

# Mémoire de l'AMC

## Projet de loi C-45, *Loi sur le cannabis*

Mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des  
affaires sociales, des sciences et de la technologie

Le 18 avril 2018

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

1867–2017  
**150**

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission de donner le pouvoir aux patients et de les soigner et pour vision une profession dynamique et une population en santé.

L'AMC joue un vaste éventail de rôles pour ses quelque 85 000 membres, ainsi que pour la population canadienne. Ses rôles clés consistent notamment à préconiser des politiques et des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, à promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité, à faciliter le changement dans la profession médicale et à guider et orienter les médecins pour les aider à agir sur les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle à participation volontaire qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales et plus de 60 organisations médicales nationales.

## Introduction

L'AMC est heureuse de présenter ce mémoire sur le projet de loi C-45, *Loi concernant le cannabis*, au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

L'AMC se préoccupe depuis longtemps des risques pour la santé liés à la consommation de cannabis<sup>i</sup>, en particulier par inhalation<sup>1,2</sup>. Les enfants et les jeunes sont particulièrement vulnérables aux effets nocifs liés au cannabis, car leur cerveau est en plein développement.

L'AMC aborde le cannabis dans l'optique de la politique générale sur la santé publique. Cela comporte la promotion de la santé et la prévention des dépendances aux drogues et de la toxicomanie, l'accès aux services d'évaluation, de conseil et de traitement, ainsi qu'une optique de réduction des préjudices. L'AMC est d'avis que la réduction des préjudices englobe des politiques, des buts, des stratégies et des programmes qui visent à réduire les répercussions sanitaires, sociales et économiques indésirables que l'usage de drogues a sur la personne, la communauté et la société tout en permettant à l'utilisateur de continuer de consommer des drogues sans toutefois exclure nécessairement l'abstinence<sup>3,4</sup>.

Face au cannabis, l'AMC recommande plus précisément l'élaboration d'une stratégie à volets multiples basée sur la santé publique qui accorde la priorité à des buts efficaces et réalistes au plus tard avant l'adoption de toute mesure légalisant le cannabis<sup>5</sup>. Nous proposons comme premier objectif de développer des interventions éducatives pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. D'autres objectifs portent sur la collecte de données, le contrôle et la surveillance, l'établissement d'un équilibre proportionnel entre le préjudice lié à l'application de la loi et les préjudices directs et indirects causés par l'usage du cannabis, et enfin sur la recherche.

Le besoin de recherches sur les effets médicaux et nocifs de l'usage du cannabis est constant. Comme le signalent les *Directives canadiennes d'usage de cannabis à moindre risque*<sup>6</sup>, les éléments de preuve portant sur des sujets comme les cannabinoïdes synthétiques, des pratiques comme « l'inhalation profonde » visant à accroître les effets psychoactifs du cannabis et la combinaison de comportements risqués comme l'usage précoce et fréquent associé à des problèmes de santé aigus et chroniques sont limités<sup>6</sup>.

L'AMC a adopté en 2002 une perspective basée sur la santé publique au sujet du cannabis et d'autres drogues illégales. L'AMC a approuvé récemment les *Directives canadiennes d'usage de cannabis à moindre risque* et a soumis 22 recommandations au Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis (« le Groupe de travail »)<sup>7</sup>.

## Aperçu

Selon la récente Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues, le cannabis constitue la drogue illicite la plus répandue au Canada<sup>8</sup>. Plus particulièrement, de 25 à 30 % des

---

<sup>i</sup> Comme dans le projet de loi C-45, nous utilisons le terme cannabis qui s'entend du plant de cannabis ou de toute substance ou de tout mélange contenant toute partie de la plante.

adolescents ou des jeunes déclarent avoir fait usage de cannabis au cours de la dernière année<sup>9</sup>, ce qui préoccupe l'AMC. À cause de la hausse de la forte consommation, même si le cannabis utilisé à des fins non médicales est illégal, conjuguée à la puissance accrue de ce dernier (qui est passée de 2 % en 1980 à 20 % en 2015 aux États-Unis)<sup>10</sup>, de la complexité et de la versatilité des plants de cannabis<sup>ii</sup>, de la qualité variable du produit final, de la fluctuation de la fréquence d'utilisation, de l'âge du début de l'utilisation et de la méthode d'utilisation, il est difficile d'étudier les répercussions complètes sur la santé et de produire des résultats scientifiques reproductibles et fiables.

L'AMC soutient donc que toute légalisation de l'usage du cannabis à des fins non médicales, doit être orientée par une stratégie complète sur le cannabis basée sur la santé publique et inclure un cadre législatif réglementaire robuste qui mette l'accent sur les principes de la réduction des préjudices.

Comme le Groupe de travail a suivi une approche visant à réduire au minimum les préjudices<sup>11</sup> et compte tenu de la façon dont la mesure législative proposée est harmonisée avec les recommandations du Groupe de travail<sup>12</sup>, le projet de loi aborde plusieurs aspects d'un cadre législatif et réglementaire « afin de permettre un accès légal au cannabis et de contrôler et de réglementer sa production, sa distribution et sa vente »<sup>13</sup>. Ce travail constitue le point de départ d'une stratégie nationale sur le cannabis qui repose sur la santé publique. L'AMC préconise depuis longtemps une stratégie antidrogue intégrée qui traite de la dépendance, de la prévention, du traitement, de l'application de la loi et de la réduction des préjudices<sup>3</sup>.

Il existe toutefois des initiatives clés sur la santé publique dont le gouvernement du Canada n'a pas tenu compte adéquatement et qu'il faut appliquer avant ou au plus tard au moment de la mise en œuvre de la loi. L'éducation, qui constitue une de ces initiatives, s'impose pour sensibiliser davantage les Canadiens, et en particulier les jeunes, aux préjudices sanitaires, sociaux et économiques causés par l'usage du cannabis.

### **Appuyer un cadre législatif et réglementaire qui favorise la santé publique et protège les enfants et les jeunes**

Du point de vue de la santé, il est difficile pour les médecins d'autoriser tout usage du cannabis chez les personnes de moins de 25 ans, et particulièrement chez les moins de 21 ans, étant donné ses effets sur le développement du cerveau<sup>1,3,14</sup>. L'effet neurotoxique du cannabis, et en particulier de son usage soutenu, est plus grave sur le cerveau de l'adolescent que sur celui de l'adulte<sup>15,16</sup>.

Des études neurologiques ont de plus démontré que les déficits des fonctions exécutives ou du QI verbal et les déficiences de l'apprentissage et de la mémoire seront plus concentrés chez les

---

<sup>ii</sup> La plante contient au moins 750 produits chimiques dont plus de 100 cannabinoïdes différents (Madras B.K. Update of cannabis and its medical use, Comité d'experts de la pharmacodépendance, Département des médicaments et des produits de santé essentiels, Organisation mondiale de la Santé, 2015; 37<sup>e</sup> réunion, point 6.2 à l'ordre du jour). Accessible ici : [http://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/6\\_2\\_cannabis\\_update.pdf](http://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/6_2_cannabis_update.pdf) (consulté le 27 juillet 2017).

utilisateurs qui ont commencé à faire usage du cannabis au cours de l'adolescence plutôt qu'à l'âge adulte<sup>17,18</sup>.

Ces répercussions soulignent l'importance de protéger le cerveau au cours du développement. Compte tenu des éléments de preuve scientifiques actuels, qui indiquent que le développement du cerveau prend fin vers 25 ans seulement<sup>19</sup>, il s'agirait là de l'âge minimum idéal, auquel l'usage du cannabis pourrait être légalisé.

Les adolescents et les jeunes adultes sont parmi les plus gros consommateurs de cannabis au Canada. Même s'il est illégal au pays depuis 1923, l'usage du cannabis à des fins non médicales a augmenté au cours des dernières décennies.

L'AMC reconnaît que l'interdiction totale de la possession chez les adolescents et les jeunes adultes ne refléterait pas la réalité courante ni une stratégie de réduction des préjudices<sup>3</sup>. La réduction des préjudices ne constitue pas un des pôles d'intérêt, mais il faut plutôt garantir la qualité et l'intégrité de la vie humaine et reconnaître où se trouve la personne dans sa communauté et la société en général<sup>5</sup>.

Les préjudices sociaux et économiques à long terme causés aux jeunes par la possibilité d'avoir un casier judiciaire durant toute leur vie à cause de l'usage intermittent de faibles quantités de cannabis ou de la possession pour usage personnel peuvent être disproportionnés par rapport aux préjudices physiologiques causés par cette drogue. Le gouvernement du Canada reconnaît cette disproportion depuis plus de 15 ans. Depuis 2001, deux comités parlementaires ont produit des rapports<sup>iii</sup> et l'on a présenté deux projets de loi<sup>iv</sup> pour décriminaliser la possession de faibles quantités de cannabis (30 g.). Il a été recommandé que la possession de faibles quantités de cannabis soit passible d'une « contravention » plutôt que d'une sanction criminelle.

Compte tenu tout ce qui précède, l'AMC recommande de fixer l'âge de la légalisation à 21 ans et que les quantités de cannabis et sa puissance soient plus restreintes chez les moins de 25 ans.

**Appuyer une stratégie intégrée sur le cannabis qui repose sur la santé publique et comporte un volet éducatif robuste et efficace.**

L'AMC reconnaît que le projet de loi C-45 abroge l'interdiction de la possession simple tout en alourdissant les peines découlant de la distribution et de la vente de cannabis aux jeunes, mais ces mesures ne suffisent toutefois pas pour appuyer une stratégie de réduction des préjudices.

Nous signalons que la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, qui dispose d'un budget de 38 millions de dollars, vise à aider à réduire les taux de tabagisme et à modifier les

---

<sup>iii</sup> Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments (2001) et Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites (2002).

<sup>iv</sup> *Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (projet de loi C-38), qui a été présentée de nouveau par la suite comme projet de loi C-10 en 2003.

perceptions de la population canadienne à l'égard du tabac<sup>20</sup>. Il existe aussi d'importants programmes d'éducation sur les dangers de l'alcool, qui visent particulièrement les jeunes<sup>v</sup>.

Le gouvernement du Canada a proposé une modeste affectation de 9,6 millions de dollars à une campagne de sensibilisation du public visant à informer la population canadienne, et en particulier les jeunes, des risques qui sont liés à la consommation de cannabis et à des activités de surveillance<sup>21</sup>.

Une stratégie de réduction des préjudices devrait inclure une structure d'objectifs convergeant sur les groupes qui ont des besoins pressants. L'AMC soutient qu'il faudrait viser d'abord les jeunes par des mesures d'éducation. Le risque de dépendance au cannabis au cours de leur vie est estimé à 9 % et atteint presque 17 % chez ceux qui commencent à en faire usage au cours de l'adolescence<sup>22</sup>. En 2012, environ 1,3 % des 15 ans et plus répondaient aux critères de l'abus du cannabis ou de la dépendance – ce qui représente un taux deux fois plus élevé que dans le cas de toute autre drogue – à cause de la prévalence importante de l'usage du cannabis<sup>23</sup>.

La stratégie devrait prévoir des mesures d'éducation, y compris des programmes de formation basés sur les compétences spécialisées, des interventions de marketing social et des campagnes dans les médias généraux. L'éducation devrait porter non seulement sur les risques généraux liés à l'utilisation du cannabis, mais aussi sur ses risques particuliers pour les jeunes et ses effets nocifs sur eux.

Ces mesures sont cruciales étant donné que beaucoup de personnes croient que : i) la légalisation de la possession à la fois pour les adultes et pour les jeunes normalise l'usage et ii) le contrôle par le gouvernement de la fourniture de cannabis rend l'usage sécuritaire. Les messages « alarmistes » liés aux drogues illégales compliquent la situation.

Les éléments de preuve montrent que moins d'adolescents de nos jours croient que l'usage du cannabis présente des risques sérieux pour la santé<sup>24</sup> et que les politiques d'application de la loi n'ont pas constitué un moyen de dissuasion<sup>25</sup>. L'application d'une stratégie appropriée d'éducation avant la légalisation de la possession réduirait le nombre de jeunes usagers à des fins récréatives qui ne sont pas informés. Elle laisserait aussi du temps pour entreprendre des recherches significatives sur l'effet que la drogue aura sur les jeunes. De telles stratégies ont déjà connu du succès : par exemple, l'on a attribué à la Stratégie fédérale à long terme de lutte contre le tabagisme<sup>vi</sup> le mérite d'avoir aidé à faire tomber les taux de tabagisme à un plancher record au Canada<sup>26</sup>.

---

<sup>v</sup> Par exemple, le Programme sur l'usage et la dépendance aux substances (PUDS), programme fédéral de contributions administré par Santé Canada afin de renforcer la réponse aux problèmes d'usage de drogues et de substances au Canada. Voir Gouvernement du Canada. Programme sur l'usage et la dépendance aux substances. Ottawa : Santé Canada; 2017. Disponible à <https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/strategie-canadienne-drogues-autres-substances/financement/programme-lusage-dependances-substances.html> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>vi</sup> La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a été lancée en 2001 pour 10 ans et renouvelée en 2012 pour cinq autres années.

Les *Directives canadiennes d'usage de cannabis à moindre risque* ont été créées comme « outil d'information à base scientifique pour aider les usagers du cannabis à modifier leur consommation afin d'atténuer au moins une partie des risques pour la santé »<sup>6</sup>. L'AMC exhorte le gouvernement à appuyer la diffusion générale de cet outil et à l'incorporer à ses messages dans le contexte d'efforts d'éducation. D'autres stratégies devraient inclure l'emballage banalisé et l'étiquetage contenant de l'information sur la santé et des mises en garde.

### **Appuyer une approche à un seul système ou l'examen quinquennal de la loi.**

L'AMC est d'avis qu'une fois que la *Loi* sera en vigueur, il ne sera pas nécessaire d'avoir deux systèmes (c.-à-d. un pour l'usage du cannabis à des fins médicales et l'autre pour l'usage à des fins non médicales). Le cannabis sera disponible pour ceux qui veulent l'utiliser à des fins médicales qu'ils aient ou non une autorisation médicale (certaines personnes peuvent pratiquer l'automédication pour atténuer les symptômes, mais hésiter d'aborder la question avec leur médecin de famille par crainte de stigmatisation) et ceux qui veulent l'utiliser à d'autres fins. La profession médicale n'aura pas besoin d'intervenir comme « gardienne » pour tous après la légalisation du cannabis – particulièrement compte tenu du fait que le cannabis, n'a pas été soumis au processus habituel d'approbation réglementaire et pharmaceutique de Santé Canada.

Les délibérations du Groupe de travail reflètent la tension qu'il a entendue entre les partisans d'un seul système et ses adversaires. Une préoccupation soulevée par les patients était liée à la stigmatisation qui se rattacherait au fait d'entrer chez les détaillants de cannabis vendu à des fins non médicales. L'AMC soutient que le gouvernement fédéral atténuerait cette préoccupation s'il maintenait le système d'achat en ligne et de commandes postales actuellement en place.

Comme il n'y a pas de consensus ni suffisamment de données pour déterminer dans quelle mesure la demande de cannabis sera associée à des autorisations médicales, le Groupe de travail a recommandé que deux systèmes soient créés et qu'ils soient assortis d'un examen obligatoire – plus précisément, un examen quinquennal du programme d'accès au cannabis à des fins médicales<sup>11</sup>.

S'il y a deux systèmes, l'AMC recommande alors comme solution de rechange un examen quinquennal de la loi. L'examen laisserait le temps de veiller à ce que les dispositions de la *Loi* atteignent les fins prévues selon la recherche sur l'efficacité des efforts d'éducation et d'autres recherches. On a déjà eu recours aux examens législatifs quinquennaux dans les cas où la loi doit établir un équilibre entre le choix de la personne et la protection de la santé et de la sécurité publiques<sup>vii</sup>. Par exemple, comme dans le cas du projet de loi C-45, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* vise à protéger la santé et la sécurité publiques<sup>27</sup>. On considère que son examen quinquennal permet d'effectuer une analyse factuelle minutieuse qui

---

<sup>vii</sup> Plusieurs lois fédérales contiennent des dispositions relatives à l'examen, notamment les suivantes : *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, LC b1996, ch. 19, art. 9 (examen quinquennal); *Loi sur le précontrôle*, LC 1999, ch. 20, art. 39 (examen quinquennal); *Loi sur la défense nationale*, LRC 1985, ch. N-5, art. 273.601(1) (examen septennal); et *Loi sur la protection des fonctionnaires divulgateurs d'actes répréhensibles*, LC 2005, ch. 46, art. 54 (examen quinquennal); et *Loi sur la réduction de la paperasse*, LC 2015, ch. 12 (examen quinquennal).



visé à faire en sorte que les dispositions de la *Loi* et les activités qui en découlent atteignent les objectifs<sup>viii</sup>. De plus, une approche de réduction des préjudices se prête à une évaluation systématique visant à en mesurer l'effet autant à court terme qu'à long terme<sup>5</sup>.

Si l'on met en œuvre une approche à deux systèmes lorsque la loi sera adoptée, la loi devrait être modifiée afin d'inclure l'obligation de l'évaluer dans les cinq ans suivant son adoption. Les critères d'évaluation peuvent inclure le nombre d'utilisateurs dans le système médical et le nombre de médecins qui autorisent l'usage du cannabis à des fins médicales. L'AMC s'attendrait à participer à la détermination de ces critères et au processus d'évaluation.

## Conclusion

L'appui à la décriminalisation de la possession simple de cannabis, ainsi que la légalisation et la réglementation de sa production de sa distribution et de sa vente a augmenté considérablement au Canada et à l'étranger. Les risques pour la santé liés à la consommation de cannabis par les enfants et les jeunes, en particulier par inhalation, préoccupent l'AMC depuis longtemps. En considérant les tendances sociétales face aux effets du cannabis sur la santé, l'AMC appuie une approche législative et réglementaire générale de réduction des préjudices basée sur la santé publique, dans le cadre d'une stratégie intégrée et structurée de la façon appropriée.

## Recommandations

**1. L'AMC recommande de porter l'âge de la légalisation à 21 ans afin de mieux protéger le groupe le plus vulnérable, celui des jeunes, contre les préjudices développementaux neurologiques associés à l'usage du cannabis.**

**2. L'AMC recommande qu'une stratégie intégrée de contrôle du cannabis basée sur la santé publique et comportant un volet robuste et efficace d'éducation sur la santé soit mise en œuvre au plus tard avant l'adoption de toute mesure légalisant le cannabis.**

**3a). L'AMC recommande qu'il y ait un seul système de réglementation de l'usage du cannabis à des fins médicales et non médicales avec des dispositions pour les besoins médicaux des personnes incapables d'acquiescer de la marijuana de façon légale (par exemple, celles qui n'ont pas l'âge minimal).**

**3b). L'AMC recommande, comme solution de rechange, que l'on modifie la loi pour y inclure une disposition prévoyant son examen quinquennal, y compris un examen des deux systèmes.**

---

<sup>viii</sup> Les amendements apportés en 2012 à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* sont tirés du projet de loi S-10, qui est mort au feuillet en mars 2011. Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles a étudié le projet de loi S-10 et recommandé de porter de deux à cinq ans la période d'examen, car deux ans ne suffisent pas pour permettre un examen détaillé. Voir *Débats du Sénat*, 40<sup>e</sup> Législature, 3<sup>e</sup> session, n<sup>o</sup> 147:66 (17 novembre 2010) à 1550; voir aussi Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, Onzième rapport : *Projet de loi S-10, Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant les modifications connexes et corrélatives à d'autres lois, avec amendements* (4 novembre 2010).



---

<sup>1</sup> Association médicale canadienne. Les risques et préjudices pour la santé associés à la consommation de marijuana. Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Ottawa : l'Association; le 27 mai 2014. [En ligne]. Accessible ici : [https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/Brief-Marijuana-Health\\_Committee\\_May\\_27-2014Final\\_FR.pdf](https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/Brief-Marijuana-Health_Committee_May_27-2014Final_FR.pdf) (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>2</sup> Association médicale canadienne. Le cannabis et les autres drogues illicites du point de vue de la santé publique. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Ottawa : l'Association; le 11 mars 2002. [En ligne]. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/BriefPDF/BR2002-08F.pdf> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>3</sup> Association médicale canadienne. Projet de loi C-2 *Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Loi sur le respect des collectivités)*. Mémoire présenté au Comité permanent de la sécurité publique et nationale de la Chambre des communes. Ottawa : l'Association; le 28 octobre 2014. [En ligne]. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2015-03f.pdf> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>4</sup> Harm Reduction International. What is harm reduction? A position statement. Londres, R.-U. : Harm Reduction International; 2017. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>5</sup> Riley D, O'Hare P. Harm reduction: history, definition and practice. Dans : Inciardi JA, Harrison LD, editors. *Harm reduction: National and International Perspectives*. Thousand Oaks, Californie : Sage Publications; 2000.

<sup>6</sup> Fischer B, Russel C, Sabioni P, et coll. *Directives canadiennes d'usage de cannabis à moindre risque* : Mise à jour détaillée des éléments de preuve et recommandations *Am J Public Health*. 2017; vol 107, n° 8 : p. e1-e12.

<sup>7</sup> Association médicale canadienne. Légalisation, réglementation et restriction de l'accès à la marijuana. Mémoire de l'AMC présenté au Gouvernement du Canada – Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis. Ottawa : l'Association; le 29 août 2016. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/submissions/2016-aug-29-cma-submission-legalization-and-regulation-of-marijuana-f.pdf> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>8</sup> Gouvernement du Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2017. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-alcohol-drugs-survey/2015-summary.html> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>9</sup> Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) : Sommaire des résultats pour 2012. Ottawa. Santé Canada. 2014. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2012.html> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>10</sup> Organisation mondiale de la Santé. *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2016. [En ligne]. Accessible ici : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251056/1/9789241510240-eng.pdf?ua=1> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>11</sup> Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis. Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada : Rapport final. Ottawa : Santé Canada; 2016.

<sup>12</sup> Gouvernement du Canada. Document sur le contexte législatif : *Loi concernant le cannabis et modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, le Code criminel et d'autres lois* (Projet de loi C-45). Ottawa : Gouvernement du Canada; 2017.

<sup>13</sup> *Loi concernant le cannabis et modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, le Code criminel et d'autres lois*, Projet de loi C-45, Première lecture le 13 avril 2017.

<sup>14</sup> Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med*, 2011; vol. 5, n° 1 : p. 1-8.

<sup>15</sup> Meier MH, Caspi A, Ambler A, et coll. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2012; vol. 109, n° 40 : p. E2657-2664.

---

<sup>16</sup> Crépault JF, Rehm J, Fischer B. The cannabis policy framework by the Centre for Addiction and Mental Health: a proposal for a public health approach to cannabis policy in Canada. *Int J Drug Policy*, 2016; vol. 34 : p. 1–4.

<sup>17</sup> Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, et coll. Early-onset cannabis use and cognitive deficits: What is the nature of the association? *Drug Alcohol Depend*, 2003; vol. 69, n° 3 : p. 303-310.

<sup>18</sup> Gruber SA, Sagar KA, Dahlgren MK, et coll. Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychol Addict Behav*, 2011; vol. 26, n° 3 : p. 496-506.

<sup>19</sup> National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington (DC) : National Academies Press (É.-U.); 2017.

<sup>20</sup> Société canadienne du cancer. Mémoire prébudgétaire 2017 présenté au Comité permanent des finances. Août 2016. [En ligne]. Accessible ici :

<https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/FINA/Brief/BR8398102/br-external/CanadianCancerSociety-9421378-f.pdf> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>21</sup> Santé Canada. Document d'information – La légalisation et la réglementation stricte du cannabis : les faits. Ottawa : Santé Canada; 2017. [En ligne]. Accessible ici : [https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2017/04/document\\_d\\_informationlalegalisationetlareglementationstricteduc.html](https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2017/04/document_d_informationlalegalisationetlareglementationstricteduc.html) (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>22</sup> Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*; 2009, vol. 374, n° 9698 : p. 1383-1391.

<sup>23</sup> Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale, 2012. *Le Quotidien*. 18 septembre 2013. Statistique Canada, n° 11-001-X au catalogue. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/130918/dq130918a-fra.htm> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>24</sup> Miech RA, Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2010. Vol 1: Secondary Students. Ann Arbor: Institute for Social Research. L'Université du Michigan; 2011.

<sup>25</sup> Spithoff S, Kahan M. Cannabis and Canadian youth: evidence, not ideology. *Can Fam Physician*, 2014; vol. 60, no 9 : p. 785-787.

<sup>26</sup> Santé Canada. Des assises solides, un objectif renouvelé : Un aperçu de la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme du Canada 2012-2017. Ottawa : Santé Canada; 2012. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/healthy-living-vie-saine/tobacco-strategy-2012-2017-strategie-tabagisme/alt/tobacco-strategy-2012-2017-strategie-tabagisme-fra.pdf> (consulté le 27 juillet 2017).

<sup>27</sup> *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, LC 1996, c 19.