



Cannabis

Introduction

Le cannabis, aussi appelé marijuana, est une matière verdâtre ou brunâtre ressemblant au tabac et consistant en sommités fleuries, fruits et feuilles séchés du plant de cannabis, le *Cannabis sativa*. Le haschisch, ou résine de cannabis, est la sécrétion résineuse brun foncé ou noire des sommités fleuries du plant de cannabis; il peut subir un traitement supplémentaire pour produire de l'huile, de la cire ou des éclats de hash. Selon des données préliminaires, les résines sont plus dangereuses en raison de leur plus forte teneur en THC. Le cannabis se fume habituellement sous forme de cigarette (« joint ») ou sous forme de résine dans une pipe ou un bong; on dit alors qu'on le consomme sous forme de « dab »¹. Des vaporisateurs sont aussi utilisés pour réduire la quantité de toxines inhalées dans la fumée de cannabis. Certains utilisateurs préfèrent éviter des cigares pour remplacer le tabac par de la marijuana (ce qu'on appelle des « blunts »). Les joints et les blunts sont parfois aussi additionnés d'autres substances, comme de la cocaïne. Par ailleurs, le cannabis peut être cuit et mélangé dans des aliments pour ensuite être mangé. Dans la rue, on donne souvent les noms suivants au cannabis : « herbe », « pot », « ganja », « marie-jeanne » et « reefer ».

En 2002, l'abus de substances illicites a coûté près de 40 milliards de dollars au Canada, et les drogues illicites comme cannabis ont à elles seules coûté environ 8,2 milliards (près de 20 %) de ce montant².

Points clés

- Le cannabis n'est pas une substance bénigne : il existe des risques et des méfaits liés à sa consommation.
- La consommation de cannabis dans la population générale au Canada a augmenté pour la première fois depuis 2008 en 2013, puis en 2015.
- Même si la consommation de cannabis chez les Canadiens de 15 à 24 ans est en diminution depuis 2008, elle est près de trois fois plus importante que celle des adultes.
- Le taux de consommation quotidienne de cannabis dans la population générale au Canada demeure stable.

Effets du cannabis

À court terme : Le cannabis rend euphorique et détend, change la perception, déforme la notion du temps et entraîne des déficits d'attention. Il a aussi des effets négatifs sur l'attention partagée et cause des troubles de la mémoire, des tremblements et une altération des fonctions motrices, en plus de nuire à la coordination et à l'équilibre. Parmi les autres effets physiques de la consommation récente de cannabis, mentionnons une hausse de la fréquence cardiaque, un plus grand appétit, une hausse de la pression artérielle, la dilatation des pupilles, une rougeur oculaire, l'assèchement de la bouche et de la gorge et la bronchodilatation (dilatation des voies respiratoires)^{3,4}.

À long terme : La consommation chronique de cannabis est associée à des déficits affectant la mémoire, l'attention, la vitesse psychomotrice et les fonctions exécutives, en particulier chez ceux



ayant commencé à consommer au début de l'adolescence⁵. L'usage chronique augmente aussi le risque de souffrir de psychose, de dépression et d'anxiété, d'avoir de la difficulté à respirer et de développer des maladies respiratoires (p. ex. aggravation de l'asthme)^{5,6}. Prendre du cannabis pendant la grossesse, surtout en cas de forte consommation, pourrait avoir des répercussions sur les fonctions cognitives, le comportement, les futures habitudes de consommation et la santé mentale de l'enfant⁷.

Statut juridique du cannabis au Canada

Le cannabis est une substance inscrite à l'annexe II de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Il est donc illégal de le faire pousser, d'en posséder, d'en distribuer et d'en vendre. La possession de cannabis est passible de moins de cinq ans d'emprisonnement, sa production, de sept ans d'emprisonnement, et son trafic, de l'emprisonnement à perpétuité. Une condamnation liée au cannabis sera portée au casier judiciaire de la personne, qui aura alors de la difficulté à entrer dans certaines écoles, à trouver un emploi et à voyager. En avril 2017, le gouvernement du Canada a déposé le projet de loi C-45 qui, s'il est adopté, deviendra la nouvelle *Loi sur le contrôle du cannabis* dont les dispositions viendront légaliser et réglementer la consommation de cannabis comme une activité pour les adultes uniquement. Le gouvernement prévoit promulguer cette loi d'ici juillet 2018. Le projet de loi met en place le cadre juridique réglementaire nécessaire au niveau fédéral, mais c'est à l'échelle provinciale, territoriale et municipale que seront établis et appliqués les mécanismes entourant la distribution.

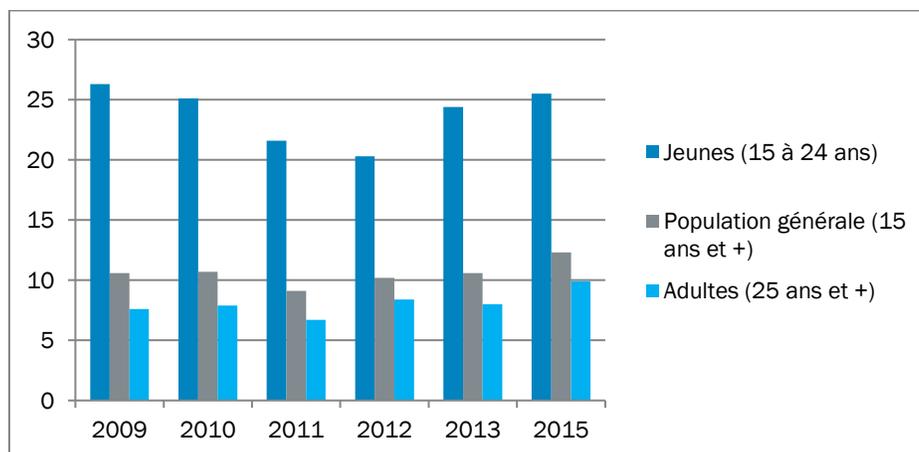
Conduire avec les facultés affaiblies par une drogue, dont le cannabis, constitue une infraction en vertu du *Code criminel* du Canada. Les conducteurs sous l'influence de la drogue risquent les mêmes peines que ceux qui prennent la route après avoir bu. Le gouvernement a déposé en avril le projet de loi C-46 afin de renforcer la répression de la conduite avec facultés affaiblies; il prévoit aussi promulguer cette loi d'ici juillet 2018

Les Canadiens peuvent actuellement se procurer légalement du cannabis à des fins médicales. En vertu du *Règlement sur la marijuana à des fins médicales* (RMFM), les personnes ayant une ordonnance devaient se procurer du cannabis à des fins médicales auprès d'un producteur autorisé par Santé Canada. Cependant, une décision rendue par la Cour suprême du Canada en février 2016 a permis aux personnes autorisées à faire pousser leurs propres plants de cannabis en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* précédent de continuer à le faire. À la suite de cette décision, Santé Canada a remplacé le RMFM par le *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*⁸. Des statistiques récentes de Santé Canada montrent que 129 876 patients sont inscrits auprès de producteurs autorisés⁹. L'efficacité du cannabis à des fins médicales a fait l'objet de quelques études récentes^{10,11}.



Consommation dans la dernière année au Canada

Figure 1. Prévalence de la consommation autodéclarée de cannabis chez les Canadiens, par catégorie d'âge



Source : ESCADD 2008-2012, ECTAD 2015

Remarque : Compte tenu des différences dans la méthodologie de l'ESCCAD et celle de l'ECTAD, la prudence est de mise quand on compare les estimations de prévalence entre l'ESCCAD (2008-2012) et l'ECTAD.

- **Population générale (15 ans et plus)** : Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), la prévalence de la consommation de cannabis dans la dernière année dans la population générale s'élevait à 12,3 % en 2015, soit une hausse par rapport à 2013 (10,6 %) ¹².
- **Adultes (25 ans et plus)** : En 2015, 9,9 % des adultes canadiens ont déclaré avoir consommé du cannabis dans la dernière année, soit une hausse par rapport au taux déclaré de 2013 (8,0 %) ¹².
- **Jeunes (15 à 24 ans)** : En 2015, au Canada, le taux de consommation de cannabis dans la dernière année était plus de deux fois plus élevé chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans que chez les adultes (25,5 % contre 9,9 %). Chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, le taux de consommation de cannabis dans la dernière année en 2015 était de 20,6 %. Le taux correspondant chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans était de 29,7 %. L'âge moyen pour la première consommation de cannabis était de 15,4 ans pour les jeunes, 16,5 ans pour les jeunes adultes et 18,8 ans pour les adultes ¹².
- **Élèves (7^e à 12^e années)** : En 2014-2015, 16,5 % des élèves canadiens ont dit avoir pris du cannabis dans la dernière année, soit une baisse par rapport au taux de 2012-2013 (19,3 %) ¹³. Chez les élèves de la 7^e à la 9^e années (premier cycle du secondaire), 5,7 % ont dit avoir pris du cannabis dans la dernière année, alors que le taux était de 26,8 % chez les élèves de la 10^e à la 12^e années (deuxième cycle du secondaire). L'âge moyen d'initiation était de 14,2 ans, les garçons étant en moyenne âgés de 14,1 ans et les filles, de 14,3 ans ¹³. Selon les enquêtes provinciales sur la consommation de drogue des élèves, la consommation de cannabis augmente avec l'année scolaire. Par exemple, en 2014-2015, 1,2 % des jeunes Canadiens en 7^e année ont déclaré avoir pris du cannabis dans la dernière année par rapport aux 19,2 % des jeunes en 10^e année et aux 33,0 % des jeunes en 12^e année ¹³.
- **Étudiants de niveau postsecondaire** : Des données issues du National College Health Assessment Survey [sondage national d'évaluation de la santé dans les établissements postsecondaires] mené au printemps 2016 à partir d'un échantillon de commodité de 41 établissements postsecondaires canadiens (donc, un échantillon non représentatif de tous



les étudiants au Canada) indiquent que 58,4 % de ces étudiants n'avaient jamais pris de cannabis, 23,7 % avaient déjà pris du cannabis, mais pas au cours des 30 derniers jours, 15,4 % avaient pris du cannabis dans les 30 derniers jours, et les autres (2,5 %) consommaient du cannabis quotidiennement¹⁴.

- **Sexe** : Des données de l'ECTAD 2015 montrent que le taux d'usage de cannabis dans la dernière année était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (14,9 % contre 9,7 %); ces deux pourcentages sont toutefois en hausse par rapport à ceux de 2013 (13,9 % et 7,4 %, respectivement)¹².
- **Consommation quotidienne** : Environ 33 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus qui avaient pris du cannabis dans les trois derniers mois en 2015 ont affirmé qu'ils en consommaient tous les jours ou presque, soit une hausse mineure par rapport aux 27,7 % de 2013. Chez ceux ayant pris du cannabis dans les trois derniers mois, 32,6 % des jeunes de 15 à 19 ans, 27,4 % des jeunes adultes de 20 à 24 ans et 34,5 % des adultes de 25 ans et plus ont dit consommer du cannabis tous les jours ou presque¹².
- **Consommation avec un vaporisateur** : Plus d'un quart (28 %) des personnes ayant pris du cannabis dans la dernière année ont dit l'avoir fait avec un vaporisateur (33,0 % des jeunes de 15 à 24 ans et 25,3 % des adultes de 25 ans et plus)¹².
- **Différences interprovinciales** : En 2015, l'Île-du-Prince-Édouard présentait le taux de consommation de cannabis dans la dernière année le moins élevé (8,2 %), et la Colombie-Britannique, le taux le plus élevé (17,3 %). Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick et le Québec avaient des taux de prévalence inférieurs à 10 %, alors que les taux en Ontario, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, en Saskatchewan et en Alberta variaient de 10 à 14 %¹².

Consommation dans la dernière année chez les populations à risque élevé

L'Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé de Santé Canada s'est penchée sur trois groupes : les consommateurs de drogues à usage récréatif, les adultes itinérants consommateurs de drogues et les jeunes de la rue consommateurs de drogues*. Ce qu'on a constaté, c'est que dans les trois groupes, le cannabis était la substance la plus consommée, après l'alcool, par le plus grand nombre de consommateurs dans l'ensemble des villes étudiées en 2012 et 2013. Dans certains cas, le cannabis était aussi la substance la plus consommée après l'alcool au cours de la vie des participants. La figure 2 montre la prévalence de la consommation de cannabis dans la dernière année au sein de ces groupes, dans les villes canadiennes étudiées en 2013¹⁵.

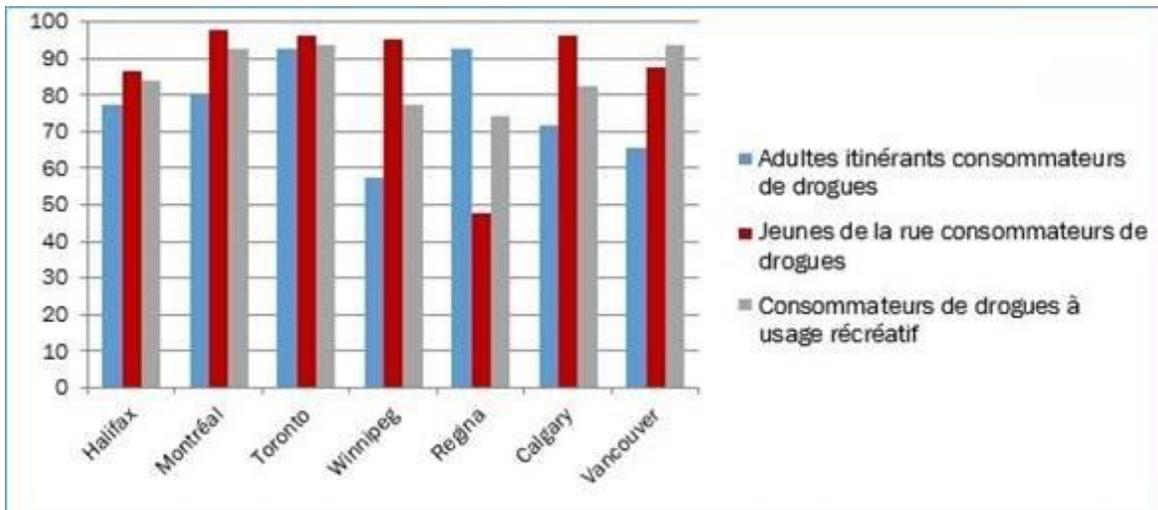
* Le groupe des **consommateurs de drogues à usage récréatif** est constitué de personnes qui ont été recrutées à des sites où se tenaient des événements particuliers (p. ex. raves ou rassemblements festifs tenus dans des entrepôts) ou à des boîtes de nuit fixes. Pour participer à l'étude, ces personnes devaient avoir consommé au moins une drogue (à l'exception de l'alcool et du tabac) au moins une fois tous les mois au cours des six mois précédant chaque entrevue.

Le groupe des **adultes itinérants consommateurs de drogues** est constitué de personnes âgées de 19 ans ou plus sans domicile fixe. Pour participer à l'étude, ces personnes devaient avoir consommé au moins une drogue (à l'exception de l'alcool et du tabac) au moins une fois tous les mois au cours des six mois précédant chaque entrevue.

Le groupe des **jeunes de la rue consommateurs de drogues** est constitué de personnes âgées de 15 à 24 ans qui vivent en état d'itinérance complète, ceux qui bénéficient d'un refuge de courte durée sans toutefois avoir de logement permanent, ceux qui recourent aux services destinés aux jeunes de la rue et ceux que les intervenants locaux désignent comme étant « de la rue ». Pour participer à l'étude, ces personnes devaient avoir consommé au moins une drogue (à l'exception de l'alcool et du tabac) au moins une fois tous les mois au cours des six mois précédant chaque entrevue.



Figure 2. Prévalence de la consommation de cannabis dans la dernière année chez les populations à risque élevé en 2013



Source : Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé, 2012-2013

Rang parmi les cinq substances les plus consommées

Après l'alcool, le cannabis est la substance la plus couramment consommée au Canada, selon des données de l'ECTAD 2015 (voir le tableau 1).

Tableau 1. Les cinq substances les plus consommées par les Canadiens dans la dernière année

	n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5
Population générale (15 ans et plus)	Alcool (76,9 %)	Cannabis (12,3 %)	Cocaïne/crack, hallucinogènes et salvia (1,2 %)	Ecstasy (0,7 %)	Produits pharmaceutiques à des fins récréatives† (0,5 %)*
Jeunes (15 à 24 ans)	Alcool (71,8 %)	Cannabis (25,5 %)	Cocaïne/crack (3,5 %)*	Ecstasy (3,4 %)*	Hallucinogènes (2,7 %)*
Adultes (25 ans et plus)	Alcool (77,8%)	Cannabis (9,9 %)	Hallucinogènes et salvia (0,9 %)*	Cocaïne /crack (0,8 %)*	Produits pharmaceutiques à des fins récréatives (0,3 %)*

Source : ECTAD, 2015

Remarque : Les chiffres marqués d'un astérisque sont à interpréter avec prudence, compte tenu du petit échantillon.

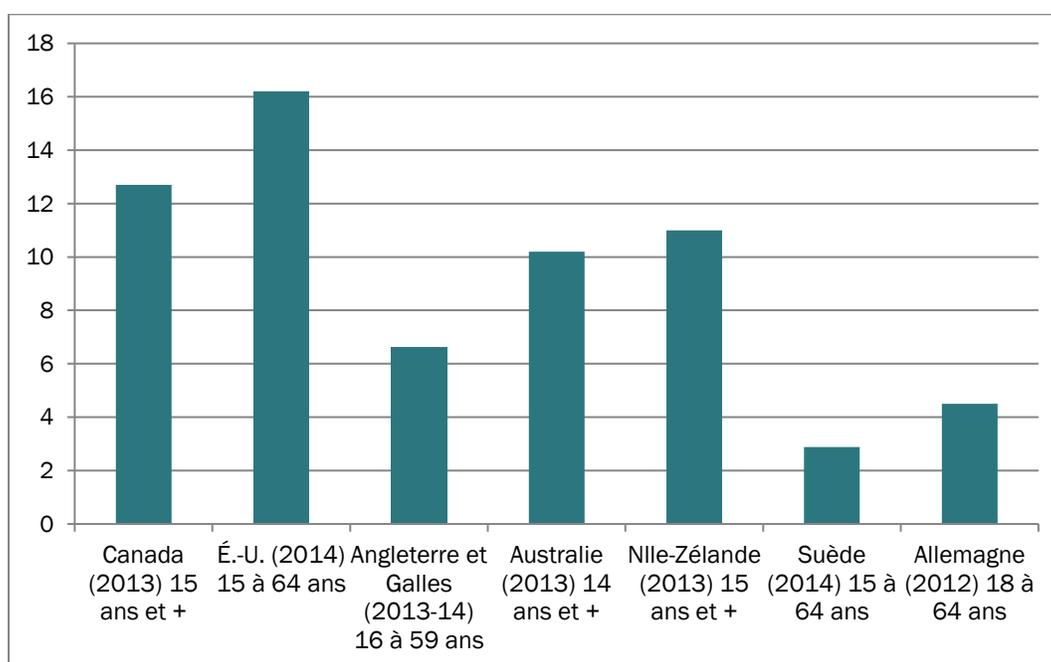
† Cette catégorie inclut tous les produits pharmaceutiques, y compris les analgésiques, les sédatifs et les stimulants.



Consommation dans la dernière année, sur la scène internationale

Les Canadiens sont parmi les plus grands consommateurs de cannabis dans la dernière année. On voit à la figure 3 des données tirées du *Rapport mondial sur les drogues 2016* de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) sur la prévalence de la consommation autodéclarée de cannabis dans la dernière année dans plusieurs pays (voir la figure 3)¹⁶. Les taux de prévalence ne peuvent être directement comparés, car les divers États membres présentent des données issues d'années d'enquêtes différentes et portant sur des tranches d'âge différentes. Ces estimations sont fondées sur le questionnaire destiné aux rapports annuels et d'autres sources officielles.

Figure 3. Prévalence de la consommation autodéclarée de cannabis dans la dernière année dans la population générale, par pays



Source : Rapport mondial sur les drogues de l'ONUDC (2016)

Depuis 2012, huit États américains et l'Uruguay ont adopté des lois visant à légaliser le cannabis à des fins personnelles. Compte tenu de la récence des changements apportés et de la variabilité dans la portée et la qualité des données recueillies, il est encore impossible de tirer des conclusions définitives à propos des répercussions de ces changements sur la consommation de cannabis et son marché[‡].

Méfais connexes

Morbidité

Les données administratives hospitalières constituent une mesure importante de ce qu'implique la consommation de substances pour le système de santé. Des données recueillies par l'Institut

[‡] Voir les documents d'orientation et les publications du CCDUS (www.ccdus.ca/fra/topics/marijuana/pages/default.aspx) pour en savoir plus sur les approches politiques relatives au cannabis.



canadien d'information sur la santé montrent que le taux de congés de l'hôpital (défini comme la sortie de l'hôpital d'un patient hospitalisé, en raison d'un congé^s ou d'un décès) où le diagnostic principal était un trouble lié au cannabis a doublé entre 1996 et 2005, passant de 14 à 31 par 100 000¹⁷.

Entre 2006 et 2011, le cannabis est devenu une cause de plus en plus importante d'utilisation des ressources hospitalières; en effet, les séjours à l'hôpital pour des troubles liés au cannabis (p. ex. problèmes cardiovasculaires) ont augmenté d'environ 44 % pendant cette période, et le nombre de jours passés à l'hôpital pour de tels troubles a augmenté, lui, de 40 %. Cette hausse est principalement imputable à l'augmentation de troubles liés au cannabis chez les jeunes de 15 à 24 ans. Globalement, les coûts d'hospitalisation attribuables au cannabis ont connu une hausse de 52 %, passant d'environ 9 millions à 14 millions de dollars pendant cette période¹⁸.

Des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale pour 2012 ont indiqué que 1,3 % des Canadiens de 15 ans et plus répondaient aux critères de troubles d'abus de cannabis ou de dépendance à cette drogue au cours de 2012. Le taux d'abus ou de dépendance lié au cannabis était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (1,9 % contre 0,7 %) ¹⁹.

Selon l'ESCCAD 2012, 2,6 % des Canadiens ont déclaré avoir pris le volant dans les deux heures suivant la prise de cannabis dans la dernière année, ce qui représente une diminution modeste depuis 2008 (2,9 %) ²⁰. Au Canada, le taux de conduite après la prise de cannabis des jeunes ne diffère pas beaucoup de celui des adultes. En effet, 5 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans ont dit avoir eu ce comportement en 2012, comparativement à 7,6 % des adultes âgés de 25 à 34 ans ²⁰.

Une enquête routière nocturne effectuée en Colombie-Britannique en 2012 a montré que 7,4 % des conducteurs avaient consommé au moins une substance psychoactive (c.-à-d. cannabis, opiacés, cocaïne, amphétamines, méthamphétamine ou benzodiazépines) autre que l'alcool²¹. Ce pourcentage révèle une tendance à la baisse, étant donné qu'en 2008, 10,4 % des conducteurs avaient obtenu un résultat positif pour au moins une substance psychoactive²². En 2012, c'est du cannabis qui a été détecté dans près de la moitié des cas. Selon les résultats d'une récente enquête routière menée en Ontario, la marijuana était la drogue illicite la plus souvent détectée chez les jeunes conducteurs²³.

Mortalité

On estime que la consommation de cannabis peut augmenter de 2 à 3 fois le risque de blessure grave ou mortelle dans un accident de la route^{24, 25}. Une étude nationale sur les conducteurs mortellement blessés au Canada a montré qu'en 2012, de 42 % à 45,7 % des conducteurs mortellement blessés âgés de 16 à 45 ans qui ont subi un test de dépistage ont obtenu un résultat positif pour la présence de drogue. Parmi les 363 conducteurs soumis à ce test, 45,5 % avaient consommé du cannabis. Durant une période de référence allant de 2006 à 2010, 35,6 % des conducteurs mortellement blessés soumis à un test de drogue ont obtenu un résultat positif. Entre 2011 et 2012, le pourcentage d'incidents entraînant des blessures mortelles qui impliquaient des conducteurs ayant consommé de la drogue s'élevait à 40,5 %, soit une hausse de 13,4 % par rapport à l'échantillon de référence^{26**}.

^s Quelques raisons expliquant le congé de l'hôpital : retour à la maison, transfert à un autre hôpital, unité ou milieu, absence sans permission, absence autorisée, départ contre avis médical, etc.

** Cette étude ne comprenait pas les données de la Colombie-Britannique.



Traitement

Selon le *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2013-2014 (2016)*^{††}, le cannabis était la principale substance à l'origine des demandes de traitement : il représentait en effet 20,2 % des épisodes de traitement en Ontario et 10,6 % des épisodes en Nouvelle-Écosse en 2013-2014. Un examen des antécédents de consommation des personnes souhaitant se faire traiter cette année-là révèle que le cannabis venait en deuxième place des substances les plus consommées dans les 12 mois précédant le début du traitement en Alberta et en Saskatchewan, et en troisième place à l'Île-du-Prince-Édouard. Il est à noter que certaines provinces ne disposaient pas de données sur le sujet²⁷.

Application de la loi

En 2015, les services policiers ont déclaré environ 96 000 infractions relatives à la drogue, dont 51 % concernaient la possession de cannabis et 9 %, le trafic, la production et la distribution de cette substance. En 2015, il y a eu un total de 49 577 arrestations liées à la possession de cannabis (une baisse de 15 % par rapport à l'année précédente) et de 9 082 arrestations liées à la production, au trafic et à la distribution de cette substance²⁸ (une baisse de 16 % par rapport à l'année précédente).

En 2014, les quantités d'herbe de cannabis suivantes ont été saisies^{††} au Canada^{§§} :

- 5 capsules
- 1 496 doses
- 19 211,01 kilos
- 1 millilitre
- 1 753 comprimés

Mentionnons que 639 603 plants de cannabis ont aussi été saisis en 2014¹⁶.

Les services policiers ont en outre déclaré 72 039 accusations de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool et la drogue en 2015, soit une baisse de 4 % par rapport à l'année précédente²⁸. La drogue au volant représentait environ 4 % de toutes les infractions pour conduite avec facultés affaiblies (2 786 infractions en 2015, soit une hausse de 268 par rapport à l'année précédente^{***}). En 2015, c'est le Yukon qui présentait le taux le plus élevé d'incidents relatifs à la drogue au volant déclarés par la police, alors que l'Ontario présentait le taux le moins élevé²⁹.

Autres ressources

- [Toxicomanie au Canada : Les effets de la consommation de cannabis pendant l'adolescence](#)

^{††} Le *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement* fournit des données pour l'exercice financier 2013-2014 sur les services publics et spécialisés de traitement de la dépendance qui proviennent de sept provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Alberta), d'un territoire (Yukon), d'une association provinciale (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec) et d'un organisme fédéral (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits).

^{††} On ignore dans quelle mesure les données sur les saisies reflètent fidèlement le niveau d'activité illégale.

^{§§} Le mode de déclaration des saisies de cannabis a été modifié depuis le dernier rapport. Aucune définition des mesures n'est fournie. Veuillez consulter le www.unodc.org/wdr2016/ pour en savoir plus.

^{***} Au Canada, la conduite avec facultés affaiblies par la drogue ou l'alcool représente la même infraction. Il est donc difficile de calculer le nombre exact d'infractions liées à l'alcool, à la drogue ou aux deux.



- [Guide pour faciliter les discussions sur la consommation de cannabis chez les jeunes dans votre communauté](#)
- [Réglementation du cannabis : leçons retenues de l'expérience des États du Colorado et de Washington](#)
- [Série Dissiper la fumée entourant le cannabis : points saillants](#)
- [Les perceptions des jeunes Canadiens sur le cannabis](#)
- [La conduite avec facultés affaiblies au Canada \(résumé thématique\)](#)
- [La conduite après usage de cannabis et les jeunes \(résumé thématique\)](#)
- [Usage de la marijuana à des fins non thérapeutiques \(document d'orientation\)](#)
- [Usage de la marijuana à des fins médicales \(document d'orientation\)](#)

¹ National Institute on Drug Abuse (NIDA). *DrugFacts: Marijuana*, 2015. Consulté le 15 mars 2016 sur le site : www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana.

² Rehm, J., S. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, ... et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2006.

³ Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : points saillants – version actualisée*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.

⁴ Beirness, D.J. et A.J. Porath-Waller. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : cannabis au volant – version actualisée*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2016.

⁵ McInnis, O. et A.J. Porath-Waller. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : usage chronique, fonctionnement cognitif et santé mentale – version actualisée*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2016.

⁶ McInnis, O.A. et D. Plecas. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : les troubles respiratoires causés par l'inhalation de cannabis – version actualisée*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2016.

⁷ Porath-Waller, A.J. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : effets du cannabis pendant la grossesse – version actualisée*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2015.

⁸ Santé Canada. *Comprendre le nouveau Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016. Consulté le 30 mars 2017 sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/medicaments-et-produits-sante/comprendre-nouveau-reglement-sur-acces-au-cannabis-fins-medicales.html>.

⁹ Pellman, D. *Health Canada: Updates to the Marijuana for Medical Purposes Regulations (MMPR)*, communication présentée lors du congrès Cannabinoids in Clinical Practice, à Toronto (Ont.), 2017.

¹⁰ Kalant, H. et A.J. Porath-Waller. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : usage de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales – version actualisée*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2016.

¹¹ National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids*, Washington (D.C.), National Academies Press, 2017.

¹² Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017. Consulté le 28 avril 2017 sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>.

¹³ Santé Canada. *Résumé des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE) 2014-2015*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016. Consulté le 28 avril 2017 sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/sommaire-2014-2015.html#t13>.

¹⁴ American College Health Association. *American College Health Association-National College Health Assessment II: Canadian Reference Group Data Report Spring*, Hanover (MD), chez l'auteur, 2016.

¹⁵ Santé Canada. *Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé : Adultes itinérants consommateurs de drogues, Jeunes de la rue consommateurs de drogues et Consommateurs de drogues à usage récréatif – Données de prévalence 2012–2013*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014.

¹⁶ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues 2016*, New York, Nations Unies, 2016. Consulté le 28 avril 2017 sur le site : www.unodc.org/wdr2016/.

¹⁷ Callaghan, R.C. et S.A. Macdonald. « Changes in the rates of alcohol- and drug- related hospital separations for Canadian provinces: 1996 to 2005 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100 (2009), p. 393–396.

¹⁸ Young, M.M. et R.J. Jesseman. *Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2014.

¹⁹ Pearson, C., T. Janz et J. Ali. *Coup d'œil sur la santé - Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*, n° 82-624-X au catalogue, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2013.



- ²⁰ Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues - Sommaire des résultats pour 2008*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2008. Consulté le 7 juillet 2017 sur le site : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2008/summary-sommaire-fra.php.
- ²¹ Beasley, E.E. et D.J. Beirness. *Alcohol and drug use among drivers following the introduction of immediate roadside prohibitions in British Columbia: Findings from the 2012 roadside survey*, Victoria, Bureau du surintendant des véhicules automobiles, ministère de la Justice, 2012.
- ²² Beirness, D.J. et E.E. Beasley. *Alcool et drogues chez les conducteurs : une enquête routière menée en 2008 en Colombie-Britannique*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2009.
- ²³ Beirness, D.J., E.E. Beasley et K. McClafferty. *The 2014 Ontario Roadside Alcohol and Drug Survey*, présentation au Colloque sur la drogue au volant, Centre des sciences judiciaires, Toronto (Ont.), juin 2015.
- ²⁴ Asbridge M., J.A. Hayden et J.L. Cartwright. « Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis », *British Medical Journal*, vol. 344 (2012), p. e536
- ²⁵ Li, M., J.E. Brady, C.J. DiMaggio, A.R. Lusard, K.Y. Tzong et L. Guohua. « Marijuana use and motor vehicle crashes », *Epidemiologic Reviews*, vol. 34 (2012), p. 65–72.
- ²⁶ Brown, S.W., W.G.M. Vanlaar et R.D. Robertson. *Alcohol and drug-crash problem in Canada 2012 report*, Ottawa, Fondation de recherches sur les blessures de la route, 2015.
- ²⁷ Pirie, T., S.C. Wallingford, L.A. Di Gioacchino, R.J. McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2013-2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2016.
- ²⁸ Allen, M. Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2015, *Juristat*, n° 85-002-X au catalogue, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2016. Consulté le 3 mars 2017 sur le site : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14642-fra.htm>.
- ²⁹ Perrault, S. La conduit avec facultés affaiblies au Canada, 2015, *Juristat*, n° 85-002-X au catalogue, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2016. Consulté le 3 mars 2017 sur le site : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14679-fra.pdf>.

ISBN 978-1- 77178-438-2

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Le CCDUS a été créé par le Parlement afin de fournir un leadership national pour aborder la consommation de substances au Canada. À titre d'organisme de confiance, il offre des conseils aux décideurs partout au pays en profitant du pouvoir des recherches, en cultivant les connaissances et en rassemblant divers points de vue.

Les activités et les produits du CCDUS sont réalisés grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.