descriptive study of Australian cannabis users. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(5), 573-586.
- Task Force on Community Preventive Services (2009). Recommendations for reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms by limiting alcohol outlet density. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6), 570-571.
- Task Force on Marijuana Legalization and Regulation (2016). *Toward the legalization, regulation and restriction of access to marijuana. Discussion Paper*. Government of Canada.
- Thomas, G., Flight, J., Richard, K. et Racine, S. (2006). *Towards a policy relevant typology of cannabis use for Canada: Analysis drawn from the 2004 Canadian Addiction Survey*. Ottawa, Ontario : Canadian Centre on Substance Abuse.
- Turcotte, F. (2007). Du contrôle de la promotion commerciale et de la consommation du tabac à l'éradication du tabagisme. *Drogues, santé et société*, 6(1), 73-103.

UNODC (2012). *Cannabis: A short review. Discussion paper*. Vienne : United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2015). *International standards on drug use prevention*. Vienne : United Nations Office on Drugs and Crime.

van der Pol, P., Liebrechts, M., 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.

Van Laar, M., Van Der Pol, P. et Niesink, R. (2016). Limitations to the Dutch cannabis toleration policy: Assumptions underlying the reclassification of cannabis above 15% THC. *International Journal of Drug Policy*, 34, 58-64.

Van Ours, J. C. (2012). Commentaries on Caulkins et al. (2012). *Addiction*, 107, 872-877.

Wolf, K. et Johnston, A. (2014). Cannabis use: A perspective in relation to the proposed UK drug-driving legislation. *Drug Testing and Analysis*, 6, 143-154.

Wong, K., Brady, J. E. et Li, G. (2014). Establishing legal limits for driving under the influence of marijuana. *Injury Epidemiology*, 1(26), 1-8.

Zobel, F. et Marthaler, M. (2016). *Nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis. De A (Anchorage) à Z (Zürich)* (3^e éd.). Lausanne : Addiction Suisse.