

L'ENCADREMENT DU CANNABIS AU QUÉBEC : TROUVER LE JUSTE ÉQUILIBRE

Mémoire de la Direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS,
déposé dans le cadre de la consultation régionale sur l'encadrement du cannabis au Québec
qui se tiendra à Granby, le 1^{er} septembre 2017.

Auteurs

Mélissa Généreux, M.D.
Directrice de santé publique
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Jean-Philippe Goupil
Agent de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Isabelle Samson, M.D.
Médecin-conseil
Direction de santé publique
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Collaboratrice

Natalie Stronach
Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017
ISBN : 978-2-550-79334-2 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-79335-9 (version PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales avec mention de la source :

© Tous droits réservés

CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Direction de santé publique (2017)

MOT DE LA DIRECTRICE

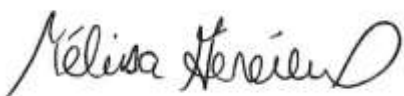
Le projet de loi fédéral C-45 prévoit légaliser le cannabis dès le 1^{er} juillet 2018. Par un contrôle de la production et la distribution de cette substance jusqu'à présent illicite, le projet vise à réglementer et à restreindre son accès, à décriminaliser sa possession et à l'éliminer du marché noir. Il est attendu que de telles mesures contribuent à protéger la santé de la population, notamment celle des enfants et des jeunes. Puisque certains aspects du projet de loi concernent les autorités provinciales, notamment la responsabilité de la distribution du cannabis, une vaste consultation publique a été lancée au Québec pour entendre la voix d'experts et de la population afin d'alimenter les différentes réflexions relatives à l'encadrement du cannabis.

De nombreuses recommandations ont déjà été émises à ce sujet par les acteurs de santé publique du Québec^{1,2,3,4,5}. Le présent mémoire, qui se veut complémentaire à ses prédécesseurs, vise à partager les préoccupations et les besoins de santé publique propres à la région de l'Estrie qui devraient, selon nous, être pris en considération dans le contexte d'un projet de loi-cadre sur l'encadrement du cannabis au Québec.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS dessert un vaste territoire, tantôt rural, tantôt urbain, s'étendant de Lac-Mégantic à l'Ange-Gardien et comptant environ 500 000 personnes⁶. La population de notre territoire présente certaines caractéristiques augmentant potentiellement sa vulnérabilité aux effets sur la santé du cannabis. Un trouble mental est diagnostiqué chez environ une personne sur sept dans la région administrative de l'Estrie. Cette prévalence est plus élevée que ce qui est observé au Québec et dans la majorité des régions, tant chez les jeunes que chez les adultes. Les prévalences observées pour plusieurs types de troubles, tels les troubles anxieux et de l'humeur, la schizophrénie, les troubles de la personnalité du groupe B et le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les élèves du secondaire, sont plus élevées en Estrie qu'au Québec. L'Estrie se démarque également par un nombre plus élevé de places destinées aux adultes ayant un diagnostic psychiatrique en centre d'hébergement et de soins de longue durée et un plus haut taux d'intervenants en santé mentale en première ligne. Par ailleurs, bien que l'Estrie compte pour 4 % de la population du Québec, elle compte 15 % des ressources avec hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique⁷. Il est donc possible que l'Estrie exerce une certaine « attractivité » pour des clientèles vulnérables. Enfin, on constate que la répartition des problématiques psychosociales n'est pas uniforme au sein du territoire, alors que les troubles mentaux, la consommation de drogue et l'utilisation des services psychosociaux se concentrent à Sherbrooke, et plus particulièrement dans ses quartiers centraux plus défavorisés⁸.

Compte tenu de ces réalités régionales, la thématique de la prévention, la sensibilisation et les effets sur la santé du cannabis m'interpelle particulièrement. À la lumière des quelques constats énoncés ci-haut, il importe de mettre en place des interventions de promotion et de prévention visant à limiter l'émergence de problèmes liés à l'usage du cannabis, et ce, autant pour l'ensemble des jeunes et des adultes que pour les groupes plus vulnérables à la maladie mentale et à la dépendance.

La directrice de santé publique,



Mélissa Généreux, MD, MSc, FRCPC

LÉGALISATION DU CANNABIS : TROUVER LE JUSTE ÉQUILIBRE

Plusieurs se questionnent à savoir si la légalisation, surtout si elle se fait de manière peu encadrée, banalisera l'usage du cannabis et entraînera une augmentation de sa consommation au Canada. En parallèle, plusieurs méfaits sont actuellement engendrés par la prohibition : criminalisation, qualité du produit non contrôlée, consommation dans l'ombre et accès limité aux soins de santé et services sociaux. Le cadre législatif joue donc un rôle déterminant, en permettant de trouver un juste équilibre entre les deux pôles que sont la prohibition et la commercialisation, tous deux associés à des effets pervers. Trouver cette zone où la bonne gestion de la légalisation du cannabis signifie des gains pour la santé et le bien-être est important non seulement pour la population générale, mais aussi pour les groupes à plus haut risque, incluant les jeunes, les personnes issues de milieux défavorisés et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de dépendance.

REGARD SUR LES EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES

Le Canada ne sera pas le premier pays à procéder à la légalisation du cannabis. Bien que l'encadrement de la légalisation du cannabis varie d'un endroit à l'autre, les expériences antérieures se veulent, de manière générale, rassurantes⁹. Par exemple, des études démontrent que la légalisation dans certains états américains n'a pas entraîné de hausse dans le taux d'abus et de dépendance¹⁰. Cependant, au-delà de la population générale, il importe d'examiner l'impact potentiel de la légalisation du cannabis sur sa consommation dans des sous-groupes à plus haut risque. À Denver, au Colorado, l'analyse des points de distribution de cannabis médicinal montre qu'ils tendent à se trouver dans les quartiers à haut taux de criminalité et où l'on retrouve davantage d'emplois de vente au détail¹¹. En Californie, les points de distribution tendent également à être localisés préférentiellement dans des quartiers à faible revenu¹². Par ailleurs, une étude réalisée en Californie montre l'association entre la densité des points de vente de cannabis et la consommation abusive, la dépendance et les méfaits associés (ex. : hospitalisations)¹³.

Les leçons tirées de la légalisation d'autres substances psychoactives à risque de dépendance, soit le tabagisme et l'alcool, méritent également qu'on s'y attarde. Il est largement reconnu que l'accessibilité économique, l'accessibilité physique et l'accessibilité légale sont les principaux déterminants de la consommation et des problèmes associés à ces substances¹⁴. Les mesures ayant démontré le plus d'efficacité pour prévenir la consommation excessive d'alcool et la consommation de tabac sont les politiques publiques visant ces déterminants :

- des mesures de taxation et de fixation des prix;
- la diminution et le contrôle du nombre de points de vente;
- l'application des lois en lien avec l'âge minimum légal de consommation;
- les restrictions entourant le marketing et l'encadrement de la vente.

Les mesures visant à restreindre l'accessibilité physique et légale attirent particulièrement notre attention. L'expérience de l'alcool révèle en effet que la densité des points de vente, en particulier en milieux défavorisés, peut entraîner des conséquences dommageables. Notons qu'au Québec, où l'encadrement de la production, la distribution, l'entreposage et la vente de boissons alcoolisées est sous la responsabilité de la Régie des alcools, des courses et des jeux, on observe deux phénomènes préoccupants :

- la plus forte densité des points de vente d'alcool au détail au Canada¹⁵, soit 1 point de vente pour 342 personnes et 16 points de vente à une distance de moins de 1 kilomètre de son domicile;
- la concentration des points de vente d'alcool dans les quartiers défavorisés sur le plan matériel¹⁵.

Ainsi, le Québec ne fait pas bonne figure en ce qui concerne l'accessibilité physique à l'alcool, et ce, malgré plus d'une trentaine d'études qui démontrent le lien direct entre la densité des points

de vente et l'augmentation de la consommation et des méfaits, y compris les blessures, la criminalité et la violence¹⁶. L'encadrement du cannabis au Québec devrait tirer profit de ces leçons, en instaurant des mesures visant à limiter la densité des points de vente de cannabis et éviter de les concentrer en milieux défavorisés.

Finalement, en regard de l'accessibilité légale, l'âge légal pour la vente de tabac et d'alcool a été fixé à 18 ans au Québec. En vue d'assurer la cohérence des messages de prévention, plusieurs croient que l'âge légal pour la vente de cannabis devrait aussi être fixé à 18 ans. De plus, du fait qu'on retrouve une plus grande proportion de consommateurs de cannabis parmi les 18-24 ans et que ceux-ci ont un accès facile au marché noir, fixer l'âge légal de vente de cannabis à 21 ou 25 ans risquerait de favoriser le commerce illégal dans ce groupe de la population, considéré davantage vulnérable aux effets du cannabis¹⁷.

REGARD SUR LES PARTICULARITÉS ESTRIENNES

■ La jeunesse

Dans le domaine de la prévention liée au tabagisme et à l'usage de drogues, les objectifs sont généralement de :

- diminuer l'attrait de la substance afin que les personnes ne désirent pas s'y initier (dénormalisation);
- retarder le plus possible l'âge d'initiation, puisqu'une initiation tardive rime habituellement avec une consommation plus faible et plus responsable.

Les données estriennes, semblables à celles du Québec, révèlent que les deux tiers des personnes (15 ans et plus) rapportant avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année sont âgées de moins de 45 ans, alors qu'elles représentent 35 % de la population. Considérant que le groupe d'âge qui consomme le plus de cannabis est celui des 18-24 ans, suivi de près du groupe des 15-17 ans, s'attarder aux jeunes prend tout son sens. Selon une étude récente menée auprès de 11 000 Estriens, les jeunes adultes s'avèrent également ceux qui ont une plus forte proportion de consommation régulière de cannabis (8,3 % en consomment une fois ou plus par semaine).

Fréquence de consommation du cannabis selon le sexe et l'âge, Estrie, 2014-2015

	Consommation occasionnelle Au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois	Consommation hebdomadaire Au moins 1 fois par semaine
Total	11,1 %	3,6 %
Sexe		
Hommes	14,4 %	5,4 %
Femmes	7,3 %	1,9 %
Âge		
18-24 ans	28,7 %	8,3 %
25-44 ans	18,8 %	6,3 %
45-64 ans	6,5 %	2,4 %
65 ans et +	2 %	0,4 %

Source : Direction de santé publique, Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE), 2014-2015.

■ La santé mentale

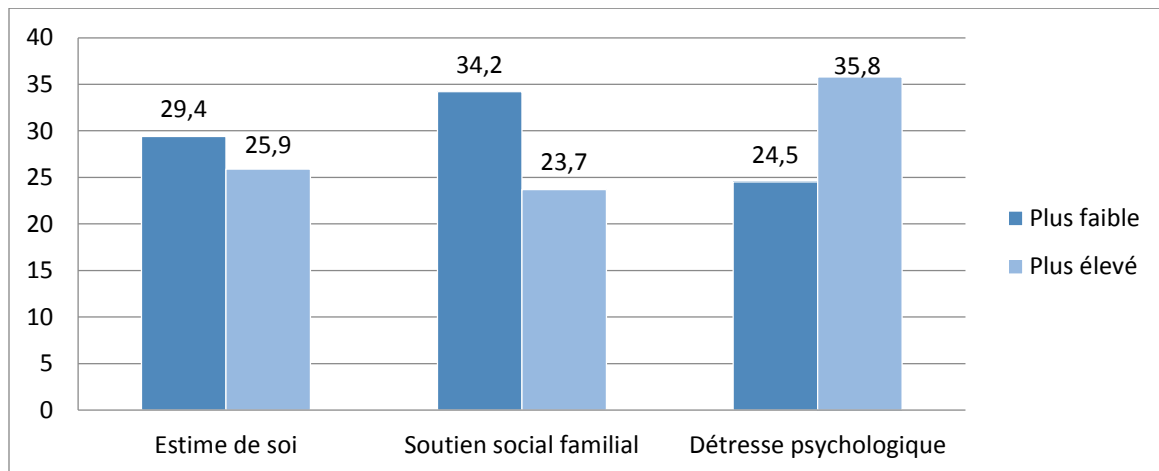
Parallèlement, les effets délétères du cannabis, qui altèrent les fonctions mentales, inquiètent particulièrement chez les moins de 25 ans puisque la maturation du cerveau et des circuits neuronaux sous l'influence du cannabis n'est pas complétée. L'usage du cannabis est associé à plusieurs effets dont des déficits au niveau de l'attention, de la mémoire, de la vitesse de

traitement de l'information, de l'intelligence et par conséquent, nuit à la capacité d'apprendre à l'école¹⁸. De plus, l'usage du cannabis est associé à la dépression chez les adolescents et les jeunes adultes, aux troubles anxieux et à la schizophrénie¹⁹. Ces associations touchent principalement les grands consommateurs réguliers qui ont commencé à consommer tôt à l'adolescence²⁰.

Les liens entre l'usage du cannabis et la santé mentale méritent une attention particulière, surtout dans un contexte où l'Estrie affiche une prévalence de troubles mentaux supérieure à l'ensemble du Québec. Les jeunes ne font malheureusement pas exception; 10,6 % d'entre eux ont un trouble mental alors que cette proportion est de 9,1 % au Québec.

L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2010-2011) révèle que les jeunes estriens présentant certains facteurs de protection (estime de soi et soutien social familial) consomment moins de cannabis, alors que ceux présentant une détresse psychologique sont plus nombreux à en consommer.

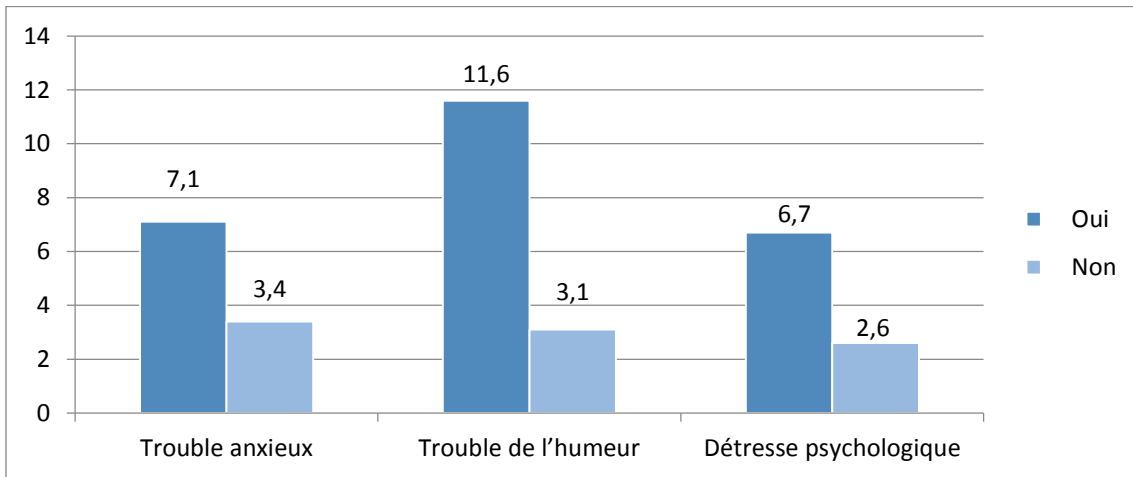
Proportion (%) des élèves du secondaire qui ont consommé du cannabis dans les 12 derniers mois selon certaines caractéristiques psychosociales, Estrie, 2010-2011



Source : Institut de la statistique du Québec, EQSJS 2010-2011.

L'Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE) 2014-2015 permet d'associer la consommation de cannabis aux problèmes de santé mentale rapportés, cette fois chez les adultes. On constate entre autres que la consommation régulière (sur une base hebdomadaire) de cannabis est presque quatre fois plus élevée chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur que chez les autres personnes (11,6 % c. 3,1 %). Un phénomène similaire s'observe chez les personnes souffrant de troubles anxieux ou de détresse psychologique. Bien qu'il soit difficile de confirmer la présence d'une relation causale^{21,22}, il n'en demeure pas moins que la forte association observée entre l'usage de cannabis et les troubles mentaux invite à développer des interventions en amont ciblant des facteurs de risque et de protection à la fois associés à la consommation problématique et à la souffrance psychologique.

Proportion (%) des adultes qui consomment du cannabis au moins une fois par semaine selon certains problèmes de santé mentale, Estrie, 2014-2015



Source : Direction de santé publique, Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE), 2014-2015.

■ **L'usage d'alcool et de drogues**

Souvent, les consommations de substances psychoactives ne viennent pas seules. Chez les personnes qui ont des épisodes hebdomadaires de consommation excessive d'alcool (c.-à-d. au moins cinq consommations ou plus au cours de la même occasion), il y a environ trois fois plus d'utilisateurs réguliers (sur une base hebdomadaire) de cannabis que chez les gens qui consomment l'alcool plus modérément (9,5 % c. 2,9 %). Des écarts encore plus importants au niveau de la consommation régulière de cannabis sont observés entre les personnes consommant d'autres drogues et celles n'en consommant pas (22,8 % c. 3,1 %). Autrement dit, l'usage d'alcool et de drogues est fortement associé à l'usage de cannabis.

Par ailleurs, l'indice DEP-ADO, tiré de l'ESQJS 2010-2011, établit un score total permettant d'établir la gravité des problèmes liés à la consommation : sans problème « feu vert », problèmes en émergence « feu jaune » et problèmes évidents de consommation « feu rouge ». Parmi les élèves de secondaire de l'Estrie ayant rapporté un usage de cannabis au cours de la dernière année, plus du tiers présente un « feu jaune » (18,8 %) ou un « feu rouge » (18,3 %).

■ **Les populations vulnérables**

Les données de l'ESPE 2014-2015 révèlent que la consommation hebdomadaire de cannabis est nettement plus élevée dans les quartiers centraux de Sherbrooke qu'ailleurs en Estrie (12 % c. 3,3 %). Ces secteurs centraux se démarquent aussi du reste de l'Estrie par leurs proportions plus fortes d'individus qui présentent des signes de détresse psychologique (26 % c. 17 %) et qui ont reçu un diagnostic de troubles anxieux ou de l'humeur (16 % c. 10 %). Malgré que ces secteurs soient parmi les plus défavorisés de l'Estrie, on y retrouve une forte densité des points de vente d'alcool. Il nous apparaît important que l'histoire ne se répète pas pour ce qui est de la vente du cannabis.

RECOMMANDATIONS

Nos recommandations visent à promouvoir, prévenir et protéger la santé de la population générale, tout en tenant compte des besoins spécifiques des groupes à plus haut risque. Tout doit être mis en œuvre pour que les jeunes puissent développer leur plein potentiel et avoir en main les piliers nécessaires à l'adoption de comportements sains et sécuritaires, qu'il s'agisse de ne pas consommer le cannabis, de retarder son initiation ou de réduire la consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives à risque de dépendance. Il faut mettre en place des actions pertinentes en promotion de la santé mentale qui visent l'épanouissement de tous, qui s'insèrent dans une perspective de parcours de vie et qui agissent sur les différents déterminants sociaux de la santé mentale. En ciblant à la fois les facteurs de risque et de protection, on peut contribuer à réduire la vulnérabilité et renforcer les capacités des personnes et des communautés, incluant celles à plus haut risque²³.

Recommandations générales

1. Financer et soutenir la réalisation de la première orientation de la Politique gouvernementale de prévention en santé, soit « le développement des capacités des personnes dès le plus jeune âge ».
2. Financer et soutenir le déploiement de stratégies préventives en matière de consommation de cannabis ciblant la population générale, mais aussi les groupes à plus haut risque. Ces stratégies devraient être fondées sur les meilleures évidences scientifiques, d'intensité suffisante, adaptées à la réalité des différents groupes ciblés et développées de manière participative.
3. Réduire au minimum l'attractivité et la nocivité du cannabis, notamment en interdisant la promotion des produits, en contrôlant les emballages, en proscrivant les produits comestibles de même que l'ajout de saveur, et en rendant disponible des produits à faible teneur de tétrahydrocannabinol (THC).
4. Consacrer une partie des revenus générés par la vente de cannabis au développement, au transfert et à l'application des connaissances dans le domaine de la prévention.

Recommandations spécifiques

Nous l'avons vu, l'accessibilité physique est un déterminant majeur de la consommation du cannabis et de ses méfaits. Les aménagements doivent donc être pensés de manière à favoriser la santé ou à tout le moins, à ne pas nuire :

5. Limiter les points de vente, identifier les secteurs géographiques les plus à risque et éviter une concentration des points de vente dans ces secteurs.
6. Interdire la vente de cannabis dans des milieux jugés à trop haut risque, notamment à proximité des écoles et des endroits où il y a vente d'alcool.

Malgré tous les efforts de prévention qui pourront être mis de l'avant, l'abus et la dépendance au cannabis et à d'autres substances psychoactives persisteront. Il faut mieux repérer les personnes aux prises avec de tels problèmes et les aider :

7. Octroyer des budgets aux directions de santé publique et aux municipalités afin de favoriser l'intervention de proximité et le travail intersectoriel dans les secteurs jugés à risque.
8. Former et outiller les dispensateurs afin qu'ils contribuent au repérage des consommateurs à risque, notamment en instaurant un système d'information permettant une vigilance quant aux profils de consommation problématique.

9. Former et outiller les médecins et autres intervenants quant au dépistage, à l'évaluation de la consommation et à l'orientation des personnes vers des services de réadaptation.
10. Consacrer une partie des revenus générés par la vente de cannabis à l'amélioration de l'accès aux soins et services en santé mentale et en dépendance offerts par le réseau public.

CONCLUSION

La consultation gouvernementale est ici essentielle et bien nommée : encadrement du cannabis. Si la légalisation aura des retombées positives, elle doit être encadrée afin d'éviter de tomber dans une logique de commercialisation qui, tout comme la prohibition, engendre des méfaits. On doit apprendre des expériences antérieures, notamment en regard de la vente d'alcool au Québec. On ne doit en aucun cas banaliser l'usage du cannabis, on ne doit pas en faire la promotion, on ne doit pas chercher à générer des profits et surtout, on doit constamment se rappeler de la raison d'être de la légalisation du cannabis qui en est une de protection de la sécurité et de la santé de la population.

RÉFÉRENCES

- 1 Direction régionale de santé publique CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (2016). *Vers la légalisation, la réglementation et la restriction de l'accès à la marijuana : Réponse du directeur de santé publique de Montréal à la consultation du Gouvernement du Canada*. Montréal.
- 2 Mémoire des directeurs de santé publique sur la légalisation du cannabis, 16 mars 2017.
- 3 Institut national de santé publique du Québec (2016). *Légalisation du cannabis à des fins non médicales : Pour une régulation favorable à la santé publique*. Québec.
- 4 Association de santé publique du Québec (2017). *Légaliser le cannabis : un enjeu de société*. Montréal.
- 5 Directions régionales de Laval, de la Montérégie et de Montréal (2017). *Encadrement du cannabis au Québec : Réponse des directeurs de santé publique de Laval, de Montréal et de la Montérégie à la consultation régionale du gouvernement du Québec*. Montréal.
- 6 CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Bulletin Vision santé publique. *Territoire desservi par le CIUSSS – CHUS (2015)*, n° 22 (juillet). Sherbrooke.
- 7 Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2015). Rapport de la directrice. *Prioriser la santé mentale et le bien-être en Estrie : 7 défis à relever ensemble*. Sherbrooke.
- 8 CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2016). Bulletin Vision santé publique. *État de situation sur la population du centre-ville de Sherbrooke (2016)*, n° 28 (février). Sherbrooke.
- 9 Agence Science Presse (Page consultée le 22 août 2017). *La loi, le cannabis et les jeunes : 4 choses à savoir*, [en ligne], <http://www.sciencepresse.qc.ca/actualite/detecteur-rumeurs/2017/04/13/loi-cannabis-jeunes-4-choses-savoir>.
- 10 Cerda, M., Wall, M., Keyes, K.M., Galea, S., Hasinl (2012). Medical marijuana laws in 50 states : investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*, 120:22-27.
- 11 Boggess, L.N., Perez, D.M., Cope, K. (2014). Do medical marijuana centers behavior like locally undesirable land uses? Implications for the geography of health and environmental justice. *Urban Geogr.* 35:315–336.
- 12 Morrison, C., Gruenewald, P.J., Freisthler, B., Ponicki, W.R., Remer, L.G., 2014. The economic geography of medical cannabis dispensaries in California. *Int J Drug Policy*, 25:508–515.
- 13 Mair, C., Freisthler, B., Ponicki, W., Gaidus, A. (2015). The impacts of marijuana dispensary density and neighborhood ecology on marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*, 154:111-116.
- 14 Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. (2010). *Alcohol : no ordinary commodity - Research and public policy*. (2nd ed.) Oxford : Oxford University Press.
- 15 Ngui, A.N., Apparicio, P., Philibert, M., Fleury, M.-J. (2015). Neighborhood Characteristics Associated with the Availability of Alcohol Outlets in Quebec, Canada. *J Addict*, doi : 10.1155/876 582.
- 16 Campbell, C. A., Hahn, R. A. et coll. (2009). The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *Am J Prev Med*, 37:556-569.
- 17 Société canadienne de pédiatrie (2017). *Le cannabis et les enfants et adolescents canadiens*, [en ligne], <http://www.cps.ca/fr/documents/position/cannabis-les-enfants-et-adolescents>.
- 18 Association des médecins psychiatres du Québec (2017). *Légalisation du cannabis : protégeons les générations à venir*, [en ligne], <http://ampq.org/wp-content/uploads/2017/06/enonce-de-positionfinal.pdf>
- 19 Société canadienne de pédiatrie (2017). *loc.cit.*
- 20 Organisation mondiale de la santé (OMS 2016). *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use*. WHO Library, [en ligne], http://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/
- 21 Société canadienne de pédiatrie (2017). *loc.cit.*
- 22 National Institute on Drug Abuse (2017). *Marijuana*. [en ligne], <https://www.drugabuse.gov>
- 23 Roberge, M-C. et Déplanche, F. (2017). *Synthèse des connaissances sur les champs d'actions pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes – Sommaire*. Institut national de santé publique du Québec. Québec.