



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

# **LES RISQUES ET LES DOMMAGES SANITAIRES DE LA MARIHUANA**

## **Rapport du Comité permanent de la santé**

**Le président**

**Ben Lobb**

**OCTOBRE 2014**

**41<sup>e</sup> LÉGISLATURE, DEUXIÈME SESSION**

---

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

### **PERMISSION DU PRÉSIDENT**

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

# **LES RISQUES ET LES DOMMAGES SANITAIRES DE LA MARIHUANA**

## **Rapport du Comité permanent de la santé**

**Le président**

**Ben Lobb**

**OCTOBRE 2014**

**41<sup>e</sup> LÉGISLATURE, DEUXIÈME SESSION**



# COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

## PRÉSIDENT

Ben Lobb

## VICE-PRÉSIDENTS

Libby Davies

L'hon. Hedy Fry

## MEMBRES

Eve Adams

Claude Gravelle

Wladyslaw Lizon

James Lunney

Dany Morin

David Wilks

Terence Young

## AUTRES DÉPUTÉS AYANT PARTICIPÉ

Niki Ashton

Jay Aspin

L'hon. Irwin Cotler

L'hon. Carolyn Bennett

Patricia Davidson

Kirsty Duncan

L'hon. Wayne Easter

Ted Falk

Yvonne Jones

Matthew Kellway

Kevin Lamoureux

Hélène Laverdière

Ted Opitz

John Rafferty

Rathika Sitsabaiesan

Robert Sopuck

Kennedy Stewart

Mike Wallace

## GREFFIER DU COMITÉ

Andrew Bartholomew Chaplin

## BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Karin Phillips



# **LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

a l'honneur de présenter son

## **SIXIÈME RAPPORT**

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié les risques et les dommages sanitaires de la marijuana et a convenu de faire rapport de ce qui suit :



# TABLE DES MATIÈRES

---

LES RISQUES ET LES DOMMAGES SANITAIRES DE LA MARIHUANA .....	1
Introduction.....	1
Aperçu de la marihuana et de son usage au Canada.....	1
A. Qu'est-ce que la marihuana?.....	1
B. Prévalence de l'usage de la marihuana au Canada .....	2
1. Population générale .....	2
2. Jeunes.....	3
C. Risques et méfaits perçus de la consommation de marihuana parmi les Canadiens .....	4
D. Incidence de l'usage de marihuana sur le système de santé .....	5
Données scientifiques concernant les méfaits de la marihuana et les risques pour la santé.....	6
A. Fonctionnement cognitif et développement du cerveau.....	7
B. Santé mentale et toxicomanie.....	9
1. Psychose et schizophrénie.....	9
2. Anxiété et dépression .....	11
3. Toxicomanie .....	11
C. Effets respiratoires.....	13
D. Risques cardiovasculaires .....	13
E. Consommation de cannabis et accidents d'automobile .....	14
Rôle du gouvernement fédéral dans la lutte contre les méfaits et les risques pour la santé liés à la consommation de marihuana.....	15
A. Consommation de marihuana et la <i>Loi réglementant certaines drogues         et autres substances</i> .....	15
B. Usage de la marihuana à des fins médicales .....	17
C. Prévention par le savoir et la sensibilisation du public.....	19
Observations et recommandations du Comité.....	21
LISTE DES RECOMMANDATIONS .....	23
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS .....	25
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES .....	27
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT.....	29

OPINION DISSIDENTE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA...	31
OPINION DISSIDENTE DU PARTI LIBÉRAL DU CANADA.....	35

# LES RISQUES ET LES DOMMAGES SANITAIRES DE LA MARIHUANA

---

## Introduction

Le 29 avril 2014, le Comité de la santé de la Chambre des communes (« le Comité ») a adopté une motion en vue de réaliser, en cinq réunions au plus, une étude sur les données scientifiques concernant les risques de la marihuana pour la santé et ses méfaits<sup>1</sup>. Il a ensuite convenu d'orienter l'étude vers l'état des connaissances sur les risques de la marihuana pour la santé, notamment sur les risques de dépendance et les effets de la marihuana sur le cerveau en développement, ainsi que sur le niveau de sensibilisation des Canadiens au sujet des méfaits et des risques de la marihuana pour la santé<sup>2</sup>. Au cours des cinq réunions prévues, le Comité a reçu de nombreux témoins : des hauts fonctionnaires, des représentants du corps médical et des experts reconnus qui ont publié des articles évalués par les pairs dans des revues médicales et scientifiques. Le présent rapport résume leurs témoignages et fait état des moyens que pourrait prendre le gouvernement pour réduire les risques de la marihuana pour la santé et les méfaits qu'elle peut causer.

## Aperçu de la marihuana et de son usage au Canada

### A. Qu'est-ce que la marihuana?

La marihuana est le nom commun de *Cannabis sativa*, plante de chanvre qui pousse dans les climats tempérés et tropicaux<sup>3</sup>. Les feuilles et les sommités fleuries des plantes du *Cannabis sativa* contiennent au moins 489 composés distincts<sup>4</sup>. Parmi ces composés, le delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC ou THC) est responsable de nombreux, sinon de la plupart, des effets euphorisants et toxicomanogènes; il stimule les récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 du système endocannabinoïde (eCB)<sup>5</sup>. Le système eCB est un système de signalisation lipidique qui joue un rôle de régulation de divers processus physiologiques et physiopathologiques, dont le développement neural, la fonction immunitaire, l'inflammation, l'appétit, le métabolisme et l'homéostasie énergétique, la fonction cardiovasculaire, la digestion, le développement osseux, la densité osseuse, la plasticité synaptique et l'apprentissage, la douleur, la reproduction, la

---

1 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HESA), [Procès-verbal](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 29 avril 2014.

2 *Ibid.*

3 Santé Canada, [Renseignements destinés aux professionnels de la santé – Le cannabis \(marihuana, marijuana\) et les cannabinoïdes](#), février 2013.

4 *Ibid.*

5 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0850 (D<sup>r</sup> Bernard Le Foll, professeur, Université de Toronto, à titre personnel).

maladie psychiatrique, le comportement psychomoteur, la mémoire, les cycles de veille et de sommeil ainsi que la régulation du stress et de l'état émotionnel<sup>6</sup>. La plante contient également d'autres cannabinoïdes, dont le cannabinoïde et le cannabichromène, qui sont présents en moindre quantité et qui ont peu de propriétés psychotropiques<sup>7</sup>.

Il existe de nombreuses variétés de *Cannabis sativa* et leur teneur en cannabinoïdes varie en fonction de différents facteurs, dont les conditions du sol et les conditions climatiques, de même que les techniques de culture<sup>8</sup>. La plupart des recherches scientifiques d'actualité portent sur les variétés qui contiennent des niveaux élevés de THC et de cannabidiol (CBD), et l'on en sait moins au sujet des effets d'autres variétés<sup>9</sup>. Le Comité a appris que la teneur en THC de la marijuana disponible au Canada est plus élevée qu'autrefois. Au dire d'une représentante de Santé Canada qui a comparu devant le Comité, des données du Service d'analyse des drogues de Santé Canada indiquent que la teneur en THC de la marijuana n'a cessé d'augmenter entre 1988 et 2010, une tendance observée ailleurs, notamment en Europe et aux États-Unis<sup>10</sup>. Selon des données provenant des États-Unis, la teneur en THC de la marijuana a augmenté d'environ 1 % dans les années 1980 à 10 ou 11 % en 2011; la marijuana cultivée en intérieur sur la côte Ouest du Canada peut avoir une teneur en THC supérieure à 30 %<sup>11</sup>. Une représentante de Santé Canada a indiqué que la consommation de marijuana à forte teneur en THC peut nuire à la santé physique et mentale<sup>12</sup>.

## B. Prévalence de l'usage de la marijuana au Canada

### 1. Population générale

Selon une représentante de Santé Canada, des données de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) de 2012 révèlent que la marijuana est la drogue illicite consommée le plus couramment au Canada<sup>13</sup>. En 2012, 10,2 % de la population canadienne a indiqué avoir pris de la marijuana au cours de la dernière année; les hommes étaient deux fois plus susceptibles de déclarer en avoir consommé<sup>14</sup>. Dans l'ensemble, 41,5 % des Canadiens disent avoir

---

6 Santé Canada, « [Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis \(marijuana, marijuana\) et les cannabinoïdes](#) », février 2013.

7 *Ibid.*

8 *Ibid.*

9 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0850 (Dr Bernard Le Foll).

10 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0845 (Hilary Geller, sous-ministre adjointe, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, ministère de la Santé).

11 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0850 (Kevin Sabet, directeur exécutif, Smart Approaches to Marijuana).

12 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0845 (Hilary Geller).

13 *Ibid.*

14 *Ibid.*

consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie<sup>15</sup>. Environ le quart des Canadiens qui disent avoir consommé du cannabis au cours des trois derniers mois sont considérés comme des consommateurs chroniques qui font usage du cannabis tous les jours<sup>16</sup>. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indiquent qu'environ 1 % des adultes canadiens âgés de 25 à 64 ans répondaient au critère d'abus ou de dépendance au cannabis en 2012<sup>17</sup>.

Dans son mémoire présenté au Comité, D<sup>r</sup> Perry Kendall a indiqué que, d'après les données de l'ESCCAD de 2011, environ 17,7 % de la population canadienne âgée d'au moins 15 ans qui a utilisé du cannabis au cours de la dernière année était motivée par des raisons médicales<sup>18</sup>. Environ 50 % des personnes qui ont consommé du cannabis à des fins médicales voulaient apaiser une douleur chronique causée par des troubles comme l'arthrite, les maux de dos et les migraines, tandis que l'autre moitié a utilisé du cannabis pour l'un des nombreux troubles comme l'insomnie, la dépression et l'anxiété<sup>19</sup>.

## 2. Jeunes

Le Comité a appris que le taux de consommation de marijuana chez les jeunes est deux fois plus élevé que celui des adultes; en 2012, 20,3 % des jeunes Canadiens ont indiqué en avoir consommé au cours de la dernière année<sup>20</sup>. L'âge moyen auquel les jeunes commencent à consommer de la marijuana, soit 15,6 ans, est demeuré inchangé ces 7 dernières années<sup>21</sup>. Selon une enquête réalisée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sur le comportement lié à la santé des enfants d'âge scolaire en 2009–2010, entre 10 et 12 % des jeunes en 9<sup>e</sup> et en 10<sup>e</sup> année ont indiqué avoir consommé de la marijuana au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours<sup>22</sup>. Le Comité a appris que, selon une récente étude de l'UNICEF, les jeunes Canadiens âgés de 11 à 15 ans sont parmi les plus grands utilisateurs de cannabis comparativement à leurs pairs des autres pays développés; 28 % d'entre eux ont indiqué avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année<sup>23</sup>. L'Enquête sur la santé dans les collectivités

---

15 Santé Canada, *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues* (ESCCAD), Sommaire des résultats pour 2012.

16 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0900 (Michel Perron, directeur général, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies).

17 *Ibid.*, 0905.

18 D<sup>r</sup> Perry Kendall, directeur de la de santé publique, gouvernement de la Colombie-Britannique, « *Bienfaits et méfaits du cannabis : Information destinée à faciliter la prise de décisions relativement à la politique sur le cannabis* », mémoire présenté le 21 mai 2014.

19 *Ibid.*

20 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0850 (Hilary Geller).

21 Dr Perry Kendall, « *Bienfaits et méfaits du cannabis : Information destinée à faciliter la prise de décisions relativement à la politique sur le cannabis* », mémoire présenté le 21 mai 2014.

22 *Ibid.*

23 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0950 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan, directeur médical, Women's College Hospital, à titre personnel).

canadiennes révèle que plus de 5 % des jeunes Canadiens de 15 à 24 ans répondaient au critère d'usage abusif ou de dépendance au cannabis en 2012<sup>24</sup>.

### **C. Risques et méfaits perçus de la consommation de marijuana parmi les Canadiens**

Des témoins qui ont comparu devant le Comité ont expliqué que les Canadiens ne sont pas conscients des méfaits de la marijuana sur la santé et des risques qu'elle comporte et qu'ils la considèrent plutôt comme une substance inoffensive. Selon un sondage d'opinion réalisé dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue du gouvernement fédéral, les parents et les jeunes sont conscients des risques et des méfaits de drogues telles que la cocaïne, le crack, l'ecstasy et la méthamphétamine en cristaux, mais peu d'entre eux considéraient la marijuana comme une drogue dangereuse<sup>25</sup>. En outre, selon l'Étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, réalisée par l'ASPC, les jeunes de 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> années croient que l'usage de la marijuana pose peu de risque ou aucun risque pour la santé<sup>26</sup>.

Un représentant du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) a expliqué que, selon une étude réalisée par l'organisme, les jeunes Canadiens sont très mal renseignés sur les effets du cannabis<sup>27</sup>. Des participants à l'étude croient que le cannabis améliore leur concentration à l'école et qu'il peut prévenir ou guérir le cancer. Les jeunes ne savent pas vraiment si le cannabis renforce ou affaiblit les facultés lorsqu'on conduit un véhicule et ils ont l'impression qu'il est moins dangereux de conduire un véhicule sous l'effet du cannabis qu'en état d'ébriété. Les jeunes voient également le cannabis comme une substance naturelle et non pas comme une drogue. Une représentante de Santé Canada a indiqué au Comité que la disponibilité de la marijuana à des fins médicales au Canada et les débats concernant la légalisation de la drogue aux États-Unis ont peut-être semé la confusion au sujet de la nature et des effets du cannabis<sup>28</sup>.

Un représentant de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) a indiqué que les participants à une étude réalisée en 2013 par le Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé s'entendaient généralement pour dire que l'alcool amoindrait la capacité de conduire un véhicule automobile, mais que seulement 68 % croyaient que le cannabis nuisait à la capacité de conduire<sup>29</sup>. La majorité des participants reconnaissait qu'un conducteur pouvait être inculpé de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool, mais

---

24 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0905 (Michel Perron).

25 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0850 (Hilary Geller).

26 *Ibid.*

27 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0900 (Michel Perron).

28 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0850 (Hilary Geller).

29 Inspecteur J.R. Taplin, « *Speaking Notes for Insp. J.R. TAPLIN: Appearance before the House of Commons Standing Committee on Health, Topic: Marijuana: Health Risks and Harms* », 27 mai 2014. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

26 % ne pensait pas qu'un conducteur pouvait être inculpé de conduite avec facultés affaiblies par le cannabis.

Enfin, le Comité a appris que le taux élevé de consommation de marijuana parmi les Canadiens peut être attribuable à la perception que la marijuana n'a pas d'effets négatifs. Un témoin a mentionné que, selon un sondage mené dans trois pays auprès d'adultes, les Canadiens étaient plus enclins à considérer le cannabis comme une substance inoffensive et à avoir pris du cannabis que les adultes suédois ou finlandais<sup>30</sup>. Un sondage réalisé auprès d'élèves du deuxième cycle du secondaire aux États-Unis a fait ressortir une augmentation du taux de consommation de marijuana, lequel est passé de 2,4 à 6,5 % entre 1993 et 2013, associée à une baisse du pourcentage (de 70 à 40 %) d'élèves croyant que la consommation régulière de marijuana est nocive<sup>31</sup>.

Plusieurs témoins se sont dits préoccupés par l'écart entre la perception des Canadiens qui considèrent la marijuana comme une substance inoffensive et les données scientifiques les plus récentes qui mettent en évidence les méfaits de la marijuana et les risques qu'elle présente pour la santé, notamment pour les groupes vulnérables comme les jeunes<sup>32</sup>. Les témoins estimaient qu'il est nécessaire de diffuser les connaissances scientifiques les plus récentes sur les risques de la marijuana pour la santé et sur les méfaits de cette drogue<sup>33</sup>.

#### **D. Incidence de l'usage de marijuana sur le système de santé**

Le Comité a également reçu des témoignages au sujet de l'incidence de la marijuana sur le système de santé au Canada. Dans le *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement* produit par le CCLT, le cannabis représente la deuxième drogue illicite couramment consommée par les personnes ayant recours à des services de traitement de la toxicomanie financés par l'État<sup>34</sup>. Une représentante de Santé Canada a également indiqué que des données recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) mettent en lumière une hausse des hospitalisations liées à la marijuana<sup>35</sup>.

---

30 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0950 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

31 *Ibid.*

32 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0905 (Michel Perron) et 0940 (Kevin Sabet); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0850 (Hilary Geller).

33 *Ibid.*

34 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0850 (Hilary Geller).

35 *Ibid.*

En 2007–2008, il y a eu 598 hospitalisations<sup>36</sup> dont la principale cause était la marijuana<sup>37</sup>. En 2012–2013, 908 cas ont été recensés<sup>38</sup>.

Des données de l'ICIS indiquent également que le nombre total de cas<sup>39</sup> pour lesquels le diagnostic était relié à la consommation de marijuana et qui ont donné lieu à des soins ambulatoires (incluant les visites aux services des urgences qui peuvent avoir débouché sur des hospitalisations) a augmenté de 11 869 en 2007–2008 à 20 751 en 2012–2013<sup>40</sup>. Il faut signaler que le nombre de cas reliés à la consommation de marijuana qui ont donné lieu à des hospitalisations comprend aussi les hospitalisations attribuables aux chirurgies d'un jour, bien que ces chirurgies ne fussent probablement pas reliées à la consommation de marijuana<sup>41</sup>. Une autre étude fondée sur des données recueillies en 2002 révèle que 0,3 % du nombre total d'hospitalisations au Canada pouvait être attribué à la consommation de cannabis, 5,8 % à la consommation d'alcool, 1,4 % à l'utilisation de drogues illicites et 10,3 % à l'usage du tabac<sup>42</sup>.

### **Données scientifiques concernant les méfaits de la marijuana et les risques pour la santé**

Des témoins qui ont comparu devant le Comité ont résumé l'état actuel des recherches sur les méfaits de la marijuana sur la santé et sur les risques connexes dans différents domaines : fonctionnement cognitif et développement du cerveau; santé mentale et toxicomanie; effets respiratoires; maladie cardiovasculaire et accidents d'automobile. Leurs témoignages, qui montrent également que les jeunes risquent davantage de subir les effets négatifs de la marijuana sur la santé, sont présentés dans les sections qui suivent.

---

36 Il faut signaler que le nombre de cas représente les admissions ou les soins de santé, non pas des patients individuels, de sorte que les mêmes patients peuvent être pris en compte plus d'une fois au cours d'une année.

37 Institut canadien d'information sur la santé, « *CIHI Data on Marijuana-related Hospitalizations and Ambulatory Care Encounters (including Emergency Departments)* », mémoire présenté au Comité par Santé Canada le 12 mai 2014. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

38 *Ibid.*

39 Il faut signaler que le nombre de cas représente les admissions ou les soins de santé, non pas des patients individuels, de sorte que les mêmes patients peuvent être pris en compte plus d'une fois au cours d'une année.

40 Institut canadien d'information sur la santé, « *CIHI Data on Marijuana-related Hospitalizations and Ambulatory Care Encounters (including Emergency Departments)* », mémoire présenté au Comité par Santé Canada le 12 mai 2014. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

41 *Ibid.*

42 D<sup>r</sup> Perry Kendall, « *Bienfaits et méfaits du cannabis : Information destinée à faciliter la prise de décisions relativement à la politique sur le cannabis* », mémoire présenté au Comité le 21 mai 2014.

## A. Fonctionnement cognitif et développement du cerveau

Selon un représentant du CCLT, les recherches démontrent clairement que la marijuana a des effets préjudiciables sur le fonctionnement cognitif immédiatement après la consommation (ce qu'on considère les « méfaits aigus ou immédiats<sup>43</sup> »). Plus précisément, la marijuana réduit la concentration et la capacité de prendre des décisions, allonge le temps de réaction, et affaiblit la mémoire de même que les fonctions d'exécution; ce sont toutes des facultés nécessaires pour conduire un véhicule en toute sécurité, pour suivre attentivement les cours à l'école et pour aller travailler. Ces fonctions cognitives sont davantage amoindries si le cannabis est pris avec de l'alcool<sup>44</sup>. D<sup>r</sup> Meldon Kahan a aussi précisé qu'il « existe un lien étroit entre l'usage de cannabis et l'anxiété, les troubles de l'humeur et les idées suicidaires. L'usage intensif de cannabis peut causer de l'anxiété et des crises de panique<sup>45</sup>. » Zach Walsh a expliqué que les effets aigus peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre et que ce sont les utilisateurs occasionnels de cannabis qui subissent les effets cognitifs les plus puissants, alors que les utilisateurs réguliers développent une tolérance à la drogue<sup>46</sup>.

On a dit au Comité que les effets aigus de la marijuana sur le plan cognitif peuvent se manifester jusqu'à un mois après la consommation. Harold Kalant, de l'Université de Toronto, a expliqué que les effets physiques et mentaux chez les adultes s'estompent habituellement lorsque cesse la consommation<sup>47</sup>. D<sup>r</sup> Kahan a fait savoir que l'usage chronique ou quotidien de cannabis peut provoquer des déficits cognitifs qui persistent parfois même après une période d'abstinence, précisant que les études longitudinales étaient de nature observationnelle<sup>48</sup>. De plus, M. Walsh a signalé au Comité qu'il ressort d'une méta-analyse détaillée que les vues différaient en ce qui concerne les effets de la consommation régulière de cannabis à long terme sur le fonctionnement neurocognitif des consommateurs, précisant que « l'utilisation du cannabis peut entraîner une apparition plus précoce de la [schizophrénie] chez certaines personnes vulnérables et peut également aggraver l'état de santé de celles qui ont des antécédents de troubles psychotiques<sup>49</sup> ».

En ce qui concerne les jeunes, le Comité a appris que, selon de nouvelles données scientifiques, l'usage régulier ou chronique de marijuana, c'est-à-dire plus d'un joint par

---

43 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0900 (Michel Perron).

44 *Ibid.* 0930.

45 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0845 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

46 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0940 (Zach Walsh, professeur agrégé, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel).

47 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 1000 (Harold Kalant, Université de Toronto, à titre personnel).

48 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0950 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

49 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0845 (Zach Walsh).

semaine, a un effet durable sur le fonctionnement cognitif des jeunes<sup>50</sup>. Devant le Comité, Andra Smith a expliqué que ses recherches visant à comparer l'activité cérébrale des jeunes adultes (18 à 21 ans) qui font un usage courant de la marijuana à l'activité cérébrale des jeunes adultes qui n'en consomment pas régulièrement ont démontré que, chez les jeunes adultes qui consomment régulièrement de la marijuana, plus nombreuses étaient les zones du cerveau qui contribuaient à l'exécution des tâches<sup>51</sup>. Quand davantage de zones du cerveau sont sollicitées dans l'accomplissement d'une tâche, c'est l'indice d'une compensation à cause de déficits dans d'autres zones.

La technique d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) utilisée durant l'étude a montré que la région du cerveau le plus touchée par la consommation de marijuana est le cortex préfrontal, qui est responsable des fonctions cognitives d'exécution, dont la prise de décisions, la planification, le comportement d'organisation, l'établissement et la réalisation d'objectifs, ainsi que l'inhibition des réactions inappropriées et le maintien de l'attention<sup>52</sup>. Les participants dont le cortex préfrontal présentait un déficit devaient compter sur d'autres zones du cerveau, par exemple le système limbique et les régions postérieures du cerveau, pour accomplir les tâches cognitives d'exécution. On a toutefois dit au Comité que ces zones ne sont pas aussi développées que le cortex préfrontal pour accomplir ces fonctions et qu'elles sont considérées comme le « cerveau émotionnel<sup>53</sup> ». Le Comité a aussi appris que l'impact de la marijuana sur le cortex préfrontal était particulièrement considérable chez les jeunes, car cette partie du cerveau est soumise à d'importantes étapes de développement neuronal durant l'adolescence. Comme l'usage de marijuana entrave le développement du cortex cérébral, les jeunes sont plus vulnérables aux effets neurotoxiques de la marijuana<sup>54</sup>.

Au dire de certains témoins, les recherches épidémiologiques corroborent ces conclusions relatives aux jeunes<sup>55</sup>. Dans le cadre de l'étude réalisée à Dunedin, 1 037 personnes nées à Dunedin, en Nouvelle-Zélande, en 1972 et en 1973 ont été soumises à des entrevues et à des examens tous les deux ou trois ans pendant l'enfance; le plus récent suivi a été effectué en 2010–2012, les participants étant âgés de 38 ans. Cette étude a révélé que les personnes qui ont commencé à consommer régulièrement de la marijuana affichaient une baisse de quotient intellectuel à 13 ans, soit une baisse de 6 à 8 points<sup>56</sup>. Les gros consommateurs de marijuana et les personnes ayant commencé à en fumer à un âge précoce avaient subi la perte de QI la plus importante. Les effets de

---

50 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0850 (Andra Smith, professeure agrégée, Université d'Ottawa).

51 *Ibid.*

52 *Ibid.*

53 *Ibid.*

54 *Ibid.*

55 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0950 (Dr. Meldon Kahan); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0850 (Andra Smith); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0910 (Kevin Sabet).

56 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0915 (Kevin Sabet).

la marijuana sur la santé mentale se traduisaient par un plus grand nombre d'abandons scolaires, par une moins grande adaptation sociale et par le risque accru de dépression plus tard dans la vie. M. Walsh a toutefois souligné au Comité que diverses publications font état de préoccupations importantes au sujet des conclusions de l'étude, notamment le fait que d'autres facteurs que la marijuana peuvent avoir joué un rôle dans les modifications du QI signalées dans l'étude, par exemple la situation socioéconomique et les traits de personnalité reliés à la transgression des règles et au comportement antisocial<sup>57</sup>.

Enfin, le Comité a appris que l'exposition prénatale à la marijuana a une incidence sur le développement des enfants, comme le conclut l'Étude prospective prénatale d'Ottawa au cours de laquelle on a suivi, de la naissance jusqu'au début de l'âge adulte, des groupes d'enfants nés de mères ayant fumé du cannabis pendant la grossesse comparativement à des enfants de mères ayant fumé du tabac ou rien du tout<sup>58</sup>. On a constaté que les enfants de mères ayant fumé du cannabis durant la grossesse avaient subi des effets mentaux persistants tout au long de leur croissance et de leur développement, puis à l'âge adulte. Ces changements étaient mineurs, mais avaient tout de même une incidence sur les résultats scolaires des enfants.

Selon des témoins qui ont comparu devant le Comité, ces conclusions concernant l'incidence de la marijuana sur le développement du cerveau des jeunes, ainsi que sur celui des enfants exposés à la marijuana pendant la période prénatale, montrent bien qu'il faut sensibiliser la population, en particulier les jeunes et les femmes enceintes, aux risques et aux méfaits de la marijuana<sup>59</sup>.

## **B. Santé mentale et toxicomanie**

### **1. Psychose et schizophrénie**

D<sup>re</sup> Mizrahi a expliqué au Comité que le cannabis peut jouer un rôle dans l'évolution de la schizophrénie parmi les groupes qui sont vulnérables sur le plan génétique<sup>60</sup>. Elle a indiqué que des études épidémiologiques très reproductibles ont montré que la consommation de cannabis à un jeune âge augmentait de deux à six fois l'incidence de la schizophrénie; l'accroissement observé du risque de psychose était associé à l'usage du cannabis avant l'âge de 15 ans et il était fonction de la dose.

---

57 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0845 (Zach Walsh).

58 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 1000 (Harold Kalant); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0850 (Andra Smith).

59 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 1000 (Harold Kalant); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0850 (Andra Smith et Michel Perron); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0910 (Kevin Sabet).

60 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0910 (D<sup>re</sup> Romina Mizrahi, professeure adjointe en psychiatrie, Université de Toronto, à titre personnel).

D<sup>re</sup> Mizrahi a expliqué qu'il existe un lien, quoique mal compris, entre la consommation de cannabis et la schizophrénie, lien établi par le système eCB chez les humains<sup>61</sup>. Ce système intervient dans l'évolution de la schizophrénie en régulant la libération de dopamine, un neurotransmetteur qui joue un rôle clé dans la maladie. Le cannabis produit des effets physiologiques et psychologiques en intervenant sur les récepteurs CB1 et CB2 du système eCB. On a dit au Comité que le système eCB subit, au début de la vie, des changements spectaculaires qui pourraient expliquer la sensibilité au cannabis des adolescents de moins de 15 ans et le développement de la schizophrénie chez les personnes vulnérables à cette maladie sur le plan génétique. Un autre témoin, D<sup>r</sup> Tony George a également souligné le rôle du bagage génétique chez les personnes qui sont plus susceptibles d'éprouver une psychose induite par la consommation de cannabis; les personnes qui possèdent le gène appelé catéchol-O-méthyltransférase, présent dans environ 36 % de la population, risquent 5 à 10 fois plus d'être atteintes d'une psychose induite par la consommation de cannabis<sup>62</sup>.

Enfin, le Comité a appris que le stress social et d'autres facteurs environnementaux peuvent influencer le fonctionnement du système eCB, lequel influence à son tour la réponse du système eCB au cannabis, en particulier chez les personnes vulnérables à la schizophrénie<sup>63</sup>. D<sup>re</sup> Mizrahi expliquait en conclusion que « le stress social et d'autres facteurs de risque sociaux et environnementaux interagissent d'une manière complexe et qui est fonction de l'âge de la personne, ce qui mène au lien épidémiologique observé entre le cannabis et la schizophrénie<sup>64</sup> ». Selon D<sup>r</sup> George, ces résultats de recherche témoignent de la nécessité d'adopter des mesures de prévention, incluant des activités d'éducation et des thérapies comportementales destinées aux personnes qui risquent tout particulièrement d'être atteintes de psychose ou de schizophrénie après usage de cannabis<sup>65</sup>.

D<sup>re</sup> Mizrahi et M. Walsh ont tous deux mentionné que le lien entre le cannabis et la psychose est mal défini parce que même si on sait que le THC contenu dans la plante produit des effets psychotiques, les autres composantes de la plante dont le cannabigérol (CBG) et le cannabidiol (CBD) ont un effet antipsychotique<sup>66</sup>. Par conséquent, les risques de psychose induite par l'usage de cannabis peuvent également varier en fonction du type de cannabis consommé, c'est-à-dire en fonction du rapport de THC et de CBC et CBD<sup>67</sup>.

---

61 *Ibid.*

62 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014. 0925 (D<sup>r</sup> Tony George, professeur de psychiatrie, Université de Toronto, à titre personnel).

63 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0910 (D<sup>re</sup> Romina Mizrahi).

64 *Ibid.*

65 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0925 (D<sup>r</sup> Tony George).

66 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0915 (D<sup>re</sup> Romina Mizrahi); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0850 (Zach Walsh).

67 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0855 (Zach Walsh).

## 2. Anxiété et dépression

Plusieurs témoins ont expliqué que les données recueillies au sujet du lien entre la consommation de marijuana et l'anxiété et la dépression ne sont pas concluantes<sup>68</sup>. Il a été dit au Comité que des études font état d'une forte prévalence de troubles anxieux parmi les gros consommateurs de cannabis. En outre, des études démontrent que la consommation de marijuana peut engendrer de l'anxiété et des troubles de l'humeur, incluant des idées suicidaires<sup>69</sup>. Qui plus est, les attaques de panique constituent l'effet indésirable le plus courant de l'usage du cannabis, en particulier chez les personnes qui en consomment pour la première fois<sup>70</sup>. D'autres études signalent toutefois une diminution de la dépression et de l'anxiété chez les consommateurs de cannabis. L'apaisement de l'anxiété est la principale raison qui motive l'usage du cannabis<sup>71</sup>.

## 3. Toxicomanie

Selon l'Association médicale canadienne, la toxicomanie est une grave maladie récurrente et chronique, et la consommation abusive de substances est un comportement complexe influencé par de nombreux facteurs<sup>72</sup>. Les propriétés d'accoutumance du cannabis sont l'un de ces facteurs<sup>73</sup>. On a dit au Comité qu'entre 7 et 10 % des consommateurs de cannabis répondent aux critères de dépendance, selon lesquels les consommateurs deviennent tolérants à la drogue; éprouvent de la difficulté à s'en défaire; ont le désir persistant de réduire ou de limiter leur consommation; passent du temps à obtenir et à consommer de la drogue et à s'en remettre; délaissent d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir pour consommer de la drogue; et continuent d'en consommer malgré qu'ils en connaissent les effets nocifs<sup>74</sup>.

Selon D<sup>r</sup> Bernard Le Foll bien que le pourcentage de personnes dépendantes de la marijuana soit relativement faible, la proportion de personnes qui ont de la difficulté à limiter leur consommation de cannabis à un moment donné au cours de leur vie s'établit à non moins de 40 %<sup>75</sup>. Ces personnes ont de la difficulté à limiter leur consommation de marijuana, mais le problème est généralement passager et ne nécessite pas de traitement.

---

68 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0900 (Michel Perron); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0950 (Zach Walsh).

69 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0845 (Zach Walsh); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0950 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

70 *Ibid.*

71 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0855 (Zach Walsh).

72 Association médicale canadienne, « *Les risques et préjudices pour la santé associés à la consommation de marijuana* », mémoire présenté au Comité le 27 mai 2014.

73 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0850 (D<sup>r</sup> Bernard Le Foll).

74 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0855 (D<sup>r</sup> Bernard Le Foll); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0845 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

75 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0900 (D<sup>r</sup> Bernard Le Foll).

Par ailleurs, le Comité a appris que certains groupes risquent davantage d'avoir un trouble lié à la consommation de cannabis. Dans la population en général, le risque de dépendance parmi les consommateurs réguliers est d'environ 10 % et il est de 16 % chez les jeunes qui consomment régulièrement de la marijuana<sup>76</sup>. D<sup>r</sup> Le Foll a expliqué au Comité que des données indiquent clairement que plus une personne commence à consommer jeune, plus le risque de dépendance est élevé<sup>77</sup>. Le risque est le plus élevé chez les personnes qui commencent à consommer avant l'âge de 14 ans et il diminue progressivement jusqu'à l'âge de 18 ans. Si la consommation de cannabis commence après 18 ans, le risque de dépendance est à son plus bas.

Le Comité a entendu dire que la comorbidité est très élevée chez les personnes qui ont une maladie mentale et une dépendance au cannabis<sup>78</sup>. On évalue que ces personnes consomment environ 80 % du cannabis qui est consommé aux États-Unis<sup>79</sup>. La comorbidité de ces deux troubles peut être attribuée au fait que les personnes ayant un trouble mental sont peut-être plus sujettes à la dépendance, ou il peut s'agir d'automédication. Il se peut aussi que la drogue soit à l'origine du trouble psychiatrique, mais les données sont peu concluantes à cet égard. Le Comité a appris que chez les personnes qui ont une maladie mentale, en particulier la schizophrénie, et qui consomment énormément de cannabis, les fonctions cognitives sont affectées<sup>80</sup>.

Enfin, pour ce qui est de savoir si l'usage de cannabis à l'adolescence augmente la consommation d'autres substances pouvant entraîner la dépendance plus tard dans la vie, le Comité a entendu dire que, selon les données épidémiologiques, une petite minorité de consommateurs de cannabis en vient à consommer des drogues dures telles que l'héroïne (1 %) et la cocaïne (4 %)<sup>81</sup>. Au dire d'un témoin, cette situation pourrait être attribuable à l'effet neurobiologique de l'exposition précoce au cannabis<sup>82</sup>. Des témoins ont cependant indiqué que d'autres facteurs peuvent également être responsables de l'exposition des utilisateurs aux drogues dures. Par exemple, en raison du statut illégal du cannabis, les utilisateurs peuvent acheter du cannabis sur le marché noir où d'autres drogues peuvent leur être offertes<sup>83</sup>. La pauvreté est un autre facteur.

---

76 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 1005 (Harold Kalant).

77 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0900 (D<sup>r</sup> Bernard Le Foll).

78 *Ibid.*, 0905.

79 *Ibid.*

80 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0920 (D<sup>r</sup> Tony George).

81 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 mai 2014, 1020 (D<sup>r</sup> Didier Jutras-Aswad, professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal, à titre personnel); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0845 (Philippe Lucas).

82 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 mai 2014, 1020 (D<sup>r</sup> Didier Jutras-Aswad).

83 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0855 (Philippe Lucas).

### C. Effets respiratoires

Des témoins ont expliqué au Comité que la marijuana peut endommager le système respiratoire; l'inhalation de substances cancérigènes et de monoxyde de carbone contenus dans la marijuana occasionne des risques semblables, voire supérieurs, à ceux de la fumée du tabac. Au dire de témoins, les recherches montrent que la fumée de la marijuana irrite les poumons, augmente la prévalence de la bronchite, de la toux et de la production de mucus<sup>84</sup>. Selon Kevin Sabet, la fumée de marijuana contient également entre 50 et 70 % plus de substances cancérigènes que la fumée du tabac<sup>85</sup>. De plus, la fumée de marijuana est inhalée sans filtre, et les utilisateurs aspirent des bouffées plus grandes et plus profondes qu'ils gardent plus longtemps dans les poumons, et cela entraîne des effets nocifs sur la respiration<sup>86</sup>.

On a dit au Comité que l'évaluation des effets à long terme de la toxicité de la marijuana sur les poumons était limitée parce que la marijuana est souvent inhalée avec du tabac, d'où la difficulté d'établir le lien de cause à effet<sup>87</sup>. En ce qui concerne le cancer des poumons, D<sup>r</sup> Kahan a fait mention d'une étude menée auprès d'une cohorte de 50 000 hommes suivis sur une période de 40 ans; publiés en 2013, les résultats de cette étude indiquent que le fait de fumer régulièrement du cannabis double le risque de cancer des poumons, après qu'on eut écarté le tabagisme et d'autres facteurs de risque<sup>88</sup>. D'autres témoins ont cependant dit que les recherches n'étaient pas précises et que d'autres études s'imposent<sup>89</sup>.

### D. Risques cardiovasculaires

Des témoins ont fait état des risques de maladies cardiovasculaires associés à la marijuana. Selon D<sup>r</sup> Kahan, le fait de fumer du cannabis a d'importantes répercussions sur le plan physiologique : il augmente entre autres la tension artérielle, la fréquence cardiaque et la constriction des vaisseaux sanguins<sup>90</sup>. D<sup>r</sup> Kahan a mentionné qu'on a signalé des cas de crise cardiaque et d'accident vasculaire survenus chez des jeunes peu de temps après qu'ils avaient fumé du cannabis.

---

84 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0850 (Kevin Sabet, PhD).

85 *Ibid.*, 0935

86 *Ibid.* Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, « *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Points saillants* », avril 2013, mémoire présenté au Comité le 6 mai 2014.

87 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0855 (D<sup>r</sup> Bernard Le Foll).

88 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0950 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

89 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0905 (Michel Perron et Kevin Sabet).

90 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0950 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

## E. Consommation de cannabis et accidents d'automobile

Des recherches montrent que le cannabis, consommé en quantité suffisante, affaiblit les capacités cognitives et psychomotrices nécessaires à la conduite automobile<sup>91</sup>. Des études indiquent que la consommation de cannabis affecte le repérage des véhicules, le temps de réaction et l'attention<sup>92</sup>. Mark Asbridge a expliqué que l'effet du cannabis sur la conduite automobile se fait surtout sentir une heure ou deux après avoir été consommé. On a dit au Comité que, selon les résultats de méta-analyses, une consommation importante de cannabis une heure ou deux avant de prendre le volant double le risque d'accident; c'est dans ce laps de temps que se produisent de graves accidents causant des blessures ou des décès.

M. Asbridge a expliqué que ces résultats sont concluants étant donné que des enquêtes réalisées au Canada, en Australie et aux États-Unis révèlent que les cas autodéclarés de conduite avec facultés affaiblies par le cannabis ont dépassé les cas de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool<sup>93</sup>. De plus, 1 adulte sur 10 et 4 jeunes sur 10 affirment avoir conduit sous l'influence du cannabis une heure ou deux après en avoir consommé, soit le laps de temps pendant lequel l'effet du THC risque de nuire à la conduite<sup>94</sup>. Un inspecteur de la GRC a dit au Comité que, selon un rapport publié par le CCLT en 2011, le tiers des conducteurs qui ont été mortellement blessés au Canada de 2000 à 2008 conduisaient sous l'influence de drogues, le plus souvent des dépresseurs du système nerveux central, du cannabis et des stimulants<sup>95</sup>. Selon l'étude, les conducteurs âgés de 16 à 24 ans risquaient le plus d'avoir un accident fatal, et leur drogue de prédilection était le cannabis<sup>96</sup>. Le Comité a aussi appris que, dans de nombreux décès survenus sur la route et reliés à la consommation de drogues, les conducteurs avaient fait usage d'une combinaison de drogues ou d'une combinaison de cannabis et d'alcool<sup>97</sup>.

M. Asbridge a indiqué que la relation entre l'usage de cannabis et le risque d'accident de la route fait l'objet de débats sur le plan des politiques et de la recherche<sup>98</sup>. Selon lui, il semble y avoir une relation entre la dose et la réaction, c'est-à-dire entre le niveau de THC dans le sang et le risque d'accident de la route, mais des débats ont lieu au sujet des niveaux de THC qui peuvent être considérés comme entraînant un affaiblissement des facultés au sens juridique parce que l'affaiblissement des facultés est relié au moment exact où la marijuana a été consommée avant l'accident.

---

91 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 mai 2014, 0930 (Mark Asbridge, professeur agrégé, Université Dalhousie, à titre personnel).

92 *Ibid.*

93 *Ibid.*

94 *Ibid.*

95 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 mai 2014, 0845 (Inspecteur Jamie Taplin).

96 *Ibid.*

97 *Ibid.*, 0850.

98 *Ibid.*, 0845 (Mark Asbridge).

Un représentant de la GRC a également expliqué que, chez environ 90 % de la population, le niveau de THC dans le sang peut passer de 25 à 50 nanogrammes par millilitre à moins de 2,5 nanogrammes par millilitre en 160 minutes après la consommation de cannabis. Les gens qui consomment beaucoup de cannabis peuvent présenter un niveau résiduel de 2,5 nanogrammes par millilitre même s'ils n'ont pas consommé de cannabis récemment<sup>99</sup>. M. Asbridge a mentionné que, pour des raisons d'éthique, il est difficile de réaliser des recherches visant à déterminer le niveau de cannabis qui présente un risque pour la conduite automobile parce qu'il faut aussi mesurer au moyen de tests sanguins le niveau de marijuana chez des conducteurs qui ne sont pas impliqués dans des accidents de la route<sup>100</sup>.

## **Rôle du gouvernement fédéral dans la lutte contre les méfaits et les risques pour la santé liés à la consommation de marijuana**

Lors de leur comparution devant le Comité, les porte-parole de Santé Canada ont exposé le rôle que joue le gouvernement fédéral dans la lutte contre les méfaits et les risques pour la santé liés à la consommation de marijuana, y compris la réglementation de l'usage à des fins récréatives et médicales en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS) et les stratégies de prévention visant à élargir les connaissances et à sensibiliser le public. D'autres témoins ont parlé des moyens que peut prendre le gouvernement pour soutenir cette lutte. Les témoignages sont présentés dans les sections qui suivent.

### **A. Consommation de marijuana et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances***

Selon une représentante de Santé Canada, la LRSD est l'instrument législatif fédéral de lutte contre les stupéfiants au Canada. Elle offre un fondement législatif pour le contrôle de substances qui peuvent modifier les processus mentaux et peuvent représenter un danger pour la santé d'une personne ou la société, lorsqu'on en abuse ou qu'elles sont détournées vers le marché clandestin<sup>101</sup>. Cette loi établit des infractions interdisant directement de nombreuses activités touchant les substances contrôlées comme la production, la possession, la distribution, l'importation ou l'exportation. Elle contient toutefois des dispositions autorisant l'accès à ces substances à des fins médicales, industrielles ou scientifiques légitimes tout en les assujettissant à des contrôles serrés. Ainsi, la LRSD remplit une double vocation : protéger la santé publique et assurer la sécurité publique<sup>102</sup>.

---

99 *Ibid.*, 0910 (Darcy Smith, gestionnaire général, Services judiciaires nationaux, GRC).

100 *Ibid.*, 0935 (Mark Asbridge).

101 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0845 (Hilary Geller).

102 *Ibid.*

Les substances régies en vertu de la LRDS sont regroupées en six annexes<sup>103</sup>. Au moment de décider si une substance doit être ajoutée à l'une des annexes de la LRDS, Santé Canada examine six facteurs : les exigences et tendances internationales en matière d'inscription; la similitude chimique et pharmacologique avec d'autres drogues inscrites à la LRDS; la vulnérabilité à l'assuétude et la possibilité d'abus; la preuve de la mesure d'abus réels au Canada et à l'échelle internationale; les risques pour la santé et la sécurité personnelles et publiques; et l'utilisation légitime, c'est-à-dire à des fins thérapeutiques, scientifiques, industrielles ou commerciales<sup>104</sup>. *C. sativa*, ses dérivés, ses préparations ainsi que des préparations synthétiques semblables sont inscrits à l'annexe II de la LRDS, ce qui en interdit l'usage récréatif au Canada. La porte-parole a aussi expliqué que la réglementation du Canada de la marijuana en tant que substance contrôlée cadre avec les lois de la plupart des pays et répond aux obligations internationales du Canada en vertu des trois traités des Nations Unies en matière de stupéfiants. Elle a ajouté que la marijuana est réglementée au Canada en tant que substance contrôlée depuis 1923.

Des témoins, y compris D<sup>r</sup> Kahan, Harold Kalant et Kevin Sabet s'opposent à la légalisation de la marijuana, car cela augmenterait les méfaits et les risques pour la santé liés à l'usage de cette substance<sup>105</sup>. Selon eux, la légalisation aurait pour effet d'augmenter l'offre et de faire baisser le prix, ce qui répandrait l'usage et augmenterait donc le nombre de personnes subissant les conséquences négatives sur la santé de l'utilisation de cette drogue. Pour ces témoins, la légalisation du tabac et de l'alcool montre qu'il faut s'opposer à la légalisation de la marijuana, car les coûts plus élevés pour la santé liés à l'utilisation et l'abus de ces substances sont attribuables à leur utilisation répandue au sein de la population générale<sup>106</sup>. En outre, les règles régissant l'alcool et le tabac n'empêchent pas les jeunes de se procurer ces substances et n'éliminent pas le tabac sur le marché noir, où le contenu n'est pas réglementé.

M. Sabet a expliqué que l'expérience vécue dans d'autres administrations appuie cette argumentation. Il a donné l'exemple de la légalisation de la marijuana à Denver, au Colorado, en 2005, qui a entraîné une hausse du taux de consommation de marijuana, lequel est plus élevé que le taux moyen dans les régions des États-Unis où l'usage récréatif de la marijuana est interdit<sup>107</sup>. Selon la présentation de M. Sabet, l'utilisation pour le mois précédent à Denver est passée de 9,6 % en 2006–2008 à 12,2 % en

---

103 *Ibid.*

104 *Ibid.*

105 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 1030 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan) et 1025 (Harold Kalant); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0945 (Kevin Sabet).

106 *Ibid.*

107 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature e, 6 mai 2014, 1030 (Kevin Sabet); Kevin A. Sabet, Ph. D., « *Reefer Sanity: Seven Great Myths About Marijuana* », mémoire présenté au Comité le 6 mai 2014. [EN ANGLAIS SEULEMENT]

2008-2010<sup>108</sup>. Par comparaison, le taux de prévalence pour le mois passé dans l'ensemble des États-Unis a varié de 6 % à 6,6 % durant la même période. M. Sabet a expliqué qu'en raison de la disponibilité accrue de la marijuana au Colorado, des enfants en ont ingéré par inadvertance et ont dû être admis au Children's Hospital au Colorado<sup>109</sup>. Sa présentation montre aussi que, de 2007 à 2011, le nombre d'accidents de la route mortels impliquant des conducteurs ayant obtenu un résultat positif pour la marijuana est passé de 23 à 53<sup>110</sup>.

Dans son mémoire au Comité, D<sup>r</sup> Kendall explique que, selon une enquête réalisée par l'Organisation mondiale de la santé, à l'échelle mondiale, la consommation de drogues n'est pas liée à la politique antidrogue, étant donné que le taux de consommation n'est pas plus bas dans les pays aux politiques sévères envers les utilisateurs que les pays aux politiques plus libérales<sup>111</sup>. D<sup>r</sup> Evan Wood a également indiqué que le caractère illégal de la marijuana n'empêche pas les jeunes de s'en procurer, puisque 80 % des jeunes ayant participé à l'enquête américaine Monitoring of the Future ont laissé entendre qu'il était facile d'en obtenir<sup>112</sup>. M. Kalant a aussi donné son point de vue, affirmant que :

« la consommation récréative de cannabis a un coût, et la société doit déterminer si le jeu en vaut la chandelle... la société dans son ensemble doit bien réfléchir aux changements sur le plan des politiques qui pourraient donner lieu à une augmentation du nombre et de la gravité des problèmes de santé causés par la consommation chez ses membres les plus vulnérables, à savoir, comme je l'ai mentionné, les jeunes<sup>113</sup> ».

Enfin, D<sup>r</sup> Didier Justras-Aswad a avancé que l'on devrait revoir l'inscription du cannabis en vertu de la LRDS afin de tenir compte des caractéristiques des plants, puisque les variétés de cannabis qui contiennent une haute teneur en cannabinoïdes, comme le CBD, et une faible teneur en THC sont plus sûres et moins toxicomanogènes que celles à teneur élevée en THC et faible en CBD<sup>114</sup>.

## **B. Usage de la marijuana à des fins médicales**

En vertu du paragraphe 55(1) de la LRDS et par l'entremise du *Règlement sur la marijuana à des fins médicales*, le gouvernement fédéral permet l'accès à la marijuana à

---

108 Kevin A. Sabet, Ph. D., « *Reefer Sanity: Seven Great Myths About Marijuana* », mémoire présenté au Comité le 6 mai 2014. [en anglais seulement].

109 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0940 (Kevin Sabet).

110 Kevin A. Sabet, Ph. D., « *Reefer Sanity: Seven Great Myths About Marijuana* », mémoire présenté au Comité le 6 mai 2014. [en anglais seulement].

111 D<sup>r</sup> Perry Kendall, « *Bienfaits et méfaits du cannabis : Information destinée à faciliter la prise de décisions relativement à la politique sur le cannabis* », mémoire présenté au Comité le 21 mai 2014.

112 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 mai 2014, 0845 (D<sup>r</sup> Evan Wood, directeur, Centre d'excellence pour le VIH-sida de la Colombie-Britannique, Urban Health Research Initiative, à titre personnel).

113 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 1005 (Harold Kalant).

114 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 mai 2014, 0845 (D<sup>r</sup> Didier Justras-Aswad).

des fins médicales aux personnes qui ont l'appui d'un fournisseur de soins de santé, ce qui fait du Canada l'un de quatre pays ayant une forme de cadre législatif médical pour la marijuana<sup>115</sup>. Hilary Geller a expliqué au Comité que le gouvernement fédéral a autorisé l'accès raisonnable à la marijuana à des fins médicales en réponse à une décision des tribunaux. Elle a précisé que la marijuana séchée n'est pas un médicament approuvé au Canada et que le Ministère n'approuve pas sa consommation<sup>116</sup>. Elle a aussi expliqué que « ce produit [la marijuana séchée] n'a pas fait l'objet des essais cliniques ni des autres études nécessaires et qu'il n'a pas été assujéti au processus rigoureux qui doit être obligatoirement suivi pour tout autre médicament sur ordonnance disponible au pays<sup>117</sup> ». Enfin, elle a signalé que le *Règlement* est nouveau, datant de juin 2013.

Le Comité a également appris que deux médicaments sur ordonnance contenant des cannabinoïdes sont approuvés par Santé Canada en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, soit le Sativex et le Cesamet<sup>118</sup>. Le Sativex, qui contient du THC et du cannabidiol, est indiqué comme traitement auxiliaire pour apaiser la douleur neuropathique chez les adultes atteints de la sclérose en plaques. Pour sa part, le Cesamet, qui contient un cannabinoïde de synthèse, sert à apaiser la nausée et les vomissements chez les patients en chimiothérapie<sup>119</sup>.

Vu le peu de données scientifiques établissant l'innocuité et l'efficacité de la marijuana fumée, les médecins qui ont comparu devant le Comité ont indiqué qu'ils n'appuyaient pas l'utilisation de la marijuana séchée et fumée pour le traitement de troubles médicaux<sup>120</sup>. En particulier, le porte-parole de la Fédération des ordres des médecins du Canada a déclaré que son organisme s'oppose depuis les 10 dernières années au cadre autorisant la marijuana à des fins médicales au Canada en raison de l'absence de données cliniques et qu'il estime que ce cadre met en danger les patients<sup>121</sup>. Il a expliqué que la Fédération n'est pas d'accord avec la réglementation adoptée en juin 2013, car elle amoindrit le rôle du médecin qui, au lieu d'attester des troubles médicaux du patient, ne fait qu'autoriser l'usage de la marijuana à des fins médicales.

Les producteurs qui ont obtenu une licence de Santé Canada en vertu du *Règlement sur la marijuana à des fins médicales* ont également émis des réserves quant aux risques pour la santé associés à la consommation de marijuana. C'est le cas

---

115 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0845 (Hilary Geller).

116 *Ibid.*

117 *Ibid.*, 0910.

118 *Ibid.*

119 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0845 (Robert Ianaro, directeur général, Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme, Direction générale de la santé environnementale et sécurité des consommateurs, Santé Canada).

120 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0955 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0850 (D<sup>r</sup> Trevor Theman, président désigné, Fédération des ordres des médecins du Canada).

121 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0850 (D<sup>r</sup> Trevor Theman).

notamment de Canmart qui, dans son mémoire au Comité, indique que « même si les Canadiens ont des avis très divergents sur la consommation de marijuana, les données scientifiques démontrent clairement que la consommation de THC chez certains adolescents prédisposés à la schizophrénie et à des troubles apparentés nuit à leur santé<sup>122</sup> ».

Pour apaiser les inquiétudes quant à l'innocuité et l'efficacité de la marijuana à des fins médicales, des témoins ont recommandé l'élaboration de lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes afin d'aider les médecins à prendre des décisions éclairées en matière d'ordonnance<sup>123</sup>. De plus, D<sup>r</sup> Kahan a recommandé que l'on établisse des limites quant au dosage dans le nouveau règlement<sup>124</sup>. Il a expliqué que les distributeurs vendent actuellement des variétés de cannabis ayant une teneur en THC pouvant atteindre 30 %, et que les médecins peuvent prescrire jusqu'à cinq grammes par jour en vertu du nouveau règlement. Selon lui, ensemble, cette dose et cette concentration sont excessives et posent un danger pour les patients. Il recommande que la dose quotidienne ne dépasse pas 400 milligrammes de cannabis ayant une teneur en THC de 9 %. Enfin, le Comité a entendu des témoins qui ont avancé que le gouvernement fédéral se doit d'appuyer la recherche visant à examiner l'innocuité et l'efficacité de l'usage de la marijuana à des fins médicales, notamment mettre en place un programme de suivi après la mise en marché pour évaluer les effets sur la santé chez les utilisateurs de marijuana à des fins médicales au Canada<sup>125</sup>.

### C. Prévention par le savoir et la sensibilisation du public

Le Comité a appris que le gouvernement fédéral lutte contre les méfaits et les risques pour la santé associés à la consommation de marijuana en élargissant les connaissances et en sensibilisant le public. Une porte-parole de Santé Canada a expliqué que par l'entremise de la Stratégie nationale antidrogue, la ministre de la Santé avait accordé 11,5 millions de dollars sur 5 ans au CCLT pour réduire la consommation de drogues chez les jeunes, notamment appuyer la recherche sur les conséquences de l'usage de marijuana sur le développement du cerveau et la conduite avec facultés affaiblies<sup>126</sup>. Elle a ajouté que la ministre mobilise aussi des intervenants clés et des experts du domaine afin de discuter des preuves scientifiques relatives aux effets sur la santé de l'usage de la marijuana chez les jeunes et d'élaborer des stratégies visant à sensibiliser le public aux risques qui y sont rattachés. Le Comité a également appris qu'on

---

122 Umar Syed, président, Canmart, « *Résumé de position sur la politique relative au cannabis* », présenté au Comité le 27 mai 2014.

123 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0955 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0850 (D<sup>r</sup> Trevor Theman).

124 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0955 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

125 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0850 (D<sup>r</sup> Trevor Theman); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 13 mai 2014, 0915 (Philippe Lucas); HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 mai 2014, 1020 (D<sup>r</sup> Didier Jutras-Aswad).

126 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0855 (Hilary Geller).

pourrait utiliser les stratégies découlant de campagnes efficaces de sensibilisation du public visant à réduire la consommation de drogues dures pour mettre au point des campagnes sur l'usage de marijuana.

Un représentant de la GRC a expliqué que l'organisation a mis au point une stratégie pour aider à changer la mentalité du public en ce qui concerne la conduite avec facultés affaiblies, précisant que cette stratégie vise en partie la sensibilisation au problème de la conduite avec facultés affaiblies par les drogues<sup>127</sup>. Dans le cadre de celle-ci, la GRC fait participer des jeunes à des discussions sur la conduite avec facultés affaiblies par les drogues et l'alcool; organise des journées nationales pour décourager la conduite avec facultés affaiblies; offre de la formation et achète du matériel pour faciliter les enquêtes en cas de conduite avec facultés affaiblies. Par l'entremise de la Stratégie nationale antidrogue, la GRC mène aussi des activités de sensibilisation à l'usage illégal de la marijuana dans le cadre de programmes comme le Programme de sensibilisation aux dangers de la drogue, le Bouclier autochtone, la Course contre la drogue, les Enfants et la drogue et les Enfants menacés par la drogue.

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont insisté sur l'importance de mieux sensibiliser les gens aux méfaits et risques possibles pour la santé liés à l'utilisation de la marijuana, y voyant un moyen efficace de réduire le taux de consommation ainsi que la conduite avec facultés affaiblies par le cannabis au Canada. Comme l'a expliqué D<sup>r</sup> George, l'étude américaine Monitoring of the Future a révélé que si les jeunes sont conscients des méfaits, le taux d'utilisation du cannabis diminue<sup>128</sup>. Le Comité a appris que les campagnes de sensibilisation ciblant les jeunes doivent présenter avec justesse les risques pour la santé et les méfaits liés à la consommation de marijuana pour les amener à prendre des décisions éclairées concernant leur bien-être et leur avenir, au lieu d'essayer de leur faire peur, une tactique prouvée moins efficace<sup>129</sup>. Les témoins ont aussi indiqué que les médecins, le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé primaires ont un rôle essentiel à jouer en matière de sensibilisation, puisque des études montrent que les adolescents sont plus ouverts aux conseils de leur médecin sur la toxicomanie<sup>130</sup>.

Pour terminer, les témoins ont fait remarquer que régler les problèmes posés par la toxicomanie est une tâche complexe qui nécessite la mise en place d'une stratégie à volets multiples axée sur la prévention de la consommation abusive et de la toxicomanie; l'accroissement des services d'évaluation, de counseling et de traitement pour les

---

127 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 27 mai 2014, 0850 (Inspecteur J.R. Taplin).

128 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014, 0925 (D<sup>r</sup> Tony George).

129 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0905 (Michel Perron).

130 Association médicale canadienne, « *Les risques et préjudices pour la santé associés à la consommation de marijuana* », mémoire présenté au Comité le 27 mai 2014; HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> mai 2014, 0845 (D<sup>r</sup> Meldon Kahan).

personnes; et l'adoption d'approches qui contribuent à réduire les méfaits et risques liés à la consommation de ces substances<sup>131</sup>.

### **Observations et recommandations du Comité**

L'étude du Comité visait à examiner les données scientifiques sur les méfaits et les risques pour la santé liés à la consommation de marijuana. Le Comité souhaitait en particulier en apprendre davantage sur les effets de l'usage de la marijuana sur le cerveau en croissance des jeunes et les risques de dépendance. Les témoins ont expliqué que les données scientifiques actuelles et nouvelles montrent que les jeunes sont particulièrement susceptibles de subir les méfaits et les risques pour la santé qui sont associés à l'affaiblissement des facultés découlant d'une utilisation excessive et chronique. Le Comité a également appris que l'exposition à la marijuana avant la naissance peut avoir des effets mentaux sur les enfants dès l'âge de trois ans, effets qui sont légers, mais qui peuvent nuire aux résultats scolaires. Les jeunes sont également plus susceptibles que les adultes de développer une dépendance au cannabis : le taux de toxicomanie chez les utilisateurs réguliers au sein de la population générale est d'environ 10 %, tandis que, chez les adolescents, il est d'environ 16 %. Tant chez les adultes que les jeunes ayant des gènes les prédisposant à la schizophrénie, on estime que le cannabis, combiné à d'autres facteurs génétiques, environnementaux et sociaux, peut contribuer au développement de la maladie. En plus des déficits cognitifs connus qui sont associés à un usage excessif, l'étude révèle que l'usage chronique de cannabis peut avoir des effets sur les systèmes respiratoire et cardiovasculaire en plus de causer de l'anxiété ou la dépression chez certains membres de la population. Enfin, le Comité a appris que la consommation de cannabis une heure ou deux avant de prendre le volant double le risque d'accident de la route.

Malgré ces méfaits et risques pour la santé, le Comité a appris que les Canadiens, en particulier les jeunes, considèrent le cannabis comme une substance bénigne et sont mal renseignés sur ses effets sur la santé. Par ailleurs, des témoins ont expliqué que cette impression explique les taux élevés de consommation chez les jeunes (20,3 %) et la population en général (10,2 %). Cette tendance est d'autant plus inquiétante pour les témoins, puisque les données laissent entendre que la teneur en THC de la marijuana est passée de 1 % dans les années 1980 à 10 % et même 11 % aujourd'hui. Vu le manque de données scientifiques actuelles et nouvelles sur les répercussions de l'usage de la marijuana sur les jeunes, les témoins ont insisté sur la nécessité de sensibiliser davantage le public sur les méfaits et risques pour la santé pour permettre aux jeunes et à leurs parents de prendre des décisions éclairées.

Par conséquent, le Comité recommande :

---

131 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 6 mai 2014, 0850 (Michel Perron); Association médicale canadienne, « *Les risques et préjudices pour la santé associés à la consommation de marijuana* », mémoire présenté au Comité le 27 mai 2014.

## **RECOMMANDATION 1**

**Que le gouvernement du Canada collabore avec les intervenants et spécialistes du domaine afin de mettre sur pied une campagne visant à sensibiliser le public aux risques et aux méfaits liés à l'usage de marijuana.**

## **RECOMMANDATION 2**

**Que le gouvernement du Canada travaille avec les organismes de professionnels de la santé pour qu'ils soient mieux informés des données scientifiques concernant les méfaits et risques pour la santé liés à l'usage de marijuana et qu'il appuie l'élaboration et la diffusion d'outils qui appuieront les efforts déployés par ces organismes pour prévenir, gérer et traiter la toxicomanie.**

## **RECOMMANDATION 3**

**Que le gouvernement du Canada continue d'appuyer, en collaboration avec les provinces, territoires et intervenants clés, les stratégies de prévention de la conduite avec facultés affaiblies par la drogue dans le cadre de la Stratégie de répression de la conduite avec facultés affaiblies de la GRC.**

## **RECOMMANDATION 4**

**Que le gouvernement du Canada continue de financer la recherche visant à mieux comprendre les méfaits à court et à long terme liés à l'utilisation de la marijuana, et, en particulier, le lien entre l'usage de cette drogue et le développement d'une dépendance parmi les groupes vulnérables, y compris les jeunes et les personnes souffrant de troubles de santé mentale.**

L'étude du Comité révèle aussi que certains médecins ayant comparu devant le Comité ne sont pas d'accord à ce que l'utilisation à des fins médicales de la marijuana séchée soit permise par le *Règlement sur la marijuana à des fins médicales*. Le Comité a appris que, pour faciliter un accès à la marijuana à des fins médicales au Canada, comme l'exigent des décisions judiciaires, il faut établir des lignes directrices cliniques fondées sur des données scientifiques, mener d'autres recherches sur l'efficacité clinique de cette drogue, assurer une surveillance des effets sur la santé des patients après la mise en marché, et surveiller les habitudes d'ordonnance des médecins<sup>132</sup>.

---

132 HESA, [Témoignages](#), 2<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, 8 mai 2014 (D<sup>r</sup> Trevor Theman).

# LISTE DES RECOMMANDATIONS

---

## Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada collabore avec les intervenants et spécialistes du domaine afin de mettre sur pied une campagne visant à sensibiliser le public aux risques et aux méfaits liés à l'usage de marijuana..... 22

## Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada travaille avec les organismes de professionnels de la santé pour qu'ils soient mieux informés des données scientifiques concernant les méfaits et risques pour la santé liés à l'usage de marijuana et qu'il appuie l'élaboration et la diffusion d'outils qui appuieront les efforts déployés par ces organismes pour prévenir, gérer et traiter la toxicomanie. .... 22

## Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada continue d'appuyer, en collaboration avec les provinces, territoires et intervenants clés, les stratégies de prévention de la conduite avec facultés affaiblies par la drogue dans le cadre de la Stratégie de répression de la conduite avec facultés affaiblies de la GRC. .... 22

## Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada continue de financer la recherche visant à mieux comprendre les méfaits à court et à long terme liés à l'utilisation de la marijuana, et, en particulier, le lien entre l'usage de cette drogue et le développement d'une dépendance parmi les groupes vulnérables, y compris les jeunes et les personnes souffrant de troubles de santé mentale. .... 22



# ANNEXE A

## LISTE DES TÉMOINS

Organismes et individus	Date	Réunion
<p><b>À titre personnel</b></p> <p>Meldon Kahan, directeur médical, Women's College Hospital</p> <p>Harold Kalant, Université de Toronto</p> <p><b>Ministère de la Santé</b></p> <p>Hanan Abramovici, agent principal d'information scientifique, Bureau de la recherche et de la surveillance</p> <p>Hilary Geller, sous-ministre adjointe, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs</p> <p>Robert Ianaro, directeur général, Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme, direction générale de la santé environnementale et sécurité des consommateurs</p> <p>Cindy Moriarty, directrice exécutive, Programmes de santé et initiatives stratégiques / Direction générale de la politique stratégique</p>	2014/05/01	24
<p><b>Centre canadien de lutte contre les toxicomanies</b></p> <p>Michel Perron, directeur général</p> <p>Amy Porath-Waller, analyste principale, recherches et politiques</p> <p><b>Smart Approaches to Marijuana</b></p> <p>Kevin Sabet, directeur exécutif</p> <p><b>Université d'Ottawa</b></p> <p>Andra Smith, professeur agrégé</p>	2014/05/06	25
<p><b>À titre personnel</b></p> <p>Tony P. George, professeur en psychiatrie, University of Toronto</p> <p>Bernard Le Foll, professeur, University of Toronto</p> <p>Romina Mizrahi, professeure adjointe en psychiatrie, University of Toronto</p> <p><b>Fédération des ordres des médecins du Canada</b></p> <p>Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction</p> <p>Trevor Theman, président désigné</p>	2014/05/08	26

Organismes et individus	Date	Réunion
<p><b>À titre personnel</b></p> <p>Philippe Lucas, candidat au doctorat, University of Victoria</p> <p>Zach Walsh, professeur agrégé, University of British Columbia</p>	2014/05/13	27
<p><b>À titre personnel</b></p> <p>Mark Asbridge, professeur agrégé, University Dalhousie</p> <p>Didier Jutras-Aswad, professeur adjoint de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal</p> <p>Evan Wood, directeur, B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, Urban Health Research Initiative</p> <p><b>Gendarmerie royale du Canada</b></p> <p>Dustin Rusk, agent d'engagement du public, Programme d'engagement public de la Police fédérale</p> <p>Darcy Smith, gestionnaire général, Services judiciaires nationaux</p> <p>Jamie Taplin, officier responsable, Politiques et conformité, service national de la police criminelle, service de police contractuels et autochtones</p>	2014/05/27	29

# **ANNEXE B LISTE DES MÉMOIRES**

---

## **Organismes et individus**

---

**Association médicale canadienne**

**Cannmart**

**Drug Prevention Network of Canada**

**Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique**

**Smart Approaches to Marijuana**



# DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents ([réunions n<sup>os</sup> 24, 25, 26, 27, 29, 35 and 36](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

Ben Lobb



## **Les néodémocrates fédéraux publient le présent rapport dissident en réponse au rapport du Comité de la santé sur les risques et les méfaits liés à la marijuana**

Bien qu'il soit opportun d'examiner tous les aspects de la politique sur la marijuana et de la consommation de cette substance au Canada, l'étude qui a été réalisée manque d'équilibre. Elle a été conçue de manière à s'attacher aux méfaits liés à la politique et à la consommation de marijuana au Canada. Par conséquent, l'étude et le rapport qui en découlent ne permettent pas une évaluation objective à la fois des méfaits et des avantages médicaux possibles.

Un grand nombre de témoignages ont été écartés par les députés du gouvernement, car ils n'appuyaient pas leurs idées préconçues de la marijuana. De plus, le rapport contient des « opinions » qui ne reposent sur aucune preuve et qui ont été incluses pour des raisons politiques.

Il faut tenter d'en arriver à un vaste consensus sur la question en mettant à contribution des Canadiens de toutes les couches de la société, y compris des professionnels de la sécurité publique, des enseignants, des fournisseurs de soins de santé, des chercheurs, des juristes, des dirigeants communautaires et des représentants des jeunes.

Malheureusement, le Comité a entendu surtout des témoins qui ont parlé des méfaits et des risques associés à la marijuana.

De toute évidence, la lutte contre la drogue que mènent les conservateurs ne donne pas de bons résultats. Nous devons adopter une approche qui met l'accent sur la promotion de la santé, la sensibilisation du public et la sécurité. Préconisant une approche mieux équilibrée, nous exhortons le gouvernement du Canada à :

**1) Appliquer une approche axée sur la santé publique en ce qui concerne la marijuana en mettant l'accent sur l'éducation et, au besoin, sur le traitement et la réduction des méfaits.**

Les néodémocrates sont conscients que des méfaits et des risques sont associés à la consommation de marijuana, en particulier chez les jeunes. Entre autres, la marijuana

peut augmenter le risque d'accident au volant, et les études laissent entrevoir des complications liées à la schizophrénie.

Or, comme l'ont mentionné D<sup>r</sup> Evan Wood, D<sup>r</sup> Tony George, l'Association canadienne de santé publique, Philippe Lucas et d'autres, une approche axée sur la santé publique pour ce qui est de la consommation de drogues à des fins non médicales est nécessaire, voire essentielle, à la réduction des risques et des méfaits. Le Comité a appris que les campagnes de sensibilisation ciblant les jeunes doivent présenter des faits précis sur les risques pour la santé ainsi que sur la santé et le bien-être en général, au lieu de miser sur des messages négatifs ou de « zéro tolérance » qui ne sont pas efficaces, surtout auprès des jeunes.

## **2) Financer des études pour examiner l'efficacité possible de la marijuana à des fins médicales.**

Près de 50 % des personnes qui consomment de la marijuana à des fins médicales le font pour soulager des douleurs chroniques selon D<sup>r</sup> Perry Kendall. L'apaisement de l'anxiété était la principale raison qui motive l'utilisation de cannabis. On a également documenté l'efficacité du cannabis pour soulager l'anxiété qui accompagne d'autres troubles médicaux, comme les douleurs chroniques, le VIH-sida et la sclérose en plaques. Enfin, le Comité a appris que, compte tenu de ses propriétés anxiolytiques, le cannabis fait l'objet d'études pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Anciens Combattants Canada assume d'ailleurs le coût de la marijuana utilisée pour le traitement du TPST chez les anciens combattants.

La recherche sur marijuana à des fins médicales est cependant limitée en raison des interdictions. Des études plus approfondies sont nécessaires pour évaluer les bienfaits possibles, ce qui est difficile vu les politiques du gouvernement canadien actuel. Le gouvernement du Canada doit financer la recherche sur l'efficacité clinique de la marijuana ainsi que les effets à long terme sur les populations vulnérables, comme les jeunes et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

**3) Établir une commission indépendante ayant pour vaste mandat, notamment en matière de sécurité et de santé publique, de consulter les Canadiens sur tous les aspects de l'utilisation de la marijuana à des fins non médicales et formuler des conseils à l'intention du Parlement sur la mise en place d'un régime réglementaire adéquat.**

L'absence actuelle de réglementation est un échec, et elle a mené à la violence, à la stigmatisation et au contrôle du marché par le crime organisé. La criminalisation n'est pas la solution. Les lois relatives à la marijuana doivent être mises à jour en s'appuyant sur des données probantes et des principes de santé publique. L'approche adoptée par le gouvernement doit chercher à établir un équilibre entre la prévention, la santé et le bien-être du public, la réduction des méfaits, la sécurité des collectivités et la sensibilisation du public. Le gouvernement fédéral doit aussi consulter les administrations provinciales, territoriales et municipales ainsi que les gouvernements autochtones, inuits et métis, et il doit travailler de concert avec eux.

Bref, les néodémocrates sont très déçus que l'étude ne montre qu'un seul envers de la médaille. L'étude n'est d'aucune utilité; elle ne fait que renforcer les vues politiques implantées des conservateurs, qui ne sont fondées sur aucune donnée probante.



## **Rapport dissident du Parti libéral du Canada au sujet du rapport du Comité de la santé sur les méfaits de la marijuana et les risques pour la santé**

par l'honorable Hedy Fry, C.P., députée de Vancouver-Centre  
et porte-parole du Parti libéral du Canada en matière de santé

En avril 2014, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a adopté une motion en vue de réaliser une étude échelonnée sur au plus cinq réunions au cours desquelles il devait examiner les données scientifiques concernant les méfaits de la marijuana et les risques qu'elle présente pour la santé.

Le Parti libéral du Canada rejette le rapport majoritaire sur l'étude et présente un rapport dissident pour les motifs suivants :

- Le rapport final ne reflète pas les témoignages et les avis des spécialistes qui ont comparu devant le Comité. La plupart des témoignages que nous avons entendus au cours de l'étude, en particulier ceux qui portaient sur la preuve scientifique, sont absents du rapport.
- Nous considérons que l'étude est foncièrement inexacte. Les libéraux ont demandé que l'étude porte aussi bien sur les méfaits et les risques que sur les avantages. C'est la façon objective et scientifique d'évaluer les médicaments; en dépit des recommandations formulées par maints témoins, le deuxième aspect a été évacué de l'étude.

### **Voici ce que le Comité a entendu.**

La marijuana est une plante de chanvre, *Cannabis Sativa*, et contient 489 composés distincts. Le delta-9-THC (tétrahydrocannabinol) est responsable de la plupart des effets euphorisants et toxicomanogènes, car il stimule les récepteurs endocannabinoïdes du cerveau, qui produit des effets psychotropes et des effets sur le développement neural. D'autres cannabinoïdes sont présents en moindre quantité et n'ont pas d'effet psychotrope.

Santé Canada signale que la marijuana vendue au Canada contient beaucoup plus de THC que dans le passé. Des données des États-Unis indiquent que la teneur en THC du cannabis est passée de 1 % dans les années 1980 à 10 ou 11 % en 2011. La marijuana cultivée en intérieur sur la côte Ouest du Canada peut avoir une teneur en THC supérieure à 30 %.

### **Incidence de l'usage de marijuana**

Santé Canada indique que, selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) réalisée en 2012, 10,2 % des Canadiens (principalement des hommes) ont pris de la marijuana au cours de la dernière année; 41,5 % des Canadiens disent en avoir consommé au moins une fois dans leur vie et 25 % sont des utilisateurs qui font usage du cannabis tous les jours. D<sup>r</sup> Perry Kendall, agent de santé publique en chef de la Colombie-Britannique, a cité

l'ESCCAD de 2011, indiquant que 17,7 % des personnes qui consomment du cannabis sont motivées par des raisons médicales : la moitié pour apaiser une douleur et l'autre pour traiter la dépression, l'insomnie et l'anxiété. On est donc en droit de penser que la marihuana présente un avantage sur le plan médical.

L'incidence chez les jeunes est demeurée à 20,3 %. Une étude de l'UNICEF révèle que les jeunes Canadiens âgés de 11 à 15 ans sont parmi les plus grands utilisateurs de cannabis comparativement à leurs pairs des autres pays développés, ce qui montre que le système actuel est impuissant à prévenir la consommation de cannabis chez les jeunes.

D<sup>r</sup> Philippe Lucas, de l'Université de Victoria, a fait observer que, dans d'autres États, l'accès réglementé à la marihuana était associé à une baisse de l'usage d'autres drogues à des fins récréatives, dont l'alcool et les médicaments d'ordonnance. Selon D<sup>r</sup> Evan Wood, directeur du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS and Urban Health Research, le fait que la marihuana soit illégale n'empêche pas les jeunes d'en consommer, car 80 % des jeunes interrogés lors d'une enquête menée aux États-Unis trouvent qu'il est facile de se procurer du cannabis. D<sup>r</sup> Le Foll, de l'Université de Toronto, et D<sup>r</sup> Didier Juras-Aswas, de l'Université de Montréal, ont tous deux recommandé de légaliser la marihuana au moyen d'un système de réglementation et de taxation sévères qui contribuerait à réduire les méfaits et les risques pour la santé grâce à la surveillance du contenu, incluant les niveaux de THC. Ceci réduirait le potentiel toxicomanogène de la drogue. Les taxes perçues serviraient à promouvoir des façons moins nocives de consommer la marihuana (p. ex. systèmes de vaporisation). Aucun de ces témoignages ne se retrouve dans le rapport majoritaire. Ils sont pourtant suffisamment convaincants pour que nous formulions la recommandation suivante :

**Recommandation 1 : Que le gouvernement du Canada se penche sur un cadre de légalisation réglementaire, de concert avec des spécialistes du domaine, afin de garder la marihuana hors de la portée des jeunes.**

### **Perceptions du public quant à l'utilisation de la marihuana**

La plupart des jeunes et des parents ont l'impression que la marihuana est inoffensive comparativement à d'autres drogues. Or, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies signale que le cannabis est la deuxième drogue illicite couramment consommée par les personnes ayant recours à des services de traitement de la toxicomanie financés par l'État. Selon des données de 2002, 0,3 % des hospitalisations au Canada était attribué à la consommation de cannabis, 5,8 % à la consommation d'alcool et 10,3 % à l'usage du tabac. En ce qui concerne les coûts directs pour le système de santé en 2002, 73 millions de dollars étaient liés à la consommation de cannabis, 3,3 milliards de dollars à la consommation d'alcool et 4,4 milliards de dollars à l'usage du tabac. La plupart des témoins ont signalé que, pour réduire la consommation de cannabis et la conduite sous l'influence de cette drogue, il est important de sensibiliser davantage la population à ses méfaits et aux risques qu'elle

peut présenter pour la santé. D<sup>r</sup> Tony George, de l'Université de Toronto, a indiqué que des études réalisées aux États-Unis ont révélé que plus les jeunes sont conscients des méfaits, plus le taux d'utilisation du cannabis diminue; il estime toutefois que les campagnes de sensibilisation publiques doivent reposer sur de l'information exacte et non sur des tactiques d'apeurement, lesquelles sont moins efficaces. Ces données nous amènent à formuler la recommandation suivante :

**Recommandation 2 : Que le gouvernement du Canada collabore avec les intervenants et les spécialistes compétents pour élaborer une campagne de sensibilisation et d'information au sujet des risques et des méfaits associés à l'utilisation de la marihuana.**

Des témoins ont indiqué que les risques de la consommation de marihuana pour la santé étaient diversifiés : troubles cognitifs, troubles du développement cérébral, troubles respiratoires, problèmes de santé mentale, accidents d'automobile et maladies cardiovasculaires. Plus précisément, le cannabis réduit la capacité de prendre des décisions, allonge le temps de réaction et affaiblit la mémoire, mais ces effets sont plus prononcés chez les utilisateurs occasionnels. Or, de nombreux témoins ont fait observer qu'il n'y a pas de lien direct entre la consommation chronique de marihuana et les déficits cognitifs persistants. En fait, il ressort d'une méta-analyse détaillée réalisée à l'Université de la Colombie-Britannique qu'il n'existe pas d'effet systémique important de l'utilisation du cannabis à long terme et le fonctionnement neurocognitif.

Des témoins ont indiqué que la marihuana endommage les poumons à long terme et peut provoquer le cancer, tandis que d'autres ont affirmé que les recherches menées dans ce domaine ne sont pas concluantes et que d'autres études s'imposent.

Des témoins ont établi un lien entre la marihuana et l'affaiblissement des capacités cognitives et psychomotrices nécessaires à la conduite automobile. D'autres ont dit que, dans les cas de décès survenus sur la route et reliés à l'usage de cannabis, les conducteurs avaient fait usage d'une combinaison de drogues ou d'une combinaison de cannabis et d'alcool.

Des chercheurs ont signalé cependant que la technique d'imagerie par résonance magnétique et des études sur l'activité cérébrale ont démontré que le cortex préfrontal en développement chez les jeunes pouvait les rendre plus vulnérables aux effets neurotoxiques de la marihuana. D'autres chercheurs ont indiqué que d'autres facteurs pouvaient entraver les fonctions intellectuelles, notamment la situation socioéconomique, le stress social et les traits de personnalité.

En résumé, les éléments de preuve présentés au sujet des avantages et des méfaits du cannabis sont contradictoires. De l'avis de certains chercheurs, le cannabis intensifie l'anxiété et la psychose. D'autres font mention des effets antipsychotiques du cannabidiol et du cannabigérol. D'autres encore signalent des attaques de panique et l'augmentation de la dépression. Enfin, il a été question de l'efficacité du cannabis pour le traitement de l'anxiété qui accompagne en particulier les douleurs chroniques, comme celles occasionnées par la sclérose en plaques, le VIH-sida et le trouble de

stress post-traumatique. En fait, Anciens Combattants Canada assume le coût de la marijuana pour les patients atteints du trouble de stress post-traumatique.

La plupart des témoignages contradictoires ont été omis du rapport majoritaire. Or, la grande majorité des témoins ont fait part d'éléments de preuve non concluants jusqu'ici au sujet des risques et des méfaits directs de la marijuana, et ils ont signalé la nécessité d'effectuer des recherches sur les avantages du cannabis et sur le lien entre l'usage de cannabis, le développement du cerveau à long terme et le développement intellectuel chez les jeunes

**Recommandation 3 : Que le gouvernement du Canada continue de financer la recherche visant à approfondir les connaissances sur les méfaits et les avantages à court et à long terme de la consommation de marijuana dans toutes les couches de la société.**

Il est regrettable qu'une grande partie des éléments de preuve présentés par des témoins crédibles ayant un point de vue différent de celui du gouvernement ne se retrouve pas dans le rapport. Il est également regrettable que bon nombre de recommandations formulées au sujet des recherches nécessaires sur les avantages possibles de la marijuana sur le plan médical soient complètement écartées du rapport du Comité.

### **Liste des recommandations**

- 1. Que le gouvernement du Canada se penche sur un cadre de légalisation réglementaire, de concert avec des spécialistes du domaine, afin de garder la marijuana hors de la portée des jeunes.**
- 2. Que le gouvernement du Canada collabore avec les intervenants et les spécialistes compétents pour élaborer une campagne de sensibilisation et d'information au sujet des risques et des méfaits associés à l'utilisation de la marijuana.**
- 3. Que le gouvernement du Canada continue de financer la recherche visant à approfondir les connaissances sur les méfaits et les avantages à court et à long terme de la consommation de marijuana dans toutes les couches de la société.**