



Sénat

Senate

CANADA

LE CANNABIS :
POSITIONS POUR UN RÉGIME
DE POLITIQUE PUBLIQUE
POUR LE CANADA

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT
SUR LES DROGUES ILLICITES

VOLUME I : PARTIES I ET II

PRÉSIDENT

PIERRE CLAUDE NOLIN

VICE-PRÉSIDENT

COLIN KENNY

SEPTEMBRE 2002

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux du Sénat du 15 mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Nolin, appuyée par l'honorable sénateur Molgat,

Qu'un comité spécial du Sénat soit formé afin de faire rapport sur :

- l'approche du Canada concernant le chanvre indien (cannabis), ses préparations et dérivés et les préparations synthétiques semblables, en contexte;
- l'efficacité de cette approche, les moyens de sa mise en oeuvre ainsi que le contrôle de son application;
- les politiques officielles pertinentes adoptées par d'autres pays;
- le rôle et les obligations internationales qui incombent au Canada en vertu des conventions des Nations Unies sur les stupéfiants relativement au cannabis, de la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres traités connexes;
- les effets sociaux et sanitaires du cannabis et les effets possibles de politiques différentes;

Que le comité spécial soit composé de cinq sénateurs dont trois constituent le quorum;

Que les honorables sénateurs Banks, Kenny, Nolin et Rossiter (le cinquième membre sera nommé par le whip en chef du gouvernement) soient nommés au comité;

Que le comité ait le pouvoir de faire comparaître des personnes et produire des documents, d'entendre des témoins, de faire rapport au besoin et de faire imprimer au jour le jour documents, mémoires et témoignages selon les instructions du comité;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus lors de l'examen du projet de loi C-8, *Loi portant sur la réglementation de certaines drogues et de leurs précurseurs ainsi que d'autres substances, modifiant certaines lois et abrogeant la Loi sur les stupéfiants en conséquence* par le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles durant la deuxième session de la trente-cinquième législature, soient envoyés au comité;

Que les documents et les témoignages recueillis sur le sujet par le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat durant la deuxième session de la trente-sixième législature soient envoyés au comité;

Que le comité soit habilité à autoriser, s'il le juge opportun, la radiodiffusion, la télédiffusion et la diffusion par les médias électroniques de la totalité ou d'une partie de ses délibérations et des informations qu'il détient;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 31 août 2002 et qu'il conserve les pouvoirs nécessaires à la diffusion de ses constatations pendant trente jours après le dépôt de son rapport;

Que le comité soit autorisé, indépendamment de l'usage habituel, à déposer son rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas, et que le rapport soit réputé avoir été déposé au Sénat.

Après débat,

La motion principale, telle que modifiée, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des Journaux du Sénat du 9 mai 2002 :

L'honorable sénateur Nolin propose, appuyé par l'honorable sénateur Stratton,

Que la date de présentation du rapport final du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites au sujet de son étude de réexaminer des lois et des politiques antidrogue canadiennes, autorisée par le Sénat le 15 mars 2001, soit reportée du 31 août 2002 au 13 septembre 2002.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

REMERCIEMENTS

Je suis très fier du rapport sur le cannabis que le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites rend aujourd'hui public. Ce rapport marque une étape dans la politique publique canadienne sur les drogues et je ne doute pas que, malgré son volume imposant, il trouvera plus d'un lecteur attentif.

Ce rapport est le fruit de deux années d'un travail collectif. Au risque d'oublier certaines personnes qui me pardonneront, je veux exprimer ici ma reconnaissance pour les contributions de ceux et celles qui ont été associés le plus près à nos travaux.

Je tiens d'abord à remercier l'ensemble des Canadiens et Canadiennes qui, de près ou de loin, ont participé à nos travaux, en nous écrivant, en assistant à nos audiences et à nos débats publics dans les régions, en nous regardant à la télévision, et tout simplement en s'informant sur cette question importante de politique sociale. Leur apport, leurs questions, leurs commentaires, nous ont été source d'inspiration. Nous n'oublierons pas non plus l'accueil que nous ont fait les Chefs de la tribu des Piapot en Saskatchewan ; la cérémonie qu'ils nous ont offerte a été un véritable ressourcement.

Le travail du Comité n'aurait pas été possible sans l'immense contribution de son équipe de recherche. Cette petite équipe a été habilement dirigée par le Dr Daniel Sansfaçon, sociologue, dont la rigueur et le dévouement ont permis au Comité d'atteindre les plus hautes exigences de qualité pour l'ensemble de ses travaux et la rédaction de son rapport. À ses côtés, Monsieur Gérald Lafrenière et Madame Chantal Collin, analystes à la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, ont été des collègues inestimables. Qu'il me soit d'ailleurs permis de remercier explicitement la Direction de la recherche parlementaire et son directeur général qui ont répondu avec diligence et professionnalisme à notre imposant programme de recherche. Enfin, je veux souligner les contributions de Madame Barbara Buston Wheelock, assistante auprès de la Sénatrice Rossiter, de Monsieur François Dubois, mon assistant de recherche, ainsi que de Messieurs Jean-Guy Desgagné et David Newman aux communications.

Les travaux du Comité ont bénéficié de l'expertise et de la générosité des nombreux experts qui sont venus témoigner ou que nous avons rencontrés à titre privé et dont on trouvera la liste en annexe. Je voudrais les remercier tous et chacun.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Nous avons aussi pu compter sur la compétence des greffiers de comités et l'efficacité de leur personnel administratif pour l'organisation de nos multiples réunions de travail et réunions publiques. Je voudrais remercier messieurs Blair Armitage, Daniel Charbonneau et Adam Thompson.

Notre rapport, marqué par un grand souci de transparence et de rigueur, témoigne des plus hauts standards que le Sénat du Canada sait maintenir. Je voudrais d'ailleurs remercier mes collègues du Sénat qui nous ont accordé leur confiance en nous confiant ce mandat. En terminant je voudrais témoigner ma reconnaissance à mes collègues qui ont participé à nos travaux et tout spécialement à chacun des membres du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, son vice-président, le sénateur Colin KENNY, et les sénateurs Tommy BANKS, Shirley MAHEU et Eileen ROSSITER. Ils ont fait un travail remarquable.

Collègues, je crois que les Canadiens ont raison d'être fiers de notre institution parlementaire.

Pierre Claude NOLIN

Sénateur

Président du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites

MEMBRES DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES

1. MEMBRES DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES

L'honorable Pierre Claude Nolin (Président)	L'honorable Colin Kenny (Vice-président)
L'honorable Tommy Banks	L'honorable Eileen Rossiter
L'honorable Shirley Maheu	L'honorable John Lynch-Staunton *
L'honorable Sharon Carstairs, c.p. * **	L'honorable Noël A. Kinsella *
L'honorable Fernand Robichaud, c.p.*	

2. AUTRES SÉNATEURS AYANT PARTICIPÉ AUX TRAVAUX DU COMITÉ

L'honorable Michel Biron	L'honorable Laurier LaPierre
L'honorable Pat Carney, c.p.	L'honorable Jean Lapointe
L'honorable Thelma Chalifoux	L'honorable Edward M. Lawson
L'honorable Ione Christensen	L'honorable Lorna Milne
L'honorable Ethel M. Cochrane	L'honorable Yves Morin
L'honorable Pierre De Bané, c.p., c.r.	L'honorable Lucie Pépin ***
L'honorable Consiglio Di Nino	L'honorable Marie-P. Poulin
L'honorable Joyce Fairbairn, c.p.	L'honorable Marcel Prud'homme, c.p.
L'honorable Sheila Finestone, c.p.	L'honorable Gerry St. Germain, c.p.
L'honorable J. Michael Forrestall	L'honorable Peter A. Stollery
L'honorable Jerahmiel S. Grafstein, c.r.	L'honorable Terry Stratton
L'honorable Mobina S.B. Jaffer	L'honorable John Wiebe

L'honorable Lois M. Wilson

* Membres d'office

** L'honorable Sharon Carstairs a été membre du Comité d'avril 2000 à octobre 2000

*** L'honorable Lucie Pépin a été membre du Comité d'avril 2000 à octobre 2000.

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

INTRODUCTION	1
<hr/>	
PREMIÈRE PARTIE – ORIENTATIONS GÉNÉRALES	5
<hr/>	
CHAPITRE 1 – NOTRE MANDAT	7
LIBELLÉ	7
ORIGINES	9
NOTRE COMPRÉHENSION	11
CHAPITRE 2 – NOS TRAVAUX	13
DEUX PRINCIPES DE TRAVAIL	14
L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	15
Le programme de recherche	19
Audiences de témoins experts	20
Le défi de la synthèse	22
TENIR COMPTE DES OPINIONS	23
INTERPRÉTER À LA LUMIÈRE DE PRINCIPES	24
CHAPITRE 3 – NOS PRINCIPES DIRECTEURS	25
L'ÉTHIQUE, OU LE PRINCIPE DE L'AUTONOMIE RÉCIPROQUE	28
LA GOUVERNANCE : MAXIMISER L'ACTION DES INDIVIDUS	32
La gouvernance de la collectivité	34
La gouvernance de soi	36
Le rôle de la gouvernance	37
LE DROIT PÉNAL OU LES LIMITES DE L'INTERDICTION	38
Nécessité de la distinction	39
Critères de distinction	41
Application aux drogues illicites	45
LA SCIENCE OU LA CONNAISSANCE APPROCHÉE	46
CONCLUSIONS	51

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 4 – UN CONTEXTE EN MOUVANCE	53
MUTATIONS DU CONTEXTE INTERNATIONAL	53
Globalisation et intégration	53
Errances d'un discours sécuritaire	57
Des politiques antidrogues aux politiques sur les drogues	59
MUTATIONS AU CANADA	61
L'activisme judiciaire	61
Une stratégie nationale de prévention du crime	62
La lutte au crime organisé	62
UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ	63

PARTIE II – LE CANNABIS : EFFETS, USAGES, ATTITUDES **65**

CHAPITRE 5 – LE CANNABIS : DE LA PLANTE AU JOINT	67
UNE PLANTE, DIVERSES DROGUES	68
ROUTES DU CANNABIS	72
PROPRIÉTÉS DU CANNABIS	79
Concentration en Δ^9 THC	80
PHARMACOCINÉTIQUE	86
CONCLUSIONS	90

CHAPITRE 6 – USAGERS ET USAGES : FORMES, PRATIQUES, CONTEXTES	93
TENDANCES D'USAGE	94
Consommation en population générale	95
Consommation chez les jeunes	99
Tendances d'usage dans d'autres pays	105
Éléments de synthèse	114
FORMES ET MODES D'USAGE	116
Le cannabis dans l'histoire	117
Trajectoires d'usages	119
Facteurs reliés à l'usage	125
Éléments de synthèse	131
UNE ESCALADE VERS D'AUTRES DROGUES ?	132
CANNABIS, VIOLENCE ET CRIMINALITÉ	134
CONCLUSIONS	136

CHAPITRE 7 – LE CANNABIS : EFFETS ET CONSÉQUENCES	139
EFFETS ET CONSÉQUENCES DU CANNABIS : CE QU'ON NOUS A DIT	142
EFFETS AIGUS DU CANNABIS	148
CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION CHRONIQUE	152
Conséquences physiologiques de l'usage chronique	153
Conséquences cognitives et psychologiques	158
Conséquences comportementales et sociales	162
TOLÉRANCE ET DÉPENDANCE	163
Dépendance au cannabis	164
Sévérité de la dépendance	171
La tolérance	174
ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE	175
CONCLUSIONS	176

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 8 – CONDUITE SOUS L’EFFET DU CANNABIS	179
MODES DE DÉPISTAGE	182
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	187
Études hors contexte accidentel	188
Études en contexte accidentel	189
Enquêtes épidémiologiques auprès des jeunes	192
Évaluation du risque	192
ÉTUDES EXPÉRIMENTALES	195
Activités hors conduite	195
En activité de conduite	197
CONCLUSIONS	201
CHAPITRE 9 – APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU CANNABIS	203
ASPECTS HISTORIQUES	208
CONNAISSANCES CONTEMPORAINES	210
Utilisations thérapeutiques	210
Le cannabis comme médicament ?	213
PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACTUELLES	216
CONCLUSIONS	219
CHAPITRE 10 – OPINIONS ET ATTITUDES DES CANADIENS	221
LES MÉDIAS	222
ENQUÊTES ET SONDAGES	227
ATTITUDES ET OPINIONS EXPRIMÉES AU COMITÉ	234
CONCLUSIONS	237
PARTIE III – POLITIQUES ET PRATIQUES AU CANADA	239
CHAPITRE 11 – UNE STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE ?	241
PHASE I – ÉLABORATION ET MISE EN PLACE	242
Création du Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies	248
Création du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue	250
PHASE II – RENOUVELLEMENT	252
PHASE III – LE RENOUVELLEMENT SANS FINANCEMENT PRÉCIS	255
LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE – UNE RÉUSSITE ?	257
CONCLUSIONS	259
CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL	261
1908-1960 : L’HYSTÉRIE	264
La Loi sur l’opium de 1908	269
Loi sur l’opium et les narcotiques de 1911	269
Les amendements à la Loi sur l’opium et les narcotiques (1920-1938)	272
Les modifications à la Loi sur l’opium et les narcotiques en 1954	281
Le rapport du Sénat de 1955	282
DE 1960 À LA COMMISSION LE DAIN : À LA RECHERCHE DES RAISONS PERDUES	286
La Loi sur les stupéfiants (1961)	286
La Loi sur les aliments et drogues et les barbituriques (1961)	288
La Commission Le Dain (1969-1973)	291
Le projet de loi S-19 et le cannabis	302

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

APRÈS LE DAIN : LA FUITE EN AVANT	303
La Loi réglementant certaines drogues et autres substances	305
CONCLUSIONS	315
CHAPITRE 13 – RÉGLEMENTER L’UTILISATION DU CANNABIS À DES FINS THÉRAPEUTIQUES	317
CADRE ENTOURANT LA RÉCENTE RÉGLEMENTATION	318
Article 56 – Loi réglementant certaines drogues et autres substances	318
Contestations fondées sur la Charte – utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques	320
Réaction du gouvernement	322
RÉGLEMENTATION SUR L’ACCÈS À LA MARIJUANA À DES FINS MÉDICALES	323
Autorisation de posséder	324
Licences de production	328
Autres dispositions	329
ACCÈS HUMANITAIRE ?	329
Admissibilité	330
Accès au cannabis	335
Produits	338
Coûts	338
POURSUIVRE LA RECHERCHE	340
Recherche scientifique	340
Marijuana propre à la recherche	343
CONCLUSIONS	344
CHAPITRE 14 – PRATIQUES POLICIÈRES	347
ORGANISMES D’EXÉCUTION DE LA LOI	347
GRC	347
L’Agence des douanes et du revenu du Canada	350
Polices municipales et provinciales	352
COÛTS	353
POUVOIRS POLICIERS	358
Fouilles perquisitions et saisies	360
La provocation policière et les activités illégales	374
Conclusion	379
STATISTIQUES	380
Incidents relatés	380
Accusations	383
Inquiétudes	386
La Loi sur les douanes – amendes	389
SAISIES	390
CONCLUSIONS	392
CHAPITRE 15 – LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE	393
POURSUITES	393
TRIBUNAUX	394
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie	395
DÉCISION ET DÉTERMINATION DE LA SANCTION	399
SERVICE CORRECTIONNEL	402
CASIER JUDICIAIRE	406
CONTESTATIONS JUDICIAIRES	409
CONCLUSIONS	415

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 16 – PRATIQUES PRÉVENTIVES	417
DES ACTIONS QUI NE SONT PAS À LA HAUTEUR DES DISCOURS	421
On ne fait pas suffisamment de prévention	422
La prévention est insuffisamment ciblée	424
On ne fait pas suffisamment l'évaluation des mesures de prévention	426
Les messages sociaux contredisent les messages de prévention	427
Il existe une connaissance dont il faut s'inspirer	428
PRÉVENIR : QUOI ? COMMENT ?	429
RÉDUCTION DES RISQUES, RÉDUCTION DES MÉFAITS	441
CONCLUSIONS	443
CHAPITRE 17 – PRATIQUES DE SOINS	445
DÉPENDANCES AU CANNABIS	445
FORMES DE TRAITEMENT	451
L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS	453
CONCLUSIONS	456
CHAPITRE 18 – OBSERVATIONS SUR LES PRATIQUES	457
DES DIFFICULTÉS D'ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS	457
UN ARRIMAGE DIFFICILE ENTRE LES APPROCHES	459
DES COÛTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX IMPORTANTS	462
CONCLUSIONS	467
PARTIE IV – OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE	469
<hr/>	
CHAPITRE 19 – LE CONTEXTE JURIDIQUE INTERNATIONAL	471
ÉLÉMENTS DE GÉNÉALOGIE	472
La Conférence de Shanghai (1909)	475
La Convention internationale de l'opium de 1912 (La Haye)	477
Les Conventions de l'opium de Genève (1925)	479
La Convention de Genève pour limiter la fabrication et régler la distribution des stupéfiants (1931) / Accord de Bangkok sur la consommation d'opium (1931)	480
La Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles (Genève, 1936)	482
La Deuxième Guerre mondiale	482
Le Protocole de Lake Success (1946)	483
Le Protocole de Paris (1948)	483
Le Protocole de l'opium de New York (1953)	484
LES TROIS CONVENTIONS ACTUELLES	485
La Convention unique sur les stupéfiants de 1961	485
Convention sur les substances psychotropes	490
Protocole portant amendement à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961	496
Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes	498
UNE MARGE DE MANŒUVRE ?	501
CONCLUSIONS	504

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 20 – POLITIQUES PUBLIQUES DANS D’AUTRES PAYS	507
FRANCE	508
Des logiques distinctives	508
Une politique publique intégrée	510
Cadre législatif	513
Quelques rapports clés	516
Statistiques sur l’usage et la répression	520
Coûts	523
PAYS-BAS	524
Le pragmatisme néerlandais ?	525
Des rapports d’experts fondateurs	527
La législation	533
Le régime des coffee shops	536
Données sur l’usage	538
ROYAUME-UNI	542
Stratégie décennale de lutte contre la toxicomanie	542
Cadre législatif	543
Autres lois pertinentes au domaine de la toxicomanie	546
Débats au RU	547
Études et rapports récents	548
Administration	556
Coûts	556
Statistiques	558
LA SUÈDE	560
Stratégie nationale	562
Cadre législatif	566
Le débat en Suède	568
Rapports récents	569
Coûts	571
Administration	572
Statistiques	572
LA SUISSE	575
Une politique de réduction des risques	575
Évolution du régime juridique	583
Un projet de dépénalisation du cannabis	585
Administration de la politique suisse en matière de drogue	587
Statistiques sur l’usage de stupéfiants et les infractions à la LStup	589
L’AUSTRALIE	592
Stratégie nationale sur les drogues	592
Le cadre législatif	597
Décriminalisation du cannabis	601
Administration	603
Statistiques	605
LES ÉTATS-UNIS	607
Le cadre législatif de l’administration fédérale et des États	607
La législation actuelle et son application	610
Buts et objectifs de la politique fédérale de lutte contre les stupéfiants	619
Administration de la politique	622
Sujets d’actualité et débats	624
Statistiques	626
CHAPITRE 21 – OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE	631
L’INEFFICACITÉ DES POLITIQUES PÉNALES	633

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Des impacts sur la consommation ?	634
Des impacts sur l'offre ?	640
Conclusion	640
ÉCONOMIE GÉNÉRALE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE SUR LE CANNABIS	641
COMPOSANTES D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE	644
Un centre de responsabilité fort	644
Interconnexion	645
Élaboration en commun d'objectifs partagés	645
Des outils de connaissance	645
OPTIONS LÉGISLATIVES	646
Clarifications terminologiques	646
Critères pour une politique juridique sur le cannabis	654

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS **659**

IL Y A TRENTE ANS, LE DAIN	659
L'INEFFICACITÉ DES PRATIQUES ACTUELLES	661
UNE POLITIQUE PUBLIQUE BASÉE SUR DES PRINCIPES DIRECTEURS	663
UNE STRATÉGIE FÉDÉRALE CLAIRE ET COHÉRENTE	664
UNE STRATÉGIE NATIONALE SOUTENUE PAR DES MOYENS ET DES OUTILS	665
UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	667
UNE APPROCHE RÉGLEMENTAIRE SUR LE CANNABIS	670
UNE APPROCHE DE COMPASSION POUR LES USAGES THÉRAPEUTIQUES	671
DISPOSITIONS SUR LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DU CANNABIS	672
POURSUIVRE LA RECHERCHE	673
POSITIONNEMENT INTERNATIONAL DU CANADA	674

PROPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION DU CANNABIS AUX FINS THÉRAPEUTIQUES ET RÉCRÉATIONNELLES **676**

BIBLIOGRAPHIE **681**

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

Abus

Terme vague qui reçoit une grande variété de significations, selon les contextes sociaux, médicaux, et juridiques. Selon certains, tout usage de drogues illicites est un abus : ainsi, les conventions internationales considèrent l'usage de toute substance prohibée pour des fins autres que médicales ou scientifiques comme un abus. Le Manuel diagnostique de l'Association américaine de psychiatrie définit l'abus comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et suggère 4 critères (voir le chapitre 7 du rapport). Nous lui préférons le concept d'usage excessif (ou usage nocif).

Accoutumance (de l'anglais addiction)

Terme général renvoyant aux phénomènes de tolérance et de pharmacodépendance. Le terme accoutumance est rarement utilisé en français qui utilise plutôt le terme toxicomanie.

Addiction

Certains auteurs utilisent ce terme issu de l'anglais pour désigner le processus par lequel un comportement, pouvant permettre une production de plaisir et d'écarter une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ces auteurs le préfèrent au concept de dépendance, celui-ci ne permettant pas de travailler sur la période qui précède la dépendance. Nous lui préférons le terme dépendance.

Agoniste

Se dit entre autres d'une substance qui agit sur un récepteur pour produire certaines réponses.

Anandamide

Neurotransmetteur agoniste du système cannabinoïde endogène. Bien que les rôles spécifiques de ces neurotransmetteurs ne soient pas encore définis, ils semblent agir comme des neuromodulateurs ; en effet, le THC augmente la libération de dopamine du noyau accumbens et du cortex préfrontal.

Cannabinoïdes

Récepteurs endogènes des molécules actives du cannabis, notamment le THC. Deux récepteurs endogènes ont été identifiés : CB₁ existent en grande densité dans l'hippocampe, le ganglion basal, les corps cérébelleux, et le cortex cérébral et CB₂, ils sont particulièrement abondants dans le système immunitaire. Les effets centraux du cannabis semblent être exclusivement reliés aux récepteurs CB₁.

Cannabis

Il existe trois variétés de plantes de cannabis, le *cannabis sativa*, le *cannabis indica*, et le *cannabis ruderalis*. La plante de la variété *cannabis sativa* est la plus répandue poussant dans presque tous les sols. La plante de cannabis est connue en Chine depuis environ 6000 ans. À partir des sommités florifères de la plante de cannabis, mais aussi parfois des feuilles, on obtient le tabac à fumer. Sous cette forme, l'appellation la plus courante est le pot, mais on le désigne aussi sous le nom de mari, herbe, dope, ganja. La résine extraite de la plante sert à fabriquer le haschich.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Généralement classifié sous les psychotropes, le cannabis est un perturbateur du système nerveux central. Le cannabis contient plus de 460 produits chimiques connus, dont plus de 60 sont désignés sous le nom de cannabinoïdes. Le principal ingrédient actif du cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol, communément appelé THC. D'autres cannabinoïdes présents incluent le delta-8-tétrahydrocannabinol, le cannabinal et le cannabidiol mais ils sont présents en faibles quantités et n'exercent pas d'effets significatifs sur le comportement des individus, comparativement au THC. Ils peuvent cependant contribuer à moduler l'effet global du produit. Dans le rapport, nous utilisons le terme cannabis pour désigner l'ensemble des produits, et n'utilisons marijuana ou haschich que lorsque nous désignons ces dérivés spécifiquement.

Commission sur les drogues (CND)

La Commission sur les narcotiques a été créée en 1946 par le Conseil économique et social des Nations Unies. La Commission est le principal organisme d'élaboration de politiques sur les drogues au sein du système onusien. Elle examine la situation mondiale relativement à l'abus de drogues et fait des propositions pour renforcer le contrôle international des drogues.

Conduite (ou usage) à risque

Comportement d'usage qui met la personne à risque de développer des problèmes de dépendance à la substance. La conduite à risque se compose de l'interaction complexe entre au moins quatre facteurs : le contexte d'usage, la quantité consommée, la fréquence de la consommation et la durée et l'intensité de la consommation. (Nous proposons des critères à la conclusion du rapport).

Conventions internationales

Sous l'égide de la Société des Nations en 1908 puis des Nations Unies, diverses conventions internationales réglementent la possession, l'usage, la fabrication, la distribution, le commerce, etc., des substances psychotropes. Les trois principales conventions sont celles de 1961, 1971 et 1988. Le Canada a ratifié ces trois conventions. Ces conventions, dont l'application est assujettie aux lois constitutionnelles des signataires, établissent un système de réglementation où seuls les usages aux fins médicales et scientifiques sont permis. Ce système est axé sur la prohibition des plantes source (coca, opium et cannabis) et sur le contrôle des dérivés synthétiques fabriqués par les compagnies pharmaceutiques.

Décriminalisation

Opération consistant à retirer un comportement de la «compétence» du système de justice criminelle. On distingue habituellement entre *décriminalisation de droit (ou de jure)* impliquant une modification *législativ*e du Code criminel (ou de toute loi de nature criminelle) et *décriminalisation de fait (ou de facto)* où il s'agit d'une décision administrative de ne pas poursuivre le comportement qui demeure cependant illégal. La décriminalisation ne concerne que le Code criminel (ou toute loi de nature criminelle), et ne signifie pas que l'on retire la compétence du système juridique dans son ensemble. D'autres lois non criminelles peuvent réguler et contrôler le comportement qui a été décriminalisé (infractions civiles, réglementaires, etc.).

Déjudiciarisation

Réfère aux mesures alternatives à la poursuite ou à la condamnation pénale d'un acte qui demeure par ailleurs prohibé. La déjudiciarisation peut se faire avant la mise en accusation, par exemple si la personne inculpée consent à suivre un traitement. Elle peut aussi se faire au moment de la sanction, et prend alors la forme de sanctions de travail communautaire ou de traitement.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Demi-vie

Temps requis pour la diminution de moitié de la concentration d'une drogue dans le sang. La demi-vie d'élimination du THC est en moyenne de 4,3 jours. Suite au phénomène de tolérance métabolique, les consommateurs réguliers métabolisent et excrètent le produit plus rapidement que les usagers occasionnels. D'autre part, à cause de sa très grande liposolubilité, l'administration répétée du THC provoque son accumulation dans les graisses. Du fait de ce stockage graisseux, la demi-vie d'élimination tissulaire du THC peut atteindre 7 à 12 jours chez les consommateurs réguliers. La consommation prolongée du cannabis se traduit donc par une période d'élimination plus longue du THC. Ainsi, même après une semaine, 20 à 30 % du THC administré et ses métabolites demeurent dans l'organisme. Le THC et ses métabolites sont graduellement excrétés dans l'urine (environ un tiers) et dans les matières fécales (environ deux tiers). Des traces de THC ou de ses métabolites peuvent être détectées dans l'urine jusqu'à 30 jours après sa consommation

Dépénalisation

Opération consistant à modifier les peines (sanctions) associées à un acte dans le Code criminel. La dépénalisation signifie la plupart du temps le fait d'abroger les dispositions permettant une sanction d'incarcération.

Dépendance

État où l'utilisateur de drogue continue de consommer même si l'usage entraîne des problèmes qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial, ou social. La dépendance est un phénomène complexe qui peut avoir des composantes génétiques. La dépendance psychologique renvoie aux effets psychiques caractérisés par le désir insistant et persistant de consommer la drogue. La dépendance physique renvoie aux mécanismes d'adaptation de l'organisme à la consommation prolongée et peut s'accompagner d'une tolérance acquise. L'Association psychiatrique américaine propose 7 critères (voir chapitre 7).

Dopamine

Neuromédiateur impliqué notamment dans les mécanismes de perception du plaisir.

Drogue

Terme qui renvoie généralement aux substances illicites par opposition à d'autres substances telles l'alcool, la nicotine ou des médicaments psychotropes. En pharmacologie, le terme réfère à tout agent chimique qui modifie les processus biochimiques ou physiologiques des tissus ou de l'organisme. En ce sens, le terme drogue s'applique à toute substance qui est consommée principalement pour ses effets psychoactifs.

Effets aigus

Se dit des effets résultant de l'action ponctuelle d'un médicament et généralement des effets à court terme. Ces effets peuvent être centraux (sur les fonctions cérébrales) ou périphériques (sur le système nerveux).

Effets chroniques

Se dit des effets qui se développent avec le temps, à la suite de la prise ou de l'administration régulière d'une substance. Dans le rapport, nous avons préféré parler des conséquences de l'usage prolongé plutôt que d'effets chroniques.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Escalade (théorie de)

Théorie qui suggère une séquence progressive dans l'utilisation des drogues, nicotine, alcool, cannabis, puis les drogues « dures ». Elle repose sur une association statistique entre l'usage de drogues dures et le fait que ces personnes aient d'abord consommé du cannabis. Cette théorie n'a reçu aucune validation empirique et est tombée en désuétude.

Haschich

Résine issue de la plante de cannabis et transformée en pâte.

Intoxication

Perturbations qu'exerce une substance sur l'organisme. On distingue généralement quatre niveaux d'intoxication : légère, modérée, grave et mortelle.

Joint

Cigarette de marijuana, avec ou sans tabac. Le fait que deux cigarettes ne soient jamais identiques rend difficile l'analyse scientifique des effets du principe actif, notamment pour les études sur le cannabis thérapeutique.

Légalisation

Système de réglementation permettant la culture, production, fabrication, commercialisation, vente et usage de substances. Un système de légalisation peut être avec (réglementation) ou sans (libre marché) contrôles de l'État.

Liposolubilité

Propriété biophysique d'une substance de se répandre et se dissoudre plus ou moins facilement dans les graisses de l'organisme. Le THC est très liposoluble.

Marijuana

Nom mexicain qui désigne initialement une cigarette de mauvaise qualité. Par extension est devenu un équivalent pour désigner le cannabis.

Narcotique

Substance provoquant un état de torpeur ou un sommeil artificiel.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

L'OEDT a été créé en 1993 pour apporter à la Communauté européenne et à ses États membres "des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences". Les informations statistiques, documentaires et techniques traitées ou produites par l'Observatoire fournissent à son audience une image d'ensemble sur le phénomène des drogues en Europe. L'Observatoire travaille uniquement dans le domaine de l'information. Il est composé d'un réseau de correspondants nationaux dans chacun des pays de l'Union.

Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS ou Organe) est un organisme de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues; il a été créé en 1968 par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédentes conventions sur les drogues, dès l'époque de la Société des Nations. L'organe est maintenant chargé de faire des recommandations à la

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Commission sur les narcotiques relativement aux substances à placer dans les annexes des conventions.

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Créée en 1948, l'OMS est l'agence des Nations Unies spécialisée dans les questions de santé. Son mandat est de favoriser le plus haut degré de santé possible. La santé est définie comme un état global de bien-être physique, psychologique et social et non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

Office of national drug control policy (ONDCP) USA

Office national sur la politique de contrôle des drogues. Créé en 1984 sous la présidence Reagan, l'Office relève de la Maison Blanche. L'Office coordonne la politique américaine sur les drogues et gère un budget d'environ 18 milliards \$ US par année.

Opiacé

Substance contenant de l'opium ou exerçant une action comparable à celle de l'opium.

Pharmacodépendance

Voir dépendance.

Porte d'entrée (théorie de la)

Aussi nommée théorie de l'introduction. Semblable à la théorie de l'escalade mais renvoie plus spécifiquement au fait que les personnes qui se procurent du cannabis viennent en contact avec des milieux potentiellement criminogènes du fait que le cannabis soit illégal.

Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID)

Mieux connu sous l'acronyme anglais UNDCP. Fondé en 1991, le Programme a pour objectif d'informer le monde sur les dangers de l'abus de drogues. Le programme vise à renforcer l'action internationale contre la production, le trafic et la criminalité liée aux drogues en proposant des programmes de développement alternatif, de monitoring des cultures et de lutte au blanchiment d'argent. Le programme d'évaluation globale veut aussi fournir des données fiables et le programme d'assistance juridique aide les pays à rédiger des lois adéquates ainsi qu'à former le personnel du système de justice. Le PNUCID relève du Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime.

Prohibition

Terme issu historiquement de la prohibition de l'alcool aux États-Unis entre 1919 et 1933. Par extension, ce terme renvoie aux politiques poursuivies par les États et par les Nations Unies qui visent une société sans drogue. La prohibition est un système fondé sur l'interdiction de la fabrication et de l'usage de drogues à l'exception des usages scientifiques et médicaux.

Psychotrope

Substance qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement mental, entraînant des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques. De manière spécifique réfère aux médicaments utilisés dans le traitement de troubles mentaux, tels les neuroleptiques, les anxiolytiques, etc. Renvoie aux médicaments couverts par la Convention de 1971.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Réglementation

Système de contrôle qui précise les conditions sous lesquelles il est permis de fabriquer, produire, commercialiser, prescrire, vendre ou acheter une substance. La réglementation peut être axée sur la prohibition (comme c'est le cas actuellement pour les drogues illicites) ou sur l'accès contrôlé (comme pour les médicaments psychotropes et l'alcool). Notre proposition de régime d'exemption sous conditions repose sur une approche réglementaire.

Société des Nations (SDN)

Prédécesseur de l'ONU, la SDN était l'organisation internationale des états jusqu'en 1938.

Stupéfiant

Se dit souvent des substances dont les effets psychoactifs peuvent entraîner des effets de tolérance et de dépendance. Plus correctement, ce terme ne devrait s'utiliser que pour désigner les dépresseurs du système nerveux central tels les opiacés.

Substance psychoactive

Substance qui modifie les processus mentaux tels la pensée ou les émotions. Terme plus neutre que drogue, et qui ne distingue pas les substances selon leur statut juridique (licites, illicites) c'est celui que nous préférons utiliser dans le rapport.

Tétrahydrocannabinol (D9-THC)

Principal composant actif du cannabis, le Δ 9-THC est très liposoluble, a une demi-vie d'élimination très longue, et ses effets psychoactifs sont modulés par les autres cannabinoïdes du cannabis. À l'état naturel, le cannabis contient entre 0,5 % et 5 % de concentration en THC. Les modes de culture sophistiqués, la sélection des plants, le choix entre des plants femelles, permettent d'atteindre des concentrations plus élevées, pouvant dans certains cas aller jusqu'à 30 %.

Tolérance

État induit par la consommation chronique d'une substance menant à une diminution de la réponse de l'organisme et une capacité plus grande de supporter ses effets.

Toxicité

Qualité spécifique à une substance d'entraîner l'intoxication. Le cannabis a une toxicité très faible et ne présente à peu près aucun risque de surdose.

Toxicomanie

Terme le plus fréquemment utilisé en langue française pour désigner les phénomènes que l'anglais désigne sous le terme *addiction*. Usage répété d'une ou plusieurs substances de telle sorte que l'usager (alors désigné sous le terme «toxicomane») est en état régulier ou chronique d'intoxication, ressent le besoin de consommer, a de la difficulté à cesser la prise, et cherche à se procurer la substance. Cet état est généralement caractérisé par la tolérance et la dépendance à la substance ainsi que par un usage compulsif. Malgré son usage répandu, l'OMS a recommandé dès 1960 d'en abandonner l'usage pour cause d'imprécision, et de lui préférer le terme de dépendance.

INTRODUCTION

La question des drogues illicites fait partie de ces enjeux de société qui prennent aisément une tournure morale, sinon simplement émotive. Qui d'entre nous n'a pas ses opinions sur les drogues et les « drogués » ? Qui ne connaît pas, de loin ou de proche, un parent, une amie, un jeune cousin, un oncle, qui a connu des difficultés personnelles, à l'école, au travail, peut-être même des démêlés avec la police et la justice, en raison de sa consommation de drogues ? Qui n'a pas entendu parler de ces trafiquants de drogues, véritables anti-héros qui à la fois nous révulsent et nous fascinent, et qu'au total on assimilera aisément à une racaille de la pire espèce qui s'enrichit en vendant des produits plus ou moins frelatés, plus ou moins dangereux, à *nos* enfants ? Chaque jour connaît sa ration d'articles de journaux et de reportages télévisés, sur les opérations antidrogues menées par les forces policières : arrestations parfois massives, presque toujours spectaculaires, saisies de quantités de kilos de drogues, d'argent, d'armes de toutes sortes. Chaque jour connaît aussi sa ration d'articles sur le blanchiment d'argent et la corruption que le marché illicite des drogues entraîne dans son sillage. Plus près de nous encore, les événements du 11 septembre ont ramené à l'avant-scène les relations ambiguës et présumées entre le trafic de drogues et le financement de réseaux de « terroristes », tout comme ils ont mené à un discours politique et juridique où la sécurité est le maître mot.

La question des drogues touche à des valeurs politiques du vivre en commun. Dans quel genre de société voulons-nous vivre ? Quelle est la place que doivent, que peuvent, y occuper les drogues ? Pour certains, les drogues sont des substances qui maintiennent les individus dans un état de dépendance. Leur utilisation affaiblit les capacités morales, quand elle ne traduit pas tout simplement la préexistence de faiblesses de caractère ; sinon source de déchéance, les drogues empêchent les usagers d'atteindre leur plein épanouissement et la pleine réalisation de leur potentiel et diminue en tout cas leur capacité d'être des individus productifs dans la société. Pour d'autres, les drogues sont au contraire des outils pour atteindre à une productivité plus grande, pour être plus compétitifs et partant mieux insérés dans un monde lui-même hyper-compétitif. L'exemple évident est celui des athlètes de haut niveau. Pour d'autres encore elles sont un moyen privilégié d'entrer en contact avec d'autres dimensions de leur être, dimensions spirituelles, artistiques, ou tout simplement de paix et de sérénité. L'histoire de l'art est pleine d'exemples. Entre ces conceptions presque diamétralement opposées, il y a souvent peu de place au dialogue et beaucoup de préjugés entre les uns et les autres.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Depuis une vingtaine d'années, nous avons adopté des programmes vigoureux de lutte antitabac. Et nous avons certainement enregistré un certain nombre de succès. Nous avons aussi adopté des mesures plus sévères pour réprimer la conduite avec facultés affaiblies. Ici aussi, nous pensons avoir enregistré des progrès significatifs. La lutte aux drogues devient une sorte de métaphore du type de politiques sociales que nous attendons des gouvernements : politiques axées sur le mieux-être des citoyens.

Évidemment, tout dépend de ce que chacun met dans le mot drogues. Lorsque nous pensons à « drogue », nous avons d'abord en tête les substances illicites : cocaïne et héroïne bien entendu, crack, ecstasy et amphétamines pour les plus « branchés », et bien sûr le cannabis et le haschich que nous avons tendance à identifier comme drogues « douces ». Or, de plus en plus de travaux scientifiques et des politiques gouvernementales s'efforcent de réduire la distance entre les diverses drogues, montrant plutôt les liens qu'elles entretiennent, discutant des conduites à risque relatives à chaque produit. Pour certains, en France par exemple, le simple fait de considérer l'alcool comme une drogue signifie une véritable révolution culturelle. Et pour les fabricants de tabac, la nicotine n'est certainement pas à ranger dans la même classe que l'héroïne.

C'est comme tout un chacun que les membres du **Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites** ont abordé la question des drogues. C'est-à-dire avec les mêmes préconceptions, avec les mêmes attitudes de base, les mêmes craintes, les mêmes angoisses. Certes, nous disposons de l'étude que plusieurs de nos collègues avaient faite en 1996 du projet de loi du gouvernement sur les drogues illicites qui leur avait permis d'entendre plusieurs témoins durant quelques mois. Et nous savions aussi, en commençant ce travail, que nous disposerions de l'expertise de chercheurs. Mais qu'on ne se fasse pas d'illusion : il demeure difficile de dépasser les attitudes et opinions longtemps tenues pour acquises. Qu'on soit tenant d'un contrôle pénal renforcé ou tout au contraire d'une libéralisation plus grande, les opinions ont tendance à résister aux faits. D'autant plus que, dans un domaine comme celui-ci, la production des faits, même par la recherche scientifique, n'est pas nécessairement neutre. Il s'ensuit donc que **nous aussi, comme vous**, nous avons nos préjugés et nos préconceptions. Et que nous devons, ensemble, faire l'effort de les dépasser. C'est l'un des objectifs que poursuit ce rapport.

Notre rapport se divise en quatre parties. La première fait état de nos orientations générales et comprend quatre chapitres. Le premier rappelle l'origine du Comité et son mandat. Le second chapitre décrit les travaux que nous avons entrepris, explicitant certains choix que nous avons faits. Le troisième, central à toute l'architecture du rapport, en fournit en quelque sorte une grille de lecture. Ce chapitre propose en effet ce que nous avons appelé des **principes directeurs** pour une politique publique sur les drogues illicites. Enfin, le quatrième chapitre offre un large panorama de la situation contemporaine relative aux drogues illicites, situant nos travaux dans un contexte de changements et de mutations qui se produisent dans divers pays et plus généralement sur la scène internationale.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

La seconde partie est au cœur même de notre rapport. Elle présente en effet l'ensemble des résultats issus de la recherche scientifique ainsi que des opinions des experts que nous avons entendus. Le chapitre 5 décrit la plante d'où sont issus le cannabis et le haschich que l'on fume, présente quelques données sur les sources de production du cannabis et ses principales voies de circulation, et examine les propriétés pharmacologiques des cannabinoïdes qui sont leur ingrédient actif. Le chapitre 6 présente les données relatives aux usages et aux usagers : qui consomme du cannabis, dans quelles circonstances, que connaît-on de leurs trajectoires de consommateurs, notamment la question hautement controversée de savoir si la consommation de cannabis mène à l'usage d'autres drogues. Le chapitre 7 décrit les effets et conséquences du cannabis aux plans physique et psychologique, s'arrêtant notamment aux questions importantes de la dépendance et de la tolérance au cannabis. En raison de son importance dans les débats de société sur les substances psychoactives capables d'avoir un effet sur les facultés cognitives et psychomotrices, le chapitre 8 porte spécifiquement sur la conduite de véhicules automobiles sous l'influence du cannabis. Par ailleurs, tenant compte de la place particulière qu'occupe présentement la question des usages thérapeutiques du cannabis, le chapitre 9 y est consacré. Finalement, le dernier chapitre de cette section discute de la connaissance de l'opinion publique. Nous y décrivons les sondages et enquêtes en population générale, mais nous y rapporterons aussi les propos qui nous ont été tenus lors des consultations que nous avons menées dans les régions suite à la publication en mai 2002 de notre document de discussion.

La troisième partie s'arrête aux politiques et pratiques au Canada. Quand on pense aux drogues, on pense immédiatement à la législation qui les régit. On oublie ainsi qu'une politique publique est faite de bien autre chose que de la loi, que celle-ci n'en est jamais qu'un élément parmi d'autres. C'est l'objet du chapitre 11 qui s'intéresse à la Stratégie nationale antidrogues qui a eu cours au Canada entre 1987 et 1997. Il convient d'autant plus de s'y arrêter que cette stratégie a été le seul moment dans l'histoire de nos politiques publiques sur les drogues où il a été tenté d'adopter une stratégie globale et intégrée. Le chapitre 12 présente ensuite l'historique de la législation canadienne en matière de drogues illicites jusqu'à celle qui prévaut depuis 1996. Cet historique est important puisqu'il permet de mieux saisir les éléments de continuité et de rupture qui ont pu marquer les discours et les pratiques. Nous consacrons un chapitre spécifique (13) à l'examen de la réglementation de l'accès au cannabis thérapeutique. Les quatre chapitres qui suivent examinent les pratiques des diverses institutions qui mettent en œuvre les politiques publiques en matière de drogues illicites : d'abord les pratiques policières (14) et les pratiques judiciaires (15) qui sont au cœur de l'approche en matière de drogues, puis aux chapitres 16 et 17 les pratiques de prévention et les pratiques de soin. Nous concluons cette troisième partie sur une série de trois observations transversales sur les pratiques, insistant en particulier sur la question de leurs coûts économiques.

La partie IV traite des approches de politiques publiques. En matière de drogues, on ne peut faire l'économie de l'architecture des conventions internationales qui régissent ces substances depuis 1912 ; c'est l'objet du chapitre 19. Mais les pays ont choisi des voies différentes pour répondre aux attentes de la communauté internationale. Le chapitre 20 s'arrête longuement aux politiques publiques mises en œuvre dans sept pays. Enfin, le chapitre 21 est fondamental pour comprendre à la fois les recommandations que nous faisons en même temps que pour faire le pont avec nos principes directeurs. Il y est question des approches de politiques publiques. On y verra en premier lieu que la législation n'épuise pas, tant s'en faut, le champ des politiques publiques de l'État en matière sociale généralement, en matière de drogues illicites en particulier. On y distinguera aussi entre les diverses approches législatives, clarifiant au passage des termes très chargés tels ceux de décriminalisation ou de légalisation. Nous explicitons ensuite les motifs, provenant de la connaissance autant que des principes directeurs et de la lecture que nous faisons des attitudes des Canadiens, qui sous-tendent les choix que nous faisons.

Synthétisant l'ensemble de ces connaissances nous émettons un certain nombre de conclusions et de recommandations qui traduisent la thèse fondamentale qui sous-tend notre rapport. Cette thèse est la suivante : ***dans une société libre et démocratique qui reconnaît fondamentalement mais non exclusivement la primauté du droit comme source de règles normatives, et où la puissance publique doit le plus possible favoriser l'autonomie et conséquemment utiliser avec parcimonie les outils de contrainte, une politique publique sur les substances psychoactives doit s'articuler sur des principes directeurs respectant la vie, la santé, la sécurité et les droits et libertés de chaque individu qui, naturellement et légitimement, recherche son bien-être et son épanouissement, et a la capacité de reconnaître la présence, la différence et l'équivalence de l'autre.***

Nous sommes conscients, tout autant qu'au début de nos travaux, qu'il n'existe pas de consensus préétabli dans la société canadienne sur les choix de politiques publiques en matière de cannabis. En fait, nous avons constaté qu'il y a peu de sociétés où existe un consensus largement partagé dans la population et entre la population et les décideurs. Nous sommes conscients, plus encore peut-être qu'au début de nos travaux, que la question du cannabis, vue sous l'angle des politiques publiques qui la gouverne, s'inscrit dans un contexte international plus large et que nous ne saurions penser ni agir comme si nous étions isolés. Nous sommes conscients, enfin, que nos propositions bousculeront plusieurs préjugés et rencontreront des résistances. Nous pensons cependant que la société canadienne aura la maturité de les recevoir et de les étudier à leur mérite.

En ce domaine, comme en tant d'autres domaines de politiques publiques, nous disons qu'il faut agir, et que les connaissances accumulées supportent amplement les orientations que nous proposons, mais que le partage des connaissances et le débat public demeurent des conditions essentielles à la vie démocratique.

PARTIE I

ORIENTATIONS GÉNÉRALES

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 1

NOTRE MANDAT

LIBELLÉ

Le 16 avril 2000, suite à une motion déposée par le sénateur Pierre Claude NOLIN, le Sénat adoptait l'ordre de renvoi suivant :

« Qu'un comité spécial du Sénat soit formé afin de réévaluer les lois et les politiques canadiennes antidrogues, de consulter abondamment la population canadienne pour déterminer les besoins spécifiques des différentes régions du pays, plus particulièrement là où les problèmes sociaux liés au trafic et à l'usage de drogues illicites sont plus manifestes, d'élaborer des propositions pour diffuser toute information relative à la politique canadienne antidrogues et, enfin, de produire des recommandations pour en arriver à l'adoption d'une stratégie antidrogues mise au point par et pour les Canadiens encourageant tous les paliers de gouvernement à travailler en étroite collaboration à la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues illicites ;

Sans que ce qui suit ait pour effet de restreindre son mandat, que le comité soit autorisé à :

- *Réexaminer l'approche adoptée par le gouvernement fédéral pour combattre la consommation de drogues illicites au Canada, son efficacité comme moyen de réduire les effets de la consommation de stupéfiants et la mesure dans laquelle son application est juste ;*
- *Élaborer une politique nationale de réduction des méfaits afin d'atténuer les impacts négatifs de la consommation de drogues illicites au Canada et faire des recommandations sur la façon d'appliquer cette politique, **notamment la possibilité de considérer avant tout l'usage et l'abus de drogues comme un problème socio-sanitaire** ¹;*
- *Étudier les modèles de réduction des méfaits adoptés par d'autres pays et déterminer, s'il y aurait lieu, de les appliquer partiellement ou intégralement, au Canada ;*
- *Examiner le rôle et les obligations internationales qui incombent au Canada en vertu des conventions des Nations Unies sur les stupéfiants, de la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres traités connexes afin de déterminer si ces traités l'autorisent à prendre des mesures autres que les poursuites criminelles et la pénalisation des contrevenants à l'échelle internationale ;*

¹ En caractère gras dans l'original.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- *Explorer les effets du cannabis sur la santé et étudier la question de savoir si l'emploi de politiques alternatives au sujet de l'usage du cannabis conduirait à une augmentation de l'usage et de l'abus à court et à long terme ;*
- *Étudier la possibilité que le gouvernement use du pouvoir de réglementation que lui confère la Loi sur les contraventions comme moyen supplémentaire d'appliquer une politique de réduction des méfaits comme il est d'usage dans d'autres juridictions ;*
- *Étudier toute autre question relative à la politique canadienne antidrogues que le comité juge appropriés pour accomplir son mandat. »*

Suite à l'adoption de cette motion, le président du Comité a invité le Sénat à désigner les membres qui formeraient le Comité. Furent alors nommés les Sénateurs suivants : Pierre Claude NOLIN, président, Sharon CARSTAIRS, Vice-présidente, Colin KENNY, Lucie PÉPIN et Eileen ROSSITER.

Le Comité ainsi constitué a approuvé un programme de travail et un budget qu'il a ensuite soumis à ses pairs à la Chambre haute. Le budget du Comité a été approuvé en juin 2000 permettant ainsi l'embauche des personnels scientifique et administratif qui le soutiendraient dans ses travaux. Le Comité a organisé son programme d'audiences de témoins experts et tenu ses premières audiences le 16 octobre 2000.

Toutefois, suite au déclenchement des élections générales en octobre 2000, le Comité a été dissous. Il a été reconstitué le 15 mars 2001 mais avec un mandat modifié : en effet, la portée de ses travaux était désormais réduite au cannabis. Le mandat du Comité dans sa forme actuelle se lit donc comme suit :

« Qu'un comité spécial du Sénat soit formé afin de faire rapport sur :

- *l'approche du Canada concernant le chanvre indien (cannabis), ses préparations et dérivés et les préparations synthétiques semblables, en contexte ;*
- *l'efficacité de cette approche, les moyens de sa mise en œuvre ainsi que le contrôle de son application ;*
- *les politiques officielles pertinentes adoptées par d'autres pays ;*
- *le rôle et les obligations internationales qui incombent au Canada en vertu des conventions des Nations Unies sur les stupéfiants relativement au cannabis, de la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres traités connexes ;*
- *les effets sociaux et sanitaires du cannabis et les effets possibles de politiques différentes ;*

Que le comité spécial soit composé de cinq sénateurs dont trois constituent le quorum ;

Que les honorables sénateurs Banks, Kenny, Nolin et Rossiter (le cinquième membre sera nommé par le whip en chef du gouvernement) soient nommés au comité ;

Que le comité ait le pouvoir de faire comparaître des personnes et produire des documents, d'entendre des témoins, de faire rapport au besoin et de faire imprimer au jour le jour documents, mémoires et témoignages selon les instructions du comité ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus lors de l'examen du projet de loi C-8, Loi portant sur la réglementation de certaines drogues et de leurs précurseurs ainsi que d'autres

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

substances, modifiant certaines lois et abrogeant la Loi sur les stupéfiants en conséquence par le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles durant la deuxième session de la trente-cinquième législature, soient envoyés au comité ;

Que les documents et les témoignages recueillis sur le sujet par le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat durant la deuxième session de la trente-sixième législature soient envoyés au comité ;

Que le comité soit habilité à autoriser, s'il le juge opportun, la radiodiffusion, la télédiffusion et la diffusion par les médias électroniques de la totalité ou d'une partie de ses délibérations et des informations qu'il détient ;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 31 août 2002 et qu'il conserve les pouvoirs nécessaires à la diffusion de ses constatations pendant trente jours après le dépôt de son rapport ;

Que le comité soit autorisé, indépendamment de l'usage habituel, à déposer son rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas, et que le rapport soit réputé avoir été déposé au Sénat. »

ORIGINES

Le mandat dévolu au Comité s'inscrit dans l'historique de la législation adoptée en 1996 par le Parlement du Canada en matière de drogues, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Cette législation, refondant les lois sur les drogues au Canada et abrogeant la *Loi sur les stupéfiants* et certains articles de la *Loi sur les aliments et drogues*, s'inscrit elle-même dans une histoire relativement longue dont nous donnerons ici un bref aperçu puisque le chapitre 12 est consacré à l'historique détaillé des lois sur les drogues au Canada.

Le projet de loi C-7 déposé en première lecture par le gouvernement libéral nouvellement élu en février 1994 proposait de refondre la législation en matière de drogues illicites, afin notamment de lui donner une plus grande cohérence et de rendre la législation nationale conforme aux obligations du Canada relativement à la *Convention des Nations Unies contre le trafic illégal des stupéfiants et d'autres substances psychotropes* signée en 1988. Ce projet a franchi toutes les étapes jusqu'à la troisième lecture en octobre 1995. Suite à la prorogation de la 1^{ère} session de la 35^e législature, il a été réintroduit à la Chambre des Communes au début de la 2^e session, le 6 mars 1996, sous le nom de C-8. Il a été adopté la même journée et renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles qui en a fait une lecture détaillée et entendu plusieurs témoins. Le projet de loi C-8 a été adopté et a reçu la sanction royale le 20 juin 1996. Il s'agit donc de la législation en vigueur actuellement au pays en matière de drogues illicites.

Lors des travaux, en 1994 et 1995, du Sous-comité sur le projet de loi C-7 du Comité permanent de la Santé de la Chambre des Communes, « *l'immense majorité des témoins (...) se sont montrés très critiques envers le projet de loi. Les critiques les plus générales*

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

portaient sur trois points : d'abord le manque de principes de base ou d'un énoncé explicite sur le but de la loi ; ensuite, le fait que le projet de loi suivait le système de prohibition des années 20, codifié par la suite dans la Loi sur les stupéfiants ; enfin, l'absence d'une insistance sur les critères de réduction des dommages et de prévention qui sont à la base de la Stratégie canadienne antidrogues. »² Malgré les amendements apportés par le sous-comité de la Chambre, les témoignages des personnes entendues par le Comité du Sénat ont été tout aussi critiques. Les témoins ont fait observer que la loi ne catégorise pas les drogues selon leurs dangers, qu'elle ne comporte pas de critères précis et rationnels, ou qu'il était impossible, notamment au vu de la complexité de la loi, de savoir comment elle serait appliquée dans la pratique.

L'ensemble de ces critiques avait mené le Comité sénatorial à « proposer énergiquement » la création d'un Comité mixte de la Chambre des Communes et du Sénat qui examinerait toutes les lois, politiques et programmes canadiens antidrogues.³

Les élections fédérales de 1997 ont toutefois coupé court à cette demande. Le sénateur NOLIN, convaincu de la nécessité d'agir, et devant l'inaction de la Chambre des Communes, a donc déposé sa première motion en 1999 pour que soit créé un Comité du Sénat ayant pour mandat d'examiner les lois, politiques et programmes sur les drogues illicites au Canada. Cette motion a suivi son cours jusqu'à son adoption par le Sénat en avril 2000.

Pour appuyer cette motion, le Sénateur NOLIN avait alors fait préparer par la Dr Diane Riley une étude sur la politique canadienne de contrôle des drogues. Cette étude visait notamment à « aider à analyser la politique de contrôle de l'utilisation des stupéfiants sous un jour nouveau, sans se laisser influencer par les préjugés souvent non fondés que la société canadienne entretient vis-à-vis des toxicomanes. »⁴ Le sénateur NOLIN y écrivait encore qu'un Comité spécial du Sénat

« serait chargé, dans un premier temps, de transmettre à la population canadienne une information précise et objective sur l'utilisation des drogues illégales, leurs effets sur les individus et la société et les mesures de contrôle en place. Dans un deuxième temps, il pourrait mener des consultations sur les modifications souhaitables que le Parlement devrait apporter à la législation sur le contrôle de l'utilisation des drogues dans les années qui viennent. »⁵

² Allain, J. (1997) *Projet de loi C-8 : Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, page 35.

³ Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, Onzième rapport, juin 1996, page 8.

⁴ Nolin, P.C. (1998) Préface. In Riley, D., (1998) *La politique canadienne de contrôle des drogues. Aperçu et commentaires*. Ottawa, page 10.

⁵ *Ibid.*, page 11.

NOTRE COMPRÉHENSION

Notre mandat comporte quatre composantes essentielles et incontournables :

1. Examiner l'approche en matière de cannabis, les moyens de sa mise en œuvre, les modalités de contrôle et son efficacité ;
2. Examiner les politiques et approches suivies dans d'autres pays ;
3. Examiner les implications des conventions et traités internationaux ; et
4. Examiner les effets sociaux et sanitaires du cannabis et les effets possibles de politiques différentes.

Nous avons choisi d'interpréter notre mandat de la manière la plus large possible. Certains nous ont demandé si nous avons l'ambition d'être une Commission Le Dain⁶ bis. D'autres nous ont dit que nous n'avions pas les moyens de notre volonté d'être aussi exhaustifs et rigoureux. D'autres encore ont regretté le « saucissonnage » qui nous a limités, dans cette première phase de nos travaux, au cannabis, comme si l'on pouvait séparer ainsi les diverses substances et classer les usagers en conséquence.

Le chapitre suivant, sur notre programme de travail, démontrera clairement que nous avons été animés par une ambition de rigueur et le désir d'embrasser large. Néanmoins, nous sommes conscients de la portée et des limites de notre rôle de Comité sénatorial. D'autant plus conscients d'ailleurs que les moyens mis à notre disposition étaient aussi restreints que notre ambition était généreuse.

La question du découpage entre les substances est plus problématique, pour diverses raisons. Premièrement, des travaux récents démontrent qu'il est plus important de distinguer entre les conduites des usagers qu'entre les substances. Selon cette perspective, ce ne sont donc pas tant les drogues elles-mêmes qu'il convient de distinguer que les manières différentielles de les consommer et les milieux dans lesquels s'inscrivent ces usages, et par là les risques que courent un certain nombre d'usagers. On parlera ici de conduites à risque⁷ qui ne tiennent pas tant des caractéristiques des substances que de celles des usagers et des conditions dans lesquelles se font les usages. Deuxièmement, les distinctions entre substances ne reposent pas sur des bases scientifiques claires. Ainsi, selon qu'on considère les propriétés pharmacologiques des diverses drogues, leurs effets sur la santé physique ou leur origine et leurs modes de culture, on arrive à des classifications entièrement différentes. Et troisièmement, ce découpage entre substances ne permet pas de proposer une politique globale et intégrée sur les drogues.

⁶ La Commission Le Dain a enquêté sur les drogues illicites au début des années 1970. Il en sera plus amplement question au chapitre 12. Voir : Canada (1970) *Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*. (Commission Le Dain) Ottawa : Imprimeur de la Reine.

⁷ Sur cette question voir notamment les travaux des professeurs Parquet et Reynaud, notamment Reynaud, M., P.J. Parquet et G. Lagrue (1999) *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Rapport préparé à la demande du Directeur général de la Santé. Paris : Secrétariat d'État à la Santé et aux Affaires Sociales.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Par ailleurs, ce découpage qui nous a fait limiter nos travaux au cannabis n'a pas que des inconvénients et des limites. Avouons d'abord qu'embrasser l'ensemble du champ des drogues illicites d'un seul coup avec si peu de moyens relevait du tour de force. De plus, des commissions d'enquête récentes et des conférences scientifiques internationales ont choisi de faire le point, comme nous, sur l'état des connaissances en matière de cannabis. Nous pouvions donc à la fois nous servir de leurs travaux et les comparer aux nôtres. Enfin, et surtout, des expériences menées dans d'autres pays, notamment aux Pays-Bas, montrent tout le mérite qu'il peut y avoir à traiter le cannabis séparément, dans une approche de « séparation des marchés ».

En somme, tout en restreignant nos travaux au domaine du cannabis, nous avons toujours invité les témoins entendus à ne pas se limiter à cette seule substance et à nous montrer les liens entre elles et entre les divers comportements à risque des usagers lorsqu'ils se présentent. Nous avons aussi gardé en mémoire la nécessité d'aborder les drogues dans une politique intégrée, notamment lorsqu'il est question des grands paramètres d'une politique publique, législation ou infrastructure de connaissance par exemple.

CHAPITRE 2

NOS TRAVAUX

Concevoir, élaborer, implanter une politique publique, est au cœur même de la chose publique, de la vie politique au sens fort. Ce geste fondamental suppose de choisir entre diverses alternatives et, en démocratie, d'expliquer et de justifier le choix qui est fait. Or, une politique publique, quel que soit son objet, est au confluent d'influences diverses : des considérations de politique partisane bien sûr, des considérations économiques aussi et même de plus en plus. Mais si tant est qu'elle prétende à une certaine rationalité et à l'adhésion des citoyens, une politique publique doit aussi s'appuyer sur des données objectives et rigoureuses, préférablement des données émanant de la recherche scientifique, ainsi que sur une compréhension des attentes et des résistances de la société. Enfin, une politique publique devrait, selon nous prendre appui sur, et en même temps promouvoir, des principes directeurs. Nous entendons par là une vision claire et explicite des principes qui président au choix entre diverses alternatives et qui traduisent une conception du gouvernement et de la relation entre les institutions de l'État et la société civile.

Notre Comité a choisi, dès le départ, de rester au-dessus des questions partisans. C'est là tout l'avantage d'appartenir au Sénat, qui permet de porter, sur diverses questions, un regard plus distancié, qui n'est pas à la solde des intérêts liés à la réélection. Quant aux considérations d'ordre économique, elles nous ont affectés de deux manières différentes. La première, banale, relève des budgets qui nous étaient alloués et qui limitaient nécessairement la portée de nos travaux. La seconde manière tient aux impacts économiques de diverses options de politique publique, dont il sera question aux chapitres 18 et 21.

Nos travaux se sont donc centrés sur les trois autres sources qui devraient influencer un choix de politique publique en matière de drogues illégales, soit la connaissance, l'opinion publique et les principes directeurs.

Lors des audiences publiques du Comité, le président présentait ainsi le programme de travail :

« Afin de remplir adéquatement le mandat qui lui est confié, le comité a adopté un plan d'action. Ce plan s'articule autour de trois enjeux dont le premier est celui de la connaissance. Nous entendons une gamme importante d'experts, tant Canadiens qu'étrangers, des milieux académiques, policiers, judiciaires, médicaux, gouvernementaux et sociaux. (...)

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Le deuxième enjeu, sûrement le plus noble, est le partage de la connaissance. Le comité désire que les Canadiens de partout s'informent et partagent l'information que nous aurons recueillie. Afin de réaliser cet enjeu, nous assurerons l'accessibilité et la distribution de cette connaissance. Nous voudrions également connaître les vues de la population sur celle-ci et pour ce faire nous tiendrons au printemps 2002 des audiences publiques à différents endroits au Canada.

Enfin, comme troisième enjeu, le comité voudra examiner quels sont les principes directeurs sur lesquels une politique publique canadienne sur les drogues doit s'appuyer. »¹

Ce chapitre décrit les diverses actions que nous avons entreprises pour cerner l'état des connaissances et de l'opinion publique sur le cannabis et déterminer des principes directeurs. Le chapitre suivant présentera en détail nos principes directeurs, tandis que les parties II et III présentent l'ensemble des connaissances que nous avons pu recueillir. Mais d'abord quelques mots sur deux principes de travail qui nous sont apparus essentiels à la pleine réalisation du mandat de ce Comité.

DEUX PRINCIPES DE TRAVAIL

Tenant compte de l'énoncé de notre mandat qui incluait l'obligation de fournir aux Canadiens une information juste et rigoureuse, nous avons insisté, tout au long de nos travaux, sur la rigueur et la transparence.

Mener nos travaux de manière rigoureuse était d'autant plus impératif qu'en matière de drogues illicites, les opinions des uns et des autres sont fortes, souvent tranchées. Comme chacun d'entre vous, nous avons, nous aussi, nos opinions et nos conceptions sur les drogues illicites au début de nos travaux. Comment pourrait-il en être autrement ? Comme vous, nous avons des enfants. Comme vous, nous avons connu des amis, des parents, dont la vie a été chavirée par des problèmes de toxicomanie. L'étude que nous avons faite du projet de loi du gouvernement et qui nous avait donné la chance d'entendre un certain nombre d'intervenants et d'experts nous avait alimentés d'informations certes, mais avait aussi hissé voir les carences importantes de notre savoir. Il nous était apparu alors plus clairement que les opinions étaient souvent basées sur des informations partielles, parfois fausses. Sur quelle base affirmer que le cannabis mène à l'usage d'autres drogues ? Quelles sont les assises des conceptions de la dépendance ? Quelle est réellement la marge de manœuvre d'une nation face aux dispositions des conventions internationales régissant la production, le trafic, et la possession de drogues illicites ?

On ne peut affirmer une chose et son contraire. Or, en matière de drogues, et spécifiquement en matière de cannabis, c'est bien là ce qu'il nous était donné d'entendre, et avec conviction. Comment déterminer qui avait raison ? Et démêler les opinions des faits ?

¹ Sénat du Canada (2001) *Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites*. Fascicule no 1, page 23.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Ces constats nous ont convaincus que la plus grande rigueur s'imposait au cours de nos travaux. Mais il ne suffisait pas d'être rigoureux. Pour que cette information atteigne les Canadiens, il fallait qu'elle ne soit pas réservée à notre usage exclusif. D'où le second principe qui nous a guidés : la transparence. Dès le départ en effet, nous avons insisté pour que tous nos travaux soient le plus rapidement possible rendus disponibles sur notre site internet. Pour les audiences de témoins experts, rien là de neuf puisqu'il est de pratique courante pour la plupart des Comités parlementaires d'agir ainsi. Mais en plus de ces témoignages, nous avons commandé un certain nombre d'études, notamment auprès de Division de la recherche parlementaire de la bibliothèque du Parlement. Nous avons insisté et obtenu que ces études, souvent rendues publiques seulement après la publication du rapport du comité, soient mises à la disposition des Canadiens au fur et à mesure.

Législateurs, nous souhaitons bien entendu que nos travaux aient un impact sur les politiques publiques. Nous pensons qu'il est au moins aussi essentiel de fournir aux citoyens du pays une information que nous pensons la plus rigoureuse possible, afin qu'ils puissent en bénéficier.

L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

Lorsque la Commission royale d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales a mené ses travaux au début des années 1970, elle disposait, comme la majorité des commissions d'enquête, d'un personnel et de budgets importants lui permettant de mener un vaste programme de recherche. C'était d'autant plus nécessaire qu'il n'existait pas encore, à cette époque, un large bassin de connaissances sur les drogues illicites. On ne savait à peu près rien des principes actifs du cannabis et même des propriétés pharmacologiques des drogues plus traditionnelles comme l'héroïne et la cocaïne, on connaissait peu de choses sur les trajectoires des usagers, les études criminologiques sur la relation entre drogues et criminalité étaient pour ainsi dire inexistantes et les études d'impact des politiques publiques en étaient à leurs tout débuts.

Dire que la situation a changé du tout au tout serait un euphémisme. Dans l'ensemble des disciplines scientifiques, depuis la biologie moléculaire jusqu'à l'anthropologie, on ne compte plus le nombre d'études qui ont été menées au cours des vingt-cinq dernières années sur les drogues illicites en général, sur le cannabis en particulier. Elles proviennent des États-Unis, mais aussi d'Allemagne, d'Australie, du Canada, du Danemark, de Finlande, de France, d'Italie, du Royaume-Uni, de Suède et de Suisse... Elles ont été menées par des universitaires s'intéressant à ces questions sur un plan purement individuel, par des laboratoires pharmacologiques, par des regroupements de chercheurs au sein d'organismes oeuvrant dans le domaine des

toxicomanies, et dans le cadre de commissions scientifiques nommées par des gouvernements de divers pays.

Le Comité a d'ailleurs commandé à la Bibliothèque de Parlement un inventaire des recherches en cours ou complétées depuis les cinq dernières années au fédéral et dans les provinces et territoires sur les drogues illicites.² Cet inventaire, qui n'a aucune prétention à être exhaustif offre plutôt un panorama de l'étendue et de la portée des recherches, démontre à l'évidence que, malgré des budgets lilliputiens comparativement à ce qu'y consacrent les USA, la recherche sur les drogues se porte relativement bien au pays. Quant à faire l'inventaire des études en cours aux USA sur la question des drogues illicites, nous pouvons seulement imaginer que ce serait là une tâche colossale.

Cerner l'état des connaissances signifiait donc en tout premier lieu de se donner les moyens d'en faire une synthèse rigoureuse. Pour ce faire, le Comité s'est donné un programme de recherche portant sur l'ensemble des aspects. Mais n'ayant pas les moyens financiers de produire une vaste série d'études, et souhaitant aussi assurer une transmission large de l'information au public, le Comité a conçu un programme d'audiences publiques de témoins experts susceptibles de contribuer en même temps à mieux cerner l'état des connaissances.

Le Comité a approuvé un programme de travail portant sur cinq grands axes de connaissance se déclinant chacun en questions spécifiques :

- *Aspects socio-historiques, géopolitiques, anthropologiques, criminologiques et économiques de la consommation et de la réglementation du cannabis.* Cette première série de questions permet de situer le contexte et de saisir les pratiques contemporaines en matière de production et d'usage. Les principales questions sont :
 - Quel est l'historique du cannabis, sa production, sa consommation, les modalités de son usage ?
 - Y a-t-il une relation entre l'usage du cannabis et des pratiques religieuses ou culturelles ?
 - Quelle est la relation entre la production, la consommation et l'usage des drogues et les caractéristiques socio-démographiques des populations ? Plus spécifiquement, que sait-on des usagers de cannabis ?
 - Quelles sont les routes des drogues et comment sont-elles reliées aux situations politiques nationales et internationales ?
 - Quelles sont les relations entre les diverses drogues et comment en est-on arrivé à distinguer entre drogues licites et illicites ?

² Leduc, D., Miller-Chenier, N. et S. Norris (2001) *Inventaire de la recherche fédérale sur les drogues illicites et les questions connexes*. Ottawa : Bibliothèque du parlement, et Miller Chenier, N. et S. Norris (2002) *Inventaire de la recherche provinciale et territoriale sur les drogues illicites et les questions connexes*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement. Rapports préparés pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, disponibles en ligne à l'adresse : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Quelle est la relation entre production, consommation et réglementation des drogues et criminalité ?
- Quels sont les aspects économiques de l'usage, la production, la consommation et la réglementation du cannabis ?

- *Aspects médicaux et pharmacologiques de la consommation et de la réglementation du cannabis.* L'utilisation du cannabis à des fins médicales occupe actuellement une place importante dans le débat sur les régimes réglementaires le régissant. Il s'agit ici de faire le point sur l'état de la recherche médicale et sur les connaissances quant aux effets physiologiques et psychologiques des diverses drogues. Les principales questions sont :
 - Quelles sont les diverses formes d'utilisation du cannabis à des fins médicales ?
 - Quel est l'état des connaissances quant aux propriétés thérapeutiques du cannabis ?
 - Que connaît-on quant aux effets physiologiques du cannabis, notamment la tolérance et l'accoutumance ?
 - Quel est l'état des connaissances quant aux effets psychologiques du cannabis, notamment la dépendance ?
 - Quel est l'état des connaissances quant aux diverses formes de traitement des dépendances, leurs effets, leurs impacts et leurs coûts ?

- *Aspects juridiques en droit national en matière de cannabis.* La réglementation et le contrôle des drogues au sein des frontières canadiennes repose sur un dispositif législatif fédéral, même si, pour les aspects relatifs au traitement par exemple, la responsabilité relève des provinces et des territoires. Au delà du droit positif, les tribunaux ont proposé des interprétations des lois et réglementations pertinentes, notamment en matière de pouvoirs policiers. Invoquant les disciplines du droit, de l'histoire, de la sociologie, et de la criminologie, il conviendra de faire le point sur l'origine et les évolutions de ce dispositif. Les principales questions guidant ce troisième volet du programme de recherche sont :
 - Quel est l'historique des modes de réglementation et de contrôle du cannabis ?
 - Comment a évolué sa pénalisation ?
 - Quel est l'état de la jurisprudence nationale quant à la validité des lois et règlements qui régissent et contrôlent la production, la consommation, la possession et l'échange de cannabis ?
 - Quel est l'état de la jurisprudence interne quant aux modes d'enquête et aux sentences ?

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Quels sont les effets de la criminalisation du cannabis, notamment sur le système de justice, les institutions carcérales et les trajectoires délinquantes ?
 - Quels sont les coûts économiques et sociaux de ces modes de réglementation, de contrôle et de pénalisation ?
 - Quelles sont les relations entre les politiques et législations de justice et les politiques de santé publique ?
- *Aspects juridiques internationaux de la réglementation des drogues illicites et du cannabis.* Le Canada est signataire d'un certain nombre de traités et de conventions balisant la production, le trafic et la possession des substances psychoactives. Il nous fallait déterminer dans quelle mesure ces instruments sont contraignants sur la législation nationale. De plus, ces traités et conventions s'inscrivent dans le contexte plus large d'autres instruments internationaux, notamment les conventions et traités qui définissent et garantissent les droits fondamentaux des personnes; il convenait d'examiner leurs interrelations. Enfin, les drogues sont un enjeu des relations internationales et notamment des relations entre le Canada et les États-Unis. Quoique non contraignants sur un plan juridique, ces éléments peuvent influencer sur les orientations des politiques et méritent, en ce sens, d'être explorés. Les principales questions sont :
- Quels sont les principaux traités et conventions concernant les drogues, leur histoire et leurs dispositions ?
 - Quelles sont les contraintes que ces conventions et traités imposent au Canada ?
 - Au delà des traités et conventions, quels éléments du contexte des relations internationales pèsent sur les choix de politiques internes au Canada en matière de contrôle et réglementation des drogues ?
 - Quels sont les modèles de contrôle et réglementation des drogues en vigueur dans divers pays, quels en sont les impacts, et dans quelle mesure pourraient-ils s'appliquer au Canada ?
- *Aspects éthiques et opinions et normes de conduite des Canadiens.* Les choix de politiques et orientations législatives en matière de drogues sont aussi guidés par des considérations d'ordre éthique et moral et par les normes auxquelles adhèrent les Canadiens. Les principales questions sont :
- Quelles sont les considérations éthiques pertinentes au choix des orientations politiques et juridiques quant à la consommation, à la production, à la possession et à la circulation des drogues ?
 - Quelles sont les considérations éthiques pertinentes en matière d'usage thérapeutique du cannabis et de traitement médical et psychologique des dépendances ?

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Quel est l'état des normes de comportement des Canadiens en matière de cannabis ?
- Quel est l'état des opinions et normes de tolérance des Canadiens?
- Quel degré de correspondance existe-t-il entre les considérations éthiques et les normes de tolérance des Canadiens?

Vaste programme, on le voit. Pour tenter de répondre à ces questions de la manière la plus efficace en même temps que la plus économique possible, le Comité a convenu de mener deux tâches de front : un programme de recherche et un programme d'audiences de témoins experts devant se compléter mutuellement.

Le programme de recherche

Ne disposant ni de budgets de recherche nous permettant de commander des études ni d'un personnel de recherche à plein temps, nous avons demandé à la Bibliothèque du Parlement de produire des synthèses de la littérature pertinente.³ Ces travaux se déclinent en trois grandes catégories :

- Des études à caractère juridique : analyses de la jurisprudence nationale et des conventions et traités internationaux ;
- Des études à caractère socio-criminologique : analyses de la relation entre drogues et criminalité ; de l'évolution des dénonciations, des mises en accusation et des sentences ; des pratiques de consommation de cannabis ; des aspects économiques des drogues ;
- Des études comparatives : synthèse des politiques publiques dans certains pays.

De plus, nous avons bénéficié d'une synthèse des connaissances sur les impacts physiologiques et psychologiques du cannabis.⁴ Enfin, nous avons pu faire produire une étude qualitative des opinions et attitudes des Canadiens par une firme professionnelle d'enquêtes publiques.⁵

³ On trouvera la liste complète des études produites par la Bibliothèque du Parlement à l'Annexe 3. Tous les rapports de recherche, y incluant ceux qui sont mentionnés infra aux notes 6 et 7 sont disponibles en ligne à l'adresse Internet du Comité : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp. Le Comité souhaite exprimer ici son appréciation la plus vive quant aux travaux réalisés pour lui par la Division de la recherche de la Bibliothèque du Parlement.

⁴ Wheelock, B. (2002) *Les impacts physiologiques et psychologiques du cannabis : une synthèse de la littérature*. Ottawa : Sénat du Canada. Rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. (Le Comité tient ici à remercier tout particulièrement la Sénatrice Rossiter qui a rendu possible la préparation de ce travail). Disponible en ligne à l'adresse www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

⁵ Léger Marketing (2002) *Étude exploratoire auprès des Canadiens sur l'usage du cannabis*. Ottawa : Sénat du Canada. Rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à l'adresse www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

Au total, le Comité a ainsi obtenu 23 rapports d'étude et a bénéficié de comptes-rendus de travaux menés dans d'autres pays, notamment par le biais de la participation à des conférences internationales.

Audiences de témoins experts

Conscients des limites du programme de recherche, mais surtout de la nécessité d'interroger de vive voix certains des chercheurs dont les travaux étaient cités dans les études réalisées et de confronter leurs analyses entre elles et avec les positions d'autres organismes experts (les forces policières par exemple), nous avons mené une série d'audiences de témoins experts à Ottawa ainsi que dans certaines villes à travers le pays.⁶

Les audiences ont commencé le 16 octobre 2000 sous le 36^e Parlement et ont repris le 30 avril 2001 sous le 37^e. Elles ont pris fin le 10 juin 2002 par l'audience à Ottawa des principaux ministères responsables des politiques sur les drogues illicites au Canada. Dans la mesure du possible, le Comité a maintenu un rythme soutenu d'audiences, soit à toutes les deux semaines.

Dans chaque cas, le Comité demandait aux témoins de préparer un texte écrit répondant à des questions factuelles spécifiques. En effet, le Comité n'attendait pas des experts qu'ils lui donnent leurs opinions, ni qu'ils lui disent quoi penser. Les audiences de témoins experts s'inscrivaient en effet dans la logique d'une démarche de connaissance. Sachant que notre capacité à mener des études était limitée et reconnaissant que les données issues de la recherche étaient incomplètes, sinon contradictoires, nous voulions profiter pleinement de cette occasion exceptionnelle de clarifier, et de faire mieux connaître, un certain nombre d'éléments de connaissance.

Qui étaient ces experts ? Comment le Comité les a-t-il choisis ? Ces questions sont importantes dans la mesure où un certain nombre d'intervenants ont questionné la crédibilité du Comité en raison précisément de certains des choix qu'il a faits. Premièrement, nous avons tenu à couvrir chacun des grands domaines d'interrogation. Nous avons donc entendu des sociologues et des juristes, des psychologues et des médecins, des policiers et des criminologues. Deuxièmement, nous voulions entendre le plus grand nombre possible d'experts canadiens provenant de ces divers horizons de recherche. Troisième critère, nous avons retenu principalement des experts reconnus pour leurs publications dans le domaine. Des chercheurs tels les professeurs Harold Kallant ou Marie-Andrée Bertrand qui avaient été associés de près aux travaux de la Commission Le Dain il y a trente ans ; des chercheurs associés de près aux grands instituts que sont le *Centre on Mental Health and Addiction* de l'Ontario (anciennement *Addiction Research Foundation*) ou au Centre canadien de lutte à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Enfin, des experts qui pouvaient, dans certains cas, parler au nom de

⁶ On trouvera la liste complète des témoins entendus, les sujets, les lieux et les dates à l'Annexe 2. Tous les témoignages et certains documents complémentaires que nous fournissaient les témoins sont disponibles en ligne à l'adresse du Comité www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

grandes institutions : l'Association médicale canadienne, la Fédération canadienne des municipalités, l'Association canadienne des Chefs de Police ou la Gendarmerie royale du Canada. Si l'on regarde attentivement la liste des experts entendus et les objets de leurs présentations, on s'apercevra qu'ils correspondent étroitement à l'ensemble de nos champs de préoccupation.

Lorsque les audiences portaient sur la situation dans d'autres pays, nous avons cherché un équilibre entre les personnes capables de décrire la politique publique et des chercheurs dont les travaux étaient reconnus dans leur pays voire internationalement. La durée et le nombre de nos audiences étant limités, nous avons dû faire des choix. Au mieux, nous pouvions entendre quatre personnes. Règle générale, nous avons tenté de choisir un haut responsable de l'administration et trois chercheurs.

De même, on pourra questionner le choix des pays auditionnés : France, Pays-Bas, Suisse. Nous avions initialement prévu d'auditionner le Royaume-Uni, notamment parce que ses politiques publiques en matière de drogues ont fait l'objet de nombreuses études de grande qualité. Malheureusement, les modifications en cours de préparation dans ce pays ont empêché de tenir ces audiences. De même, nous avons manqué de temps pour entendre la Suède ainsi que l'Australie. Par contre, nous avons tout de même fait préparer sur chacun de ces pays des documents de synthèse par la Bibliothèque du Parlement.

Le cas des États-Unis mérite quelque attention. Le chapitre 20 décrit la politique américaine en matière de drogues. Toutefois, nos audiences sur notre grand voisin, beaucoup plus complexe et moins monolithique qu'on ne le pense souvent, ne nous ont pas permis d'entendre les responsables de l'administration américaine. Ce n'est pas faute d'avoir essayé de le faire. Mais soit comme dans le cas du directeur du très prestigieux *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) il a remis sa démission la semaine précédant la date prévue des audiences après avoir accepté notre invitation, soit comme dans le cas du Directeur du *Office of National Drug Control Policy* à Washington, il a décliné notre invitation. Bref, nous demeurons insatisfaits de n'avoir pu entendre les hauts fonctionnaires responsables des politiques sur les drogues aux USA. Néanmoins, le 10 juin 2002 nous avons pu rencontrer, en audience privée, M. G.R. Hanson le nouveau directeur du NIDA, et le 11 juin, nous avons reçu à huis-clos M. Walters, le Conseiller national sur les drogues de la Maison-Blanche, et quelques membres de son équipe.

Au total, que ce soit à Ottawa ou dans les villes canadiennes, le Comité a tenu plus de quarante jours d'audiences publiques, entendant plus d'une centaine de personnes de tous les horizons.

Une note encore. On pourra dire que nous n'avons pas traité de la même manière les témoignages des experts de la recherche et ceux de la pratique. C'est vrai pour partie. En effet, dans la mesure où les chercheurs présentaient des données se prêtant à un examen critique, des données vérifiables ce qui ne signifie pas qu'elles soient pour autant des preuves, portant sur des sujets précis, et permettant de répondre peu à peu à nos interrogations empiriques, nous leur avons accordé une importance certaine qui sera reflétée dans les citations qui émailleront ce rapport. Les données de la pratique ne

sont pas, en soi, moins significatives ni importantes à nos yeux. Par contre, les praticiens avaient souvent davantage tendance à exprimer des opinions plutôt qu'à faire état de données d'études. De plus, ils n'avaient pas la même préoccupation de répondre de manière précise aux questions qui leur étaient adressées. Ces opinions sont importantes, comme le sont celles des Canadiens que nous avons entendus et qui nous ont écrit. Ce sont néanmoins des opinions, non des données systématiques et rigoureuses.

Le défi de la synthèse

Devant cette masse d'informations, le plus grand défi demeurerait celui de la synthèse. La littérature scientifique sur n'importe lequel des sujets abordés, notamment ceux qui ont trait aux effets du cannabis ainsi qu'aux usagers et aux modes d'usage, est abondante. Les experts nous ont fait état de leurs recherches et de celles d'autres chercheurs. Les rapports préparés à notre demande sont truffés d'informations. Et notre équipe de recherche s'est tenue à l'affût des publications récentes et a participé à diverses conférences scientifiques internationales. Bref, il s'agissait de faire sens de toute cette information, une information de surcroît parfois contradictoire.

Au même moment, sur certains sujets, tels les tendances d'usage du cannabis et des autres drogues au Canada (chapitre 6), ou sur la spécificité des applications thérapeutiques du cannabis qui ne dépasse souvent pas le niveau de l'anecdote (chapitre 9), ou tout platement sur les pratiques policières (chapitre 14) et les décisions des tribunaux du pays (chapitre 15), les données demeurent encore fragmentaires.

Synthèse donc qui signifie aussi faire des choix. Tout en demeurant le plus respectueux de la diversité des perspectives, nous devons tout de même dégager des conclusions. Quitte à accepter que ces conclusions soient préliminaires. Quitte à accepter même qu'elles soient contredites par des recherches ultérieures. C'est bien là le propre du processus de connaissance d'être toujours en mouvement, et nous acceptons cet état de fait. De là, nous sommes conscients que nous nous ouvrons à la critique. Tant mieux pourrions-nous ajouter. D'abord parce que la critique suscitera des débats publics. Ensuite parce qu'elle provoquera sans doute la curiosité de chercheurs qui iront faire la vérification empirique de certaines de nos conclusions, améliorant ainsi l'état du savoir. Et aussi parce que nos choix s'éclairent à la lumière des principes directeurs qui sont explicités au chapitre suivant.

TENIR COMPTE DES OPINIONS

L'opinion publique est chose difficile à saisir. D'abord parce qu'elle n'existe pas en soi mais qu'elle est créée : elle le sera par la manière dont sont posées les questions du sondeur ; elle le sera par la manière dont les médias d'information construisent les contours d'un débat ; elle le sera encore par un contexte plus large de représentations, dont on ne sait jamais exactement quels sont les déterminants réels.

Saisir l'opinion publique sur un sujet complexe comme celui des drogues, ce n'est pas demander le type de lessive qu'on va acheter au supermarché. Une question en apparence simple devient rapidement complexe dès qu'on ouvre la boîte de Pandore. Une enquête d'opinion publique peut demander au public s'il est en faveur de la décriminalisation du cannabis. Soit. Mais sait-on si chacun met la même chose dans le terme décriminalisation ? On verra au chapitre 21 la complexité de ce terme. Sait-on si les répondants sont en faveur ou en défaveur pour les mêmes raisons ? Et une fois qu'on aurait une majorité pour ou contre, sait-on quelles seraient les modalités d'application de ce choix de politique publique ?

Ceci étant, tenir compte de l'opinion est une nécessité en démocratie. En tenir compte signifiait pour nous deux choses étroitement reliées. La première, signifiait un devoir d'information, voire d'éducation. Souhaitons qu'on nous pardonne le choix de ce terme si l'on y trouve offense. Mais nous sommes convaincus que, sur des sujets de politique publique qui sont des enjeux de société, il est du devoir des responsables politiques de transmettre une information qui fasse œuvre de pédagogie et non simplement de conviction. En matière de drogues illicites, même de cannabis qui est pourtant la drogue la mieux connue, le niveau de connaissances demeure souvent limité et il circule encore beaucoup de mythes. La seconde signification de cette nécessité de tenir compte de l'opinion publique impliquait pour nous d'aller à sa rencontre. Nous y sommes allés de trois manières.

Primo, nous avons fait connaître nos travaux le plus largement possible et de la manière la plus transparente possible pour permettre à tous et chacun d'en prendre connaissance et d'y réagir. Beaucoup ont choisi de le faire en nous écrivant. Évidemment, c'est peu de personnes au regard du nombre de citoyens du pays.

Secundo, nous avons commandé une étude qualitative d'opinion publique. Ces groupes de discussion, menés à travers le pays, seront présentés plus en détail au chapitre 10.

Et tertio, nous avons tenu des audiences publiques dans diverses villes du pays (10 au total), permettant ainsi à un certain nombre de citoyens de venir nous dire ce qu'ils pensaient, ce qu'ils connaissaient, ce qu'ils vivaient.

Informé et aller à la rencontre de l'opinion publique, nous en sommes conscients, c'est aussi contribuer à la former. Ce n'est donc pas un geste neutre.

INTERPRÉTER À LA LUMIÈRE DE PRINCIPES

Toute cette connaissance, celle issue de la recherche aussi bien que celle issue de l'opinion du public, demande encore à être interprétée. Les connaissances scientifiques sont sujettes à vérification constante. Elles sont parfois contradictoires, comme on le verra dans les chapitres 7 et 8 notamment. Quant à la connaissance de l'opinion publique, elle demeure nécessairement fragmentaire et en évolution. De là découle une place importante à l'interprétation.

Au delà, une politique publique, nous l'avons dit plus haut, n'est pas informée que par les connaissances, aussi rigoureuses soient-elles. Il faut des principes directeurs, capables d'informer l'interprétation des données et en même temps de guider le choix des conclusions. C'est l'objet du chapitre suivant, qui présente nos principes et décrit la démarche que nous avons entreprise pour nous donner des principes directeurs.

CHAPITRE 3

NOS PRINCIPES DIRECTEURS

De quoi devrait être faite une politique publique sur les drogues illicites, politique étant entendue ici au sens premier de gouvernement par le débat public et non de politique de partis ? Appartenant au Sénat du Canada, donc au Parlement, et dotés d'un pouvoir législatif, l'on pourrait trouver étrange que nous posions cette question. Ne sommes-nous pas, législateurs, guidés par les principes du bon gouvernement, c'est-à-dire par l'intérêt général ? Pour autant, qu'est-ce que l'intérêt général ? Et comment le déterminer ? Notre position de sénateurs nous confère-t-elle *de facto* une capacité à dire ce qui est ou devrait être l'intérêt de la nation canadienne ? Nous ne le pensons pas.

Devant des enjeux de société comme celui des drogues illicites, nous sommes comme tout un chacun des citoyens, aux prises avec nos croyances, nos connaissances, nos valeurs, nos doutes, nos mythes. Notre accès privilégié à une centaine de témoins experts, la lecture de nombreux rapports de recherche et le dialogue avec des dizaines de citoyens à travers le pays nous ont obligés à confronter nos idées préconçues, nos représentations, à celles des « autres », et sinon à les modifier du moins à les raffiner en cours de route. Mais cela ne suffit pas à déterminer l'intérêt général. Les experts, pas plus que les quelques citoyens entendus, ne forment l'intérêt général de la société. Les études ne révèlent que la partie superficielle de ce que pensent les Canadiens. Et quand des enquêtes sophistiquées nous auraient fourni une lecture approfondie de l'état de l'opinion publique, nous ne serions guère plus avancés pour décider des orientations d'une politique publique sur le cannabis. D'abord parce que le bien collectif ne se décide pas à coup de sondages pour déterminer dans quel sens va l'opinion. Et aussi parce que, comme nos opinions personnelles, l'opinion publique repose sur des informations non vérifiées, sur des préconceptions parfois biaisées, sur des valeurs pas toujours explicitées.

Très souvent, on nous a dit que les choix de politique publique que nous ferons doivent se centrer sur l'avenir des enfants, sur le type de société dans laquelle nous voulons vivre et que nous voulons leur léguer. La société canadienne a mis en place, depuis une vingtaine d'années, des programmes coûteux de prévention du tabagisme ; voudrait-on les contredire en permettant le fumage du cannabis ? Le cannabis est une substance psychoactive qui peut altérer certaines facultés cognitives reliées à l'apprentissage chez les jeunes ; veut-on leur transmettre le message qu'il est ok de consommer des drogues ?

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

D'autres nous ont dit que les valeurs fondamentales de la société canadienne, valeurs de respect des droits et libertés des personnes, de tolérance et d'ouverture à la diversité étaient compromises par les lois actuelles sur le cannabis. N'étant plus en phase avec la société, traduisant une opposition de générations entre les adultes et les jeunes, ces lois, ont-ils ajouté, entraînent plus de conséquences négatives qu'elles ne concourent au bien commun, et en plus d'être inefficaces elles sont iniques.

Question de valeurs donc, qui oppose diverses conceptions de la santé publique, de la santé d'une collectivité entendue aussi bien au sens de la santé physique des personnes que de la santé de la collectivité tout entière, dans sa fibre morale ainsi que dans les modèles de relation à soi-même et à l'autre qu'elle propose. Mais les valeurs des uns ne sont pas celles des autres.

En ce monde fragmenté, voire désillusionné qui est le nôtre, mais un monde qui est aussi, même si ce n'est pas toujours par choix, un monde ouvert au partage des cultures et des identités, se pose crûment la question des valeurs et par là du sens de la vie en société. Même s'agissant des valeurs transcendantales du respect sacré de la vie et de la justice immanente que nous partageons tous, leur traduction en politiques publiques n'est pas chose immédiate ou simple : pensons ici aux questions de l'avortement ou de la peine capitale. Quant aux autres ordres de valeurs, celles de la liberté, de la vérité, ou du droit, ils sont des enjeux incessants de débats dans les sociétés démocratiques et ce sont précisément ces ordres de valeurs qui sont en jeu dans une politique publique sur les drogues illicites.

Il y a trente ans maintenant, la Commission Royale d'enquête sur l'usage non médical des drogues, la Commission Le Dain du nom de son commissaire principal, a étudié des questions similaires à celles que nous étudions aujourd'hui. Son rapport sur le cannabis, dont les conclusions scientifiques sur ses effets étaient généralement acceptées par tous les commissaires, a néanmoins donné lieu à ... trois rapports : un rapport majoritaire de trois commissaires et deux rapports minoritaires. Lors de notre toute première journée d'audiences publiques, la professeure Line Beauchesne nous a présenté ainsi les divergences de fond entre les commissaires :

« La différence de leur rapport est essentiellement sur les valeurs sur lesquelles ils forment une politique en matière de drogues. Je vais me servir de ce rapport pour illustrer les trois grandes positions qu'on peut avoir à ce sujet.

La première position est celle de Ian Campbell. C'est ce qu'on appelle en droit le moralisme juridique. Une politique publique fondée sur le moralisme juridique en matière de drogue permet de justifier la prohibition actuelle et les répressions qui en découlent au nom de la protection des valeurs communes. (...) Pour la résumer en quelques mots, disons qu'on attribue à l'État la fonction de créer des valeurs communes qu'on va imposer à l'ensemble de la population de manière à créer le maximum d'harmonie sociale possible. Si tout le monde pense pareil, cela crée moins de problèmes.

(...)

La deuxième position qui était la position dominante de la Commission Le Dain se fonde sur le paternalisme juridique. Une politique publique fondée sur le paternalisme juridique en matière de

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

drogues permet de justifier la prohibition actuelle au nom du rôle de l'État en matière de protection des personnes non autonomes, surtout les jeunes.

(...)

Lorsqu'on arrive à la troisième position, celle de Marie-Andrée Bertrand qui demandait la légalisation du cannabis, on arrive aux questions des valeurs (...). Le libéralisme juridique signifie que l'État assume une certaine responsabilité pour maximiser l'autonomie des citoyens. (...) Une politique publique fondée sur le libéralisme juridique en matière de drogues est une approche qui se fonde sur le fait que le rôle de l'État est celui de maximiser la possibilité pour chacun d'être un citoyen à part entière et que l'usage du droit pénal est toujours un échec. »¹

Moralisme : affirmer des valeurs communes. Paternalisme : protéger les plus faibles. Et libéralisme : maximiser l'autonomie des citoyens. Ces trois catégories n'épuisent pas le champ des possibles : le communautarisme par exemple est une autre approche. Et, à certains moments, dans certains domaines de l'action publique, ces diverses approches peuvent coexister. Néanmoins, chacune d'elles exprime des conceptions divergentes quant au rôle de l'État et du droit pénal, et quant aux rôles de la science et de l'éthique dans les choix qui doivent être faits.

C'est précisément à travers le prisme d'une réflexion sur chacun de ces objets que nous avons choisi de nous donner des **principes directeurs** qui rendent explicites la conception que nous nous faisons du rôle que doivent jouer l'État, le droit pénal, la science et l'éthique dans une politique publique sur le cannabis. Ces principes nous guideront ensuite dans l'analyse que nous ferons des informations issues de la recherche et des pratiques actuelles au Canada, et surtout ils nous influenceront dans nos décisions de recommandations. Ce faisant, les lecteurs bénéficieront de notre tentative de rendre explicites des principes qui demeurent trop souvent implicites, donnant ainsi à chacun la possibilité qui de nous critiquer pour cause d'incohérence, qui d'affirmer son désaccord avec nos conclusions pour cause de non partage de ces principes. Nous pensons que l'exercice a l'avantage de la clarté et de la transparence.

Pour nous aider à la préparation de ces réflexions sur les principes directeurs, nous avons demandé à quatre universitaires canadiens reconnus pour leurs travaux dans leur champ de réflexion et pour leur indépendance, de préparer des documents de réflexion sur chacun des quatre grands enjeux : la gouvernance, le droit pénal, la science et l'éthique.² Nous ne saurions trop encourager les Canadiens à lire ces textes d'une

¹ Professeure Line Beauchesne, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, deuxième session de la trente-sixième législature, 16 octobre 2000, fascicule 1, pages 33-36.

² Ce sont : R. Macdonald, professeur de droit constitutionnel et de droit public, Université McGill, *La gouvernance de l'action humaine*; A.P. Pires, professeur de criminologie, Université d'Ottawa *La politique législative et les crimes à « double face » : Éléments pour une théorie pluridimensionnelle de la loi criminelle*; T. de Koninck, professeur de philosophie, Université Laval *Le rôle des savoirs et de la culture dans la politique publique sur les drogues illicites*; et J.F. Malherbe, professeur de travail social, Université du Québec à Montréal, *Contribution de l'éthique à la définition de principes directeurs pour une politique publique sur les drogues illicites*. Ces textes sont accessibles en ligne à : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

richesse et d'une qualité exceptionnelles. Pour notre part, nous nous en servons librement sans avoir la prétention de rendre la complexité de leur pensée ni nous en faire simplement les perroquets. De même que nous ne demandons pas aux témoins de nous dire quoi penser, mais bien de nous faire part, avec le plus de rigueur et d'exactitude possible, de leurs connaissances, qu'elles soient issues de la recherche ou de la pratique, de même nous avons demandé des documents de réflexion et non des réponses à nos questions. Il nous appartient, et c'est ce qui est attendu de nous, de proposer nos propres réponses aux enjeux auxquels les drogues illicites nous confrontent.

Nous débutons par une réflexion sur l'éthique. Nous pensons en effet que la réflexion éthique, en ce qu'elle touche aux fondements mêmes des valeurs, en ce qu'elle impose aussi une exigence de communication et de dialogue³, constitue la pierre d'assise sur laquelle reposent les autres principes. À cette conception éthique, s'articulent ensuite des principes relatifs à la gouvernance – c'est-à-dire au rôle de l'État – et au droit pénal comme l'un des outils de la réalisation des conditions de vie en société. Nous terminons sur des considérations relatives au rôle de la science, ou plus proprement des savoirs.

L'ÉTHIQUE, OU LE PRINCIPE DE L'AUTONOMIE RÉCIPROQUE

Supposons que la science aurait démontré, statistiques à l'appui, la nocivité de telle drogue – pourquoi pas le tabac – et qu'elle est une « cause » de maladies graves, voire mortelles. Jusqu'où le médecin, le juge, et en bout de piste l'État, sont-ils autorisés à aller pour faire en sorte que les personnes ne fument pas ? Quelle est la limite de l'intervention des uns et des autres ? C'est la question que nous pose l'éthique, spécifiquement ici l'éthique de la « santé ». Devrait-on tout simplement interdire le tabac et punir ceux qui en consommeraient aussi bien que les producteurs ? Devrait-on éduquer à coups de campagnes de prévention ? Devrait-on tenter de dissuader les

³ Voir là-dessus les travaux du sociologue et philosophe allemand Jürgen Habermas, notamment *De l'éthique de la discussion*. Paris : Cerf. L'auteur y présente le processus de discussion éthique comme suit : « Dans les argumentations, les participants doivent partir du fait qu'en principe tous les concernés prennent part, libres et égaux, à une recherche coopérative de la vérité dans laquelle seule peut valoir la force sans contrainte du meilleur argument. La discussion pratique est considérée comme une forme exigeante de formation argumentative de la volonté qui (...) doit garantir par les seules présuppositions universelles de la communication, la justesse de tout accord normatif possible conclu dans ces conditions. (...) D'autre part, la discussion pratique se laisse concevoir comme un processus d'intercompréhension qui, d'après sa forme même, assigne à tous les participants en même temps l'adoption idéale de rôle. Il transforme donc cette adoption idéale de rôle effectuée par chacun en particulier et *privatim* en une opération publique pratique par tous intersubjectivement en commun. » (pages 18-19).

fumeurs par l'imposition de conséquences économiques, par exemple, une surtaxe pour les soins hospitaliers que leur habitude pourrait entraîner ?

On voit que la réflexion éthique nous mène à passer de l'étant, du domaine du fait, au domaine du devoir être, de ce qui serait souhaitable. Passage donc du fait constaté (la cigarette « cause » le cancer du poumon) à la norme (il est admis par le plus grand nombre que fumer est nocif), mais bien plus qu'à la norme aux valeurs (la santé est le plus grand bien) et finalement aux moyens de transmettre et surtout de faire appliquer cette valeur (il est interdit de fumer sous peine d'une amende). Or, à chacune de ces étapes, certains d'entre nous peuvent élever la voix et dire : attendez, je ne suis pas d'accord. Pas d'accord avec l'énoncé de fait : sur quelles bases, sur quelles études, repose ce « constat » demandera celui-ci. Pas d'accord avec la norme : quand bien même un sondage d'opinion démontrerait que le plus grand nombre croit que la cigarette cause le cancer du poumon, est-ce suffisant pour clore le débat ? Pas d'accord avec la valeur érigée : ce n'est pas la santé mais la liberté qui est le plus grand bien ; à quoi sert d'être en santé sous un régime totalitaire ? Et finalement avec les moyens mis en œuvre : il est inadmissible de prohiber la cigarette sous prétexte qu'elle causerait des cancers car le moyen est disproportionné par rapport au fait.

Quiconque a un peu suivi les débats sur le cannabis aura fait le parallèle. Puisque le cannabis « cause » des torts à la santé (physique ou morale), la norme édicte que sa consommation est « dangereuse » et, au nom d'une valeur de santé publique (et de protection des plus faibles : enfants, adolescents etc.), il sera prohibé d'en produire, fabriquer, vendre, consommer, etc. C'est le fondement de la politique publique actuelle.

Comme nous le rappelle le professeur Malherbe, cette manière de poser le problème du cannabis – comme des autres substances d'ailleurs – nous invite à repenser la conception que l'on se fait de la santé, et par là de la médecine et de la science. Et plus loin encore, nous oblige à penser la question du risque et de la vie en société elle-même.

Nous vivons dans une société du risque, mais d'une manière paradoxale. D'un côté, nous valorisons la prise de risque : capital à risque, gestion du risque, ne s'imposer aucune limite pour réussir. On le voit aussi bien dans la valorisation de certains types de décision politique ou corporative, que dans l'émulation de certaines activités risquées, courses de formule 1, parapente, et autres sports extrêmes. De l'autre côté, nous devenons intolérants aux risques de la vie en société, aux risques que l'autre représente pour notre vie individuelle. C'est la quête de la sécurité, individuelle ou collective, contre le petit délinquant ou contre le terroriste. Le risque s'opposerait à la sécurité comme la maladie à la santé.

Or, entre ces deux attitudes apparemment opposées par rapport au risque, un subtil changement de référent se glisse qui explique pour partie le paradoxe. Dans la première acception (les risques que nous aimons prendre ou tolérons que les autres prennent) il s'agit bel et bien de risque. Ici, le risque est positif, il ouvre sur une augmentation du champ d'action : placé devant ce type de risque, l'acteur peut décider

de foncer, d'attendre, de renoncer. C'est, en tout cas, une expansion du champ des possibles, donc de l'autonomie, expansion qui n'est sans doute pas étrangère à l'admiration que ces personnes suscitent et qui est faite aussi d'un brin d'envie devant cette ouverture sur l'action que notre condition d'êtres « ordinaires » ne nous fournit que rarement. Le glissement de sens se produit avec la seconde acception qui ne renvoie pas à la notion de sécurité mais plutôt à la notion de danger. La sécurité est un bien collectif et individuel : pensons à la sécurité alimentaire, à la sécurité du travail. Par contre, le danger est, la plupart du temps, une privation, une limitation de la liberté d'action : devant le danger, la plupart d'entre nous nous arrêtons, nous retirons de l'action. En ce sens, le danger réduit la zone d'autonomie. Ce n'est donc pas la sécurité qui s'oppose au risque, mais le danger.⁴ La distinction est fondamentale car elle renvoie au degré – réel ou perçu – de contrôle que chacun a sur son existence : nous sentons bien que le « *crazy canuck* » qui dévale les pentes est en contrôle – au moins relatif – des risques qu'il prend ; le danger a ceci de différent qu'il nous renvoie à la notion de perte de contrôle.

Nous en sommes, collectivement, à apprendre à gérer cette équation risque / danger. Le « risque » ici si l'on peut dire c'est de penser le risque comme une forme d'autonomie acquise pour soi, et le danger comme une limitation de cette autonomie par l'autre, entraînant dans son sillage les mouvements de repli sur soi, l'intolérance, bref la peur. Car si le risque peut être source de plaisir intense, le danger suscite généralement la peur. Et si le risque renvoie à l'amélioration d'outils qui me permettent d'être plus en contrôle de ma sécurité, le danger renvoie pour sa part au contrôle de ce qui est extérieur, au premier chef de l'autre.

Or, certaines conceptions de la médecine, de la science plus généralement, ajoutent au paradoxe lorsqu'elles parlent de facteurs de risque comme lorsqu'elles disent : fumer est un facteur de risque de cancer du poumon. De même en prévention de la délinquance : le décrochage scolaire est un facteur de risque de délinquance. Dans ces acceptions, le risque devient ici facteur de danger, le danger terminal étant bien sûr la mort (cancer). Cette conception mécaniste et causaliste de la prévention gomme la différence fondamentale entre le corps-machine que nous habitons et le corps-sujet que nous sommes, pour reprendre les distinctions que propose le professeur Malherbe. Il n'y a pas, en effet, une relation directe entre des caractéristiques « objectives » de notre environnement (incluant ici les caractéristiques personnelles de l'histoire génétique, familiale, culturelle, etc.) et la perception subjective que l'on a de soi et de sa relation avec son environnement. Pour le dire autrement, c'est exactement pourquoi deux enfants nés dans un environnement similaire, à la même époque, amis à la plus tendre enfance, prendront des chemins de vie tout à fait différents. Nous avons un bagage (le corps machine) ; ce que nous en faisons et comment nous interagissons avec ce bagage est une toute autre chose. Tout comme il n'y a pas de traduction immédiate du

⁴ Le professeur Pires en fait une discussion intéressante : pages 41 passim.

fait à la norme, de même il n'y a pas de passage immédiat de mes déterminations biopsychologiques à mes actions et à mes réflexions.

Cette conception scientiste travaillant à l'identification de la « norme » statistique – les corrélations entre deux facteurs – perd de vue que nous ne sommes pas tous à la même position devant cette équation risque/danger. Ce qui, pour certains est un risque – descendre une montagne glacée sur un ski – est pour d'autres un danger réel.

« En dépit de tout ce que l'on croit savoir des toxicomanies, un nombre considérable de sujets bien informés « continuent de se suicider allègrement » au petit feu de leurs dépendances. Si l'éducation pour la santé est largement tenue en échec, et pas seulement dans le domaine des substances toxiques, ce ne peut être que parce que les sujets humains sont précisément des sujets, c'est-à-dire des être subjectifs dont les réactions de comportement sont liées bien davantage à la signification qu'ils attachent à leurs comportements qu'à l'objectivité des conséquences mécano-médicales que l'analyse statistique prétend définir.

Il y a des risques qui valent sans doute la peine d'être courus pour que la vie vaille la peine d'être vécue, qu'elle ne se dissolve pas dans l'enchaînement maniaque et peureux de précautions sans fin (...). Finalement, qu'est-ce qui est le plus humain (le plus autonome oserions-nous demander) : succomber à l'hypocondrie craintive et s'enfermer dans le cocon de la prévention universelle (au point d'y mourir aboulisque ou asphyxié) ou bien vivre sa vie au travers des risques librement choisis et assumés ? »⁵

D'où la position centrale du concept d'autonomie. Mais d'une autonomie conçue de manière critique comme *autonomie réciproque* et non comme d'une autonomie centrée sur l'individu isolé qui érige en norme son bon plaisir. Rappelons qu'autonomie signifie, étymologiquement, « se donner sa propre loi ». Il ne s'agit pas d'une loi arbitraire, faite pour soi seul, mais d'une loi qui impose de rendre possible, chaque fois où c'est possible, l'échange réussi avec l'autre, qui est le fondement même de la vie sociale. L'autonomie dont il est ici question repose donc sur la capacité de reconnaître la présence, la différence et l'équivalence de l'autre, permettant d'assumer respectivement la solitude, la finitude et l'incertitude, pour cultiver en retour la solidarité, la dignité et la liberté.⁶

La personne qui est « dépendante » n'est pas autonome dira-t-on. Et effectivement, dans cette sphère de leur vie, le toxicomane, l'alcoolique, le fumeur invétéré ne le sont pas. Pas davantage que la personne dépendante affective n'est pleinement autonome, ni celle qui aurait une addiction au jeu, à l'argent ou au sexe. La question suivante est de savoir jusqu'où, dans quelle mesure, l'État, la société, peuvent intervenir pour favoriser la lente conquête de cette autonomie. Et comment ? Quels sont alors les rôles de la gouvernance collective et du droit pénal comme outil de cette gouvernance ? Et comment la science pourrait contribuer à cet affranchissement ?

En tout cas, nous retenons, avec le professeur Malherbe que :

⁵ Malherbe, J.F. (2002) *op. cit.*, page 7.

⁶ Voir la discussion qu'en fait Malherbe aux pages 23-26.

« (...) le problème fondamental de notre civilisation n'est pas de savoir s'il est acceptable ou non d'interdire le commerce des dérivés du cannabis ou même leur consommation, mais bien de ne pas refouler l'expression de l'angoisse quand elle se fait jour, et mieux, d'inventer de nouvelles façons de l'appivoiser. À cet égard, il n'est pas inutile de rappeler que toute contrainte injustifiée qui viendrait s'ajouter au fardeau déjà lourd de l'individu civilisé, ne peut que multiplier chez ce dernier le sentiment d'être l'objet d'un quelconque totalitarisme plutôt que le sujet de sa propre destinée. De ce point de vue, les campagnes antidrogue apparaissent décidément comme des tentatives de nier la mort plutôt que d'en reconnaître la présence dans la vie collective comme dans la vie individuelle. (...) Nous rejoignons ici N. Bensaïd qui aime à dire que la médecine préventive occulte notre peur de la mort en nous faisant mourir de peur. »⁷

De cette assise découle une définition de l'éthique comme « un travail auquel on peut consentir, qui s'effectue les uns avec les autres, pour réduire l'inévitable écart entre nos valeurs pratiquées et nos valeurs affichées autant que faire se peut. »⁸ Travail avec, en effet, puisque cette autonomie ne peut s'exprimer sans un minimum de contraintes ; c'est le rôle de la gouvernance.

Nous retenons comme principe directeur qu'une politique publique éthique sur les drogues illicites, sur le cannabis en particulier, doit **favoriser l'autonomie réciproque construite à travers un échange dialogique constant au sein de la collectivité.**

LA GOUVERNANCE : MAXIMISER L'ACTION DES INDIVIDUS

Nous sommes des êtres sociaux. L'affirmation est triviale et cependant il est nécessaire de la rappeler puisque cela signifie que, *nécessairement*, nous nous trouvons toujours dans une situation paradoxale où chacun, doté (d'un certain degré) de libre-arbitre, prend des décisions librement pour lui-même et qu'en même temps, pour réguler les interactions avec les autres, nous établissons des règles, une normativité, plus ou moins complexe et plus ou moins formelle selon les cas. C'est vrai des relations de couple, des relations familiales, des joutes sportives, des relations de travail, comme des relations entre les citoyens et le gouvernement. La gouvernance de soi – acquise avec l'avènement de la démocratie libérale – n'est jamais entière et le cède inévitablement pour partie à la gouvernance par la collectivité.

La gouvernance est relativement facile à concevoir dans les relations simples : couple, famille, entreprise. Ce n'est pas dire que sa pratique soit simple : quiconque a une expérience de relations de couple saura dire à quel point il est parfois difficile de rendre explicites des règles implicites, et de s'entendre sur des règles de vie partagées. Néanmoins, la normativité qui s'établit entre amis, entre partenaires amoureux, entre parents et enfants, consiste en une série de règles relativement simples et surtout dont

⁷ *Ibid.*, page 21.

⁸ *Ibid.*, pages 27-28.

l'effectivité ne requiert pas, sauf lors de bris de relations ou d'abus, l'intervention d'autres parties.

Dans les sociétés féodales, pré-modernes ou pré-démocratiques, les règles prévalant aux relations sociales même simples étaient prescrites de l'extérieur : le souverain, le seigneur, le représentant de l'église, le père de famille ou l'ancêtre, le chef d'entreprise, chacun dans son domaine était tout puissant et pouvait ordonner et s'attendre à être obéi. L'établissement de la normativité se faisait largement sans l'implication des « sujets », sans leur consentement, sans qu'ils n'aient rien à dire ; ceux-ci étaient exclus du rapport de force. Au cours des siècles qui ont vu se construire les démocraties dans lesquelles nous vivons, nous sommes passés à des modes de gouvernement de soi et des autres permettant de plus en plus la participation des citoyens à l'élaboration des règles de la vie, aussi bien la vie personnelle que la vie sociale. Nous sommes aussi passés d'une situation où la vie de chacun était en quelque sorte réglée par son destin et fermée sur l'horizon étroit du lieu et des conditions de sa naissance, à une situation de vies « indéterminées », ouvertes sur la construction d'une identité et d'une destinée personnelle.

Changement donc dans les sources de normativité et leur opérationnalisation dans la vie sociale, et changement aussi dans les rapports à la normativité. Dans le premier cas, on assiste peu à peu à la formalisation externe des sources de normes de comportement. Ne découlant plus du droit divin, celui du souverain ou celui du prélat de l'église, les normes sont construites à partir de la traduction politique de la volonté du peuple. Elles s'inscrivent dans des constitutions nationales, dans des décisions judiciaires (la *common law* britannique) ou dans des codes de loi (le Code civil). Il s'ensuit que les normativités supra-juridiques (héritées de droit divin) ou infra-juridiques (non dites par la loi) perdent et de leur valeur symbolique et de leur capacité effective à orienter les rapports sociaux, au profit de règles juridiques enregistrées selon une procédure admise et légitime dans le corps social par des textes de loi. Les sociétés modernes sont des sociétés de droit, c'est-à-dire des sociétés qui reposent sur la primauté de la loi dans la gestion des rapports entre les personnes et entre les personnes, les groupes et les institutions. Jamais entièrement incorporées par l'ordre juridique, les autres sources de normativité n'ont pas pour autant disparu ; elles sont moins visibles (les normativités pré ou infra juridiques), parfois moins légitimes.

Au changement de source, correspond un changement d'opérationnalité : alors que le souverain ou le représentant de l'église pouvait condamner, voire exécuter, sans qu'il soit possible d'interroger la légitimité et la rationalité de leur décision – sauf à risquer une même condamnation – les moyens de rendre effective la volonté du peuple inscrite dans la légalité juridique passent aux mains de juges et du système judiciaire dans son ensemble. La normativité juridique est activée soit par l'autorité publique établie en droit (litiges d'ordre public et pénal par exemple), soit par les citoyens eux-mêmes (litiges d'ordre privé et civil) et rendue effective principalement par les tribunaux. Il existe des recours, et surtout ces recours sont théoriquement les mêmes pour tous et accessibles à tous.

Troisième modification, les relations qu'entretiennent les citoyens à la norme et, via la norme, à l'ensemble des aspects de la vie en société, changent aussi. La part du choix personnel et de l'incertain augmentent, jusqu'à mener, aujourd'hui, à un rapport non plus tant à l'autre qu'au risque que représente le fait d'être en contact avec l'autre. La normativité elle-même n'est plus acceptée comme une fatalité ni même comme une obligation. Sans qu'elle soit rejetée, la normativité sociale fait l'objet de questionnements sur la base d'expériences personnelles et d'une adaptation aux conditions individuelles d'existence. L'espace entre le sujet de la norme et la norme semble donc s'accroître en même temps que se formalisent les modes de résolution de conflits.

À travers la conjonction de ces processus, émerge une gouvernance de plus en plus instrumentalisée. Les instruments de la normativité, avocats, juges, tribunaux, acquièrent une importance parfois plus grande que les contenus eux-mêmes : la question immédiatement personnelle est de savoir si j'ai accès éventuellement aux mécanismes reconnus de résolutions de conflits, ou si j'en suis, par ma condition ou par mes actes, exclu d'une manière ou d'une autre. Pour le dire autrement, le moyen remplace la fin, la règle de droit remplaçant l'exigence de rapport à l'autre qui est au fondement de la normativité et de la vie sociale elle-même.

Les sociétés modernes sont donc confrontées à une série d'injonctions parfois paradoxales. La gouvernance collective doit : (1) permettre de réguler les rapports sociaux de la manière la plus ordonnée possible en même temps que la moins contraignante, (2) exprimer les normes et valeurs partagées par la collectivité en même temps que (3) laisser à chacun la possibilité de s'autodéfinir par rapport à ces normes et valeurs. Comment réconcilier ces oppositions du moins apparentes ?

À la suite des travaux du professeur Taylor⁹, on peut soutenir qu'il y aurait deux sphères centrales ou deux objets privilégiés de gouvernance : la gouvernance des relations à autrui et la gouvernance des relations à soi. La gouvernance des relations collectives fait évidemment partie des sphères d'intervention traditionnellement reconnues à l'État, même si les formes et le contenu en changent. Par contre, la gouvernance de soi ne tombe pas immédiatement ni systématiquement sous la sphère de l'État.

La gouvernance de la collectivité

L'État n'est pas la seule source de normativité, loin de là. Le fait cependant que l'État démocratique doive agir selon la loi, et que la plupart de ses politiques publiques s'inscrivent sous la forme de textes de loi, mène à une sorte de court-circuit où la source du droit et l'État se confondent.

Pourtant, comme le rappelle à juste titre le professeur MacDonald, si le champ d'action de l'État doit effectivement s'exercer en respect de la règle de droit, le champ

⁹ Notamment : Taylor, C., (1989) *Les sources du moi*. Montréal : Boréal.

du droit n'est pas limité à l'État. Dans toutes les sociétés connues, des règles ont toujours été établies pour gouverner le rapport à soi et aux autres. Elles sont implicites ou explicites, informelles ou formelles, d'application universelle ou restreinte, codifiées ou enregistrées dans la mémoire collective, extensives ou limitées à certains domaines d'action. Dans tous les cas, et quelles que soient la nature et la forme spécifique des règles, elles servent à exprimer les conditions du vivre ensemble parmi les membres de la communauté. Elles concernent le mariage et la parentalité, les manières de respecter la vie et le bien d'autrui, aussi bien que les rapports à l'invisible et à l'au-delà. Elles prennent la forme de prescriptions ou d'interdictions, sont mises en œuvre par l'évêque ou le mollah, par le souverain ou son représentant, ou par le juge. Contrairement à ce qu'on aurait tendance à penser, nous n'avons pas, modernes, inventé la codification des lois puisque le premier code juridique remonte à Hammourabi, roi de Babylone. En droit romain, Justinien a été le premier à proposer un code de lois. Et on pourrait encore citer les Tables de la Loi « remises » à Moïse.

En ce sens, nous rejoignons le professeur MacDonald sur le pluralisme juridique selon lequel il existe des sources multiples de normativité et donc de règles d'action que la loi formelle n'épuise pas. C'est la distinction entre la loi et la «juridicité». Comme nous l'écrivions plus tôt, la juridicité prend sa source aussi bien dans la famille que dans l'entreprise, à l'école que dans le syndicat, dans le parti politique et dans la religion. Les «lois», ne sont qu'une manière de gouverner le rapport à l'autre selon un ensemble convenu de règles. En ce sens, la juridicité «c'est l'entreprise d'assujettir l'action à la gouvernance par des règles.»¹⁰

La juridicité coexiste bien entendu avec d'autres manières de gouverner l'action des individus et des collectivités : l'exercice du pouvoir brut et la guerre pour ne nommer que celles-là en sont d'autres formes. L'une des différences majeures cependant entre la juridicité et ces autres formes tient à la nature et à la source de sa légitimité. Instauration des règles d'action de forme juridique implique une forme d'assentiment sinon de participation active à l'élaboration et à la mise en œuvre de la règle, qualités que la domination par un tyran ou par une armée d'occupation n'ont pas besoin et ne cherchent pas à s'approprier.

L'élaboration d'une juridicité formelle, prenant la forme de textes de loi adoptés par les assemblées législatives, et prescrivant des droits objectifs aussi bien que subjectifs est au cœur de la modernité. C'est d'ailleurs largement autour de ces questions que se pose celle plus spécifique du rôle de l'État : quand et dans quelle mesure élaborer des règles juridiques formelles sur ces deux objets, et comment les faire respecter ?

Les sociétés modernes ont donc ceci de particulier qu'elles ont, entre autres choses, consacré la primauté de la loi formelle sur les autres sources de juridicité pour la gouvernance des relations sociales, établi la nécessité que ces lois formelles soient adoptées et mises en œuvre par les systèmes législatif et exécutif de l'État, et instauré

¹⁰ MacDonald, *op. cit.*, page 24 de la version anglaise.

des mécanismes d'arbitrage par un système judiciaire lui-même issue de l'État mais indépendant des deux premiers.

Ce formalisme de la loi, ou pour le dire plus précisément de la normativité à caractère juridique inscrit dans les textes de loi adoptés par l'État ne signifie nullement l'extinction des autres formes de normativité. Le professeur MacDonald en donne un exemple pertinent pour notre propos :

[Traduction] « Ainsi, des comportements que la loi pénale stigmatise et sanctionne seront au contraire, dans certaines communautés normatives, récompensés et encouragés. Dans des quartiers défavorisés où les opportunités économiques sont limitées, la production et la vente de drogues illicites peuvent être une manière d'échapper à la pauvreté. Pour ceux qui réussissent, l'amélioration du statut social est souvent plus attrayante que la menace des conséquences négatives de la sanction pénale. De même, au niveau international, dans les pays où la culture de plantes menant à la fabrication de drogues illicites est une activité indigène traditionnelle, et où la pauvreté est telle que les bénéfices économiques qui en découlent sont nécessaires à la subsistance, le droit pénal (qu'il soit national ou international) sera de peu d'effet. »¹¹

Autrement dit, la juridicité ne s'épuise pas dans la loi formelle, et le rôle de l'État dans la gouvernance collective ne se limite pas aux seuls processus d'adoption, exécution et arbitrage de lois formelles.

La gouvernance de soi

Historiquement, la juridicité a souvent été au plus près des normes morales, ou a cherché à s'y modeler. Ces normes morales pouvaient provenir de la religion, d'une philosophie, d'une éthique, voire d'une théorie de la nature universelle comme chez Platon. Dans tous les cas, elles cherchent à dire la vie bonne, que celle-ci consiste à se conformer aux règles immanentes de la vie, à mettre fin au cycle des réincarnations ou à éviter la damnation éternelle. Dans tous les cas aussi, la vie bonne correspondait largement à « la vie » en son sens le plus abstrait, c'est-à-dire qu'elle ne s'intéressait pas tellement au destin de chaque individu mais à la collectivité, au groupe, au clan.

Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du second millénaire, au cours de la période dite des Lumières, que la vie individuelle a commencé à s'inscrire peu à peu au cœur des préoccupations de la gouvernance de la collectivité. Ce changement majeur a fait en sorte que ce que Taylor appelle « la vie ordinaire », celle de « l'homme moyen sensuel », au cœur de laquelle se trouvent son rapport au monde et sa manière d'entrer en contact avec lui à travers les prismes privilégiés que sont la famille et le travail, a soudainement été reconnue. Auparavant généralement dépourvu de possibilités de participation à l'élaboration de la juridicité, le « citoyen » a alors acquis – on pourrait référer, pour simplifier, à l'exemple du droit de vote – un droit de regard et de

¹¹ *Ibid.*, page 25.

participation active non seulement comme membre de la collectivité mais comme individu unique et entier.

Les collectivités s'étaient jusqu'alors dotées d'une juridicité largement axée sur le rapport à l'autre, consacrant des droits objectifs forts – droit à la vie : tu ne tueras pas ; droit à la propriété : tu ne voleras pas ; etc., – et à composante cognitive faible : la démonstration du respect de la vie, même en admettant qu'elle a continué – et continue parfois malheureusement dans certains cas – à poser des difficultés même au cours du XXe siècle – pensons ici à l'inégalité raciale ou aux inégalités entre les genres – cette démonstration du respect universel de la vie n'est pas celle qui a le plus posé problème. C'est en ce sens que nous parlons ici, à la suite notamment du travail de Pires discuté à la section suivante, de normes à composante cognitive faible. Ce sont des règles fondamentales, dont certains philosophes du droit ont dit qu'il s'agissait de droits naturels, qui ne requièrent pas une justification empirique forte. Il n'en va pas de même pour d'autres types de normes concernant des conduites telles l'homosexualité, l'avortement... ou l'ingestion de drogues. Ces normes concernent plutôt ce qu'on pourrait appeler des droits subjectifs qui touchent davantage, on le voit par la liste des exemples donnés, des comportements individuels exprimant des choix personnels se réalisant à travers un échange consensuel, et concernent donc peu ou moins directement la collectivité. C'est pourquoi on pourra dire qu'il s'agit de normes à composante cognitive forte : pour s'imposer comme droits négatifs, c'est-à-dire comme contraintes ou prohibitions, ces normes ont besoin d'une justification exogène provenant de savoirs externes à la juridicité elle-même.

Ainsi, parallèlement au processus de formalisation juridique des normes de gouvernance de la collectivité décrit à la sous-section précédente, l'individu moderne a acquis un espace de plus en plus grand pour la gouvernance de soi. Cet espace de gouvernance de soi n'est plus, comme auparavant, dicté entièrement par les déterminismes subséquents à la naissance en tel lieu, dans telle famille, avec tel bagage génétique. Mais il ne s'agit pas non plus, sauf dans quelques situations totalitaires, d'un espace soumis tout entier aux préceptes de la collectivité ou de la religion. Cet espace est fait d'une vaste zone d'indétermination qui, pour partie, explique précisément ce qui est parfois nommé comme « désenchantement du monde », de manière plus prosaïque comme « perte de sens » ou « de valeurs ». En fait, nous dirions que ni l'un ni l'autre ne sont à l'œuvre autant qu'un processus lent et hésitant de recomposition du social dans et par de nouvelles manières d'être des individus en relation.

Le rôle de la gouvernance

La gouvernance s'inscrit donc à la fois sur le registre de la gouvernance collective par l'État et de la gouvernance de soi. Si le véhicule privilégié de l'État est la loi formelle, l'adoption de lois n'épuise pas tout le champ de la gouvernance collective. Par ailleurs, la gouvernance de soi consiste en la lente découverte – au sens fort du terme – de la juridicité qui sous-tend l'action humaine.

Le professeur MacDonald présente la question qui nous est adressée de belle manière :

« Comment le droit et les institutions juridiques peuvent-ils le mieux permettre d'atteindre la gouvernance symbolique de l'action humaine d'une manière qui facilite l'accomplissement juste des buts individuels et collectifs ? »¹²

La question renvoie aux finalités de la gouvernance dans la collectivité : faciliter les rapports humains et la réalisation de soi, avec un minimum d'interférence de telle sorte à stimuler la découverte, en chacun de soi, de la source de la normativité plutôt que l'imposer de l'extérieur. Il n'est pas du ressort de la gouvernance par l'État d'assurer le bonheur ni la santé des citoyens. Il sera par contre de son devoir de s'assurer que les règles qu'il édicte et la manière de les concrétiser, nuiront le moins possible à la capacité de chacun de réaliser son être moral. Non plus donc une moralité unique, ou du moins une moralité pour tous, comme le soutenait la position dominante du rapport Le Dain, mais une facilitation de l'accès à la moralité pour les citoyens, moralité étant entendue ici au sens de cette découverte éthique des lois fondamentales dans le rapport à l'autre comme le soulignait le professeur Malherbe.

Le professeur MacDonald propose une définition de la gouvernance s'inspirant des travaux de la Commission de réforme du droit qui indique la voie : la gouvernance vise l'affranchissement et non le contrôle. De manière descriptive, il s'agit de définir les objectifs du vivre ensemble dans des politiques et des programmes d'action qui sont ensuite transmis par des systèmes et processus et soutenus par des acteurs permettant d'affirmer et de promouvoir l'action humaine. Véhicule privilégié de la gouvernance, la loi ne poursuit pas des finalités instrumentales de simple expressivité des règles ou prescriptions adoptées pour et au nom des citoyens mais est un processus de construction réciproque des relations sociales à travers lequel les uns et les autres, citoyens et gouvernements, procèdent à l'ajustement constant de leurs attentes de comportement.

Nous retenons donc comme principe directeur pour la gouvernance que **l'ensemble des dispositifs de l'État doit concourir à faciliter l'action humaine, et notamment les processus permettant de construire l'agencement entre le gouvernement collectif et le gouvernement de soi.**

LE DROIT PÉNAL OU LES LIMITES DE L'INTERDICTION

Nous aurons amplement l'occasion de décrire, au cours de ce rapport, à quel point le droit pénal est au cœur même de toute réflexion sur les drogues illicites. À tel

¹² MacDonald, *op. cit.*, page 78.

point que les débats autour de la législation criminelle, entre ce qu'il est convenu d'appeler les prohibitionnistes d'une part et les libéralistes d'autre part, en sont venus à primer outrageusement sur toutes sortes d'autres considérations. Le sociologue italien Pareto (1848-1923), cité par le professeur Pires dans son document de réflexion, disait des êtres humains que, même si nous aimons penser que nous sommes des êtres rationnels, nous sommes surtout des être raisonneurs, c'est-à-dire que nous voulons « donner une apparence de logique à des conduites qui n'en ont pas la substance ». ¹³ Dans le contexte des débats sur le cannabis, cette expression prend ici toute son ampleur : les deux camps en effet se renvoyant constamment leurs raisonnements comme autant de « vérités » avérées.

Une réflexion sur le rôle et la place du droit pénal en matière de drogues illicites, ici de cannabis, pose en effet la question des fondements de l'opportunité de recourir au droit pénal. Généralement, les deux camps s'empressent au plus vite de sortir de ce strict champ de réflexion sur les fondements pour recourir à la justification. Et d'un côté comme de l'autre, la justification n'a plus rien à voir avec l'outil lui-même, le droit pénal, mais avec l'objet visé, le cannabis. En découle alors la litanie des « preuves » sur les effets du cannabis. Pour les uns, ces effets sont suffisamment importants pour « justifier » le recours au droit pénal ; et de citer alors les risques associés à l'usage du cannabis : dépendance, difficultés d'apprentissage, délinquance, conduites avec facultés affaiblies. Pour les autres, ces mêmes risques sont tellement minimes, ou alors couverts par d'autres règles pénales (la conduite sous influence), qu'ils ne justifient pas l'intervention pénale. Quoiqu'il en soit, le débat n'est déjà plus sur les fondements mais sur la justification.

Cette réflexion sur le rôle du droit pénal consiste précisément à nous ramener sur le terrain des fondements. La question centrale sera de tenter d'identifier des critères qui aideront à décider dans quelles circonstances la société peut – ou doit – recourir au droit pénal. Il s'agira alors de décider si ces critères fondent ou non une intervention du droit pénal pour la gestion des enjeux posés par le cannabis.

Nécessité de la distinction

Soulever la question de savoir si l'intervention du droit pénal en matière de cannabis est fondée, renvoie nécessairement à une observation première : le droit pénal n'est pas fondé d'intervenir pour tous les comportements mais, dans certains cas, il l'est nécessairement. Cette observation s'appuie sur trois constats : (1) la plupart des rapports sociaux se régulent autrement que par le pénal ; (2) certains comportements font nécessairement partie du champ pénal ; et (3) certains comportements que le droit pénal, à certaines époques, criminalisait, ont été depuis exclus de son domaine . Cette possibilité d'inclure ou d'exclure des actions humaines du champ du pénal repose sur la capacité de faire des distinctions.

¹³ Cité in Pires, A.P. (2002), *op. cit.*, page 8.

Mais une difficulté importante surgit dès qu'il s'agit d'admettre *dans les faits* – et non simplement en théorie – ce principe de la distinction. Une fois qu'un acte a été reconnu comme un « crime », il fait partie du fonds commun de ce qui définit tous les délits : des comportements contre la Société. Selon la logique interne du droit pénal la seule distinction admissible *précéderait* la décision d'incorporer ou non un comportement dans le droit pénal : s'il s'agit d'un comportement qui va contre le bien commun il s'agit d'un acte criminel, sinon, ce sera un acte incivil, peut-être même immoral, mais ce ne sera pas un acte criminel. Une fois cette décision prise, il n'y aurait plus que des distinctions de forme : type de procédure et sévérité des sanctions selon la nature du délit.

Tout se passe donc comme si, à l'intérieur du droit pénal, il n'y avait pas de distinction positive entre les délits, comme si la distinction ne se faisait qu'à l'extérieur, avant la constitution de l'acte en délit. Or, il existe des distinctions entre les types de délits. C'est la distinction que fait le professeur Pires entre les illicites standard et les illicites « à double face ». Il est plus courant de distinguer les crimes « sans victimes » des crimes « avec victimes », mais cette catégorisation est incorrecte. D'une part, pour le droit pénal, la victime c'est toute la Société. Il y a certes des victimes individuelles, mais en quelque sorte par extension, le tort étant en fait toujours celui infligé à l'ensemble de la société. C'est ce qui expliquerait par exemple le principe d'exemplarité, dans la théorie de la peine : en punissant un coupable on veut dissuader tous les autres qui pourraient être tentés d'agir de même.

D'autre part, cette catégorisation renvoie à un seul aspect, l'objet du délit, faisant perdre de vue les autres processus par lesquels le droit pénal distingue entre types de délits. Ainsi, un autre type de distinction intrinsèque au droit pénal relève du mode de justification. Décider de criminaliser l'homicide ne requiert pas, comme le souligne le professeur Pires, de mener des études comparatives pour décider si une forme de meurtre est moins nocive ou moins grave qu'une autre pour la victime. La composante cognitive est faible : ici, point besoin de recourir à des arguments externes pour justifier la pénalisation, l'acte en soi – c'est la notion de *malum in se* – suffit à établir la légitimité de la norme pénale. Rien de tel lorsqu'il est question des drogues : dès les débuts de la prohibition, il a été besoin de justifications externes relatives aux torts causés par l'usage de drogues et bien entendu à leur « démonstration », si faible fusse-t-elle. Ces objets de criminalisation ont une composante cognitive forte, en ceci donc qu'ils demandent une justification élevée.

La distinction entre les types d'illicites est donc un outil analytique nécessaire pour comprendre et réfléchir sur le rôle du droit pénal en matière de drogues. Ceci posé, quels sont les critères à partir desquels on peut exercer ces distinctions ? C'est l'objet de la sous-section suivante.

Critères de distinction

Le professeur Pires propose sept critères permettant de distinguer entre eux les divers types d'illicites en droit criminel.

Sept critères pour distinguer les délits	
Nature du délit	S'agit-il d'un conflit ou d'un échange ?
Discernement du droit	Le droit peut-il discerner une victime et la distinguer du déviant ?
Référentialité	L'auteur peut-il reconnaître les conséquences de ses actes sur autrui ?
Limitation de la liberté	La limitation de la liberté de l'auteur à poser l'acte se pose-t-elle ?
Justification du délit	Le droit doit-il recourir à des savoirs externes pour justifier la norme édictée ?
Application du droit	L'application requiert-elle une intervention proactive ?
Effets de la loi	Les effets de l'application peuvent-ils remettre la norme en cause ?

Nous les examinons brièvement un à un.

La nature du délit

Pour qu'il y ait délit il doit y avoir un tort causé, ce qui renvoie à une victime. Nous le disions plus tôt, au sens le plus large, le droit pénal considère que la société est la victime ultime de tout délit. La victime directe d'une agression ou d'un vol, est un témoin au sens technique du droit. Mais à un niveau concret, le droit reconnaît des victimes directes. Dans certains cas, la notion de victime tombe quelque part entre les deux : c'est le voisinage, l'entourage, comme par exemple dans le cas des nuisances occasionnées par la sollicitation publique aux fins de prostitution. Mais ces situations de nuisances sont elles-mêmes à la limite du droit pénal, dans une sorte de zone grise entre les délits standard et les délits à double face.

Ce qui est remarquable c'est que le droit pénal ne peut observer les délits institués à partir des trois niveaux en même temps. S'il voit la victime directe, alors c'est la société qui devient invisible. Et s'il considère le voisinage, il est encore plus évident qu'il ne peut ni voir une victime directe ni non plus la société dans son ensemble. Enfin, et surtout, s'il regarde du point de vue de la société dans son ensemble, alors il perd de vue non seulement la victime directe mais de surcroît il perd du coup sa spécificité. En effet, dans ce dernier cas, il est permis de dire que le droit civil aussi protège la société : sans le respect des contrats de vente et des dettes, c'est toute la société qui fout le camp.

Ce ne sont donc pas uniquement le tort causé, ni même la présence d'une victime, qui confèrent à des actes leur caractère pénal mais le fait qu'ils témoignent d'un conflit, d'un abus de pouvoir, de l'empiètement d'un acteur social sur l'autre. Évidemment, le droit civil sert aussi à résoudre des conflits ; d'où la nécessité d'autres critères.

Le discernement du droit

Le droit est-il capable de discerner clairement une victime d'un auteur ? Dans le cas des délits standard c'est généralement le cas : la victime d'un homicide se distingue clairement de l'auteur. Évidemment, il se présente des exceptions à ces cas de figure purs, comme lorsque la victime est accusée par le droit pénal (le cas d'une femme victime d'agression condamnée pour outrage parce qu'elle refuse de témoigner contre son agresseur).

Dans le cas des délits à double face, le droit pénal peine à trouver la distinction entre la victime et l'auteur. Ou alors, il trouve en l'auteur la victime qu'il veut alors protéger contre elle-même, créant du coup la victime du fait de sa propre intervention.

Alternativement, et par voie de conséquence parce que conscient des limites et difficultés de punir la victime (par exemple la prostituée), le droit pénal décolle du monde phénoménal (la nature concrète des faits) et change de mode de raisonnement. D'un mode de raisonnement analytique (les raisons qui permettent de savoir) il passe à un raisonnement conséquentialiste ou téléologique (les buts pour faire). Par exemple, le droit pénal justifiera alors son intervention par la nécessité de protéger les enfants. Ce faisant, il perd – et nous fait perdre – de vue les raisons – au demeurant inexplicables – qui l'ont amené en premier lieu à se saisir du délit.

Référentialité

Nous entendons ici par ce terme la capacité pour l'auteur du délit à reconnaître, même avec des « explications », dénégations, et autres mécanismes de neutralisation, le tort causé à autrui par l'acte posé. Même dans certains cas limites des illicites standard tel que la cruauté à animal domestique, l'auteur du délit – par exemple il a pendu le chien du voisin à un arbre – pourra reconnaître que son geste a causé du tort au propriétaire de l'animal. Dans le cas des illicites à double face, le geste posé peut être autodestructeur mais il ne recèle pas de méchanceté à autrui, voire il ne met même pas en relation avec autrui. C'est d'ailleurs l'une des interrogations que nous pose le sociologue A. Ehrenberg sur les drogues en regard du déficit de rapport à l'autre dont témoignent toutes les formes d'usage de drogues lorsqu'interprétées comme repli sur soi. Mais nous ne sommes déjà plus dans la sphère du droit pénal mais dans celle de la réflexion politique sur la démocratie.

Limitation de la liberté

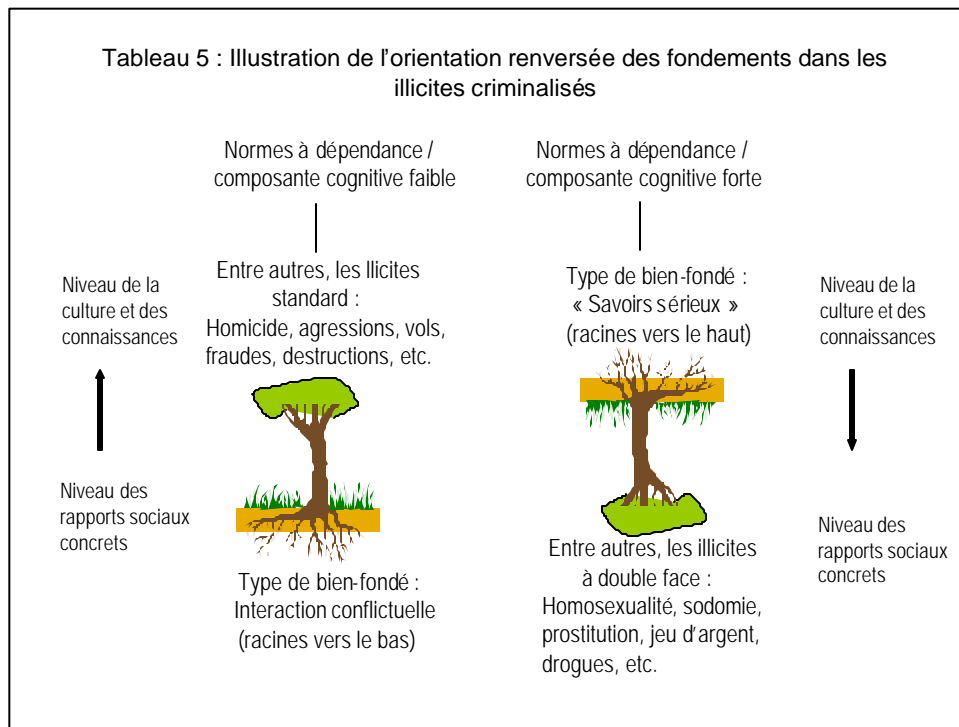
Nous en discuterons peu pour le moment puisque nous y reviendrons plus loin. Il suffira de dire que le droit institue de manière privilégiée des limites à la « liberté sauvage d'agir » comme le disait Kant : le droit pénal limite la liberté de prendre la vie ou la propriété de l'autre. Ce faisant il institue des droits-libertés c'est-à-dire le droit de jouir de sa vie et de sa propriété. La limitation par le droit des droits institués par lui, comme dans le cas de la prostitution où le droit intervient pour limiter le droit-liberté qu'il a institué de jouir de son propre corps et de sa liberté, lui pose donc des problèmes de fond.

Justification du délit

Le droit pénal n'a pas, ou très peu, à recourir à des justifications externes pour justifier la criminalisation des délits. C'est l'exemple de l'homicide que nous donnions d'entrée de jeu : le droit pénal n'a pas recours aux disciplines de la sociologie, de l'anthropologie, de l'histoire, de l'économie ou de la médecine, pour connaître les effets différents de divers types d'homicides, de diverses manières de tuer. Tel serait aussi le cas des agressions sexuelles, du vol, de la fraude, etc. La composante cognitive de justification est faible. Le bien-fondé de l'illicite standard trouve son socle au cœur même des rapports sociaux : c'est parce qu'on sait qu'une société qui songerait même à permettre l'homicide serait une société invivable, ne serait plus une société, que nous ne songeons même pas à interroger le bien-fondé de l'interdiction pénale de l'homicide. La seule question qui se pose encore dans certains pays mais que le Canada a depuis longtemps déjà résolue est celle de la peine que la société se réserve le droit d'imposer pour le meurtre.

C'est le contraire pour les illicites à double face, qui requièrent une démonstration empirique, une justification à composante cognitive forte. Cette question, les lecteurs s'en doutent bien, est centrale à tout le débat sur les drogues. Ceux qui voudront bien d'ailleurs nous accompagner dans la lecture de ce rapport constateront l'importance que nous y avons nous-même accordée.

Nous reproduisons ci-dessous le très ingénieux graphique le professeur Pires.



Comme le souligne le professeur Pires, le critère n'est pas ici de savoir s'il y a consensus ou *dissensus* sur la norme pénale, ces termes renvoyant à la manière et à la possibilité du débat démocratique. Le critère renvoie plutôt à la source de la légitimité de la norme : endogène ou exogène. Dans le cas des illicites standard, la source de légitimité est endogène. Dans le cas des illicites à double face, elle est exogène. Or, le processus de création de la loi pénale, lui, demeure le même : c'est le débat démocratique menant à l'adoption de la loi habilitante. C'est pourquoi il est facile de perdre de vue que les deux types de délits ne sont en fait pas de même nature.

« Le point important à retenir est que tous les illicites à double face auxquels ce critère s'applique présentent certains problèmes particuliers. (i) Ils ont un fondement endogène plus précaire, plus idéologique ou plus fragile parce qu'ils ne sont pas ancrés dans une déviance conflictuelle concrète et parce que les normes ne sont pas assez détachées de certaines formes de connaissance ou ne sont pas suffisamment indifférentes à la connaissance des faits. (ii) Ils sont alors plus sujets à un processus de sélection de la connaissance disponible et de la valeur affective de la connaissance que nous sélectionnons ou dont nous disposons à leur égard à un moment donné. Cela veut dire que l'examen critique et sérieux de la connaissance devient capital. (iii) Ils sont virtuellement plus polémiques et sujets à débat public à un moment donné et, aussi, susceptibles de se fonder sur des méprises culturelles ou cognitives majeures. »¹⁴

Application du droit

Dans la très grande majorité des cas impliquant des illicites standards, les délits sont amenés à l'attention de la police par une plainte : vols, agressions sexuelles, homicides, font le plus souvent l'objet de plaintes à la police. En fait, environ 90 % de tous les délits connus de la police proviennent de plaintes. Dans le cas des illicites à double face, on avoisine les 100 % de délits recherchés de manière proactive.

On objectera qu'en matière de production de cannabis, il y a eu augmentation des plaintes de la part des voisins des plantations en Colombie-Britannique. Mais si les voisins se plaignent, ce peut être à cause des dangers réels d'incendie – puisque l'illégalité force les producteurs à détourner les lignes électriques – ou à cause de l'incitation au silence de quelque malfrat – toujours en raison de l'illégalité dans laquelle se trouve le producteur.

L'application proactive du droit pénal dans le cas des illicites à double face entraîne des effets pervers, tant en coûts sociaux et humains, qu'en possibilités d'application discriminatoire ou en corruption policière, dont il faut se demander toujours s'ils se justifient par les fondements endogènes du délit.

Effets de la loi

Déoulant en quelque sorte du critère précédent mais aussi de tous les autres, celui-ci renvoie à la légitimité de la norme. Les difficultés et critiques que soulèvera la

¹⁴ Pires, A.P., (2002) *op. cit.*, page 59.

proactivité policière, les changements dans la normativité sociale ou dans les bases de connaissances, font en sorte que la loi devient contre-productive, suscitant *sui generis* l'interrogation de ses fondements et de sa légitimité.

Nous regroupons les critères proposés par le professeur Pires en trois couples, chacun ayant un côté «acte» et un côté «droit» à partir desquelles il est possible de saisir la distinction entre les délits de nature pénale.

Le premier couple concerne **la nature du délit**. Côté acte, la question porte sur la relation entre la «victime» et l'«auteur»: s'ils sont en situation de conflit ou en situation d'échange. Lorsqu'on renverse la pièce, la question est de savoir si le droit pénal peut ou non distinguer entre une victime et un auteur.

Le second concerne **la justification**. Côté acte il s'agit de savoir si l'auteur peut reconnaître ses torts à autrui. Côté droit, il s'agit de saisir l'origine de la légitimité de la norme.

Enfin, le troisième concerne **l'opérativité**. Côté acte, la question est de savoir si l'application de la norme instituée provient des victimes – ou témoins – ou si elle requiert une proactivité des agences d'application. Côté droit, il s'agit de savoir si la mise en application de la norme retourne ou risque de se retourner contre elle-même.

Selon nous, l'analyse des délits institués dans le Code criminel à partir de ces trois couples permet de répondre à l'interrogation fondamentale : la limitation de la liberté d'une personne à poser un acte se justifie-t-elle en droit pénal ? C'est pourquoi nous n'en faisons pas tant un critère que le résultat de l'application de ces critères à la norme instituée par le droit pénal.

Application aux drogues illicites

Les lois pénales sur les drogues illicites sont-elles un illicite à double face ? Sans doute.

Le délit créé implique un échange et il importe peu que l'objet de la transaction soit un objet prohibé ou non: l'échange entre les deux parties est un échange consentant. Lorsqu'il s'agit de l'usage de cannabis – ou à cet égard d'opium ou de coca qui par hasard pousseraient dans mon jardin – et que je décide de consommer, il n'y a même pas situation d'échange avec un autre. Pourtant, la possession au Canada, l'usage dans certains pays, sont prohibés.

Le droit pénal peine à trouver une victime. S'agissant de la conduite avec facultés affaiblies qui met en danger la vie d'autrui, il existe déjà une disposition du Code criminel punissant la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance. Les difficultés d'application en matière de cannabis ne sont pas un argument. Elles se retrouvent tout aussi bien pour la conduite sous l'influence de médicaments d'ordonnance. Les enfants ? On voit mal comment le fait de consommer du cannabis nuit aux enfants, sauf si un marché sauvage, soit par absence de réglementation soit par la criminalisation actuelle qui alimente les marchés illégaux, cause du tort aux enfants.

En ce qui concerne la référentialité, l'auteur de consommation, et même le revendeur entre adultes consentants, ne se voient pas comme causant du tort à autrui. C'est vrai en tout cas pour les dérivés du cannabis. Évidemment, le coupage de l'herbe avec d'autres produits, le fait que des produits frelatés puissent être vendus, rappellent le temps de la prohibition de l'alcool – et c'est bien l'une des raisons pour lesquelles on a mis fin à ce système. D'autre part, pour justifier le délit, le droit pénal est obligé d'avoir recours aux savoirs externes sur lesquels il n'a pas de contrôle – ni non plus que sur leur interprétation – pour justifier la norme de comportement.

Enfin, l'opérativité de la norme suscite à la fois des problèmes d'application et une interrogation constante de la légitimité même de la norme.

En somme, les fondements de la norme pénale sont faibles lorsque la norme instituée (1) ne concerne pas une relation à autrui dont les caractéristiques sont telles que non seulement elle ne crée pas de victime mais qu'il n'y a pas d'auteur qui puisse se reconnaître comme tel ; (2) doit donc se justifier à l'extérieur des rapports sociaux fondamentaux dans la culture ; et (3) entraîne une application dont les effets pervers se retournent contre elle pour interroger sa légitimité. Lorsque le droit pénal intervient en ces matières, il fait de l'auteur la victime par le simple fait de la norme qu'il a instituée et qu'il tentera ensuite de sauver par la protection de l'auteur contre lui-même ce qu'il ne peut faire qu'au prix d'une fuite sans fin dans la production d'une connaissance qui lui échappe constamment.

Nous retenons de cette analyse que **le droit pénal ne doit intervenir que lorsque l'action visée implique un danger significatif et direct à autrui.**

LA SCIENCE OU LA CONNAISSANCE APPROCHÉE

« La population est généralement disposée à accepter que le choix des méthodes de contrôle soit déterminé par l'interaction entre des spécialistes du secteur de la santé et des organismes gouvernementaux, car on reconnaît que le médicament est utilisé essentiellement pour assurer son bien-être et on se fie aux spécialistes en la matière pour décider de la meilleure façon de protéger la population.

(...)

C'est donc dire que pour formuler une politique sociale sur leur usage non médical, vous devez tenir compte non seulement des préjudices causés par la loi ou par la drogue, mais autant que possible de l'analyse intégrale des avantages et des coûts de la consommation de drogues et des mesures antidrogues et de toute modification à ces mesures que vous pourrez envisager. C'est à la société tout entière de décider, et non aux experts en fonction des connaissances scientifiques. »¹⁵

¹⁵ Dr. Harold Kalant, professeur à l'Université de Toronto, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, fascicule no 4, pages 69 et 78.

Depuis le tout début de nos travaux, nous étions conscients que la connaissance, même à prétention scientifique, ne suffirait pas à élaborer une politique publique sur les drogues illicites, sur le cannabis en particulier. On pourrait penser qu'un Comité spécial d'étude sur les drogues illicites, le cannabis dans ce cas-ci, ne devrait fonder ses conclusions et recommandations que sur le savoir. Pourtant, nul savoir ne peut jamais à lui seul définir une politique publique. À cela, nous invoquons plusieurs raisons.

(1) Premièrement, le savoir, ou plus correctement les savoirs, sont condamnés à être une œuvre ouverte, jamais définitive. Le processus de connaissance est par définition une interrogation constante sur le champ de l'inconnu, l'humble reconnaissance de l'immensité de la tâche en même temps que de son caractère approximatif – un bricolage aurait dit l'anthropologue français Claude Lévi-Strauss – ainsi que la reconnaissance de la complexité. Reconnaissance encore de l'ignorance où nous demeurons devant les questions fondamentales, questions toujours ouvertes par définition. Citons le professeur de Koninck :

« Il convient, en un mot, rappelions-nous, de célébrer l'ignorance où nous voilà enfin parvenus – car elle fait partie maintenant de l'ignorance connue (la simple ignorance dans le vocabulaire classique), par opposition à l'ignorance ignorée (la double ignorance – grâce aux neurosciences, à l'océanographie, à l'astrophysique, mais aussi grâce à la psychologie des profondeurs, à l'histoire des religions (pour ne citer que deux des « sciences humaines » avancées) et à tant d'autres disciplines qui ont spécialement progressé à notre époque. La célébrer par l'émerveillement et la perplexité qui sont toujours le sine qua non de toute découverte. »¹⁶

Situation en apparence paradoxale puisque jamais tant d'informations n'ont été produites – dans tous les domaines de la culture humaine mais aussi spécifiquement en matière de drogues – qu'à l'époque contemporaine. À telle enseigne d'ailleurs que les spécialistes de toute sphère – économistes, sociologues, criminologues, psychologues, et autres généticiens – sont devenus les personnages incontournables du grand jeu de la justification des décisions des politiques publiques. Si on agit sur la qualité de l'environnement, si par exemple on reconnaît la réalité des phénomènes de réchauffement climatique et d'effet de serre, ce sera parce qu'une commission scientifique en aura persuadé les décideurs. Si on prend telle décision macroéconomique, elle sera expliquée au bulletin de nouvelles par un économiste patenté. Et que se produisent des violences urbaines ou l'hécatombe d'un tueur en série, on entendra psychologues et criminologues expliquer l'événement, voire justifier une orientation de politique pénale. Production massive d'information et circulation des experts dans l'arène politique habillent alors les processus de décision publique d'un manteau de crédibilité, sinon de légitimité. Le citoyen, désemparé voire désabusé par ce qu'il perçoit d'écart entre le monde vécu et le monde représenté dans les moyens de distribution – toujours inégale – de la culture, se sentira d'autant moins autorisé à

¹⁶ De Koninck, T., (2002) *op. cit.*, page 25.

questionner la décision politique qu'elle sera justement investie du pouvoir de la « connaissance ». L'information devient connaissance, le savant un expert, et le politique, de moins en moins capable de réflexion sur des principes et des fondements, et surtout de réflexion autonome, se satisfait de cette armée commode « d'experts » toujours disposés à se faire conseillers.

Mais l'information n'est pas la connaissance. Et la connaissance ne se réduit pas à de l'information. La toile Internet déborde certes d'informations, mais personne n'osera dire que tout ce qui y circule mérite le qualificatif de connaissance.

(2) Deuxièmement, la production de la connaissance est fragmentée, à l'image de la vie moderne elle-même, refusant de poser la question du sens. L'assemblage bout à bout des disciplines universitaires n'est pas plus à même de produire de la connaissance, chacune posant ses questions à partir de son propre domaine d'expertise, ne regardant qu'à partir de sa lorgnette, qu'une seule de ces disciplines isolément. Les appels à l'interdisciplinarité et à la transdisciplinarité sonnent aussi creux que les incantations au « partenariat » dans le champ du social, alors que demeure absente une véritable volonté de compréhension, une tentative au moins de reconstitution du sens. Tout se passe comme si, dans le champ des drogues, un institut aussi prestigieux que le NIDA, gérant des budgets de recherche proprement astronomiques, menant des études qui, en soi, peuvent être fascinantes voire utiles, tout se passe comme si donc, cet institut n'avait pour objectif que de démonter, pièce après pièce, les mécanismes bio-psychologiques de la « toxicomanie », pour démontrer que l'usage de ce que l'institut appelle des drogues d'abus mène à des abus qui sont dangereux.

Or, le sens d'une pratique ne se réduit pas à sa décomposition en diverses parties, ni non plus qu'en un ramassis de ses recompositions. La connaissance remarquable des mécanismes cellulaires et de la génétique ne nous donne pas à la biologie plus de réponses aux questions éthiques et politiques que pose le clonage. Pas plus que la connaissance des mécanismes de l'atome et de la fission nucléaire n'avait fourni de réponses à la fabrication et à l'utilisation des armes nucléaires. Et la « science » économique, hautement abstraite et imprégnée de mathématiques, est à ce point détachée de la réalité qu'elle n'est plus capable d'expliquer le clivage entre les nations ni celui entre richesse extravagante d'un côté et misère humaine de l'autre.

Féru de jeux mathématiques et d'abstractions, les chercheurs semblent de moins en moins capables de poser les questions fondamentales. Leurs champs de connaissance sont parcellaires, découpés en autant de seigneureries que l'étaient les terres à l'époque de la colonisation, et tout autant ils peuvent donner l'impression du progrès du savoir, tout autant ils confondent connaissance et technique, savoir et expertise. Reposer les questions fondamentales, c'est être capable de faire des liens entre les domaines, c'est restaurer la complexité au nom de la nécessaire production du sens. On est loin d'ailleurs d'avoir résolu les débats entre scientifiques et philosophes sur

l'unification possible du discours et les débats sur la voie d'une connaissance intégrée de l'humain demeurent ouverts.¹⁷

(3) Se pose ensuite le problème des « experts », ces « idiots savants ».

« Idiots est le mot juste (du latin idiota, «ignorant», emprunté au grec idiôtês, «ignorant», par opposition à pepaideumenos, «homme cultivé»). Le malheur est que leur réputation imméritée d'experts étend d'autant plus l'influence de cette idiotie en des sociétés comme les nôtres où la «science» exerce un pouvoir magique et où «le pouvoir semble de plus en plus légitimé par des experts «savants»», comme le relève Jacques Testart : «En effet, l'expert rassure et les citoyens hésitent à affirmer l'absurdité ou le cynisme d'une décision politique ayant reçu l'aval des «experts les plus qualifiés». »¹⁸

Il ne s'agit pas d'accuser la science mais de récuser la difficulté de penser. C'est une chose de mener des études pointues, sur des questions précises, c'est une autre chose de prétendre «expliquer», à partir de ce savoir fragmentaire, et encore plus de fournir des réponses que, de toutes façons, la science ne peut fournir. On peut, en effet, mener des études sur le comportement des rats de laboratoire suite à l'injection d'une dose de Δ^9 -THC (le principal composant actif du cannabis), c'est autre chose de prétendre que ce type d'expérimentation révèle quoi que ce soit d'utile pour comprendre l'usage de cannabis et ses effets chez les humains. Moins encore pour fournir une réponse aux questions de politique publique sur le cannabis.

Geste social, comportement inscrit dans une histoire, l'usage de drogues ne se réduit pas à des mécanismes neuropsychologiques. Il peut être utile de connaître les mécanismes en jeu ; cette connaissance ne sera par contre pas suffisante pour expliquer le sens de l'expérience de la drogue dans nos sociétés.

(4) À la colonisation de l'esprit par le pouvoir de l'expert – qui se place en médiateur entre le politique et la collectivité – correspond une dangereuse colonisation de la réflexion des sciences de l'humain par l'attrait qu'exercent les sciences naturelles. Il n'y a là rien de neuf, ce mouvement avait commencé en fait dès le XIXe siècle, mais il s'est gravement amplifié au cours du XXe et notamment par le rapprochement toujours plus étroit entre la psychologie et les neurosciences. Il en résulte une transposition des méthodes et des manières de poser les problèmes par laquelle les sciences de l'humain s'imposent un réductionnisme (isoler des facteurs de leur contexte) quantitativiste (mettant l'accent sur la mesure mathématique). D'où une crise de connaissance. Quand on prendra un échantillon de 100 jeunes choisis aléatoirement dans la population, et qu'on les exposera à une batterie de tests psychologiques pour savoir

¹⁷ Nous renvoyons là-dessus au très beau dialogue entre un philosophe et un neurobiologiste : Changeux, J.P. et P. Ricoeur (1998) *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*. Paris : Odile Jacob, entre autres les pages 77-78

¹⁸ De Koninck, T. (2002) *op. cit.*, page 6.

pourquoi ils consomment du cannabis, on aura de l'anecdote à saveur sérieuse et une série de corrélations peu susceptibles de nous révéler les sens de l'usage de drogue.

Il fait bon ton dans certains milieux académiques et centres de décision de parler de politiques qui soient « *evidence-based* ». On entend par là des politiques basées sur la preuve « scientifique » de ce qui marche. L'un des exemples les plus puissants était la Stratégie de réduction de la criminalité adoptée en 1998 par le gouvernement travailliste nouvellement élu en Angleterre. Avec des sommes considérables destinées à soutenir des projets de prévention dont des études avaient démontré l'efficacité, cette stratégie devait réduire divers types de crimes de tant de point de pourcentage sur cinq ans.¹⁹ Nous sommes en 2002 et l'Angleterre traverse présentement une « crise » sur l'insécurité publique en partie parce que les niveaux de criminalité ont en fait augmenté, et la stratégie de réduction de la criminalité est en plein désarroi.

Il serait tentant de se demander : mais comment pouvait-il en être autrement ? Les stratégies d'ingénierie sociale datent du XIXe siècle, et ont rarement donné des résultats concrets, qu'il s'agisse du contrôle des populations ou de la criminalité. Fondées sur quelques « recettes » elles-mêmes tirées de quelques expérimentations contrôlées, elles « oublient » la complexité du monde contemporain plus que jamais fait d'interdépendances et de foyers multiples de relations, plus que jamais fluide et insaisissable, et qui n'a de cesse de nous renvoyer à la complexité. Est-ce pour la fuir qu'on se réfugie alors dans l'abstraction mathématique des corrélations entre variables prétendument prédictives ?

Nos travaux ont fait la part belle aux connaissances issues de la recherche ; la seconde partie de notre rapport en témoigne abondamment. Nous avons tenté, ce faisant, de faire justice à la connaissance élaborée au cours des dernières décennies. Nous ne voulions, ni d'ailleurs ne pouvions en faire l'économie. Nous recommanderons aussi que se poursuive l'effort de connaissance sur certaines questions que nous avons jugées importantes.

Pour autant, nous n'avons pas la prétention d'avoir répondu à la question fondamentale, pourquoi les gens consomment-ils des substances psychoactives, alcool, drogues ou médicaments. Nous avons d'ailleurs été étonnés, considérant la quantité d'études menées chaque année sur les drogues, de constater qu'il s'agit d'un domaine où la recherche fait défaut. Comme si la recherche de réponses à des questions techniques avait fait perdre de vue cette question au fond si basique !

La connaissance scientifique ne remplace ni la réflexion ni non plus que la décision politique. Elle est une aide à la décision. Et c'est de cette manière que nous la pensons la plus à même de contribuer à la politique publique sur les drogues. C'est en tout cas notre principe directeur : **la connaissance scientifique, qui doit continuer d'explorer des questions pointues sur des enjeux clés, tout en poursuivant la nécessaire réflexion sur les questions globales, est une aide à la décision de politique publique.** Ni plus, mais ni moins.

¹⁹ Le chapitre 20 en parle plus en détail puisque cette stratégie incluait un volet drogue.

CONCLUSIONS

L'un des grands défis que nous posent les sociétés modernes est d'inventer ensemble des lieux et des modes de socialité au delà des anciens réflexes de gestion de l'espace public par la volonté législative exprimée par la loi formelle. Devenus sujets de droits, objectifs et subjectifs, les citoyens participent de plein droit à la définition, nous dirions même à la conquête, du projet collectif du vivre ensemble. Il ne suffit donc plus d'édicter des lois qui, parce qu'édictées par le Parlement suivant les règles, devraient recevoir l'assentiment immédiat. Il faut concevoir des formes de participation éthique, par des échanges communicationnels, aux modes de définition du gouvernement collectif et du gouvernement de soi. Qu'on soit ou non d'accord avec les modes d'expression qu'ils prennent ou même avec le contenu, c'est bien ce que demandent les mouvements de la société civile qui s'opposent à la mondialisation décidée en conclave ou qui appellent à privilégier un développement durable et équitable : comment définir, ensemble, une normativité partagée où le gouvernement collectif et le gouvernement de soi peuvent se nourrir, se faciliter, mutuellement.

Nous retenons de cette excursion en terrain réflexif **qu'une politique publique sur les drogues illicites, sur le cannabis dans le cas qui nous occupe, repose sur une éthique de l'autonomie réciproque, soutenue par une volonté de favoriser l'action humaine, ne faisant intervenir le droit pénal que lorsque l'action visée implique un danger significatif et direct à autrui, et invitant l'élaboration de connaissances susceptibles de guider et de favoriser la réflexion et l'action.**

CHAPITRE 4

UN CONTEXTE EN MOUVANCE

Nos travaux s'inscrivent dans l'histoire, dans *une* période historique donnée. Cette histoire n'est pas simplement un champ externe à nous, quelque chose qui serait là, dehors, et n'aurait pas d'influence sur ce que nous faisons. Elle est étroitement entremêlée avec nos actions, les influençant de diverses manières subtiles. En même temps, parce que nous sommes en train de vivre cette histoire et de la faire, nous n'avons pas la distance nécessaire pour en reconnaître tous les éléments, ni non plus pour en comprendre toutes les implications. Néanmoins, pour resituer nos travaux dans leur complexité et dans l'incertain, nous avons la responsabilité de tenter de cerner certains éléments de cette histoire en-train-de-se-faire. Ce court chapitre tente d'identifier certains éléments qui nous paraissent pertinents. Nous en identifions six que nous distinguons sur deux plans, reconnaissant que ces niveaux sont en interaction nécessaire. Au plan international, la globalisation des marchés et les mouvements d'intégration économique, voire politique ; la montée en puissance du discours sécuritaire et l'équation drogues = criminalité ; et les éléments de changement qui se dessinent dans certains pays en matière de politiques sur les drogues. Au plan national : l'activisme judiciaire qui se traduit en décisions significatives au moins sur le registre de l'usage thérapeutique du cannabis ; l'adoption de la Stratégie nationale sur la sécurité des collectivités et la prévention du crime ; et la lutte au crime organisé.

MUTATIONS DU CONTEXTE INTERNATIONAL

Les deux dernières décennies ont vu se produire des mutations importantes tant dans l'ordre international que dans la structure des États nationaux. Il ne s'agit pas d'en faire l'historique ni même une analyse ; nous n'avons pas cette prétention. Cependant, quelques-unes de ces mutations ont une incidence certaine sur les drogues.

Globalisation et intégration

Depuis le début des années 1980, avec la déréglementation des marchés, on assiste à une globalisation des échanges économiques et à une intégration continentale

plus importante. La fin de la guerre froide et la disparition du bloc soviétique, de même que l'ouverture de la Chine aux marchés capitalistes, n'ont fait qu'accroître le rythme de ces mouvements. On en a vu pour résultat notamment la plus grande intégration de l'espace économique européen consacrée dans les accords de Maastricht ainsi que dans l'Accord de libre échange nord-américain entre le Canada, les États-Unis et le Mexique.

Au même moment, les changements technologiques rapides, notamment par l'Internet et la communication par satellite, ont contribué à ouvrir encore davantage, quoique de manière et à des rythmes différents selon le niveau de développement des pays, les frontières de la circulation des biens, des services et des capitaux. De même, l'accroissement des flux de populations et des voyages a mené, parfois par défaut voire contre la volonté de certains États, à une plus libre circulation des personnes.

Ces mutations ont eu des impacts importants sur les marchés des drogues illicites. L'ouverture des marchés et des frontières a bien sûr créé de nouvelles opportunités pour le blanchiment d'argent, tout en augmentant les difficultés de contrôles aux frontières et dans les transports. On oublie trop souvent cependant certains effets des politiques macroéconomiques régissant les flux mondiaux des capitaux et des ajustements structurels qui sont attendus, notamment des pays en développement. Une étude produite pour le Programme des Nations Unies sur le contrôle des drogues le démontre bien.

[Traduction] « *Les efforts pour atteindre la stabilité (de la balance des paiements) visent souvent à réduire le déficit extérieur en réduisant les niveaux de consommation intérieure. Les politiques de stabilisation macroéconomique obligent souvent les gouvernements et / ou le secteur privé à diminuer leurs dépenses.*

Lorsque la croissance monétaire diminue, une infusion de monnaie forte peut gonfler la réserve monétaire d'un pays, réduisant ainsi les difficultés associées aux politiques fiscales et le niveau d'endettement. L'argent de la drogue peut alors devenir un outil de stabilisation, une source de capital sans conditions attachées. Les pays qui servent de réservoirs aux revenus tirés du trafic international de drogues peuvent donc en retirer des bénéfices importants. »¹

De plus, la tendance à la privatisation de secteurs entiers de l'économie nationale, notamment dans les pays d'Europe de l'Est après la chute du Mur de Berlin, mais aussi dans plusieurs pays d'Amérique latine et d'Asie, dans un environnement où les mesures de régulation interne et la disponibilité du crédit sont faibles, favorise les capitaux du crime organisé, notamment en provenance du blanchiment de l'argent de la drogue. On constate d'ailleurs que la concentration de la production industrielle dans ces pays n'a pas nécessairement diminué après la privatisation, favorisant en retour la pénétration du crime organisé.²

¹ Keh, D.I. (1996) *Drug Money in a Changing World. Economic Reform and Criminal Finance*. Vienna : UNDCP, technical paper no 4.

² *Ibid.*, pages 11-13.

On oublie aussi trop souvent le rôle des investisseurs des pays développés d'où proviennent les poussées à la déréglementation et à la libéralisation des marchés. Dans ces pays, comme le note Campodónico « *(r)ares sont les poursuites contre les grands trafiquants de drogues ou les institutions financières du monde industrialisé, là où pourtant la plupart des bénéfices du trafic de drogues sont engrangés.* »³ Il en résulte un double discours, où les nécessités de la libéralisation des capitaux pour les multinationales rendent impossible de distinguer entre les capitaux propres et les sales. Le cas de figure du Pérou que développe Campodónico comme celui de la Russie qu'examine Keh, offrent des ressemblances structurelles frappantes.

La fin de la guerre froide a aussi signifié que les pays alliés au bloc soviétique, ou les groupes internes de guérillas, ont dû se tourner vers d'autres sources de financement. C'est l'analyse de l'Observatoire géopolitique des drogues et de son fondateur Alain Labrousse, qui comparaisait devant le Comité le 28 mai 2001, mentionnant à titre d'exemple le cas du Kosovo :

*« À cet égard l'affaire du Kosovo est exemplaire. La création de l'UCK a été financée par un intense trafic d'héroïne provenant d'Istanbul et vendant l'héroïne en Suisse pour acheter des kalachnikov et des armes de poing, qui ensuite étaient en vente pratiquement libre et étaient stockées dans la région albanaise de Macédoine. »*⁴

Et comme pour faire le lien avec les effets pervers de la libéralisation et la mise en cause de la macroéconomie, M. Labrousse écrivait dans un livre précédent

*« Selon les estimations, le trafic des drogues dans le monde génère entre 420 et 577 milliards de francs de chiffre d'affaires annuel. Le rôle grandissant que jouent ces fonds dans les processus de démocratisation et de restructuration économique conduit à une explosion des cultures et des trafics en Asie, en Afrique et à l'Est. C'est cette manne, dans laquelle puisent les pouvoirs locaux de toutes sortes, qui alimente les conflits nationalistes, ethniques ou religieux du tiers monde et des pays de l'ancien bloc communiste. Les drogues, enjeu économique, outil de pouvoir, sont dorénavant une donnée des relations internationales. Au-delà de quelques gros trafiquants, les systèmes bancaires des pays riches, le FMI, les grands organismes internationaux sont mis en cause. »*⁵

Rejoignant d'autres analystes, M Labrousse observe que les pays développés ne sont pas à l'abri des critiques puisqu'ils « ferment les yeux » lorsque leurs intérêts, notamment stratégiques et économiques sont en cause.

³ Campodónico, H. (1996) « Drug trafficking, laundering and neo-liberal economics : Perverse effects for a developing country. » in Dorn, N. et alii (eds) *European Drug Policies and Enforcement*. London : Macmillan Press, page 231.

⁴ Sénat du Canada (2001) Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Ottawa : Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, fascicule 3, page 27. On consultera aussi en ligne les rapports de l'OGD à l'adresse : www.ogd.fr

⁵ Labrousse, A. et A. Wallon (1993) *La Planète des drogues : organisations criminelles, guerres et blanchiment*. Paris : Seuil.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

« Un incident s'est produit et a été reproduit par la presse quand le groupe d'action financière internationale a dressé la liste des pays suspects de se livrer au blanchiment d'argent, on n'a trouvé ni l'île anglo-normande de Jersey ni la principauté de Monaco, ce qui a étonné tout le monde. On a appris par la suite qu'il y a eu une négociation entre la France et l'Angleterre pour que chacun évite de mettre son pays sur la liste relativement infamante. »⁶

C'est aussi le cas des intérêts européens au Maroc et en Afrique plus généralement, ainsi qu'américains, envers les paradis fiscaux.

De son côté, le rapport 2001 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), organisme des Nations Unies chargé de surveiller l'application des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues consacre son premier chapitre aux effets de la mondialisation et des nouvelles technologies. Il observe qu'à côté de leurs « innombrables avantages » la mondialisation et les nouvelles technologies ont entraîné des effets pervers : atteintes aux identités culturelles, atomisation politique et sociale, marginalisation et pauvreté grandissante dans certains secteurs. Selon l'Organe, « les revendeurs et trafiquants de drogues exploitent ces disparités pour tenter de développer de nouveaux marchés. En outre, au cours des 10 dernières années, l'expansion de l'activité commerciale et financière a permis aux délinquants de mieux dissimuler les transferts illicites de marchandises comme les drogues et les précurseurs placés sous contrôle international, et les profits qu'ils en tirent. »⁷ Selon le rapport, les nouvelles technologies sont utilisées par les trafiquants de drogues de deux façons différentes : pour améliorer l'efficacité de la livraison et de la distribution des produits, pour se protéger et protéger leurs activités illicites, pour commettre des délits classiques selon de nouvelles méthodes ou commettre de nouveaux types de délits.⁸ Le rapport note entre autres ce qui suit :

- La Commission interaméricaine de contrôle de l'abus des drogues notait pour 1999-2000 qu'Internet était devenu le moyen le plus utilisé pour développer la production de drogues synthétiques dans certains pays de la région ;
- L'organisation internationale de police criminelle (Interpol) notait en 2000 que plus de 1 000 sites Web proposaient la vente de drogues illicites, principalement du cannabis ;
- Le recours accru aux virements électroniques ainsi que l'augmentation considérable du volume et de la rapidité des flux monétaires réduisent la possibilité de détecter les mouvements de capitaux illicites ; et
- Le Groupe d'action financière sur le blanchiment de capitaux (GAFI) a attiré l'attention sur le fait qu'Internet pouvait aggraver certains risques

⁶ Labrousse, A., *op. cit.*, pages 28-29.

⁷ Organe international de contrôle des stupéfiants, *Rapport pour 2001*. Vienne : Organisation des Nations Unies, page 1.

⁸ *Ibid.*, page 2.

classiques de blanchiment d'argent : facilité d'accès, dépersonnalisation des contacts, et rapidité des transactions.⁹

Bref, si la recherche d'une plus grande cohérence, voire d'une meilleure prévisibilité des marchés internationaux, porte de grandes promesses, notamment pour les pays en développement, elle comporte aussi, indépendamment de toutes autres considérations de géopolitique, des effets pervers. De surcroît, ces qualités ne sont pas sans présenter des avantages aussi... pour les groupes de criminalité organisée.

Errances d'un discours sécuritaire

Au cours de cette même période, on a vu s'installer peu à peu, dans divers pays du monde occidental, un discours sur la sécurité intérieure en réponse à la hausse perçue ou réelle de la criminalité et du sentiment d'insécurité des populations. On a pu en voir des effets aussi bien dans des campagnes électorales axées sur la loi et l'ordre que dans une dérive vers des mesures jugées répressives par d'aucuns, telles les politiques de tolérance zéro.¹⁰

En matière de drogues, ce discours se décline sous deux volets principaux. D'abord, à compter du début des années 1980 sous la présidence de Ronald Reagan aux États-Unis, un discours de « guerre à la drogue » qui dépassera largement les frontières américaines. Ensuite, à compter de la fin des années 1980, une équivalence de plus en plus forte entre drogues et criminalité.

Le discours de la guerre à la drogue a permis de consacrer des ressources sans précédent à la lutte antidrogues. Souvenons-nous que c'est à cette époque que le Canada a lancé la première phase de sa stratégie antidrogues avec un budget de 210 millions \$ sur cinq ans. Aux États-Unis, la « guerre à la drogue » a signifié concrètement la multiplication par 17 des dépenses fédérales consacrées à la lutte antidrogues : elles sont passées de 100 millions \$ au début des années 1970 à plus de 18 milliards \$ pour le seul gouvernement fédéral en 2002. Les dépenses combinées du fédéral et des États pour la guerre à la drogue sont estimées à plus de 40 milliards \$ en 2000.¹¹ De même, cette guerre a signifié le quadruplement de la population carcérale américaine, passant de 500 000 détenus au début des années 80 à plus de 2 millions à la fin des années 90.

[Traduction] « Au cours des années 1990, les dépenses du système correctionnel ont été l'un des secteurs de croissance les plus rapides dans les budgets des états. Ce poste budgétaire représentait en moyenne 7 % des dépenses des états en 2000. Il en coûte actuellement près de 40 milliards aux comtés, états et gouvernement fédéral pour emprisonner près de deux millions de personnes, comparativement à

⁹ *Ibid.*, pages 2-4.

¹⁰ Là-dessus, voir par exemple les travaux de Wacquant, L., (2000) *Les prisons de la misère*. Paris.

¹¹ McNamara, J.D., (2000) « Commentary : Criminalization of Drug Use. » *Psychiatric Times*, vol XVII, no 9.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

5 milliards en 1978. De ce montant, vingt-quatre milliards sont dépensés pour incarcérer des délinquants non violents. Malgré la diminution modeste de la population carcérale dans les états récemment, l'augmentation massive du nombre de détenus au cours des deux dernières décennies signifie que **sur chaque quatorze dollars des fonds généraux des états un dollar a été dépensé pour le système correctionnel en 2000.** (...) L'expansion des prisons américaines est largement due à l'incarcération de contrevenants non violents. Le pourcentage des contrevenants violents détenus dans les prisons des états est passé de 57 % en 1978 à 48 % en 1999. Entre 1980 et 1997, le nombre de contrevenants violents détenus dans les prisons des états a presque doublé (augmentant de 82 %) tandis que le nombre de contrevenants non violents a triplé (augmentant de 207 %) ; le nombre de contrevenants incarcérés pour infractions liés aux drogues a été multiplié par 11 (augmentant de 1 040 %). »¹²

Au Canada, comme nous le verrons au chapitre 15, alors que la criminalité globale diminue régulièrement depuis près de dix ans maintenant, la proportion d'arrestations pour infractions aux drogues n'a cessé d'augmenter et la population carcérale globale n'a pas diminué. Il est même permis de croire que la proportion des détenus présentant des problèmes liés aux toxicomanies a en fait augmenté.

Ce discours s'est accompagné de toute une panoplie de mesures aux plans national et international, notamment l'augmentation dans divers pays des pouvoirs policiers en matière de lutte contre les drogues, le renforcement de l'infrastructure internationale des polices, l'utilisation de la lutte à la drogue dans la diplomatie internationale, et sa traduction dans les instances de l'ONU, notamment lors de la session extraordinaire des Nations Unies sur les drogues en 1998.

L'autre volet du discours porte sur l'équation drogue et criminalité. Pour une proportion importante des citoyens, l'usage des drogues est associé à la délinquance, quand il n'en est pas une cause. Témoins, ces quelques citations :

[Traduction] « *Nous ne pouvons plus continuer de mettre en œuvre des politiques et des programmes qui ne s'adressent pas aux racines de l'abus de substances et à la criminalité qui en découle.* »¹³

« *Dans les pays qui ont adopté des politiques laxistes envers la consommation, les crimes violents et les activités criminelles organisées ont augmenté en proportion du commerce de la drogue.* »¹⁴

« *La situation est différente en ce qui concerne les conséquences sociales néfastes d'autres drogues illicites (que le cannabis NDLR). Dans plusieurs collectivités ou quartiers du pays, les préjudices subis par*

¹² Greene, J. et V. Schiraldi (2002) *Cutting Correctly: New Prison Policies for Times of Fiscal Crisis*. Washington, D.C. : The Justice Policy Institute. Voir aussi Schiraldi, V., Holman, B. et P. Beatty (2000) *Poor Prescription: The Costs of Imprisoning Drug Offenders in the United States*. Washington, D.C. : Justice Policy Institute. Disponible en ligne à : www.cjcj.org

¹³ McCaffrey, B.R., « Remarks before the First Annual Criminal Justice and Substance Abuse Conference », Albany, New York, June 29, 1999.

¹⁴ Témoignage de M Dale Orban pour l'Association canadienne des policiers et policières devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 28 mai 2001, fascicule no 3, page 49.

d'innocentes victimes de crimes avec violence et de délits contre les biens sont considérables. (...) Ces délits sont commis par des toxicomanes qui essaient de se procurer l'argent nécessaire pour assouvir leur besoin de consommation. »¹⁵

Profondément inscrite dans les perceptions et attitudes, cette croyance, dont on verra plus loin au chapitre 6 que les données de recherche ne la soutiennent que pour partie, s'est traduite concrètement par une série de mesures dont la création des tribunaux spéciaux sur les drogues et l'instauration d'ordonnances de traitement pour les délinquants ayant une problématique avérée de dépendance, l'expansion des programmes de tests d'urine dans les milieux de travail et dans les prisons ainsi que le remodelage des systèmes de prise en charge socio-communautaires sont des exemples.

Cette association drogues-délinquance se posait sur un terreau fertile. Pour plusieurs raisons – mutations entraînées par la globalisation et le réalignment du rôle de l'État qui expliquent au moins pour partie l'accroissement des inégalités sociales et économiques entre le Nord et le Sud mais aussi au sein des pays, tant du Nord que du Sud ; augmentation de l'insécurité des conditions de vie elles-mêmes après la fin des Trente Glorieuses (1945-1975) qui avaient connu une période sans précédent de prospérité et une sécurité de l'emploi plus grande que jamais ; fractures au sein des collectivités induites par ces incertitudes et par l'incapacité à gérer les mixités de populations – l'augmentation de la criminalité « ordinaire » (vols par effraction, vols de véhicules, vandalisme, etc.) devient la métaphore par excellence de l'insécurité des conditions d'existence. Cible facile avec sa multitude d'impacts bien réels sur la vie au quotidien dans des quartiers déjà sujets à d'autres difficultés sociales et économiques, la petite criminalité invite alors à des réponses musclées, répressives : dans tous les pays occidentaux, on voit augmenter, à partir du milieu des années 1980, le recours à l'incarcération et s'allonger la durée des peines. À cette « crise » de la sécurité collective, s'ajoute la fracture entre les générations, faisant en sorte que les jeunes deviennent comme groupe une source d'inquiétude, voire tout simplement des délinquants potentiels. Un exemple : le Canada a connu au cours de cette période une augmentation sans précédent du recours à la détention pour les mineurs, le plaçant tout au haut de la liste des pays industrialisés.¹⁶ Quant on sait que les jeunes sont les principaux usagers de drogues, le reste de l'équation est vite établi.

Des politiques antidrogues aux politiques sur les drogues

L'arrivée du SIDA au cours des années 1980 va toutefois contribuer à une remise en question des politiques prohibitionnistes en matière de drogues illicites. On

¹⁵ Témoignage de M Michael J. Boyd, pour l'Association canadienne des Chefs de police devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, fascicule no 14, 11 mars 2002, page 76.

¹⁶ Là-dessus, voir entre autres Bala, N. et coll., (dir.) (2002) *Juvenile Justice Systems. An international Comparison of Problems and Solutions*. Toronto : Thompson Educational Publishing

découvre en effet, vers la fin de la décennie, que les usagers de drogues par injection intraveineuse ont un taux élevé de prévalence du VIH et d'autres pathogènes comme l'hépatite. En fait, il s'agit, après les pratiques homosexuelles et bisexuelles, de la seconde cause d'infection chez les hommes, et la seconde aussi chez les femmes hétérosexuelles.¹⁷ Les politiques répressives, centrées sur l'interdiction de l'usage, ne permettent pas ni d'informer adéquatement les usagers ni d'adopter des mesures de réduction des risques et de prévention telles l'échange de seringues ou les sites d'injection supervisés. L'expansion des pratiques de réduction des méfaits prendra appui dans plusieurs pays sur cette nouvelle réalité.

La création d'observatoires des tendances d'usage des drogues illicites est un autre élément contribuant à la remise en question des politiques sur les drogues. Jusqu'au milieu des années 90, les USA, le Royaume-Uni et l'Australie sont à peu près les seuls pays à disposer de systèmes réguliers et répétés d'enquête épidémiologique des tendances de consommation des drogues dans les populations. À compter de 1993, l'Europe, avec la mise sur pied de l'Observatoire européen sur les drogues et les toxicomanies et la constitution du réseau d'observation des tendances dans les pays de l'Union européenne, se donne un outil fort de suivi des tendances. Or, ce système d'observation régulière aura entre autres effets celui de démontrer que les tendances d'usage de drogues ne varient pas tant selon les politiques publiques des États que selon d'autres facteurs d'ordre social, culturel et symbolique.

Enfin, un certain nombre d'États commencent à interroger leurs politiques publiques sur la base d'études d'évaluation des impacts. C'est notamment le cas de l'Australie et de la Suisse ainsi que de certains États américains. Au delà de la rhétorique souvent émotionnelle, on découvre dans ces études que les politiques, en plus d'avoir peu d'impacts sur les usages, ont des effets pervers importants et des coûts économiques élevés. Ce sont d'ailleurs les résultats de certaines études du rapport coût-efficacité qui vont amener la Californie et d'autres États américains à revoir leurs approches hautement répressives (par exemple incarcération automatique à la troisième infraction, quelle qu'elle soit).¹⁸

Si les législations nationales en matière de drogues illicites, notamment de cannabis, ne changent pas dans les faits, on discerne néanmoins une tendance nette à questionner les pratiques, notamment judiciaires, et à chercher des alternatives tout en respectant les Conventions internationales. C'est le cas de l'Espagne, de l'Italie, de certains états australiens, de la Belgique et plus récemment du Portugal et de la Suisse.

¹⁷ Riley, D., (1998), *op. cit.*, page 14.

¹⁸ Voir par exemple, l'étude de Rydell, C. P., et S. S. Everingham, (1994) *Controlling Cocaine: Supply vs. Demand Programs*, RAND : Santa Monica, California.

MUTATIONS AU CANADA

Nous identifions trois grandes sources de changements au Canada au cours de cette même période, qui ont des effets parfois paradoxaux, soit l'activisme judiciaire induit par l'adoption en 1982 de la Charte canadienne des Droits et Libertés, l'adoption en 1999 de la Stratégie nationale de sécurité des collectivités et de prévention du crime, et la lutte au crime organisé. Dans la mesure où nous discuterons plus amplement de chacun de ces éléments dans des chapitres ultérieurs du rapport, nous serons volontairement brefs ici, nous contentant de broser un large contexte.

L'activisme judiciaire

Il n'est sans doute pas de meilleur exemple, en matière de cannabis, que la décision de la Cour d'appel de l'Ontario dans l'affaire Parker.¹⁹ Dans cette affaire, les juges de la Cour d'appel ont examiné la validité constitutionnelle de la prohibition de la marijuana en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances dans le cadre de son utilisation à des fins médicales. Les juges ont unanimement décidé que les allégations de Terrance Parker, à l'effet que cette interdiction violait ses droits fondamentaux en vertu de l'article 7 de la Charte canadienne des Droits et Libertés étaient fondées. Le juge Rosenberg, pour la majorité, a écrit que Parker a besoin de marijuana pour contrôler les symptômes de son épilepsie et que la prohibition de culture et de possession est en conséquence inconstitutionnelle. Les juges ont donc déclaré que les dispositions législatives étaient nulles et non avenues. Par contre, ils ont suspendu l'application de cette décision pour une année, donnant ainsi le temps au gouvernement d'adapter la loi en conséquence. Suite à cette décision, le Gouvernement a édicté en juillet 2001 une réglementation qui circonscrit l'usage du cannabis à des fins médicales et entamé une série d'études sur les effets précis du cannabis à des fins thérapeutiques.

D'autres décisions des tribunaux ont modifié, dans des directions diverses, l'applicabilité des dispositions de la loi en vigueur en matière de drogues, notamment sur les pouvoirs des policiers. Ces diverses décisions font l'objet d'une analyse détaillée aux chapitres 14 et 15.

Règle générale, on constate que, depuis l'adoption de la Charte, les tribunaux jouent un rôle de plus en plus important dans la vie politique canadienne, et la question des drogues n'a pas échappé à cet activisme judiciaire. D'ailleurs, une autre affaire, celle-ci portant sur l'usage du cannabis à des fins non médicales, devrait être entendue au cours des prochains mois par la Cour suprême du Canada.

¹⁹ R. c. Parker 49 O.R. (3^e) 481

Une stratégie nationale de prévention du crime

En 1999, suite aux travaux du Conseil national de prévention du crime, le gouvernement fédéral crée la Stratégie nationale de sécurité des collectivités et de prévention du crime. Cette stratégie nationale, dotée d'abord de budgets de 35 millions \$ par année, haussés à environ 65 millions \$ cette année, a pour objectif de prévenir la délinquance par les actions de développement social dans les communautés en agissant notamment sur les facteurs de risque chez les enfants et chez les jeunes. Si la stratégie ne mentionne pas spécifiquement la prévention de l'usage des drogues, un certain nombre de ses projets et actions porteront rapidement sur cet enjeu, et de diverses manières.

Ainsi, le Centre juge à-propos de financer deux projets-pilote de tribunaux spéciaux sur les drogues, d'abord à Toronto puis à Vancouver, dans une visée de prévention de la récidive reliée à l'abus de drogues. De même, le Centre soutient une action de la Fédération canadienne des municipalités visant à instaurer des collectivités sans drogues dans un certain nombre de villes. Et le Centre soutient aussi l'évaluation des programmes de mesures alternatives pour les jeunes accusés de possession de cannabis.

La lutte au crime organisé

S'il est un sujet judiciaire qui a suscité beaucoup de débats publics, mené à l'adoption de nouvelles lois accordant plus de pouvoirs aux forces de police, et conduit à des opérations de police spectaculaires et à des procès non moins spectaculaires, c'est celui du crime organisé, notamment des groupes de motards criminalisés au Québec, les mafias italo-canadiennes de Montréal, et les réseaux asiatiques de l'héroïne sur la côte Ouest.

En 1995, le Parlement canadien adoptait le projet de loi C-95 afin de donner aux policiers de meilleurs outils pour faire enquête sur les personnes prenant part aux activités des gangs et tenter des poursuites contre elles. Quatre ans plus tard, trois problèmes ont incité le Gouvernement à proposer des modifications au *Code criminel* et à d'autres lois : des difficultés dans l'application de la loi, l'influence croissante du crime organisé au Canada et les activités illégales commises par des policiers lors d'opérations d'infiltration. En 1999, l'adoption du projet de loi C-51 par le Parlement fédéral (une loi omnibus modifiant le *Code criminel*), a accordé une immunité pénale aux policiers qui devaient commettre des infractions dans le cadre d'une enquête ou dans l'accomplissement d'autres fonctions pour les fins d'application de la Loi régissant certaines drogues et autres substances. Selon le gouvernement, cette modification avait comme objectif d'appuyer les policiers dans la lutte contre le crime organisé et le blanchiment d'argent.

Par ailleurs, un sous-comité du Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a déposé, le 19 octobre 2000, un rapport proposant une série de modifications qui pourraient être apportées au *Code criminel* afin

de faciliter la lutte contre les organisations criminelles. Ce dernier était mieux connu sous le nom de Sous-comité sur le crime organisé. Il a entrepris ses travaux en avril 2000 et vue la nature du sujet soumis à l'étude, ses membres ont décidé dès le début, d'effectuer leurs travaux à huis clos. Ce Comité a entre autres recommandé de modifier le *Code criminel* de manière à en regrouper toutes les dispositions visant des activités connexes au crime organisé dans une partie spécifique qui aurait pour titre « Criminalité érigée en entreprise, infractions désignées en matière de drogue, gangs et blanchiment d'argent ». Plusieurs recommandations de ce Comité ont été reprises dans le projet de loi C-24 qui a reçu la sanction royale en décembre 2001.

UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ

Ces considérations sur l'environnement contribuent à situer dans son contexte le débat sur les drogues. Marqué toujours au coin des enjeux de sécurité publique, le débat porte plus fondamentalement sur les bouleversements qui traversent les sociétés à travers les phénomènes de mondialisation et de globalisation. La place des drogues dans ces sociétés qui passent difficilement de la modernité à la post-modernité, tentant de réinventer le social après que la destinée individuelle, si centrale aux « révolutions » culturelles des années 60, eut remplacé le destin familial et collectif, soulève en effet des questions relatives aux frontières de l'individuel dans son rapport à l'autre et à la possibilité même de la collectivité face à la prégnance de l'individu. Comme le souligne le sociologue A Ehrenberg :

*« (...) le drogué se présente comme le condensateur de la responsabilité incertaine. Pour les sociétés démocratiques, il est le lieu d'une interrogation sur les limites de la liberté privée, c'est-à-dire sur la tension entre le minimum de contact avec soi, sans lequel on ne peut entrer en relation avec autrui, et le minimum de distance à soi, sans lequel on ne peut pas faire société. »*²⁰

C'est aussi ce que disait, d'une autre manière, le professeur B.K. Alexander, dans un texte qu'il a soumis au Comité du Sénat :

[Traduction] *« Si l'on admet que les principes de libéralisme économique sur lesquels sont basées les sociétés occidentales produisent une dislocation des rapports sociaux, et si l'on admet que cette dislocation est l'un des précurseurs à des comportements addictifs, alors l'addiction aux drogues mais aussi à tous les substituts à la vie sociale dans nos sociétés ne sont pas la caractéristique pathologique de quelques-uns mais à des degrés divers une condition générale. Et puisque le libéralisme devient le modèle de base de la mondialisation, l'addiction est de plus en plus répandue sur la terre (...). »*²¹

²⁰ Ehrenberg, A., (1995) *L'individu incertain*. Paris : Calman Lévy, page 163.

²¹ Alexander, B.K., (2000) « The globalization of addiction. » *Addiction Research*, vol. 8, no. 6, page 504.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

La question des drogues, on le voit, ne peut simplement se poser en termes de pénalisation ou dépenalisation, car elle renvoie à des enjeux de société beaucoup plus profonds, tenant au rôle du gouvernement de soi dans un contexte où le gouvernement politique de la collectivité est en mutation, et au rapport entre les deux. Réduire la question des drogues à un enjeu de législation pénale plus ou moins répressive ou plus ou moins libérale, c'est faire l'économie d'interrogations plus larges et c'est faire le jeu des intérêts particuliers d'institutions qui ont intérêt à réduire la figure du drogué à l'autre, au déviant, au pathologique, et les drogues aux seules drogues illicites, alors que les figures de la drogue sont multiples et diverses. Comme le soulignait d'ailleurs le rapport de l'Organe international des stupéfiants pour 2000, le trafic de médicaments psychoactifs et l'augmentation de leur consommation sont, à bien des égards, des phénomènes beaucoup plus préoccupants que le marché des drogues illicites. Il y a grand risque à prendre la pointe de l'iceberg pour l'iceberg dans son ensemble et à se laisser dériver ainsi sur des continents aussi simplificateurs qu'ils sont dangereux pour une véritable politique publique en matière de drogues.

PARTIE II

LE CANNABIS : EFFETS, USAGES, ATTITUDES

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 5

LE CANNABIS : DE LA PLANTE AU JOINT

Cannabis, marijuana, pot, herbe, kif, grifa, ganja, autant de cultures, autant de manières de nommer la drogue issue du *cannabis sativa indica*, l'une des deux principales variétés du chanvre. Il ne s'agit pas uniquement de dénominations mais aussi des modes d'utilisation et des contextes d'usages différents : ici, la mari est roulée dans un papier avec du tabac à cigarette (joint), là le kif sera fumé à la pipe, et là encore le *ganja* sera fumé dans une pipe à eau. Elle est parfois incorporée à des biscuits ou à des gâteaux. Le pétard, le joint ou le *bangh* indien sont des manières de nommer le produit consommé et désignent en même temps des usages différents : la mari est le plus souvent composée des sommités fleuries et de feuilles séchées réduites en poudre ; la *sinsemilla* est une préparation de sommités femelles d'une variété privée de graines tandis que la ganja indien est composé uniquement de sommités fleuries fécondées.¹

Ces appellations ne sont pas de simples accidents folkloriques : comme pour d'autres substances, le cannabis a ses usages codifiés variables selon les cultures. Les mots utilisés pour nommer la même drogue renvoient à un ensemble de rapports qu'entretiennent les populations de diverses cultures avec elle, une sorte de code des manières mais aussi des raisons de consommer. En Amérique (États-Unis et Canada), la mari a longtemps été identifiée à la jeunesse et à la libération sexuelle des années 60 ; en Inde ou en Jamaïque, le *ganja* a des dimensions religieuses qu'il n'a pas nécessairement en Occident ; et cette drogue, la même pourtant, a d'autres significations culturelles encore au Maghreb. Nous y reviendrons au chapitre 7.

Ce chapitre décrit d'abord la plante et les variantes sous lesquelles elle devient une drogue de consommation. Il examine ensuite brièvement l'origine géographique de la plante de cannabis et les circuits contemporains de sa circulation, notant au passage les modes actuels de production sous serre et hydroponique qui se sont développés dans certaines régions du Canada. Il décrit ensuite la pharmacocinétique de la plante de cannabis, notamment ses principaux composants actifs et leur métabolisme dans le corps.

¹ Voir notamment INSERM (2001) *Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé?* Paris : Les Éditions Inserm, page 143 passim ; ben Amar M. « Le cannabis » (sous presse) ; Wheelock, B.B. (2002) *Physiological and Psychological Effects of Cannabis : review of the Findings*. Rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Ottawa : Sénat du Canada.

UNE PLANTE, DIVERSES DROGUES²

Il existe plusieurs variétés de cannabis. Les plus connues sont *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* et *Cannabis ruderalis*. Le *Cannabis sativa* est la principale variété qui pousse sous presque tout climat. Dans des sols secs, sablonneux et légèrement alcalins il fournit des plants pouvant atteindre jusqu'à sept mètres de hauteur. Au Canada, c'est le *Cannabis indica* qui est préférablement cultivé en sol. Il fournit des plants plus courts, mais plus concentrés en Δ^9 -THC (le principal composant actif du cannabis discuté plus amplement plus loin). Il existe des plants mâles et femelles. En général, les plants femelles sont plus riches en Δ^9 -THC que les mâles, qui sont souvent plus dégarnis et plus petits. Le Δ^9 -THC se trouve surtout dans une résine que sécrètent les extrémités florales.



Têtes de plants et feuille de cannabis

Il semble que le cannabis a d'abord été connu en Chine il y a environ 6 000 ans. On en trouve ensuite en Inde, puis au Moyen-Orient, en Afrique, au Mexique et en Amérique du Sud. La culture du cannabis peut prendre plusieurs formes. Parfois, la culture est pratiquée dans des serres ou en culture hydroponique, ce qui permet d'augmenter la productivité des plants et d'obtenir des teneurs élevées en Δ^9 -THC. Les méthodes de sélection génétique des meilleures variétés et de cultures sous serre ont aussi permis d'augmenter le contenu en principe actif.

² Cette section s'inspire librement des divers travaux, notamment ceux de Ben Amar (sous presse), de l'INSERM, *op. cit.*, et de la Conférence scientifique internationale sur le cannabis (2002). Nous tenons à remercier notamment le professeur Ben Amar de nous avoir permis de reproduire les planches.

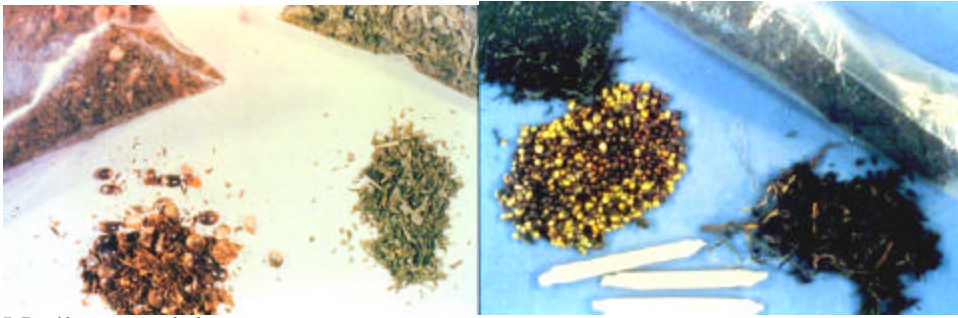


Plants de cannabis mâles et femelles

Terme mexicain employé initialement pour parler de tabac à bon marché, mais qui plus tard désigne certaines parties de la plante du cannabis, la *marijuana* est généralement de couleur verte ou brune et dégage une odeur caractéristique lorsqu'elle brûle. Son apparence ressemble à l'origan ou au thé haché.³ La marijuana provient de l'ensemble des parties de la plante qui ont été séchées. Sous cette forme, son contenu en THC est inférieur ; il augmente notamment en sélectionnant les extrémités florales du plant femelle. Ainsi séchée et réduite en une poudre grossière, la marijuana est le plus souvent roulée en cigarettes fines avec du tabac à cigarette dans la plupart des cas (joint), parfois fumée aussi à l'aide d'une pipe ou moins fréquemment sous forme de cigares. Un joint typique contient entre 0,5 et 1 g de cannabis. On peut aussi, comme pour le haschich, l'inclure dans des préparations de biscuits et de gâteaux. Il sera aussi bu sous forme d'infusions. Certains nous ont dit que la production contrôlée, sous serre, de cannabis domestique coûte environ 100 \$ l'once, qui sera ensuite vendu à un prix moyen variant entre 200 \$ et 250 \$ sur le marché. Cette estimation du coût de production nous semble largement exagérée. Par contre, les seules autres études disponibles portent sur les coûts de production dans des pays en développement, tels le Maroc.

³ Sur ces questions voir notamment : McKim W.A. (2000) « Cannabis ». in McKim, W.A. (ed.) *Drugs and Behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River : Prentice Hall. ; Santé Canada (1990) *Les drogues. Faits et méfaits..* Ottawa : Ministère des approvisionnements services ; et Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2001) *Drogues. Savoir plus. Risquer Moins.* (Édition québécoise). Montréal : Stanké.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS



Marijuana et joints

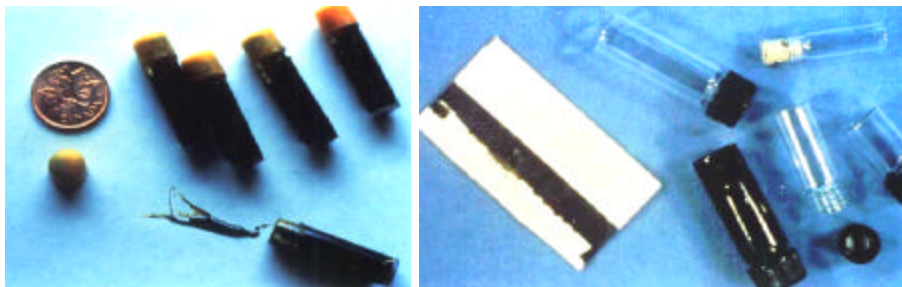
Le *haschich*, ou encore haschich, aussi connu sous l'appellation de hasch, shit, kif (en Afrique du Nord) ou *charas* (en Inde), résine visqueuse produite par la plante et obtenue par battage des feuilles et des sommités florales sèches qui est ensuite compressée pour obtenir ce qu'en France on appelle une barrette, ici un cube ou un bloc. Il faudra environ 45 à 75 kg de cannabis pour produire un kilo de haschich. Il se présente sous forme de morceaux de couleur brun pâle à noir, de consistance molle ou dure. Il est fréquemment fumé, seul ou mélangé au tabac ou à la marijuana, sous forme de cigarette (joint), à l'aide d'une pipe ou plus rarement sous forme de cigare. Il peut aussi être inclus dans des biscuits ou des gâteaux. La teneur en Δ^9 -THC du haschich est généralement comprise entre 3 et 6 % lors d'une production normale. De même que pour le cannabis, le contenu en Δ^9 -THC sera augmenté par les méthodes de culture et par la concentration de résine, pour atteindre en production moyenne des teneurs de plus de 10 %. Légèrement plus dispendieux que la marijuana, le haschich se vend environ 300 \$ à 350 \$ l'once sur le marché.



Haschich

Il existe deux autres produits issus du cannabis, les huiles de marijuana et de haschich, extraites de la résine par de l'alcool à 90⁰ évaporé par la suite par exposition au soleil. Il s'agit d'un liquide visqueux, brun-vert à noirâtre, d'odeur vireuse. Les huiles sont généralement plus concentrées en cannabinoïdes, pouvant atteindre des

teneurs de 30 à 60 % en Δ^9 -THC. Les huiles sont généralement déposées sur le papier à cigarettes ou imprégnées dans du tabac puis fumées. Les huiles sont plus rares et plus dispendieuses.



Huiles de cannabis

L'extrait qui suit, tiré d'un rapport préparé par MM Labrousse et Romero pour l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies en 2001 sur la production de cannabis au Maroc, décrit très bien les diverses étapes de production.

Du cannabis à l'huile – processus de fabrication au Maroc

Le kif est le nom donné au plan de cannabis entier. (...) Coupé et séché au soleil (en général sur les toits) pendant au moins un mois et demi, il est conservé dans les maisons pendant plusieurs mois sous la protection de bâches en plastique. Haché à la main sur une planchette à l'aide d'un couteau spécial, il sera mélangé à du tabac pour être fumé. Traditionnellement, le mélange comprend 1/3 de kif et 2/3 de tabac. Il est fumé dans le *sebsi*, longue pipe en bois au fourneau de terre cuite ou de pierre.

La *chira* est la poudre résultant de la solidification des gouttelettes de résine exsudant des sommités des plantes femelles. Pour séparer la résine des plants séchés, les transformateurs battent ou secouent ces derniers au-dessus d'un fin voile de nylon tendu qui fait office de tamis. La première poudre qui tombe, de couleur beige-doré, est appelée *sigirma*. C'est la première qualité, dite double-zéro, réputée contenir jusqu'à 20 % de THC. Ensuite tombe une poudre nommée *hamda*, mêlée de déchets végétaux qui lui donnent une couleur verdâtre. Cette *hamda* est plus ou moins tamisée, pour donner différentes qualités de produit : zéro, no1, no2, no3, et no4 (la plus médiocre), contenant respectivement de 10 à 2 % de THC. (...) Il faut environ 100 kilos de kif pour obtenir un kilo de haschich de première qualité.

Les paysans (...) nous ont indiqué que la suite des opérations, lorsqu'elle est réalisée par des trafiquants, se déroulait dans des bâtiments isolés dans la montagne censés être secrets. (...) Là, mise dans des sachets de cellophane, la poudre est chauffée et compressée, pour donner la résine ou haschich, destinée à la commercialisation, présentée sous forme de savonnettes ou de plaquettes (généralement de 250 grammes) appelées *thisla* ou « petit plateau ». (...) La qualité « double zéro » qui tire son nom des deux trous faits sur la tablette avec le bout incandescent d'une cigarette, est réservée à la consommation intérieure et aux clients privilégiés. Les clients étrangers, mal informés, n'ont souvent droit qu'à du haschich fortement coupé de cirage noir, colles, henné, figue, terre, voire médicaments.

(...) L'huile de cannabis est obtenue à partir des résines de qualité no3 et no4. On la fabrique en délayant le haschich dans un récipient d'alcool pharmaceutique. Après distillation pendant 6 à 8 heures, le liquide est filtré et remué jusqu'à évaporation complète de l'alcool. La production locale de ce liquide à haute valeur ajoutée (il faut 10kg de haschich pour obtenir un litre d'huile) est moins marginale qu'on ne le pense généralement.

Labrousse, A. et L. Romero (2001) *Rapport sur la situation du cannabis dans le RIF marocain*. Paris : OFDT.

ROUTES DU CANNABIS

D'où proviennent le cannabis et le haschich disponibles au Canada ? Quelles quantités sont importées et produites localement ? Quelles sont les routes de circulation entre provinces ? Quelles quantités sont exportées vers d'autres pays ? Quelle est la valeur financière de ce marché ? Ces questions reviennent constamment dans l'esprit de chacun, de même que dans les discours. Elles servent qui à souligner l'ampleur du problème des drogues généralement, qui à expliquer la puissance du crime organisé qui en tire ses revenus, qui encore à justifier le décalage entre l'importance du problème et les ressources limitées que consacrent les États à la réduction de l'offre. Mais ces données peuvent aussi aider à mieux saisir l'ampleur des difficultés que vivent les paysans dans les divers pays producteurs, les enjeux écologiques que pose la culture des drogues, de même que le positionnement stratégique des drogues dans la géopolitique mondiale.

La culture du cannabis est la plus répandue de toutes les drogues illicites ; pas étonnant dans la mesure où non seulement la plante pousse librement sous plusieurs climats, mais où elle demande aussi peu de transformations avant de devenir marijuana. Selon le rapport 2000 du *Programme des Nations Unies sur le contrôle des drogues* (UNDCP) :

[Traduction] « Au cours de la dernière décennie, 120 pays ont rapporté la culture illicite de cannabis sur leur territoire. À partir des saisies faites en 1998 Interpol a identifié 67 pays source de cannabis. (...) Il est beaucoup plus difficile d'estimer l'étendue des cultures illicites, de la production et du trafic de cannabis que pour d'autres plantes productrices de drogues en raison de la grande quantité de cannabis sauvage, de la diversité des méthodes de culture et de l'ampleur du trafic. Contrairement à d'autres drogues issues de plantes, les produits du cannabis peuvent provenir de trois sources qualitativement distinctes de production : les cultures extérieures illicites, les plantations sauvages exploitées et les cultures intérieures utilisant une technologie sophistiquée. (...) Le nombre de pays ayant rapporté une augmentation de la consommation de cannabis (deux-tiers de tous les pays ayant fourni des statistiques sur l'abus de drogues en 1996) indique que la production globale aurait augmenté ; mais les données de saisies ne confirment cette hypothèse qu'en partie. (...) Les estimations de la culture de cannabis (incluant les cultures sauvages) à partir des rapports des États membres au cours des années 1990 sont entre 670 000 et 1 850 000 hectares. Les estimations de production varient selon un facteur de 30, entre 10 000 et 300 000 tonnes. Reliant les estimations de production et de consommation, UNDCP estime que la production de cannabis dans le monde est d'environ 30 000 tonnes. »⁴

On constate la grande variabilité des estimations et la difficulté immense de les valider. Comment en effet, estimer la quantité de plants de cannabis qui sont transformés en marijuana ? Les données produites par les gouvernements de divers pays sur les surfaces cultivées ne sont elles-mêmes que des approximations. Quant à

⁴ United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2001) *World Drug Report 2001*. Oxford : Oxford University Press, pages 30-32. Disponible en ligne à http://www.undcp.org/adhoc/world_drug_report_2000/report_2001-01-22_1.pdf

Variabilité des estimations – le cas du Maroc

L'étude de Labrousse et Romero indique que, selon le Ministère de l'Agriculture, les surfaces de production de cannabis toucheraient 75 000 hectares en 2000. (Par comparaison, le rapport 2000 de l'ODCCP cite le chiffre de 50 000 hectares de production de cannabis au Maroc, chiffre fourni officiellement par le Ministère de l'intérieur.)

Leur propre travail sur le terrain propose des superficies de 90 000 hectares pour 1999 et entre 100 000 et 120 000 pour 2001. Cette production concernerait environ 200 000 familles, soit entre un million et un million et demi de personnes. Pour une telle superficie, la production, une fois déduit le kif consacré à la consommation nationale, serait entre 1 600 et 3 000 tonnes.

Labrousse et Romero, *op. cit.*

savoir combien de serres et autres formes de production intérieure existent, il n'y a à proprement parler, aucun moyen de le savoir.

Les travaux de l'équipe de l'Observatoire géopolitique des drogues en France sous la direction d'Alain Labrousse demeurent exemplaires en la matière. L'encadré ci-contre, tiré du même rapport produit pour

l'OFDT en 2001, fait état d'un travail terrain de trois mois où les auteurs ont procédé au recoupement de données provenant de sources diverses.

On constate surtout que, lorsque relié à la population des consommateurs potentiels de cannabis (que l'Office estime à environ 120 millions de personnes), l'estimé de production globale à 30 000 tonnes est beaucoup plus près du plancher de 10 000 tonnes que du plafond de 300 000.

Selon UNDCP, les principaux producteurs sont la Colombie et le Mexique pour la marijuana, le Maroc pour le haschich. Selon l'organisation internationale de police criminelle (Interpol) le Maroc, l'Afghanistan et le Pakistan sont les principaux pays sources de haschich et la Colombie, le Niger et l'Afrique du Sud de cannabis. Enfin, selon Labrousse, les productions de marijuana explosent, la Colombie redevenant le grand producteur qu'elle était dans les années 1970, les productions progressant rapidement en Afrique de l'Ouest (Nigeria, Ghana, Congo, Côte d'Ivoire, Sénégal), cependant que les grandes plaines de la CEI (Kazakhstan, Kirghizistan, Ukraine, Biélorussie et Azerbaïdjan) représentent un potentiel d'exportation quasi illimité, tandis que l'Afghanistan et le Pakistan produisent probablement 2 000 tonnes de haschich, l'équivalent de la production marocaine.⁵ Par ailleurs, le Canada lui-même est l'un des pays exportateurs de cannabis depuis plusieurs années déjà.⁶

Traditionnellement, le cannabis disponible au Canada provenait principalement du Mexique, de la Jamaïque, et de pays du cône sud de l'Afrique, tandis que le haschich provenait principalement de l'Asie et du Moyen Orient :

« Le marché du haschich dans le centre et l'est du Canada est connu dans le monde entier. Les criminels américains sont parmi les trafiquants internationaux qui orchestrent des envois de plusieurs tonnes de

⁵ Labrousse, A. (2000) *Drogues. Un marché de dupes*. Paris : éditions alternatives ; voir aussi : « L'approvisionnement des marchés des drogues dans l'espace Schengen. » *Les Cahiers de la Sécurité Intérieure*, 32, 2^e trimestre 1998.

⁶ Cité dans OGD (1996) *Atlas mondial des drogues*. Paris : PUF.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

cette drogue du Pakistan à destination de Montréal par navire ravitailleur ou par conteneur. En 2001, des envois ont transité par les Émirats arabes unis, l'Afrique et l'Europe avant de parvenir au Canada. On importe également des chargements de plusieurs kilos de la Jamaïque par le biais de passeurs voyageant à bord de vols commerciaux. »⁷

Si une large partie du cannabis en vente sur le marché canadien était d'origine étrangère jusqu'aux années 1980 environ, la situation s'est fortement modifiée depuis. On estime en effet que la production nationale a maintenant supplanté les importations. Ainsi, le rapport de la Gendarmerie Royale du Canada pour 1999 fait état de ce qui suit :

« On estime que plus de 50 % de l'approvisionnement de marihuana au Canada est produit au pays. En ce qui a trait à la marihuana de l'étranger saisie au Canada ou en route vers le Canada en 1999, au moins 5 535 kilos provenaient de la Jamaïque, 825 kilos de l'Afrique du Sud et 860 kilos du Mexique. Les envois de l'étranger sont expédiés directement au Canada ou via les États-Unis. Le 11 juin 1999, à Newark (New Jersey), le service des douanes des États-Unis a intercepté 2 464 kilos de marihuana de la Jamaïque et 141 kilos d'huile de cannabis dans un conteneur maritime en partance pour Montréal. De plus, le 20 juin 1999, à Stuart (Floride), on a saisi 2 617 kilos de marihuana de la Jamaïque, qui était destinée au Canada, dans le cadre du projet JOULE. »⁸

Combien de cannabis et de haschich sont disponibles au Canada ? Quelle est la valeur économique de ces drogues ? Il est en fait impossible de répondre à ces questions, pour des raisons évidentes, ces drogues étant illégales. Alors qu'on connaît la quantité de tabac produit et vendu sous forme de cigarettes, alors qu'on sait quel est le volume d'alcool produit ou importé et consommé, et que dans les deux cas on peut traduire ces volumes en chiffres d'affaires, il est impossible de le faire pour les drogues illicites.

Pendant un certain temps, le Programme des Nations Unies sur les drogues avançait que la valeur totale de « l'industrie » des drogues illicites équivalait à 400 milliards \$ US, soit une valeur plus élevée que l'industrie pétrolière.⁹ De ce montant, on ne peut évidemment extraire la valeur du cannabis, même si l'on sait par ailleurs que la consommation de cannabis concerne le plus grand nombre de personnes. Comment, sur quelle base, avance-t-on ces chiffres, personne ne le sait vraiment. S'ils ont été produits à partir d'une méthode rigoureuse de calcul ou s'ils ont été lancés au hasard d'un repas sur le coin de la nappe, nous l'ignorons.¹⁰ Pourtant, ces chiffres servent souvent de référence. Ainsi, le très sérieux magazine britannique *The Economist*

⁷ Gendarmerie Royale du Canada (2002) *Situation au Canada – Drogues illicites (2001)*. Ottawa : Direction des renseignements criminels - GRC.

⁸ Gendarmerie Royale du Canada (2000) *Situation au Canada – Drogues illicites (1999)*. Ottawa : Direction des renseignements criminels - GRC.

⁹ PNUCID, (2000) *op. cit.*

¹⁰ Le Comité a invité le Directeur exécutif du PNUCID ou un délégué à venir témoigner devant lui mais a essuyé un refus.

dans une série d'articles publiés en 2001 sur la question des drogues illicites, citait ce montant avant de proposer une estimation plus conservatrice à environ 150 milliards \$US.¹¹ Par comparaison, la valeur de l'industrie pharmaceutique avoisine les 300 milliards \$, celle du tabac est de 204 milliards \$ et celle de l'alcool de 250 milliards.

Puisque les auteurs détaillent leurs méthodes de calcul, poursuivons l'analyse de l'exemple marocain.

Rendements et rapports du cannabis – le cas du Maroc

Le cannabis est une plante peu exigeante qui pousse sur des sols de mauvaise qualité, mais qu'il contribue assez vite à rendre inapte à toute forme d'agriculture. Le caractère illégal de cette culture fait que les revenus qu'elle procure sont sans commune mesure avec les cultures vivrières ou de rente légale. En outre, c'est un produit non périssable, que l'on peut écouler à domicile, toujours sûr de trouver un marché, permettant la vente à crédit, etc. Il permet notamment l'amélioration des conditions d'habitat de la population et l'ouverture de route sur l'initiative des paysans eux-mêmes.

L'estimation des revenus du cannabis à l'hectare varie en fonction des sols, de la pluviométrie, du fait qu'il soit irrigué ou non, transformé ou non en chira (poudre), de la période de la vente, etc. En outre, pour les mêmes critères on trouve des estimations différentes de la part des chercheurs. Cela est dû au fait qu'il est difficile d'obtenir de la part des paysans, du fait de leur méfiance, des données fiables. En ce qui concerne la production du kif non transformé, le revenu varie, selon les sources, de 12 450 F (francs français) à 210 000 F à l'hectare.

(...) si le cannabis est très rentable sur des périmètres irrigués, il l'est beaucoup moins sur des terrains pluviaux, surtout les mauvaises années. (...) De nombreux paysans ne cultivant vraisemblablement que de 1,5 ha à 3 ha (non irrigués) de cannabis, ne retirent, les mauvaises années, que de 20 000 F à 40 000 F de cette culture pour faire vivre des familles qui dépassent souvent dix personnes.

(Mais) le cannabis est 12 à 46 fois plus rentable que les cultures de céréales.

En tablant sur une production de 1 397 tonnes de haschich pour l'ensemble du Rif, Pascual Moreno estimait en 1997, le rapport pour les producteurs marocains (du paysan au grand trafiquant) à 1 816 millions \$. Étant donné qu'un certain nombre de trafiquants marocains opèrent à l'étranger, Pascual Moreno estime à 2 000 millions \$ le retour des profits du cannabis dans l'économie marocaine, contre 750 millions \$ pour les exportations de textile ; 460 millions pour les investissements à l'étranger et 1 260 millions pour le tourisme. Le même auteur estime à 3 milliards \$ les bénéfices des trafiquants européens (ce calcul n'inclut apparemment pas la vente de rue).

La culture du cannabis étant cependant plus rentable que toute autre culture, les paysans tendent à abandonner les cultures vivrières pour s'approvisionner sur le marché. Le résultat est que la région devient déficitaire en aliments.

Labrousse et Romero (2001) *op. cit.* : 12-15.

Nous ne connaissons pas de travail terrain équivalent pour le Canada ni même le Mexique. De plus, au Canada, les conditions climatiques ont stimulé le développement des cultures en serre et hydroponique, et on ignore quel serait le rapport entre ces méthodes de culture et les cultures en sol.

Nous usons donc des chiffres et des données qui suivent sur la production de cannabis, l'importation de cannabis et de haschich, et la valeur économique de ces drogues sur le marché canadien, avec beaucoup de réserve et de prudence.

¹¹ « Stumbling in the Dark », *The Economist*, July 28 – August 3, 2001.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Selon la GRC « la production annuelle de marijuana au Canada serait d'au moins 800 tonnes. Ce chiffre semble exagéré, mais les enquêteurs croient plutôt qu'il est très conservateur si l'on se fie aux renseignements recueillis et aux saisies de plantes de marijuana et de marijuana en vrac qui ont été effectuées. En 1999, les services de police canadiens ont saisi environ un million de plantes. »¹² Les rapports pour 1998 et pour 2002 font état des mêmes chiffres. Notons aussi qu'à 800 tonnes, la production canadienne équivaldrait à environ 2,5 % de la production mondiale si on retient le niveau proposé par le PNUCID.

En ce qui a trait à la valeur du marché le rapport annuel 1998/1999 de l'Observatoire géopolitique des drogues rapportait, selon des sources policières, que le marché des drogues illicites au Canada représentait annuellement de 7 à 10 milliards \$.¹³ Pour 2001, la GRC estime que la valeur du marché de l'ensemble des drogues illicites serait de 18 milliards \$!¹⁴ Il est impossible d'estimer la part que représentent le cannabis et le haschich dans ce total. Comme nous ignorons le plus souvent la base de calcul de ces estimations, elles doivent aussi être considérées avec prudence. Comme l'a mentionné le Sous-solliciteur général adjoint lors de sa comparution devant le Comité, les méthodes de calcul, basées sur l'hypothèse que les organisations policières et douanières saisissent 10 % des drogues, n'ont rien de scientifique et sont peu fiables.¹⁵ Nous relevons néanmoins une incohérence apparente : la stagnation apparente de la production de cannabis à 800 tonnes et de l'importation de haschich à 100 tonnes, depuis 1998, de même que la baisse des prix de l'héroïne et de la cocaïne dans un marché stable voire en diminution (rapports de la GRC) ne concordent pas avec le doublement présumé de la valeur totale du marché des drogues. De fait, lorsqu'il faisait face à ces diverses estimations sur la quantité produite et sur la valeur économique de ce marché, le Comité avait souvent l'impression qu'au fond personne ne sait vraiment quelle en serait la taille.

En ce qui concerne le haschich, la GRC estime qu'il

« (...) est plus facile d'estimer la quantité de haschich parvenant sur le marché canadien annuellement que celle de toute autre drogue illicite. En effet, contrairement à ce que l'on observe pour d'autres drogues, comme la cocaïne et la marijuana, que l'on peut trouver partout au Canada et aux États-Unis, la consommation de haschich, en Amérique du Nord, est un phénomène localisé. Cette drogue est fort populaire au Québec, en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique, alors que la demande est restreinte ailleurs au Canada et que l'approvisionnement est au mieux sporadique dans le nord-est des États-Unis. Par conséquent, des groupes de criminels organisés de Montréal se sont spécialisés dans l'importation massive de haschich et exercent un monopole sur sa distribution en gros. Compte tenu de ces faits, et des renseignements sur les arrivages de plusieurs tonnes de haschich saisis au Canada et à

¹² Gendarmerie Royale du Canada (2000), *op. cit.*

¹³ Observatoire géopolitique des drogues (1999) *Rapport annuel 1998/1999*. Paris : OGD, page 178.

¹⁴ Greater Toronto Area Combined Forces Special Unit (2002) *Fact Sheet – Heroin*. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.cfseu.org/heroin.html>

¹⁵ M. Paul Kennedy, Témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, fascicule, 10 juin 2002.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

l'étranger et sur ceux dont on sait qu'ils sont entrés sur le marché canadien, des analystes de la GRC estiment qu'au moins 100 tonnes de cette drogue sont importées au Canada chaque année. »¹⁶

Par ailleurs, le Canada est aussi une terre de transit de drogues vers les États-Unis et une partie importante du cannabis canadien est destiné à l'exportation, notamment vers les États-Unis.

« Les autorités de part et d'autre de la frontière s'inquiètent de l'introduction aux États-Unis de marijuana du Canada. Bien que cette activité soit particulièrement perceptible à la frontière entre la Colombie-Britannique et les États-Unis, elle ne se limite pas à cette province. Selon les renseignements recueillis, les Hell's Angels du Québec approvisionnent leurs homologues américains. On a également établi que de la marijuana est passée en contrebande par les Grands Lacs. Toutefois, en 1999, il y a eu peu de saisies de marijuana aux États-Unis où l'on a pu déterminer que la drogue provenait du Canada. »¹⁷

En 1999, des fonctionnaires de Washington avaient laissé entendre que le Canada pourrait être placé sur la liste des pays soupçonnés de faire preuve de laxisme dans la lutte contre la production et le trafic des drogues. Plus récemment, des fonctionnaires de la *Drug Enforcement Administration* ont répété que le trafic de cannabis du Canada vers les États-Unis représentait un problème significatif. Un agent de la GRC confiait à un journal national qu'environ 70 % de la marijuana cultivée au Canada aboutissait aux États-Unis¹⁸ tandis que le rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2000 parlait d'environ 60 %.¹⁹ Nous avons entendu dire, et des agents de la GRC nous ont aussi dit, que le cannabis de Colombie-Britannique avait une telle valeur qu'il s'échangerait au pair avec la cocaïne. En effet, selon ces policiers spécialisés dans la lutte contre les stupéfiants, le cannabis de qualité triple A de Colombie-Britannique vaudrait environ 4 000 \$ la livre au Canada et le kilogramme de cocaïne vaudrait 11 000 \$ US actuellement. Toutefois, le rapport annuel pour 1999, s'il fait allusion à cette supposition, ne la confirme pas :

« La marijuana canadienne est parfois utilisée comme monnaie d'échange pour acheter de la cocaïne entreposée aux États-Unis. Les échanges se font approximativement dans un rapport de 3 contre 1. Des rumeurs d'échange de 1 contre 1 courent, mais aucun cas n'a pu être confirmé. De plus, cette proportion n'est pas logique d'un point de vue commercial sachant qu'un kilo de cocaïne se vend 13 000 \$ US (en chargements de 50 kilos ou plus) alors que le prix de gros d'un kilo de marijuana se situe entre 6 000 \$ US et 8 000 \$ US. D'autres trafiquants canadiens transportent de la marijuana

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Gendarmerie Royale du Canada (2000) *op. cit.*

¹⁸ National Post, 17 mai 2002. Le Comité note avec intérêt – et un certain amusement – que cet article et un reportage précédent du réseau Global du 13 mai 2002 faisant état des préoccupations de représentants américains, faisaient suite à la publication par le Comité de son Document de discussion.

¹⁹ Organe international de contrôle des stupéfiants (2001) *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2000*. Disponible en ligne à <http://www.incb.org>

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

(en chargements de 20 kilos à 50 kilos) aux États-Unis qu'ils vendent à des acheteurs locaux. Avec les produits de ces ventes, ils achètent de la cocaïne avant de rentrer au pays afin de l'écouler sur le marché canadien. »²⁰

Quant au rapport annuel de la GRC pour 2002, il se contente de mentionner la pratique de l'échange de cannabis canadien contre la cocaïne, sans préciser s'il s'agit d'un échange poids pour poids. Nous relevons ici aussi une certaine incohérence puisque le kilo de cocaïne est exprimé en dollars US tandis que celui de la marijuana est tantôt en dollars canadiens tantôt en dollars américains.

Au pays, les principaux producteurs sont la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec. On peut imputer l'importance de la production de la Colombie-Britannique notamment aux conditions climatiques propices. Mais cette explication est courte. Il faut probablement y ajouter des explications d'ordre socio-culturel, la mentalité particulière de la côte pacifique contribuant à expliquer pour partie pourquoi le cannabis semble y avoir pris racine de façon plus significative.

La production de cannabis en Colombie-Britannique aurait augmenté significativement au cours des 10 dernières années, devenant selon certains analystes l'une des industries les plus importantes de la province en termes de sa valeur économique. Certains analystes en chiffrent la valeur à 6 milliards \$, tandis que selon certains policiers, une estimation conservatrice la placerait à hauteur d'environ 4 milliards \$!²¹ Permettons-nous un calcul : si la marijuana se vend 225 \$ l'once, à 16 onces par livres, la Colombie-Britannique produirait l'équivalent de 550 tonnes de cannabis par année, soit plus des deux-tiers de la quantité totale de cannabis circulant en territoire canadien.

Par ailleurs, témoignant devant le Comité spécial lors d'une audience publique à Richmond, C.-B., le 14 mai 2002, le surintendant Clapham de la GRC parlait de l'existence de 15 000 à 20 000 lieux de production illégale de cannabis en Colombie-Britannique (chiffres provenant de la *Drug Enforcement Administration*), tandis que des spécialistes en stupéfiants de la GRC faisaient état le lendemain de 7 000. Quel que soit le nombre le plus près de la réalité, les chiffres, on le voit, doivent nécessairement être pris avec beaucoup de prudence.

Quant aux méthodes de culture, la production en sol demeurerait encore la plus populaire, mais les méthodes de culture plus sophistiquées, hydroponique et aéroponique²² notamment, seraient en expansion, notamment chez les gangs criminalisés disposant de l'infrastructure nécessaire.

« Il arrive souvent qu'on découvre des installations où l'on cultive à l'intérieur plus de 3000 plantes. Bien que les statistiques diffèrent considérablement d'une province à l'autre, dans l'ensemble, moins de 10 % de la marijuana saisie au Canada provient d'une culture hydroponique (méthode selon laquelle les

²⁰ Gendarmerie Royale du Canada (2000) *op. cit.*

²¹ GRC, rencontre privée.

²² Technique où les racines sont suspendues et vaporisées régulièrement avec de l'eau enrichie en matières nutritives, encore très rare et dont il reste à en démontrer l'efficacité. (Source : GRC (2002)).

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

plantes poussent dans des solutions minérales nutritives plutôt que dans le sol). Si l'on fait encore beaucoup appel aux méthodes de culture organique dans le sol pour les installations intérieures, la culture hydroponique gagne en popularité. Malgré l'existence de technologies de pointe visant à accroître la production, la plupart des cultivateurs de marijuana ne se donnent pas la peine de les utiliser, leur préférant des méthodes plus simples et éprouvées. La marijuana demeure la drogue illicite de choix, tant du point de vue du trafic que de la consommation. On évalue la production annuelle de marijuana à cinq millions de plantes. Étant donné qu'il est relativement peu coûteux de mettre sur pied une culture et que les profits réalisés sont considérables, cette activité est de plus en plus intéressante, même pour les citoyens normalement respectueux des lois. Dans la plupart des régions, les installations d'envergure sont immanquablement l'œuvre des bandes de motards hors-la-loi, bien que des organisations de souche asiatique jouent un rôle croissant en Colombie-Britannique et en Alberta. De plus en plus de groupes emploient des « garde-récoltes » et autres intermédiaires pour surveiller leurs plantations. Cette approche fait en sorte que la police a du mal à établir des liens entre l'activité et les véritables responsables. Les cultures extérieures sont souvent installées sur des terres publiques, dans des coins isolés, afin de réduire les risques de détection. »²³

Au total, et avec beaucoup de réserves sur la validité des données, le Comité est en mesure de proposer ce qui suit :

	Marijuana	Haschich
Quantité estimée - dont production nationale	800 tonnes environ 50 %	100 tonnes ?
Provenance	Production nationale (Colombie-Britannique, Ontario, Québec) Importations : Mexique, Jamaïque	Importation : Pakistan, Afghanistan, Maroc
Valeur (gros)	2 000 à 4000 \$ la livre	?
Valeur détail (once)	225 \$ à 250 \$	325 \$ à 350 \$

PROPRIÉTÉS DU CANNABIS

Classifié en pharmacopée comme hallucinogène, psychodysléptique ou psychotomimétique, le cannabis est un perturbateur ou modulateur, c'est-à-dire qu'il modifie les perceptions et les émotions. Classifié dans les conventions internationales ou dans les législations nationales comme stupéfiant, le cannabis fait partie de la classe des psychotropes qui comprend cinq grands groupes : les dépresseurs (alcool, Valium), les stimulants, mineurs (café, nicotine) et majeurs (cocaïne, amphétamines), les perturbateurs (cannabis, LSD), les médicaments contre les psychoses et les médicaments contre les troubles de l'humeur (lithium).

²³ GRC, *État de la situation au Canada – drogues illicites 1999*.

Plus de 460 constituants chimiques connus sont présents dans le cannabis.²⁴ Parmi eux, plus de 60 sont identifiés sous l'appellation de cannabinoïdes. Le principal ingrédient actif du cannabis, identifié en 1964 par l'équipe du docteur Mechoulam,²⁵ est le Δ^9 -tétrahydrocannabinol communément appelé THC. D'autres cannabinoïdes présents dans le chanvre indien incluent le delta-8-tétrahydrocannabinol, le cannabinoïde et le cannabidiol mais ils sont présents en faibles quantités et n'exercent pas d'effets significatifs sur le comportement des individus, comparativement au Δ^9 -THC²⁶. Ils peuvent cependant contribuer à moduler l'effet global du produit²⁷. De même, le cannabinoïde aurait des effets anti-inflammatoires.

Pour mieux saisir les effets du cannabis discutés aux chapitres suivants, il convient de s'arrêter d'abord à ses propriétés pharmacologiques. Ceci étant, le lecteur pourra passer outre cette section technique sans perdre d'information essentielle à la bonne intelligence du reste du rapport. Dans les paragraphes qui suivent, nous discutons d'abord de la teneur en Δ^9 THC. Ensuite, nous examinons spécifiquement les propriétés pharmacologiques de ce produit.

Concentration en Δ^9 THC

La teneur en Δ^9 THC de la marijuana varie généralement dans les conditions naturelles de culture de 0,5 à 4%.²⁸ La teneur en Δ^9 THC sert en premier lieu à distinguer le type drogue du type fibre : la concentration permise varie selon les pays – au Canada, comme en France, elle est de 0,3 % pour le type fibre. Depuis plus d'une décennie, les techniques de sélection de souches puissantes et de culture (en serre ; hydroponique) ont permis d'atteindre des concentrations en Δ^9 THC de 15 % et plus. La teneur en Δ^9 THC sert aussi à distinguer entre eux divers produits du cannabis et par

²⁴ Voir notamment Grinspoon, L., et J.B. Bakalar (1997) *Marijuana. The forbidden medicine*. New haven and London : Yale University Press; Clark, P.A. (2000) « The ethics of medical marijuana : government restrictions vs. Medical necessity. » *Journal of Public Health Policy*, 21, pages 40-60 ; ainsi que Wheelock (2002) *op. cit.* pour le Comité du Sénat.

²⁵ Gaoni, Y et R. Mechoulam (1964) « Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish. » *Journal of the American Chemistry Society*, 86, pages 1646-1647 ; et Mechoulam, R. et Y. Gaoni (1965) « A total synthesis of delta-9-tetrahydrocannabinol, the active constituent of hashish. » *Journal of the American Chemistry Society*, 87, pages 3273-3275.

²⁶ Smith, D.E. (1998) «Review of the American Medical Association Council on Scientific Affairs Report on Medical Marijuana. » *Journal of Psychoactive Drugs*. 30, pages 127-136 ; McKim W.A. (2000) « Cannabis ». in McKim, W.A. (ed.) *Drugs and Behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River ; prentice Hall.

²⁷ Ashton, C.H. (2001) «Pharmacology and effects of cannabis : a brief review. » *British Journal of Psychiatry*. 178, pages 101-106.

²⁸ Huestis, M.A et coll. (1992) «Characterization of the absorption phase of marijuana smoking. » *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 52, pages 31-41.

là leur prix : le sinsemilla par exemple, aura une teneur variant généralement entre 7 % et 14 % et sera plus dispendieux que le cannabis « ordinaire ».

La question de la teneur en Δ^9 THC, de sa variabilité, de ses modes de détermination et de ses effets soulève de nombreux débats. Si tous les spécialistes s'entendent pour dire que les concentrations maximales en principe actif ont augmenté au cours des vingt dernières années, les avis sont partagés sur les concentrations moyennes du cannabis disponible sur le marché. La concentration du delta-9-tétrahydrocannabinol fait l'objet d'estimations variables tant en termes de sa prépondérance qu'en termes de ses conséquences.

Il faut d'abord souligner que les études montrent une variabilité extrême des concentrations. On peut citer plusieurs raisons à cet état de fait. Premièrement, à défaut d'un système de contrôle à la source, la teneur en Δ^9 THC de la marijuana est estimée à partir des saisies faites par la police. Or, seule une partie des saisies font l'objet d'analyses pour leur teneur en THC,²⁹ et les analyses ne sont pas toutes aussi fiables entre elles, selon la manière dont les saisies auront été faites par les policiers ou les douaniers et les produits conservés et transportés au laboratoire d'analyse. De plus, entre le produit saisi dans un laboratoire clandestin ou à une entrée douanière et le produit vendu sur la rue, il peut se glisser plusieurs transformations : au gramme de « pot » vendu à l'école, auront été ajoutés du tabac, des herbes, d'autres produits qui en modifient la nature et donc la quantité de principe actif. C'est encore plus vrai pour le haschich, comme on l'a vu plus haut sur l'exemple de la transformation au Maroc.

Deuxièmement, comme il s'agit d'un produit illégal et largement répandu, il est impossible de constituer un échantillon représentatif du cannabis disponible à un moment donné sur le marché pour en faire l'analyse. Il est ainsi impossible de mesurer l'écart entre le contenu en Δ^9 THC du cannabis saisi au lieu de production ou de livraison et du cannabis consommé par les particuliers. Et troisièmement, la concentration en produit actif varie selon l'aire géographique de provenance, les conditions climatiques et les conditions de production. Il circule vraisemblablement sur le marché, à un même temps donné, une variété importante de produits du cannabis qui reflètent la diversité des conditions sous lesquelles ils ont été produits. Il s'ensuit que deux échantillons saisis à Vancouver la même semaine pourraient avoir des concentrations très différentes, de même que des échantillons saisis la même semaine à Vancouver, Montréal et St-John's.

Le Comité a entendu des experts lui indiquer que le cannabis sur le marché canadien avait une puissance relative 700 % supérieure à celui des années 1970.

²⁹ Notons par exemple qu'il n'existe aux États-Unis même aucun système systématique de mesure du THC. Comme le souligne une analyse comparative de l'évolution des prix de l'héroïne, de la cocaïne et de la marijuana, « Another problem is that the DEA does not test marijuana for THC content, so there is no marijuana counterpart to the pure grams reported for cocaine and heroin. The difficulty this causes is the STRIDE data provide no basis for adjusting price changes for marijuana's quality. » Abt Associates (2001) *The Price of Illicit Drugs : 1981 through the Second Quarter of 2000*. Washington, DC. Report prepared for the Office on National Drug Control Policy.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Certains ont suggéré que la teneur moyenne en Δ^9 THC du cannabis sur le marché serait d'environ 30 %, comparativement aux 3 % à 4 % de celui des années 70.

« Le cannabis consommé à l'heure actuelle a une teneur en THC qui oscille entre 5 % et 31 % soit jusqu'à cinq fois plus que le cannabis que la plupart des adultes ont connu dans les années 60 et 70. »³⁰

Dans son rapport annuel pour 1999, la Gendarmerie Royale du Canada indiquait un contenu moyen de 6 % pour les saisies.³¹ Au Québec, le Service de police de la Ville de Montréal a affirmé que la teneur en THC du cannabis saisi serait maintenant à 25 %. D'autre part, à l'occasion d'une rencontre privée avec des Membres du Comité, des experts en stupéfiants de la GRC en Colombie-Britannique ont souligné qu'il est impossible en l'état actuel des choses, de connaître la teneur moyenne du cannabis au pays ou dans une province donnée, notamment en raison de l'extrême variabilité des saisies et des modes d'analyse. En effet, les agents qui font les saisies ne font pas toujours attention à la façon dont ils conservent le produit, de sorte qu'il peut perdre de sa teneur en Δ^9 THC : la chaleur, la lumière, le taux d'humidité, affectent en effet la stabilité du cannabis. Enfin, les experts fournissant le cannabis aux fins thérapeutiques que nous avons rencontrés mentionnent qu'ils conservent des grades différents de cannabis, notamment selon la concentration en Δ^9 THC, et que dans certains cas, les produits offerts aux patients atteignent une concentration de 27 %.

Les études les plus exhaustives sur l'évolution de la concentration en Δ^9 THC du cannabis ont été réalisées en Australie, aux Pays-Bas, en France et aux États-Unis. On constate d'abord qu'à côté des formes traditionnelles de cannabis sont apparues sur le marché des produits plus puissants : la « skunk » (variété originaire des États-Unis et des Pays-Bas), la « super-skunk » et le « pollen » (étamines des plants mâles). Le Canada n'est pas en reste, avec le *BC Bud* et le *Quebec Gold* notamment.

De manière spécifique, les études sur les concentrations en Δ^9 THC révèlent des tendances similaires :

- En Australie, une étude de Wayne et Wendy sur 31 000 saisies effectuées entre 1980 et 1997 constate que le contenu moyen en THC a peu changé sur l'ensemble de la période, se situant dans une fourchette entre 0,6 % et 13 %. Il en ressort que la principale évolution consistait en une sélection plus importante qu'auparavant des parties de la plante les plus fortement

³⁰ Témoignage de Michael J. Boyd, président du Comité sur la toxicomanie et Directeur adjoint du Service de police de Toronto, pour l'Association canadienne des Chefs de police, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, fascicule no 14, page 74.

³¹ Gendarmerie royale du Canada (1999) *Rapport annuel*.

titrées.³² Les auteurs de cette étude observent ce qui suit et qui, selon nous, s'applique tout aussi bien au Canada ::

[Traduction] « Pourquoi continue-t-on, en l'absence de données, à croire que la puissance du cannabis a été multipliée par 30 en Australie ? Divers facteurs expliquent selon nous cette croyance. Premièrement, ceux qui avancent cette affirmation se basent souvent sur des rapports provenant d'un échantillon contenant un taux particulièrement élevé de THC testé par la police. Dans le meilleur des cas, un tel échantillon révèle le contenu en THC maximal atteint (à supposer qu'il n'y ait pas d'erreur de mesure) mais il ne nous dit rien du cannabis généralement consommé. Deuxièmement, les biais dans l'échantillonnage du cannabis testé sont amplifiés par les médias qui donnent l'impression que le cannabis à niveau de THC élevé est la norme. Troisièmement, la répétition non contestée de ces affirmations dans les médias finit par les établir comme des « faits », et ceux qui les contestent doivent prouver qu'ils sont faux plutôt que de demander à ceux (le plus souvent anonymes) qui les ont avancés de les démontrer. Et quatrièmement, cette augmentation du contenu moyen en THC expliquerait l'augmentation apparente du nombre d'utilisateurs de cannabis qui ont des problèmes de consommation. »³³

- Aux Pays-Bas, le *Drug Information Monitoring System* de l'Institut Trimbos a mené depuis 2000 diverses études sur le contenu moyen en Δ^9 THC. La variété locale, le *Nether-Weed* contenait en moyenne 8,6 % de THC en 2000 et 11,3 % en 2001, tandis que les variétés importées étaient stables à environ 5 %. L'une des raisons invoquées pour expliquer cette différence était que la variété locale était plus fraîche et contenait un ratio plus faible de cannabinoles par rapport au Δ^9 THC. De plus, le *Nether-Weed* ressemble au *sinsemilla* qui provient des fleurs non fertilisées de la plante femelle et est cultivé sous serre.
- En France, le rapport Roques faisait état de concentrations pouvant atteindre 20 % dans le cas de certaines variétés hydroponiques néerlandaises.³⁴ De son côté, le récent rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en France rapporte une étude toxicologique menée par Mura sur la concentration en Δ^9 THC de saisies depuis 1993. Sur la période 93-95, la moyenne pour l'herbe était de 5,5 % alors que depuis 1996 la moyenne est d'environ 8 % avec des pics pouvant atteindre 22 %.³⁵ Au cours de l'année 2000, 3 % des échantillons de marijuana analysés contenaient plus de 15 % de Δ^9 THC.
- Enfin, aux États-Unis, les données pour 2000 indiquent une concentration moyenne de 6 %, comparativement à 4,1 % en 1997. En

³² Wayne, H. et S. Wendy (2000) « The THC content of cannabis in Australia : evidence and implications. » *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 24, pages 503-508.

³³ *Ibid.*, page 504.

³⁴ Roques, B. (1999) *La dangerosité des drogues*. Paris : Odile Jacob.

³⁵ INSERM (2001) *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé?* Paris : Les Éditions Inserm.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

fait, rappelant une étude menée récemment au Mississippi, le Dr John Morgan a dit ce qui suit :

« (...) malgré tout l'émoi suscité par la forte augmentation de la puissance de la marijuana, on remarquera avec intérêt que la puissance de la variété commerciale vendue aux États-Unis n'a guère varié depuis 30 ans. On l'évalue par l'analyse du contenu en THC dans les stocks saisis par la police. J'ai récemment consulté le rapport qui vient du Mississippi et selon lequel la teneur moyenne en THC des quelque 40 000 saisies effectuées depuis 1974 est d'environ 3,5 %. Elle augmente depuis 10 ans, pour atteindre une moyenne arithmétique de 4 %, je crois, alors qu'au cours de la décennie précédente, la moyenne était d'environ 3,5 %. »³⁶

Le tableau suivant résume quelques-unes des données sur une base historique pour certains pays.

Année d'analyse	Marijuana domestique (USA)			Sinsemilla (USA)		
	Marijuana étrangère (Pays-Bas)			Nether-Weed (Pays-Bas)		
	= 3 %	= 5 %	= 9 %	= 3 %	= 5 %	= 9 %
USA, 1996¹	63 %	25 %	3 %	93 %	77 %	49 %
USA, 1997²	63 %	29 %	6 %	96 %	85 %	64 %
USA, 2000²	Moyenne de 6,07 % (DEA)			Moyenne de 13,65 % (DEA)		
Pays-Bas, 2000-2001¹	75 %	48 %	7 %	93 %	87 %	35 %
Pays-Bas, 2001-2002¹	80 %	55 %	4 %	100 %	99 %	78 %
Australie, 1997³	Entre 0,6 % et 13 %					
Australie de l'Ouest	Moyenne de 3,8 %					
Canada 1999⁴	Moyenne de 6 %			Non disponible		

- (1) Source : Rigter H. et M. von Laar (2002) « Epidemiological Aspects of Cannabis Use » International Scientific Conference on Cannabis, Brussels, p : 32.
- (2) Drug Enforcement Administration, <http://www.usdoj.gov/dea/concern/marijuana.html>
- (3) Source : Hall, W. et W. Swift (2000) *op. cit.*, page 505.
- (4) Source : GRC, Rapport annuel pour 1999.

En somme, il semble que le principal changement serait dans les concentrations maximales obtenues suite à la sophistication des croisements et des modes de culture, tandis que les concentrations moyennes n'auraient pas changé significativement au cours des trente dernières années³⁷. Que faut-il en conclure ? Pour certains, si l'on pouvait encore parler du cannabis comme d'une « drogue douce » dans les années 1970, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Certains n'hésitent pas à en faire une drogue comparable à l'héroïne ou à la cocaïne quant à sa puissance addictive. À titre

³⁶ Dr John Morgan, professeur à la City University of New York Medical School, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 juin 2001, fascicule no 4, page 29.

³⁷ ElSohly, M.A., et coll. (2000) « Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980-1997. » *Journal of Forensic Sciences*, 45(1), pages 24-30.

d'exemple, l'Association canadienne des policiers et policières a émis cet avis sur les risques associés au cannabis.

« D'une façon générale, la marijuana (cannabis) et ses dérivés sont décrits comme des drogues douces pour les différencier des préjudices connus associés aux autres drogues illicites. Cette approche, en dépit de ses dangers, fonctionne et contribue à l'incompréhension, à la désinformation et à l'accroissement de la tolérance à l'égard de sa consommation. La marijuana est une drogue puissante aux effets variés. (...) La consommation de marijuana est associée à la médiocrité au travail et en classe de même qu'aux problèmes d'apprentissage chez les jeunes. Elle est internationalement reconnue comme drogue d'introduction. Ses facteurs de risque d'assuétude sont comparables à ceux des autres formes de toxicomanie. »³⁸

D'autres, associent l'augmentation de la demande de traitement pour dépendance au cannabis à l'augmentation en concentration de produit actif. Ainsi, cet article du National Post :

[Traduction] *« La variété puissante de BC Bud, dont le contenu en THC s'élève jusqu'à 25 % comparativement au 2 % des années 1970 génère des inquiétudes pour la santé aux États-Unis. Les admissions pour traitement de dépendances à la marijuana dans l'état de Washington surpassent maintenant celles pour le traitement de l'alcoolisme. En Illinois, pour le seul Cook County, les admissions ont augmenté de 400 % au cours de la dernière année. »³⁹*

Peut-on dire que le cannabis est effectivement devenu une drogue « dure » au même titre que la cocaïne et l'héroïne ? Au delà de la validité des effets du cannabis lui-même tels que les décrit l'Association des policiers et dont il sera question en détail au prochain chapitre, pareille affirmation ne tient pas compte des modes d'usage ni non plus de l'absence de connaissance quant aux effets de la concentration en $\Delta^9\text{THC}$. Des études sur les modes d'usage dont il sera question au chapitre 6 démontrent en effet que les usagers réguliers semblent préférer un cannabis moyen à doux, et qu'ils ajustent leur consommation à la force. Les entretiens avec des personnes utilisant le cannabis à des fins médicales tendent d'ailleurs à confirmer cette perception. De manière plus importante, on ne sait tout simplement pas quels sont les effets d'une concentration plus élevée en $\Delta^9\text{THC}$ faute d'études spécifiques sur cette question. Enfin, comme le montrera la section suivante, la bio-disponibilité du $\Delta^9\text{THC}$, c'est-à-dire la proportion qui est effectivement absorbée par l'organisme suite à la combustion, est très variable. Comme le souligne le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le cannabis, si l'on tient compte de l'ensemble de ces facteurs, la quantité réelle de THC

³⁸ Sergent Dale Orban, Police de Regina, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 28 mai 2001, fascicule...

³⁹ National Post, 17 mai 2002.

absorbée par l'usager de cannabis est difficile à estimer.⁴⁰ En somme, si la question de la teneur en Δ^9 THC doit effectivement nous préoccuper, elle soulève probablement bien plus notre capacité à la contrôler et à en mieux connaître les effets qu'à justifier l'expression de tout et n'importe quoi.

Pharmacocinétique⁴¹

Après inhalation, et selon la manière de fumer et l'expérience du fumeur, entre 15 % à 50 % du Δ^9 THC présent dans la fumée est absorbé et passe dans le flux sanguin. La proportion est dépendante aussi de la concentration en Δ^9 THC dans le produit fumé. Cette absorption est très rapide, les concentrations sanguines maximales sont obtenues moins de 15 minutes après le début de l'inhalation. Les effets ressentis presque immédiatement après avoir absorbé la fumée diminuent graduellement au cours des 60 minutes suivantes, et durent généralement un maximum de trois heures après inhalation. Autrement dit, la teneur en THC dans le plasma sanguin est la plus élevée immédiatement suite à l'absorption, tandis que les effets maxima se font ressentir environ 30 à 40 minutes plus tard. Le tableau suivant, reproduit de l'expertise collective de l'INSERM, indique le temps d'apparition et la durée de détection des cannabinoïdes dans le sang.⁴²

Concentration, temps d'apparition¹ et durée de détection² des cannabinoïdes dans le sang après consommation d'une cigarette de marijuana contenant 15,8 mg ou 33,8 mg de Δ^9 THC

Composé	Concentration maximale	Temps d'apparition du pic (h)	Durée de détection (h)
Δ^9THC	84,3 (50-129) ³	0,14 (0,10-0,17)	7,3 (3-12)
	162,2 (76-267) ⁴	0,14 (0,08-0,17)	12,5 (6-27)
11-OH-Δ^9THC	6,7 (3,3-10,4)	0,25 (0,15-0,38)	4,5 (0,54-12)
	7,5 (3,8-16,0)	0,20 (0,15-0,25)	11,2 (2,2-27)
Δ^9THC-COOH	24,5 (15-54)	2,43 (0,8-4,0)	84,0 (48-168)
	54,0 (22-101)	1,35 (0,54-2,21)	152,0 (72-168)

- (1) intervalle moyen entre le début de la consommation et l'apparition d'un pic de concentration
- (2) intervalle moyen entre le début de la consommation et le moment où la concentration la plus faible du composé est détectée (> 0,5 ng/ml)
- (3) cigarette contenant 13,8 mg (1,75 %) de Δ^9 THC
- (4) cigarette contenant 33,8 mg (3,55 %) de Δ^9 THC

⁴⁰ World Health Organization (1997) *Cannabis : a health perspective and research agenda*. Geneva : WHO, 1997. En ligne à l'adresse : www.who.org

⁴¹ Cette section s'inspire largement du rapport de l'INSERM (2001) *op. cit.*, du rapport de la Conférence scientifique internationale : Pelc, I., (2002) *op. cit.*, et du travail de synthèse réalisé par Wheelock (2002) *op. cit.*, pour le Comité.

⁴² INSERM (2001) *op. cit.*, page 340.

La biodisponibilité du Δ^9 THC est plus lente et plus faible lorsqu'il est ingéré par voie orale (biscuits, gâteaux, tisanes) : environ 4 % à 12 % ; plus lents à se faire sentir et de qualité différente, ses effets seront cependant plus durables.

Au total, on ne connaît pas l'interaction entre les effets du THC (concentration) et des facteurs personnels (manière de fumer ; condition de santé ; alcoolisme ou prise de médicaments). Il est cependant probable qu'une même concentration en THC n'a pas le même effet sur tous les fumeurs, ce que tendrait d'ailleurs à confirmer la plasticité du cannabis au flux hormonal (voir infra).

Le Δ^9 THC est très lipophile et se distribue rapidement dans tous les tissus riches en lipides, dont le cerveau. Il est aussi caractérisé par un cycle entéro-hépatique et une réabsorption rénale qui se traduisent par la persistance de ses effets. Dans une étude sur simulateur de conduite, on a trouvé une corrélation linéaire significative jusqu'à 7 heures suivant l'absorption, notamment sur le suivi de trajectoire.

Le Δ^9 THC subit un métabolisme oxydatif conduisant à la production de divers composés, notamment le 11-hydroxy-tétrahydrocannabinol (11-OH Δ^9 THC) métabolite psychoactif qui, transporté par l'albumine, tandis que le Δ^9 THC est principalement lié aux lipoprotéines, a une pénétration plus importante dans le cerveau que celle du Δ^9 THC ; le 8 β -hydroxy- Δ^9 -tétrahydrocannabinol, potentiellement psychoactif mais dont la participation serait négligeable ; et divers autres composants non connus pour être psychoactifs. En plus des éléments potentiellement psychoactifs, le cannabis renferme environ 200 produits dérivés de la combustion et de la pyrolyse, comparables à ceux que l'on trouve dans le tabac mais dont certains à fort pouvoir cancérigène seraient plus concentrés dans la fumée du cannabis que dans celle du tabac.

L'élimination des cannabinoïdes s'effectue par différentes voies : digestive, rénale et sudorale. Environ 15 % à 30 % du Δ^9 THC sanguin est éliminé dans les urines, tandis que 30 % à 65 % l'est par les selles. En raison de sa forte fixation tissulaire, le Δ^9 THC est éliminé lentement par les urines : chez des gros consommateurs réguliers, des urines présentent des traces de Δ^9 THC-COOH 27 jours après arrêt de la consommation.

Les consommateurs réguliers métabolisent le Δ^9 THC jusqu'à deux fois plus rapidement que les consommateurs n'ayant jamais consommé auparavant. Une étude a notamment démontré qu'une administration intraveineuse de 5mg de Δ^9 THC conduisait à des concentrations sanguines plus élevées chez les consommateurs réguliers que chez les occasionnels.⁴³

Les cannabinoïdes agissent sur l'organisme par l'intermédiaire du système cannabinoïde endogène, composé de substances neurochimiques (ligands endogènes) et de récepteurs spécifiques. Les effets comportementaux et centraux du cannabis sont dus aux actions agonistes de ses principes actifs (en particulier le Δ^9 THC, cannabinoïde

⁴³ Cité in INSERM (2001) *op. cit.*, page 148.

exogène) sur les récepteurs des cannabinoïdes endogènes (anandamide, 2-arachidonoylglycérol) présents dans les tissus nerveux du cerveau.

Bien que la structure chimique du Δ^9 THC ait été identifiée dès 1964 par Mechoulam⁴⁴ ce n'est que tout récemment que l'on a identifié les caractéristiques et la localisation du système cannabinoïde endogène.⁴⁵ Deux types de récepteurs cannabinoïdes ont été isolés : CB1 en 1990⁴⁶ et CB2 en 1993.⁴⁷ CB1 est principalement exprimé dans le système nerveux central et périphérique. CB2 est exprimé essentiellement dans les cellules du système immunitaire. Il suit de cette distribution que CB1 est essentiellement impliqué dans les effets psychotropes et CB2 dans les effets immunomodulateurs.

Les principaux endocannabinoïdes sont l'arachidonoyléthanolamide (aussi appelé anandamide – mot dérivé du sanscrit qui signifie littéralement félicité) et le 2-arachidonoylglycérol (2-AG). Ce sont les deux seules molécules endogènes connues capables de se lier aux récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 et de mimer les effets pharmacologiques et comportementaux du Δ^9 THC. Les niveaux d'anandamide dans le cerveau sont comparables à d'autres neurotransmetteurs tels que la dopamine ou la sérotonine. Les plus hauts niveaux correspondent aux zones de forte expression de CB1, c'est-à-dire l'hippocampe, le striatum, le cervelet ou le cortex. Le 2-AG, tout comme l'anandamide, reproduit tous les effets comportementaux du Δ^9 THC ou de l'anandamide mais ses actions sont moins puissantes que celles du Δ^9 THC ou de l'anandamide.

Les récepteurs CB1 sont parmi les récepteurs neuronaux les plus abondants du système nerveux central et leur distribution est remarquablement bien corrélée aux effets comportementaux des cannabinoïdes sur la mémoire, la perception sensorielle et le contrôle des mouvements, comme le démontre le tableau suivant.

⁴⁴ Guoli et Mechoulam (1964) *op. cit.*

⁴⁵ Devane, W.A. et coll. (1992) « Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor » *Science*, 258 (5090) pages 1946-1949.

⁴⁶ Matsuda, L.A. et coll. (1990) « Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned DNA » *Nature*, 346(6284) pages 5561-564.

⁴⁷ Munro, S. et coll. (1993) « Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. » *Nature*, 365, pages 61-65. Notons qu'une conférence scientifique récente du National Institute on Drug Abuse aux États-Unis rapportait les travaux de chercheurs faisant l'hypothèse qu'il y aurait des récepteurs additionnels et d'autres ligands. Ceux-ci n'ont pas encore, à notre connaissance, été formellement identifiés par la recherche.

Localisation des récepteurs CB1 dans le SNC et effets pharmacologiques corrélés⁴⁸

Structures	Marquage	Conséquences physiologiques	Références
Cerveau antérieur			
Amygdale	+		Herkenham et coll. 1990
Systèmes olfactifs	+		Herkenham, 1992
Cortex cérébral	++	Effets cognitifs	Tsou et coll. 1998, 1999
Noyaux de la base	++	Effets locomoteurs	Katona et coll. 1999
Hippocampe	++	Effets cognitifs (inhibition mémoire à court terme) et action antiépileptique	Rinaldi-Carmona et coll. 1996
Thalamus/hypothalamus	+	Effets andocriens et antinociceptifs	Matsuda et coll. 1990, 1993 Hohmann, 1999 Marsiaco et Lutz, 1999 Westlake et coll. 1994
Cerveau médian	-		
Noyau gris	-		
Collicules	-		
Noyaux optiques	-		
Substances noires/aire tegmentale ventrale	-		
Cerveau postérieur			
Aire périaqueducule grise	+	Effets antinociceptifs	
Locus coeruleus	-		
Raphé	-		
Noyau ponté	-		
Tronc cérébral	-	Pas de dose létale, pas de mortalité aiguë	
Cervelet	++	Effets moteurs (équilibre)	

++ : marquage abondant ; + : marquage intermédiaire ; - : marquage faible ou nul.

Cette concentration des récepteurs CB1 explique largement les effets du Δ^9 THC. Ainsi, l'intense expression des récepteurs CB1 dans le noyau de la base et la couche moléculaire du cervelet est en accord avec les effets inhibiteurs des cannabinoïdes sur les performances psychomotrices et la coordination motrice. Leur expression dans le cortex et l'hippocampe est en accord avec la modulation des formes élémentaires d'apprentissage, expliquant notamment les effets délétères réversibles sur la mémoire à court terme et les fonctions cognitives. Leur absence de marquage au niveau du tronc cérébral explique l'absence de toxicité aiguë ou de dose létale des dérivés du cannabis. Les récepteurs CB1 dans le système thalamocortical participent aux perturbations sensorielles et aux propriétés analgésiques du cannabis. De même, la présence de récepteurs dans l'aire périaqueducule et la corne dorsale de la moelle épinière participe à son pouvoir antinociceptif.

Notons aussi que les récepteurs CB1 n'ont pas qu'un rôle inhibiteur des fonctions cérébrales. En raison d'effets de circuit, les cannabinoïdes peuvent provoquer l'excitation de certaines populations neuronales, notamment l'activation des cellules dopaminergiques de la voie mésolimbique. Couplée au constat que le traitement

⁴⁸ Tableau reproduit de INSERM (2001), *op. cit.* page 298.

prolongé au cannabis (à des doses correspondant il est vrai à l'équivalent de 575 cigarettes de cannabis par jour !) semble induire des modifications adaptatives durables du système nerveux central, et à la relation positive entre les cannabinoïdes et les hormones du stress (corticotrophine), cette observation permet d'induire les difficultés (irritabilité, troubles du sommeil, etc.) constatées chez des utilisateurs réguliers lors de la cessation de la prise de cannabis. Nous y reviendrons au chapitre 7 lors de la discussion sur la tolérance et la dépendance au cannabis.

Notons enfin que des travaux récents suggèrent la présence d'importantes variations interindividuelles des effets des cannabinoïdes selon les hormones sexuelles stéroïdiennes chez les mâles et les femelles : il semble que les effets des cannabinoïdes exogènes et endogènes puissent être modulés par l'état hormonal de chaque individu et que, en retour, les récepteurs CB1 et endocannabinoïdes soient capables de réguler l'activité hormonale.

Ainsi que l'avait constaté le rapport de l'OMS en 1997, des questions de recherche demeurent sans réponse, notamment comment et dans quelle mesure l'utilisation de cannabis modifie le système cannabinoïde endogène et quelle est la relation entre les niveaux de cannabinoïdes dans le plasma sanguin et les effets comportementaux induits.

CONCLUSIONS

En conclusion, le Comité retient ce qui suit :

Conclusions du Chapitre 5	
Sur la production	<ul style="list-style-type: none">➤ On estime qu'il circulerait environ 800 tonnes de cannabis au Canada chaque année.➤ La production nationale de cannabis a significativement augmenté et on estime qu'environ 50 % du cannabis circulant au pays est de production endogène.➤ Les principales provinces productrices sont la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec.➤ Les estimations de la valeur du marché ne sont pas fiables. Ainsi s'il se produit 400 tonnes de cannabis au Canada chaque année, au prix de revente sur la rue à 225 \$ l'once, la valeur totale pour le Canada serait de moins de 6 milliards, soit moins que l'estimation policière pour la seule Colombie-Britannique.➤ Une partie inconnue de la production nationale est exportée aux États-Unis.➤ Une partie de la production est contrôlée par des éléments appartenant au milieu du crime organisé.

Sur le THC

- **Le THC est le principal composant actif du cannabis ; à l'état naturel, le cannabis contient entre 0,5 et 3% de THC.**
- **Des méthodes de culture sophistiquées et les progrès de la génétique ont permis l'augmentation du contenu en THC au cours des dernières années mais il est impossible d'estimer le contenu moyen du cannabis disponible sur le marché ; il est permis de penser que le contenu des cultures varie entre 6% et 31 %.**
- **Le THC est très liposoluble et se répand rapidement dans les tissus innervés du cerveau ; il atteint un pic dans le plasma sanguin en moins de 9 minutes et il n'en reste qu'environ 5% après une heure.**
- **L'élimination du THC par l'organisme est lente et les métabolites inactifs du THC peuvent être détectés dans les urines jusqu'à 27 jours après consommation dans le cas des usagers réguliers.**
- **Les effets psychoactifs durent en général de 2 à 3 heures après consommation et jusqu'à 5 à 7 heures.**

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 6

USAGERS ET USAGES :

FORMES, PRATIQUES, CONTEXTES

Qui sont les usagers de cannabis ? Comment les tendances d'usage au Canada se comparent-elles avec celles d'autres pays ? Dans quels contextes utilise-t-on le cannabis ? Et pourquoi ? Quelles sont les populations les plus vulnérables ? Quelles sont les conséquences sociales du cannabis, notamment sur la délinquance et la criminalité ? Et surtout, quelles sont les trajectoires des usagers de cannabis, notamment eu égard au passage éventuel vers d'autres drogues ?

On peut difficilement établir une politique sur une substance sans répondre au moins partiellement à ces questions. Si l'on veut prévenir, encore faut-il savoir ce que l'on veut prévenir et quels sont les groupes cibles visés. Si l'on veut soutenir ceux qui présentent une consommation à problème, il faut au moins avoir une idée de la composition et de la taille de ce groupe. Plus loin, lorsqu'on voudra des indications qu'une politique publique diminue l'usage ou réduit les usages à risque, on voudra connaître l'évolution des tendances d'usage dans la population.

Or, la situation au Canada eu égard aux connaissances sur les tendances d'usage et les divers contextes d'usage du cannabis est à peu de choses près désastreuse. Alors que les USA, le Royaume-Uni et l'Australie ont mis en place, depuis le début des années 1980, des systèmes d'observation en population générale et en population étudiante menant à des rapports annuels sur les tendances (USA) ou bisannuels (Royaume-Uni et Australie), tandis que plusieurs pays européens se sont dotés, depuis les cinq dernières années, de systèmes de connaissance autour de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), le Canada n'a mené que deux enquêtes épidémiologiques spécifiques aux drogues en population générale (1989 et 1994) et seules certaines provinces mènent des enquêtes en population étudiante, encore qu'avec des méthodes et des instruments différents réduisant ainsi la comparabilité des données. De surcroît, tout donne à penser qu'il se fait peu d'études sociologiques ou anthropologiques sur les modes et contextes d'usages des drogues illicites, spécifiquement du cannabis. À tout le moins, peu de travaux ont été portés à notre attention. Il s'ensuit que notre bassin de connaissances sur les usagers et les usages est restreint à sa plus petite expression.

Nous n'avons pas d'explications à cette situation. Du moins pas d'explications satisfaisantes. Dès les années 70 le Canada aurait pu, dans les suites des travaux de la Commission Le Dain, se doter d'un système d'observation des tendances. Dans les années 80, dans le contexte de l'adoption de la Stratégie canadienne antidrogues, à laquelle le gouvernement fédéral consacrait 210 millions \$ sur cinq ans, un système de collecte d'informations de base aurait pu être créé. Faut-il invoquer l'absence de leadership et de vision? La peur de connaître? Les partages de compétences entre les niveaux de gouvernements? L'absence d'une culture de la recherche socio-légale au sein des ministères responsables de la justice et de la santé? Probablement un peu de tout et autre chose encore. Quoi qu'il en soit, nous affirmons que cette situation est proprement inacceptable et qu'elle devrait faire l'objet de correctifs rapides et forts. Il nous faudra donc utiliser les maigres données disponibles, ce qui signifie au total bien peu de données. Surtout, peu de données comparables. Nous recourrons aussi à des études et données provenant d'autres pays.

Ce chapitre se divise en quatre sections. La première section porte sur les tendances de consommation, d'abord en population générale, puis spécifiquement chez les jeunes (12 à 18 ans), et compare ensuite les tendances entre divers pays. La deuxième section examine ce que l'on connaît des motifs et modalités d'usage; il y sera aussi question des origines et différences culturelles entre les usages. La troisième section porte spécifiquement sur les trajectoires des usagers de cannabis, examinant entre autres la question de l'escalade. Enfin, la quatrième section traite des relations entre usage de cannabis et délinquance et criminalité.

TENDANCES D'USAGE

Les enquêtes épidémiologiques sont le principal moyen de mesurer les tendances de la consommation; elles sont menées en population générale (le plus souvent les 15 ans et plus) et auprès de populations spécifiques, le plus souvent les jeunes en milieu scolaire. La plupart des enquêtes épidémiologiques en population générale procèdent par sondage téléphonique sur la base d'un questionnaire validé. Dans certains cas, elles utilisent l'entretien en face à face. Enfin, certaines enquêtes en milieu scolaire procèdent à partir d'un questionnaire remis aux étudiants en classe.

Parce que la consommation de drogues illicites en population générale est faible, les échantillons doivent nécessairement être grands (au Canada, plus de 12 000 répondants). Quelle que soit la taille de l'échantillon, ces enquêtes sous-estiment inévitablement la consommation: soit parce que les répondants la sous-rapportent, soit en raison de l'interdit légal faisant en sorte que les personnes refusent tout simplement de répondre, soit encore parce que certaines personnes à risque ne seront pas rejointes lors d'une enquête téléphonique. Ajoutons enfin les biais de mémoire: plus il se passe de temps entre la consommation et le moment où est

réalisée l'enquête, moins précis seront les souvenirs relatifs aux moments, circonstances et quantités impliqués.

Par ailleurs, notons que certains rapports, dont le rapport de l'INSERM ainsi que le *Profil canadien* du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), rapportent aussi les données des saisies par la police et les douanes au titre d'indicateurs indirects de l'usage. Nous faisons plutôt le choix de rapporter les données sur les saisies et autres activités policières et douanières au chapitre 14. En effet, nous sommes d'avis que ces données reflètent peu et mal les usages et qu'elles sont plutôt des indicateurs de l'activité policière en matière de drogues et pour partie de l'état du marché.

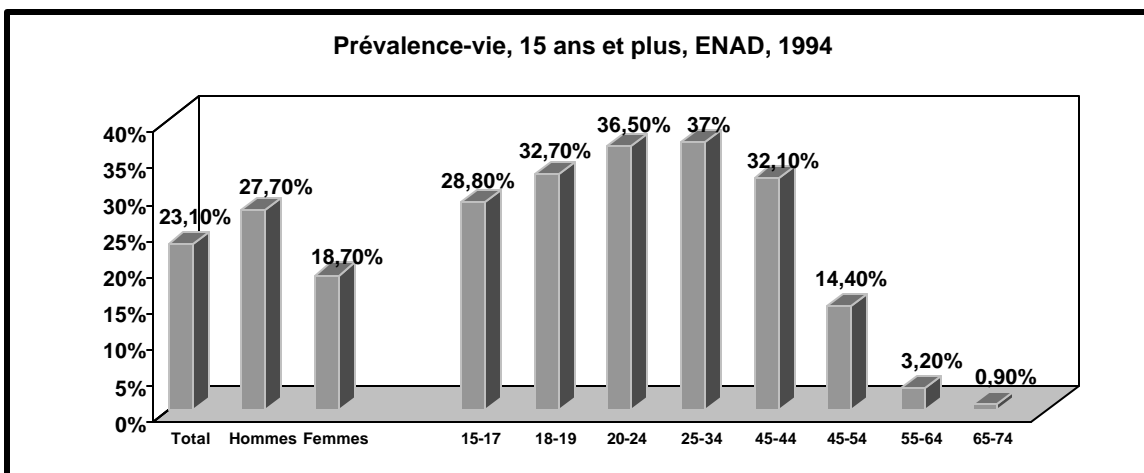
Les enquêtes ne mesurent pas toutes les phénomènes de la même manière, bien que l'on assiste, ces dernières années, à un effort important d'arriver à une plus grande comparabilité. Généralement, on mesure la prévalence-vie, c'est-à-dire le fait d'avoir consommé une substance au moins une fois au cours de sa vie. On distingue cette consommation épisodique ou expérimentale de la consommation au cours de la dernière année. Les mesures de la consommation fréquente, au cours du dernier mois par exemple, sont plus rarement recherchées. Quant aux consommations excessives, elles sont encore moins souvent recherchées. De surcroît, quand il s'agit des consommations régulières, les études ont plutôt tendance à utiliser des critères de dépendance – que nous décrivons en détail au chapitre suivant – plutôt que des indicateurs relatifs aux quantités. Comme on le verra plus en détail plus loin dans ce chapitre, il devient alors difficile de distinguer entre des catégories d'usagers, notamment les usagers à risque et les usagers excessifs. Pourtant, lorsqu'il s'agit d'identifier les groupes cibles pour les actions de prévention notamment, ces informations seraient essentielles.

Consommation en population générale

Au Canada, cinq enquêtes nationales permettent d'avoir des données sur la consommation de substances psychoactives, alcool, tabac et drogues illicites : l'enquête sur la promotion de la santé (EPS) a été menée en 1985 et 1990, l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (ENAD) a été menée deux fois, en 1989 et 1994, et l'enquête sociale générale (ESG) de 1993, par ailleurs menée régulièrement, incluait des données sur les drogues. Ce sont ces données que nous présentons dans les paragraphes qui suivent.

Lors de l'enquête de 1994, 23 % des répondants ont déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Comme le montre le graphique suivant, les hommes plus que les femmes, les moins de 35 ans plus que les plus âgés, sont nettement plus susceptibles d'avoir consommé du cannabis.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS



La consommation varie aussi selon les provinces. Ainsi, toujours selon l'enquête ENAD, elle est la plus élevée en Colombie-Britannique (35,4 %) suivie de l'Alberta (29,4 %), du Manitoba (25,2 %), de la Nouvelle-Écosse (25,1 %) et du Québec (24,7 %) et la plus faible à Terre-Neuve & Labrador (16,3 %), en Ontario (16,6 %) et à l'Île-du-Prince-Édouard (18,6 %).

La prévalence-vie était identique à celle de l'étude de 1989. Comparativement, elle était à 3,4 % en 1970 au moment où la Commission Le Dain menait ses travaux et à 17 % en 1978, indiquant une augmentation continue de la consommation de cannabis.

La prévalence au cours des douze derniers mois est un indicateur plus fin de la consommation courante puisque moins sujette aux biais de mémoire. Le tableau suivant décrit l'évolution de cet indicateur depuis l'étude de 1985.

Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois, 15 ans et plus¹

Année	Enquête	Sexe		Total
		Hommes	Femmes	
1985	Enquête promotion de la santé	6,9 %	4,3 %	5,6 %
1989	Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues	8,9 %	4,1 %	6,5 %
1990	Enquête promotion de la santé	7,0 %	3,0 %	5,0 %
1993	Enquête sociale générale	5,9 %	2,5 %	4,2 %
1994	Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues	10,1 %	5,1 %	7,4 %

¹ Tableau reproduit de CCLAT (1999), *Profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa : auteur, page 142.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Par comparaison, le pourcentage des usagers au cours de la dernière année était de 1 % en 1970 et de 9,7 % en 1979.

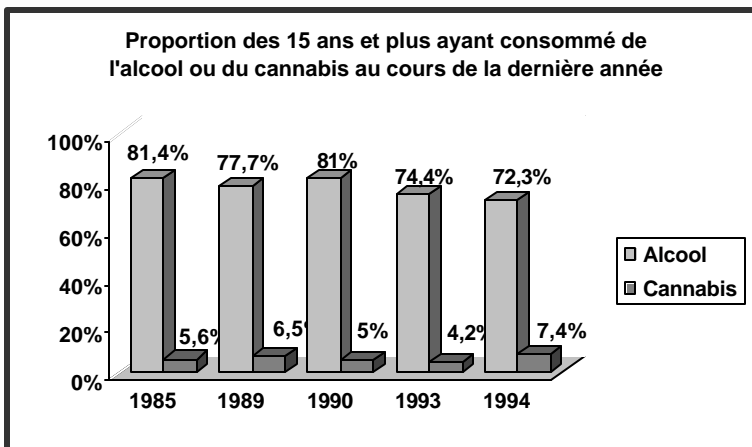
Le taux d'usage rapporté dans ces enquêtes varie du simple au double entre les femmes et les hommes. Surtout, il convient de noter la variabilité entre les études. Parce qu'elle portait spécifiquement sur les substances psychoactives plutôt que de s'insérer dans une enquête plus large sur la santé ou les conditions de vie, l'ENAD nous apparaît plus fiable.

Nous ne disposons pas de données précises sur l'incidence (c'est-à-dire les nouveaux consommateurs) ni sur le taux de discontinuation de l'usage. Sur l'incidence, nous verrons plus loin que l'augmentation de la prévalence chez les jeunes indiquerait une augmentation de l'incidence. Sur la discontinuation, l'on considère généralement que la grande majorité des usagers ne continuent pas au delà d'un usage expérimental, mais nous ne disposons pas de données précises dans la population canadienne.

Nous sommes conscients qu'on ne peut comparer terme à terme les diverses substances psychoactives entre elles. Comme nous le rappelait à juste titre le Dr Zoccolillo lors de son témoignage, chacune a ses caractéristiques et ses effets.

« Il est inutile de comparer le niveau des effets nuisibles de la cocaïne, de la marijuana et de l'alcool. Chaque drogue a son genre particulier d'effets nuisibles. S'il fallait comparer les effets du tabac et de la cocaïne chez les jeunes, vous concluriez que la cocaïne est terrible, mais qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter du tabac parce que les effets nuisibles de celui-ci ne se manifestent que 30 ans plus tard. L'essentiel c'est qu'il existe différents genres d'effets nuisibles et qu'il est inutile d'en faire la comparaison. »²

Néanmoins, nous pensons qu'il est utile de comparer la consommation de cannabis au sein de la population générale à celle d'autres substances pour mieux situer



le phénomène. L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues de 1994 montre que, parmi les autres drogues illégales, la consommation de cocaïne est à moins de 1 % et celle d'héroïne, LSD ou amphétamines ensemble à environ 1 %. En ce qui concerne les drogues licites, la consommation d'alcool est à plus de 75 % et celle de tabac à près de

² Témoignage du Dr Mark Zoccolillo, professeur de psychiatrie et de pédiatrie, Université McGill et Hôpital pour enfants de Montréal, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, deuxième session de la trente-sixième législature, 16 octobre 2000, fascicule 1, page 80.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

30 %. Le graphique ci-dessus compare la consommation de cannabis à celle de l'alcool chez les personnes de plus de 15 ans.

Des études en population générale sont menées en Ontario depuis 1977. Il s'agit donc de la base de données la plus extensive dont nous disposons au Canada – une base d'autant plus intéressante que l'Ontario mène aussi, depuis 1977, des études en milieu scolaire auprès des jeunes permettant ainsi de mieux suivre les tendances.

Selon le rapport 2000 du Centre sur la toxicomanie et la santé mentale (CTSM)³, plus du tiers (35 %) des Ontariens de plus de 18 ans ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, 10,8 % au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage d'utilisateurs au cours de la dernière année a peu varié depuis 1984 (11,2 %), mais est en légère augmentation par rapport à l'année 1977 (8 %). Le groupe des 18-29 montre l'augmentation la plus régulière, de 18,3 % en 1996 à 28,2 % en 2000 ; par ailleurs, le taux pour ce groupe était à 28,5 % en 1984. Sur le long terme, on observe aussi une augmentation de la consommation au cours des 12 derniers mois chez les 30-49, de 6,2 % en 1977 à 18,7 % en 2000. Le tableau suivant présente certaines données tirées du rapport.

Usagers de cannabis au cours des 12 derniers mois, Ontariens, 18 ans et plus

(N =)	1977 (1059)	1982 (1026)	1984 (1043)	1987 (1075)	1989 (1098)	1991 (1047)	1992 (1058)	1994 (2022)	1996 (2721)	1997 (2776)	1998 (2509)	1999 (2346)	2000 (2406)
Total	8,1	8,2	11,2	9,5	10,5	8,7	6,2	9,0	8,7	9,1	8,6	10,4	10,8
Hommes	11,2	12,3	15,6	12,3	13,0	11,5	9,1	11,4	12,6	11,4	12,1	13,2	14,3
Femmes	4,5	4,1	7,1	6,8	8,2	6,0	3,6	7,0	5,3	7,0	5,4	7,8	7,7
18-29	22,6	22,7	28,5	20	24,6	19,9	13,3	19,6	18,3	21,4	25,2	27,1	28,2
30-39	3,9	4,2	9,5	11,6	11,8	9,1	6,6	10,2	11,3	9,8	8,2	10,3	12,3
40-49	2,3		2,2	5,4	3,9	3,0	2,4	4,3	6,1	4,3	4,6	6,8	6,4
50-64	1,2	1,3	1,8		1,4		1,3			1,7	1,4	4,1	2,9

Parmi ceux qui ont consommé au moins une fois au cours de leur vie, 68 % n'ont pas consommé au cours des derniers 12 mois, 15 % moins d'une fois par mois, et 17 % plus d'une fois par mois ou plus. Parmi les usagers au cours de la dernière année, 47 % consommaient moins d'une fois par mois et 53 % au moins une fois par mois.

Au Québec, des études en population générale ont été menées en 1987, 1992 et 1998. L'enquête sociale et de santé (ESS)⁴ de 1998 révèle que 31,3 % des 15 ans et plus ont fait usage du cannabis ou d'une autre drogue illicite au moins une fois dans leur vie et que 13,5 % ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des derniers

³ Adlaf, E.M. et A. Ialomiteanu (2000) *CAMH Monitor Report : Addiction and Mental Health Indicators among Ontario Adults, 1977-2000*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health, pages 61-67.

⁴ Chevalier, S. et O. Lemoine (2000) « Consommation de drogues et autres substances psychoactives » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec : Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, page 137.

mois. Comme ailleurs, la consommation est fonction de l'âge : chez les 15-24, la consommation de drogues illicites est de 39,7 %, elle est de 18,4 % chez les 25-44, de 8 % chez les 45-64, et de 5,5 % chez les 65 ans et plus. Si 83,7 % des 45-64 ans et 93,8 % des 65 ans et plus disent ne jamais avoir fait usage de drogues prohibées, plus de 40 % des 25-44 ans et la moitié (50,3 %) des 15-24 ans affirment en consommer ou l'avoir déjà fait.

Consommation chez les jeunes

Plusieurs témoins ont fait état d'augmentations « préoccupantes » de la consommation de cannabis chez les jeunes de moins de 18 ans.

« Grâce aux études qui indiquent que le taux de consommation du cannabis chez les jeunes en général, et plus particulièrement chez les jeunes de la rue et les jeunes à risque, et aux connaissances sur les méfaits de la consommation de drogues, nous savons que le problème devient de plus en plus aigu. »⁵

« Il faut porter une attention spéciale aux mineurs quand on élabore une politique en matière de drogues. Une politique visant uniquement les adultes aura peut-être de vives conséquences non voulues sur les adolescents. Nous avons une obligation parentale à l'égard des adolescents. Ce ne sont pas des adultes. »⁶

« Le sondage réalisé auprès des élèves ontariens est également déroutant. On constate une forte hausse de l'usage des drogues, quelles qu'elles soient, depuis 1993. (...) Celle du cannabis a plus que doublé et atteint 29 %. (...) Malheureusement, les seules statistiques qui sont en régression sont celles qui concernent les élèves qui ne consomment pas de drogues. Le chiffre est tombé de 36 à 27 %, et l'on est donc passé de près d'un tiers à près d'un quart aujourd'hui. Nous sommes manifestement à une époque où les jeunes voient dans les drogues une solution à leurs problèmes existentiels. »⁷

De fait, la consommation de substances psychoactives chez les jeunes en milieu scolaire a connu des augmentations significatives au cours des dernières années. Au plan national, l'enquête réalisée auprès des jeunes de 6^e, 8^e et 10^e années (environ 2 000 jeunes par niveau scolaire) en 1990, 1994 et 1998⁸, rapporte que l'utilisation de la marijuana a évolué de la manière suivante :

⁵ Témoignage de M.J. Boyd, président du Comité sur la toxicomanie et sous-chef du Service de police de Toronto, Association canadienne des chefs de police, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 mars 2002, fascicule 14, page 77.

⁶ Témoignage du Dr Mark Zoccolillo, *op. cit.*, page 79.

⁷ Témoignage de R.G. Lesser, surintendant principal, Gendarmerie Royale du Canada, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 29 octobre 2001, fascicule 8, page 9.

⁸ King, A.J.C. et coll., (1999) *La santé des jeunes : tendances au Canada. Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*. Ottawa : Santé Canada.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Étudiants de 8^e et 10^e année qui ont consommé du cannabis au moins une fois

	1990	1994	1998
8^e année			
filles	10 %	11 %	18 %
garçons	11 %	13 %	21 %
10^e année			
filles	24 %	27 %	41 %
garçons	26 %	30 %	44 %

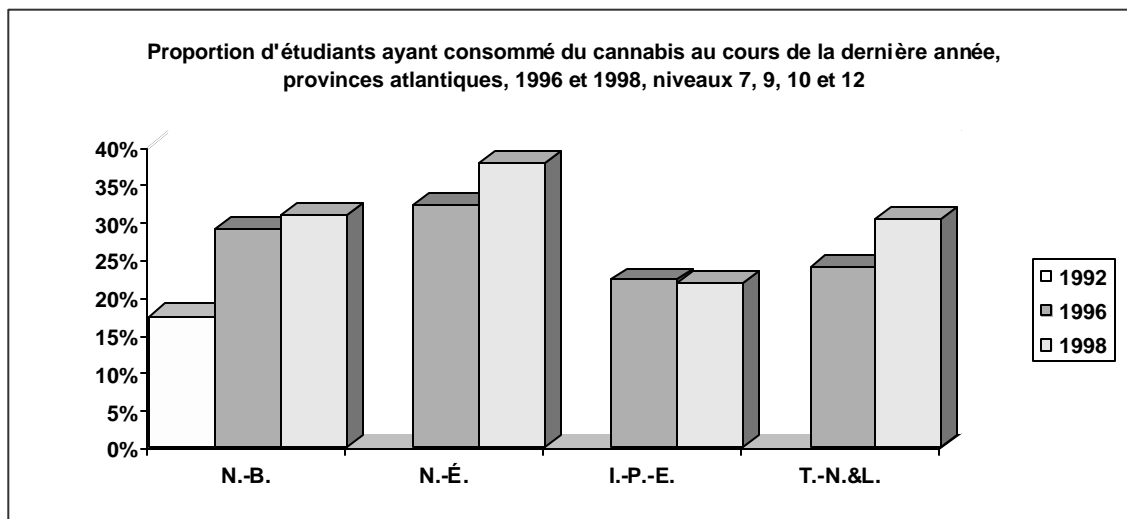
Des enquêtes sur la consommation de substances psychoactives, dont le cannabis, chez les jeunes, ont été menées dans certaines provinces. Elles permettent d'avoir une image plus précise de l'évolution de la consommation de cannabis chez les jeunes dans ces provinces, mais leurs résultats ne sont cependant pas comparables d'une province à l'autre.

Atlantique

Dans les provinces atlantiques (Terre-Neuve & Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) la consommation de cannabis chez les jeunes de niveau secondaire a fait l'objet d'enquêtes universelles identiques pour la première fois en 1996.⁹ L'étude s'est répliquée en 1998. L'enquête de 1996 a porté sur 14 908 étudiants et celle de 1998 sur 13 539 étudiants des niveaux 7, 9, 10 et 12.¹⁰

Le graphique suivant présente les principales données des deux enquêtes et la base de 1992 pour le Nouveau Brunswick.

La consommation de cannabis chez les étudiants dans les provinces atlantiques



⁹ Le Nouveau Brunswick a mené des études en population scolaire en 1986, 1989 et 1992.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

est passée de 28 % en 1996 à près de 33 % en 1998. Par province, observe les tendances suivantes :

❖ *En Nouvelle-Écosse, entre 1991 et 1998 :*

- Le pourcentage d'étudiants utilisant des drogues illicites a presque doublé ;
- Le pourcentage d'étudiants déclarant avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année est à près de 38 % en 1998, comparativement à 32 % en 1996 ;
- La répartition par niveau est la suivante : 11,4 % au niveau 7, 41 % au niveau 9, 47,6 % au niveau 10 et 51,7 % au niveau 12 ;
- Le pourcentage d'étudiants utilisant du cannabis plus d'une fois par mois a triplé, passant de 4,4 % à 13,5 % ; les hommes (17,5 %) sont plus nombreux que les femmes (9,3 %) à consommer une fois par mois.

❖ *Au Nouveau Brunswick :*

- La proportion d'étudiants déclarant avoir consommé du cannabis est passée de 17,4 % en 1992 à 29 % en 1996 et à 31 % en 1998 ;
- Parmi les usagers de cannabis, 5,5 % ont expérimenté au cours de l'année et 11 % étaient des usagers fréquents (plus d'une fois par mois) ;
- Comme dans les autres provinces, les hommes (33,4 %) sont plus nombreux que les femmes (28,3 %) à consommer du cannabis ;

En comparaison, 56 % des étudiants des provinces atlantiques en 1996 et près de 59 % en 1998 ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente.

Manitoba

Au Manitoba, une enquête non aléatoire d'écoles de la province a été menée en 2001 auprès de 4 680 étudiants provenant de 32 écoles.¹¹ Même si l'échantillon n'est pas totalement représentatif de l'ensemble des étudiants du Manitoba, il est suffisamment important pour offrir une bonne représentation de la situation dans la province.

La quasi-totalité des étudiants ayant déclaré avoir consommé des drogues illicites au cours de l'année précédente ont utilisé de la marijuana (96 %) : 47,7 % des étudiants ont consommé au moins une fois dans leur vie et 39,7 % au cours de l'année

¹⁰ Voir <http://www.gov.ns.ca/health/student-drug-use/contents.htm> pour la Nouvelle-Écosse et <http://www.gnb.ca/0378/en/sdus1998/index.htm> pour le Nouveau-Brunswick. Un sommaire est aussi disponible sur le site du CCLAT à l'adresse <http://www.ccsa.ca/Reports/STUDENT.HTM>

¹¹ Patton, D., et coll., (2001) *Substance use among Manitoba high school students*. Winnipeg : Addictions Foundation of Manitoba. Disponible sur le site www.afm.mb.ca

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

précédente (comparativement à 37,4 % en 1995 et à 38,8 % en 1997). L'âge moyen à la première utilisation est de 14,1 ans. Les garçons (40,4 %) sont plus nombreux que les filles (35,4 %) à avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente. Parmi les usagers, 8,5 % consommaient à peu près une fois par mois et 15,8 % plus d'une fois par mois (20,5 % chez les garçons et 11,2 % chez les filles).

Par comparaison, 87,4 % des étudiants ont consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie et 80,4 % au moins une fois au cours de l'année précédente. L'âge moyen de la première consommation est de 13,3 ans. Parmi ceux qui ont consommé au cours de l'année précédente, 26 % l'ont fait une fois par semaine ou plus, et 46,5 % au moins une fois par mois. On observe une progression de la consommation hebdomadaire par niveau, de 17 % au niveau 1 à 33 % au niveau 4. Notons enfin que 27,7 % des étudiants ont consommé cannabis, alcool et tabac au cours de la dernière année.

Ontario

En Ontario, l'enquête sur la consommation des drogues parmi les étudiants¹² (OSDUS) 2001 révèle qu'en moyenne 33,6 % des jeunes entre la 7^e et la 13^e année rapportent avoir consommé du cannabis au moins une fois et 29,8 % au cours des derniers mois (les pourcentages sont de 33,8 % et 23,6 % pour le tabac et 70,6 % et 65,6 % pour l'alcool). Le taux d'utilisation est significativement plus élevé pour les garçons que chez les filles. Si l'on examine l'évolution des tendances, on constate qu'après avoir atteint un creux au début des années 90, les taux des deux dernières enquêtes sont comparables à ceux de la fin des années 70 et du début des années 80.

Usagers de cannabis au cours des 12 derniers mois, Ontariens, 7^e à 13^e année

(N =)	1977 (4687)	1979 (4794)	1981 (3270)	1983 (4737)	1985 (4154)	1987 (4267)	1989 (3915)	1991 (3945)	1993 (3571)	1995 (3870)	1997 (3990)	1999 (2868)	2001 (2326)
Total	25,1	31,7	29,9	23,7	21,2	15,9	14,1	11,7	12,7	22,7	24,9	29,2	28,6
Hommes	29,4	36,4	33,2	28,0	24,4	18,7	14,7	13,2	14,8	25,7	25,7	32,5	32,1
Femmes	21,1	26,8	26,3	19,4	17,9	13,2	13,5	9,9	10,7	19,8	24,1	25,8	25,1
7^e	5,6	10,4	5,7	5,2	4,7	3,8	0,9	0,7	1,7	2,8	3,4	3,6	5,1
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9^e	23,2	29,2	27,1	25,1	18,3	12,1	12,9	8,1	8,7	19,6	23,9	25,5	28,8
10^e	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11^e	39,4	50,2	44,2	42,1	35,1	24,3	22,5	20,2	22,3	40,7	42,0	48,1	45,7
12^e	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13^e	42,4	43,6	37,4	36,5	30,8	30,5	28	20,5	21,6	27,5	31,9	43,3	43,9

¹² Adlaf, E.M. et A. Paglia (2001) *Drug Use among Ontario Students 1977-2001. Findings from the OSDUS*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Lorsqu'on compare les tendances d'usage du cannabis à celles d'autres substances, on observe que :

- La consommation de tabac au cours des 12 derniers mois a diminué de 30,4 % à 22,3 % des élèves ;
- La consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois a diminué de 76,3 % à 62,6 % des élèves ;
- La consommation d'héroïne est passée de 2,0 % à 1,2 % ;
- La consommation de cocaïne est demeurée stable à 3,8 % ;
- La consommation d'amphétamines est passée de 2,7 % à 3,1 % ;
- La consommation d'ecstasy est passée de 0,6 % en 1993 (première mesure) à 6,0 % en 2001.

L'enquête ontarienne examine la fréquence de la consommation. Parmi les usagers de cannabis en 2001, 25 % en ont consommé une ou deux fois, 30 % entre 3 et 9 fois, et 45 % plus de 10 fois. Au total, 16,9 % de tous les étudiants ont consommé du cannabis au moins 6 fois au cours des 12 derniers mois. Le tableau suivant décrit l'évolution de la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois depuis 1981.

Fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois parmi les usagers, Ontario¹³

	1981 (1002)	1983 (1304)	1985 (907)	1987 (701)	1989 (570)	1991 (515)	1993 (455)	1995 (873)	1997 (1019)	1999 (778)	2001 (636)
1-2 fois	28,2	32,4	33,7	39,8	42,6	37,1	41,1	31,7	29,5	28,8	25,6
3-5	12,4	15,1	18,3	16,2	17,2	17,7	17,5	17,1	16,3	14,7	17,1
6-9	14,0	12,5	11,3	9,0	10,5	12,2	10,1	10,4	12,4	13,9	11,4
10-19	13,0	11,4	11,3	14,1	11,8	9,8	9,0	12,5	12,3	11,9	14,9
20-39	10,7	9,0	8,3	6,2	8,3	8,9	8,8	9,0	9,8	9,5	10,2
40 +	21,7	19,5	17,1	14,8	17,1	14,3	13,6	19,4	19,7	21,2	20,9

De manière encore plus pointue, l'étude examine la consommation au cours des quatre dernières semaines. Au total, 8,4 % des étudiants ont consommé du cannabis sur une base hebdomadaire et 3,1 % sur une base quotidienne. La proportion des étudiants qui n'ont pas consommé de cannabis au cours du dernier mois est passée de 90,2 % en 1987 à 66,6 % en 2001.

Le tableau suivant décrit l'évolution de la consommation mensuelle parmi les usagers des douze derniers mois au cours de la période 1987-2001. On y observe notamment une diminution de ceux qui n'ont pas fait usage du cannabis au cours du

¹³ Tableau reproduit de Adlaf et Paglia, *op. cit.*, page 57.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

dernier mois (de 41 % en 1987 à 30 % en 2001) et, inversement, une augmentation de ceux qui ont en ont fait un usage quotidien (de 3,5 % en 1987 à 9,1 % en 2001).

Fréquence de l'usage mensuel parmi les usagers des douze derniers mois, osdus¹⁴

	1987 (701)	1989 (570)	1991 (515)	1993 (455)	1995 (873)	1997 (1019)	1999 (778)	2001 (636)
Jamais								
Total	41,1	46,0	44,1	37,2	30,9	33,0	30,5	30,6
Hommes	38,1	44,8	38,6	29,7	28,4	28,9	28,5	23,2
Femmes	45,3	47,2	51,8	47,5	33,8	36,9	33,0	39,8
1-2 fois le mois								
Total	36,6	38,3	34,5	36,9	35,7	34,2	34,8	33,2
Hommes	36,7	33,8	33,4	35,8	33,8	30,4	31,1	32,9
Femmes	36,4	42,9	36,0	38,1	37,9	37,9	39,4	33,6
1-2 fois la semaine								
Total	9,7	9,6	7,9	9,9	14,4	13,7	12,5	11,3
Hommes	9,8	10,6	8,7	12,7	15,5	14,6	12,9	12,3
Femmes	9,5	8,5	6,7	6,1	13,2	12,8	12,0	10,1
3-4 fois la semaine								
Total	4,9	2,6	5,8	5,9	9,2	7,6	8,5	8,3
Hommes	4,6	4,8	8,5	7,4	9,4	10,2	10,2	9,9
Femmes	5,5	0,4	2,0	3,8	9,0	5,1	6,3	6,4
5-6 fois la semaine								
Total	4,1	1,0	2,4	5,1	3,6	3,9	4,4	7,4
Hommes	5,3	1,9	3,2	7,5	4,4	4,5	5,9	7,5
Femmes	2,5		1,2	2,0	2,5	3,4	2,6	7,3
Chaque jour								
Total	3,5	2,6	2,6	5,0	6,3	7,6	9,3	9,1
Hommes	5,6	4,1	4,1	6,9	8,6	11,4	11,3	14,3
Femmes	0,8	1,1	1,1	2,4	3,6	3,9	6,6	2,8

L'enquête OSDUS permet aussi de savoir quelle quantité est consommée. Parmi les usagers des 12 derniers mois en 2001, 15 % ont fumé moins d'un joint, 21 % environ un, 22 % en ont fumé 2 à 3, et 15 % plus de 4. Enfin, l'étude examine aussi la question de l'âge de la première initiation. Au total, en 2001, 10,2 % des étudiants ont utilisé du cannabis pour la première fois, dont 31,7 % des usagers de cannabis au cours des 12 derniers mois. L'âge d'initiation ne varie pas selon le sexe ou la région mais est significativement relié au niveau scolaire : entre la huitième et la neuvième année (14-15 ans), la proportion de ceux qui ont fumé du cannabis passe de 6 % à 14,9 %.

¹⁴ *Ibid.*, page 58.

L'initiation précoce (7^e année, environ 12 ans) au cannabis a diminué au fil des ans : en 2001, 2 % des étudiants de 7^e disaient avoir utilisé du cannabis au moins une fois l'année précédente (soit vers l'âge de 11 ans), un taux inférieur à celui qui était enregistré en 1997 (5 %) et en 1981 (8 %).

Québec

Au Québec, on constate selon certains observateurs une augmentation « inquiétante » de la consommation régulière de cannabis chez les jeunes. Selon Michel Germain, directeur du CPLT, l'augmentation de l'usage serait davantage reliée à des valeurs sociales, notamment à des messages relatifs à une certaine banalisation de l'acceptabilité des drogues, qu'à des facteurs sociodémographiques tels le revenu ou la composition familiale.

Les données disponibles ne sont pas immédiatement comparables à celles qui sont recueillies en Ontario. Elles proviennent des trois enquêtes menées par Santé Québec en 1987, 1992 et 1998 en population générale et portent sur le groupe des 15-24 ans : respectivement 3 136, 3 912 et 3 587 répondants), distingué entre les 15-17, les 18-19 et les 20-24.¹⁵

L'étude révèle d'abord une diminution statistiquement significative du nombre de jeunes qui déclarent n'avoir jamais consommé de drogues entre 1987 et 1998 (71,3 % en 1987, 57,4 % en 1992 et 50,3 % en 1998). Les consommateurs « actuels », au cours des douze derniers mois, sont 39,7 % des jeunes en 1998 contre 27 % en 1992. Par tranche d'âge, l'augmentation de la consommation de drogues illicites (significative dans chaque cas à $p < .001$) se traduit ainsi :

- 15 – 17 ans : 26,2 % à 37,6 %
- 18 – 19 ans : 28,1 % à 41,6 %
- 20 – 24 ans : 26,2 % à 40,3 %

Parmi les usagers de drogues, le pourcentage de ceux qui utilisent de la marijuana exclusivement est passé de 15 % en 1992 à près de 26 % en 1998, tandis que la proportion de ceux qui utilisent d'autres drogues est demeurée stable à environ 13 %.

Tendances d'usage dans d'autres pays

Les tendances d'usage ne sont évidemment pas comparables immédiatement d'un pays à l'autre, non seulement en raison de différences culturelles, mais aussi parce que les systèmes de collecte sur les tendances d'usage ne mesurent pas tous la même chose de la même manière, ni souvent sur les mêmes années. En Europe, les travaux de

¹⁵ Vitaro, F, Gosselin C. et A. Girard (2002) *Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1998 : constatations, comparaisons et pistes d'explication*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

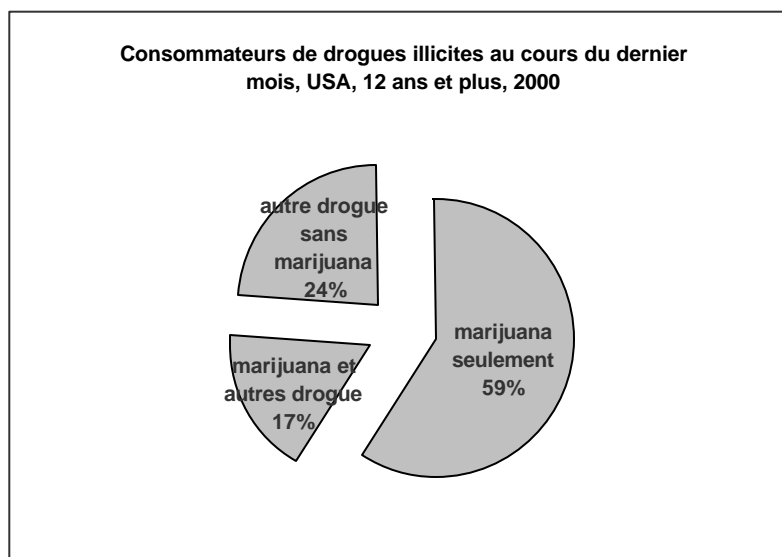
l'Observatoire européen sur les drogues et les toxicomanies (OEDT) permettent peu à peu d'arriver à une uniformisation des collectes de données dans les divers pays de l'Union permettant ainsi une meilleure comparabilité. Néanmoins, il subsiste des différences importantes entre les pays.

Malgré ces réserves, il est intéressant de comparer les tendances d'usage entre les divers pays. Dans un premier temps, nous examinons la situation aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et aux Pays-Bas et dans un deuxième temps nous tentons des comparaisons sur quelques indicateurs sélectionnés.

États-Unis

Aux États-Unis, deux grandes enquêtes sont menées depuis plusieurs années : une enquête en population générale sous l'égide du ministère de la Santé et l'étude *Monitoring the Future* de l'Université du Michigan pour le compte du *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) auprès de cohortes de gradués.

L'enquête en population générale pour 2000¹⁶ révèle que 6,3 % des Américains de 12 ans et plus ont fait usage de drogues illicites au cours du dernier mois, et 4,8 % (contre 4,7 % en 1999) ont consommé du cannabis. Au total, 14 millions d'Américains sont considérés comme *usagers actuels* de drogues illicites, c'est-à-dire ceux qui ont consommé au cours du dernier mois. Le graphique ci-contre montre que, parmi ce groupe d'usagers, 76 % sont consommateurs de marijuana et 59 % de marijuana seulement.



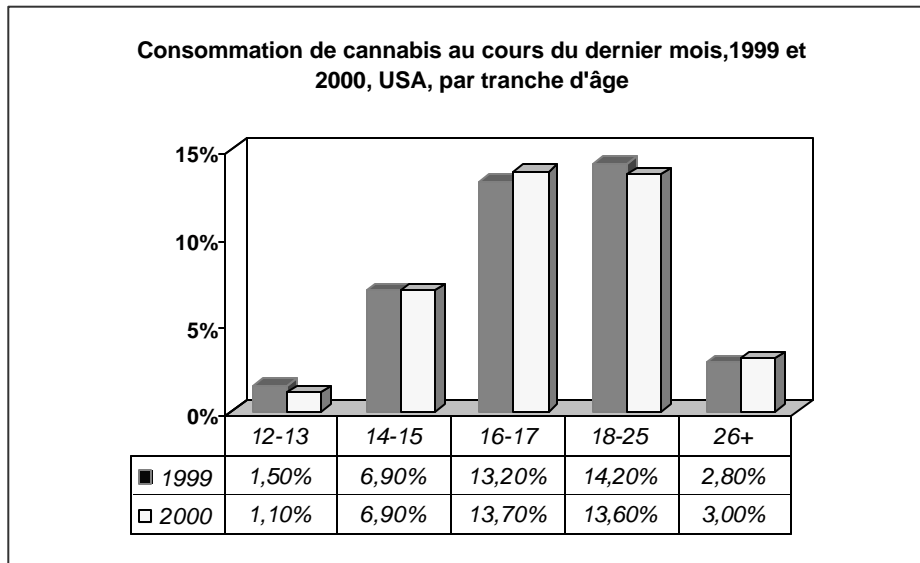
On estime que le nombre des nouveaux usagers en 1999 était de 2 millions, contre 2,6 millions en 1996 et 1,4 millions en 1990. Les deux tiers des nouveaux consommateurs ont entre 12 et 17 ans, les autres entre 18-25. L'âge moyen de la première expérimentation de cannabis est de 17 ans en 1999, comparativement à environ 19-20 à la fin des années 1960.

La fréquence de consommation chez les usagers courants aurait augmenté entre 1999 et 2000 : 31,6 % en 1999 ont consommé du cannabis 100 jours ou plus au cours

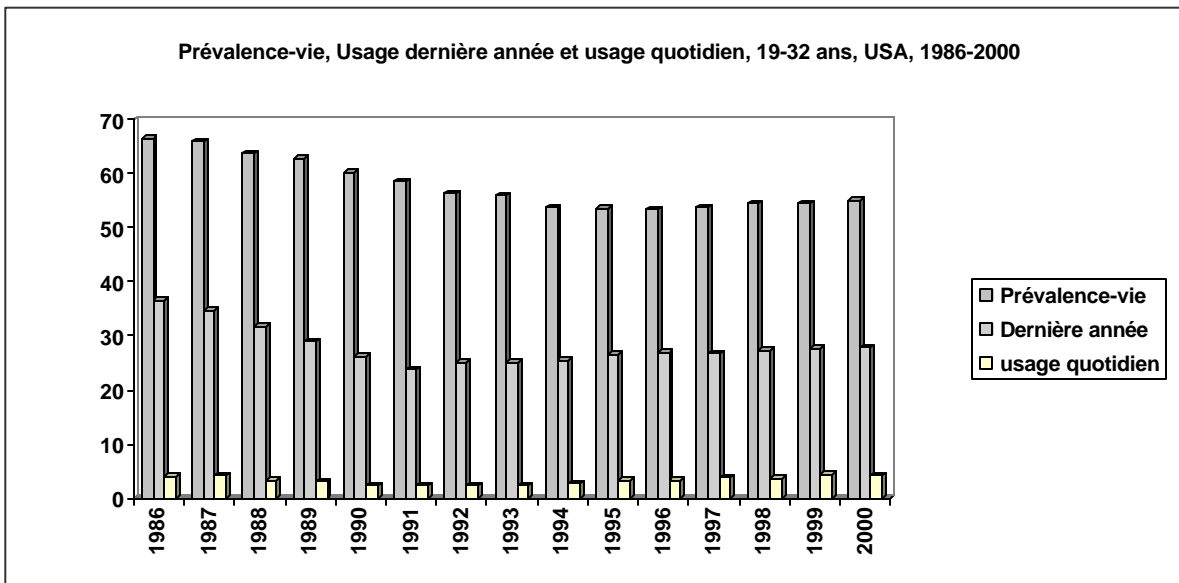
¹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2001) *Summary of findings from the 2000 national household survey on drug abuse*. Washington, DC : Department of Health and Social Services

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

de l'année précédente, comparativement à 34,7 % en 2000. Enfin, la répartition des groupes d'âge suit les tendances attendues comme le montre le graphique suivant :



L'enquête *Monitoring the Future 2000*¹⁷ présente les tendances d'usage depuis 1986 pour des cohortes de jeunes gradués compris entre 19 et 32 ans. La figure suivante résume ces données.



¹⁷ Johnston, L.D., et coll., (2001) *Monitoring the future. National Survey Results of Drug Use, 1975-2000. Volume II College Students and Young Adults Ages 19-40.* Bethesda, Michigan : NIDA.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

En 2000, la prévalence-vie chez les personnes de 31-32 ans atteignait 73 % pour l'ensemble des drogues illicites, et 68 % pour la marijuana.

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, le *British Crime Survey*¹⁸ mesure les tendances d'usage de drogues illicites depuis le début des années 1980 à chaque deux ans. Depuis la création de l'OEDT, l'organisme *Drugscope*¹⁹ est devenu le correspondant pour le Royaume-Uni et fait état annuellement des tendances d'usage et d'indicateurs connexes.

Le pourcentage de répondants âgés entre 16 et 59 ans ayant consommé une drogue illicite *au cours de l'année précédente* au Royaume-Uni est passé de 9,9 % en 1994 à 10,7 % en 2000. Pour le cannabis, les proportions sont 8,4 % et 9,4 % respectivement. La *prévalence-vie* de l'usage de cannabis chez les 16-29 ans est passée de 34 % en 1994 à 44 % en 2000. En fonction du groupe d'âge, les tendances d'usage au cours de la dernière année sont les suivantes :

- Chez les 16-19 ans : de 29 % en 1994 à 25 % en 2000 ;
- Chez les 20-24 ans : de 23 % en 1994 à 27 % en 2000 ;
- Chez les 25-29 ans : de 12 % en 1994 à 17 % en 2000.

Dans chaque cas, les hommes consomment plus que les femmes.

Le rapport note que le changement le plus important concerne la consommation de cocaïne chez les jeunes hommes de la classe d'âge des 16-29 ans dont la consommation est passée de 1,2 % à 4,9 %.

France

Les travaux de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ont permis une sérieuse mise à niveau de la connaissance des tendances et de la veille en France. L'OFDT publie un rapport bisannuel sur les tendances d'usage et les indicateurs connexes (saisies, interpellations, demandes de traitement, etc.) ainsi qu'une série d'études et de rapports techniques sur des enjeux spécifiques. Dans son rapport 2002, l'OFDT²⁰ montre que la consommation de cannabis se répartit comme suit :

- Prévalence-vie : 21,6 % de la population adulte (18-75)
- Usage occasionnel (au moins une fois dans l'année) : 6,5 %
- L'usage répété (au moins dix fois dans l'année) : 3,6 %
- L'usage régulier (dix fois par mois et plus) : 1,4 %.

¹⁸ Les rapports pour 1998 et 2000 sont disponibles en ligne sur le site web du Home Office à l'adresse : <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors224.pdf>

¹⁹ Le rapport 2000 est disponible en ligne à l'adresse : <http://www.drugscope.org.uk/wip/11/3/pdf/UK%20DRUG%20SITUATION%202001.pdf>

²⁰ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (2002) *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002*. Paris : auteur, pages 98-99.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Il y a près de deux fois plus d'expérimentateurs chez les hommes que chez les femmes et parmi les 18-34 ans 40,5 % sont expérimentateurs. La proportion d'expérimentateurs décroît avec l'âge. La consommation répétée concerne 14,6 % des 18-25 et 1,6 % des personnes de plus de 26 ans. L'OFDT note que «*la part de la population adulte (âgée de 18-44 ans) ayant expérimenté le cannabis est de plus en plus élevée. Cette augmentation est la marque d'une banalisation du cannabis.*» D'autant plus que chez les adolescents la consommation a progressé significativement. Ainsi, en 1993, 34 % des garçons et 17 % des filles déclaraient avoir consommé du cannabis à 18 ans, contre 59 % et 43 % respectivement en 1999. En fait, ajoute le rapport de l'OFDT, «*l'expérimentation du cannabis est devenue un comportement majoritaire chez les jeunes arrivant à l'âge adulte*».

De manière intéressante, le rapport de l'OFDT permet de construire une typologie des usages, voire si l'on étend un peu le raisonnement de proposer des balises pour les comportements qui peuvent présenter des risques.

Le tableau suivant présente la fréquence de consommation chez les jeunes à la fin de l'adolescence.²¹ Au delà du clivage de sexe déjà noté dans les autres enquêtes épidémiologiques, on y observe que moins du quart des garçons de 17 ans déclarent fumer de façon au moins répétée alors qu'ils sont le tiers à 19 ans. De même, entre 17 et 19 ans, chez les garçons, la part des abstinents baisse de 10 points.

Fréquence de la consommation de cannabis chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par âge, sexe et type de consommation

Type de consommation	Définition	Filles, 17 ans	Garçons, 17 ans	Garçons, 18 ans	Garçons, 19 ans
Abstinent	Jamais	59,2	49,9	45,1	39,8
Expérimentateur	Déjà consommé mais pas au cours de l'année	5,0	5,4	6,5	8,2
Occasionnel	Entre 1 et 9 fois par an	23,3	20,9	19,9	19,4
Répété	Plus de 9 fois par an moins de 10 fois par mois	7,4	9,3	9,9	10,1
Régulier	Entre 10 et 19 fois par mois	2,6	6,4	6,2	6,8
Intensif	20 fois et plus par mois	2,6	8,0	12,4	15,8

L'autre découpage intéressant proposé dans le rapport de l'OFDT – découpage qui peut mettre sur la piste de situations problématiques (et qui pourrait notamment être utile aux fins de prévention) même si le rapport prend soin de préciser qu'il n'y a pas recoupement entre ces profils et les risques – porte sur les modes de consommation.

²¹ *Ibid.*, page 100.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Il s'agit ici du fait de fumer seul et le matin ou le midi. On observe une relation linéaire presque parfaite entre les types et les modes de consommation comme l'indique le tableau suivant.²²

Fréquence de l'usage de cannabis le matin ou en solitaire chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000 par type de consommation

Type de consommation	Matin ou midi			Seul		
	Jamais	Parfois	Souvent	Jamais	Parfois	Souvent
Occasionnel	57,2	40,4	2,4	81,9	16,2	1,9
Répété	17,9	69,8	12,3	46,4	46,6	7,0
Régulier	4,7	58,9	36,4	19,9	60,2	19,8
Intensif	1,1	22,7	76,1	4,5	38,2	57,3

C'est là ce qu'expliquait le Directeur de l'Observatoire, monsieur Jean-Michel Coste, lors de son témoignage devant le Comité :

« Je crois qu'il est extrêmement important de répondre aux préoccupations des pouvoirs publics lorsqu'en matière de prévention, ces pouvoirs publics sont à la recherche d'un dispositif dont l'objectif n'est pas seulement de prévenir le premier usage mais également de prévenir le passage d'un usage régulier à un usage problématique.

Du point de vue des enquêtes, il est important de cerner cette notion d'usage problématique et de graduer les consommateurs. Il est possible de le faire en essayant de repérer les consommations qui restent occasionnelles, celles qui sont sur des bases répétées ou régulières et celles qui sont problématiques.

Actuellement, on tente de cerner trois critères de consommation. On tente de voir si le jeune consomme le cannabis de façon intensive ou journalière, s'il le consomme fréquemment seul, et s'il le consomme souvent le matin. Si on arrive à la conjonction de ces trois critères, je crois qu'on peut cerner un objet qui recouvre la notion d'usage problématique de cannabis. »²³

Pays-Bas

La situation des Pays-Bas est particulièrement intéressante considérant l'approche unique que ce pays a choisi de suivre dès 1976.²⁴ Les tendances d'usage ont fait l'objet d'une première enquête épidémiologique en population générale en 1997 et les résultats

²² *Ibid.*, page 101.

²³ M. Jean-Michel Coste, Directeur, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 1^{er} octobre 2001, fascicule no7, pages 31-32.

²⁴ Le chapitre 20 discute plus amplement des approches de politique publique dans divers pays.

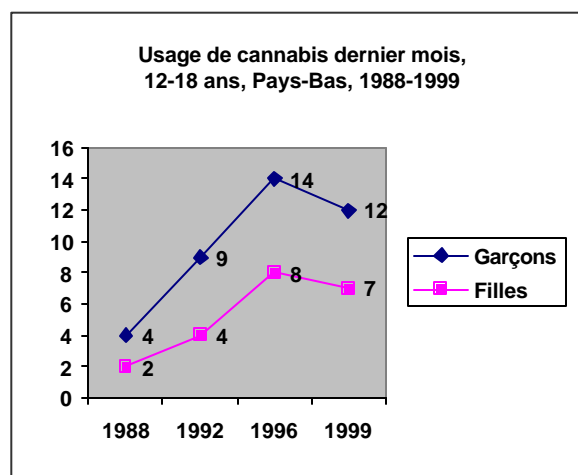
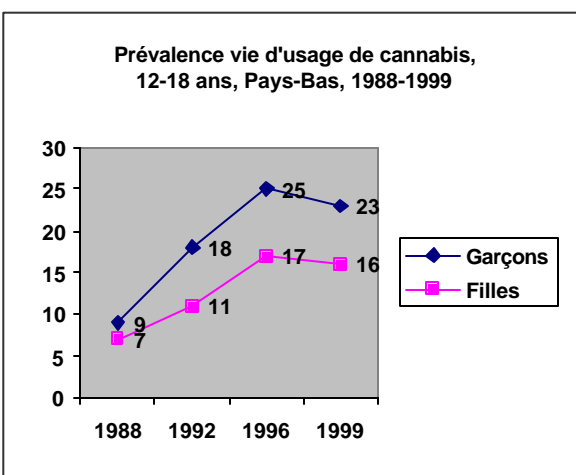
RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

de la seconde (2001) devraient être connus prochainement. Les données indiquent, pour les personnes entre 15 et 64 ans, une prévalence-vie de 19,1 %, une consommation l'année précédente pour 5,5 %, tandis que 2,5 % ont consommé au cours du dernier mois. Les nouveaux expérimentateurs au cours de l'année précédente représentent 1 % de la population et l'âge moyen des usagers est de 28 ans. Chez les 15-34, la prévalence-vie est de 31,8 % et l'usage au cours de la dernière année est de 14,2 %.

Parmi les usagers récents (au cours du dernier mois), la fréquence d'usage se répartit comme suit :

- 45 % ont consommé entre 1 et 4 jours au cours du mois
- 14 % entre 5 et 8 jours
- 15 % entre 9 et 20 jours
- 26 % plus de 20 jours.

Par ailleurs, les Pays-Bas ont mené des enquêtes auprès des étudiants entre 10 et 18 ans depuis 1984. Les données indiquent une augmentation significative de la prévalence-vie et de l'usage courant (dernier mois) comme le montrent les graphiques suivants (seules les données sur les 12-18 sont présentées).²⁵



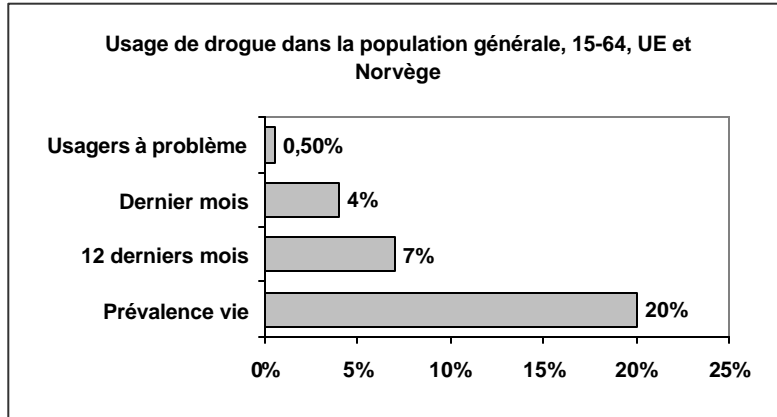
Comme dans les autres études, les garçons sont plus nombreux à consommer et la prévalence augmente avec l'âge : chez les 16-17 ans, la prévalence vie est de 43 % chez les garçons et de 31 % chez les filles et l'usage courant de 22 % et 11 % respectivement.

²⁵ Trimbo-Instituut (2000) *The Netherlands Drug Situation 2000*. Report to the EMCDDA. Disponible en ligne à l'adresse :

http://www.emcdda.org/multimedia/publications/national_reports/NRnetherlands_2000.PDF

Tendances d'usage en Europe, 15-64

Les travaux de l'OEDT sur l'Europe et la Norvège permettent d'établir une gradation révélatrice de la nature des usages de drogues illicites. Le tableau ci-contre porte sur toutes les drogues illicites, mais l'on sait par ailleurs que le cannabis demeure dans tous les pays la drogue de choix pour au moins 90 % des usagers. Il est pertinent pour nos propos puisque, comme nous le verrons plus loin, nous tenterons d'estimer les proportions d'usagers selon les formes d'usage de cannabis au Canada.



Autrement dit, pour environ 50 millions de personnes qui ont expérimenté au moins une fois dans leur vie une drogue illicite, environ 17,5 millions en auraient fait usage au cours des 12 derniers mois, 10 millions au cours du dernier mois, et 0,5 % seraient considérés comme usagers à problème.

Comparaisons internationales

Malgré des différences significatives entre les modes d'enquête (type de questionnaire et de forme de passation), les indicateurs, les années étudiées et les âges, les tableaux suivants fournissent quelques indications précieuses sur la prévalence dans un ensemble de pays.

Le premier tableau donne des informations sur l'année de l'enquête, l'âge des répondants, et les proportions déclarant une prévalence de consommation de cannabis au cours de la vie et au cours de la dernière année. Aux fins de comparaison, nous ajoutons les données de la plus récente enquête ontarienne en population générale.

La prévalence-vie de consommation passe de 10 % en Finlande à 39 % en Australie, tandis que la consommation au cours de la dernière année passe de 1 % en Suède à 18 % en Australie. L'Ontario, avec des taux de 35 % et de 11 % figure parmi les endroits où la consommation de cannabis est la plus élevée.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Prévalence-vie et consommation dans la dernière année, population générale ²⁶

Pays	Année	Mode de collecte	Échantillon	âges	Prévalence - vie	Année dernière
Australie	1998	Mixte	10 000	14 +	39 %	18 %
USA	1999	Mixte	66 706	12 +	35 %	9%
USA	2000	Mixte	71 764	12 +	34 %	8 %
Royaume-Uni	2000	Mixte	13 021	16-60	27 %	9 %
Danemark	2000	Face-à-face	14 228	16-65	24 %	4 %
France	1999	Téléphone	11 526	15-65	23 %	8 %
Belgique	1998-1999	Téléphone	3 311	18-50	21 %	?
Allemagne	2000	Poste	6 332	18-60	21 %	6 %
Irlande	1998	Poste	10 415	15-65	20 %	9 %
Espagne	1999	Face-à-face	12 488	15-65	20 %	7 %
Pays-Bas	1997	Face-à-face	22 000	15-65	19 %	6 %
Suisse	1997	Téléphone	13 004	15-60	19 %	5 %
Grèce	1998	Face-à-face	3 752	15-65	13 %	4 %
Suède	2000	Face-à-face	2 000	15-65	13 %	1 %
Allemagne (est)	2000	Poste	1 430	18-60	11 %	5%
Finlande	1998	Poste	2 568	15-70	10 %	3 %
Ontario	2000	Téléphone	2 406	18 +	35 %	10,8 %

Le second tableau porte spécifiquement sur les jeunes.

Prévalence de la consommation chez les jeunes de 15-16 ans, 1995 et 1999 ²⁷

Pays	Prévalence vie		Dernier mois		> 6 fois le dernier mois	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
USA	34 %	41 %	16 %	19 %	7 %	9 %
RU	41 %	35 %	24 %	16 %	9 %	6 %
France	-	35 %	-	22 %	-	9 %
Irlande	37 %	32 %	19 %	15 %	7 %	5 %
Pays-Bas	29 %	28 %	15 %	14 %	6 %	5 %
Italie	19 %	25 %	13 %	14 %	5 %	4 %
Danemark	17 %	24 %	6 %	8 %	1 %	1 %
Norvège	6 %	12 %	3 %	4 %	1 %	1 %
Finlande	5 %	10 %	1 %	2 %	0 %	1 %
Grèce	2 %	9 %	1 %	4 %	0 %	2 %
Portugal	7 %	8 %	4 %	5 %	1 %	2 %
Suède	6 %	8 %	1 %	2 %	0 %	0 %

²⁶ Tableau adapté de Rigter, H. et M. von Laar (2002) « The Epidemiology of cannabis use. » in Pelc, I. (éd.), *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.

²⁷ Tableau adapté de Rigter et von Laar, *op. cit.*, page 20.

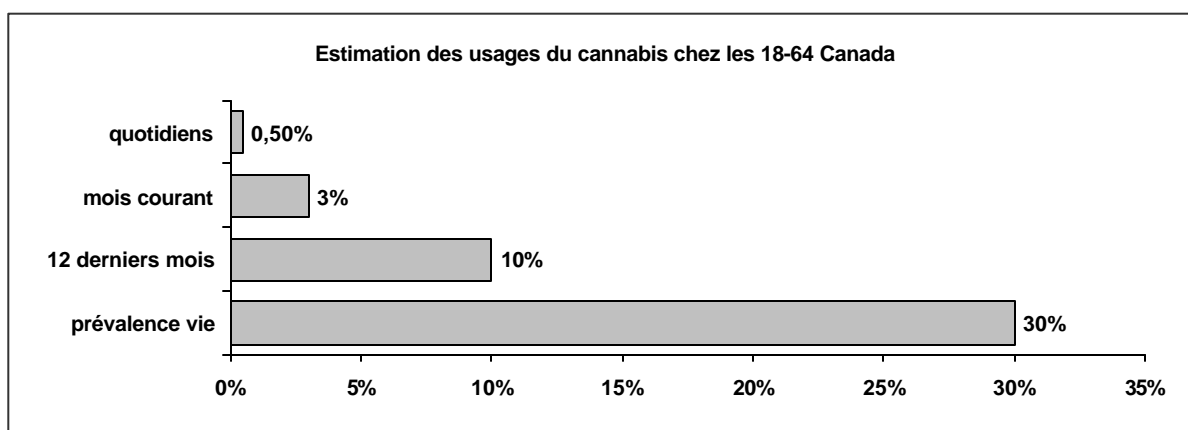
RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Nous ne disposons pas de données immédiatement comparables pour le Canada. Reprenant les données ontariennes, on se souviendra que 40,7 % des étudiants de 10^e en 1995 et 45 % en 2001 avaient consommé au moins une fois au cours de la dernière année. De même, 19 % en 1995 et près de 25 % en 2001 de l'ensemble des élèves de niveau secondaire consommaient plus de 6 fois par mois. On constate donc que, selon toute vraisemblance, les niveaux de consommation au Canada seraient parmi les plus élevés au monde pour cette classe d'âge.

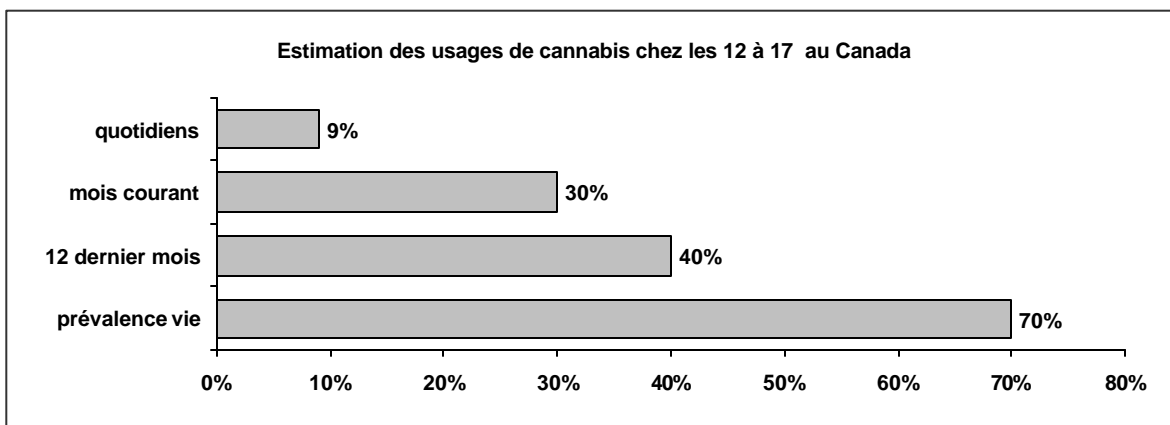
Éléments de synthèse

En l'absence de données récentes fiables sur le plan national, nous ne pouvons que faire des hypothèses. Pour la population de plus de 18 ans, il est permis de penser que la consommation de cannabis se répartirait comme suit :

Si l'on accepte les valeurs présentées dans ce graphique, et se basant sur une population estimée selon le dernier recensement à un peu plus de 20 millions de Canadiens ayant entre 18 et 64 ans, environ 2 millions d'entre eux ont eu au moins une expérience du cannabis au cours des 12 derniers mois, environ 600 000 en ont consommé au cours du dernier mois, et environ 100 000 en consommeraient quotidiennement.



Chez les jeunes entre 12 et 17 ans inclusivement, la situation pourrait ressembler à ce qui suit :



Selon le dernier recensement, la population des 12-17 se situerait à environ 2,5 millions. C'est dire qu'environ 1 million aurait consommé au cours des 12 derniers mois, 750 000 auraient fait usage au cours du dernier mois et 225 000 en feraient un usage quotidien.

Au total, ces tendances épidémiologiques tendent à indiquer plusieurs choses. Au niveau le plus simple, elles démontrent clairement un clivage générationnel et de genre : les personnes de moins de 35 ans consomment davantage que celles de plus de 35 ans et les hommes plus fréquemment que les femmes. Ce sont aussi plus souvent des personnes célibataires. Ces données semblent constantes tant depuis les premières études menées au cours des années 1960 qu'entre pays.

Par ailleurs, on observe aussi des modifications dans la composition des usagers. La part des 30 à 49 tend aussi à augmenter, ce qui pourrait, dans une certaine mesure, conforter l'hypothèse du NIDA selon laquelle on voit arriver ici les premières cohortes des usagers des années 1970. De même, si on avait tendance à identifier les usagers aux personnes de classe ouvrière ou aux chercheurs d'emploi dans les années 60, on note une augmentation chez les personnes ayant un emploi et un niveau d'éducation post-secondaire voire universitaire.

Certains auteurs relient l'usage au fait de vivre dans une zone urbaine – c'est le cas par exemple aux Pays-Bas où l'usage en zone métropolitaine est plus répandu que dans les zones rurales. Ce facteur ne s'applique pas au Canada : en Ontario par exemple, les étudiants à l'extérieur de Toronto consomment plus de cannabis que ceux vivant dans la conurbation torontoise. On associe aussi l'usage de cannabis au fait d'être non pratiquant, de provenir d'une famille où au moins l'un des deux parents a une éducation post-secondaire, et de provenir d'une famille monoparentale.²⁸

L'âge d'initiation pourrait se produire plus jeune que durant les années 70, se situant entre 13 et 15 ans selon les études (environ 14 en moyenne en Ontario) tandis qu'il aurait été plus près des 16 ans. Par contre, l'initiation précoce, comme nous l'avons fait remarquer, serait en recul (2 % contre 8% au début des années 1980 en

²⁸ Voir Rigter, H. et M von Laar (2002) *op. cit.*

Ontario). Si l'âge d'initiation semble être relié à une consommation régulière à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte (18 à 25 ans) comme tendrait à l'indiquer les études américaines, il n'en reste pas moins que la consommation diminue avec l'âge et que le taux de discontinuation est élevé. Pour ceux qui continuent à consommer à long terme, l'âge de discontinuation serait repoussé vers la fin de la trentaine.

À un niveau plus complexe, ces tendances pourraient conforter l'hypothèse de l'OFDT d'une « banalisation » de la consommation de cannabis. On verra à la section suivante qu'un certain nombre de chercheurs – de même que des personnes ayant témoigné devant le Comité – imputent cette « banalisation » à une diminution de la perception des risques liés à la consommation de cannabis (autant les conséquences pour la santé que la possibilité de conséquences judiciaires) et à une augmentation de la disponibilité du cannabis. Au delà d'une banalisation, on pourrait aussi invoquer une forme d'acculturation, au sens où le cannabis en viendrait à faire partie des substances psychoactives comme l'alcool et le tabac, c'est-à-dire des substances dont on apprend à connaître et à gérer les risques.

Au delà encore, on constate que les taux de consommation de cannabis varient largement entre pays sans lien apparent avec les politiques publiques. C'est l'une des hypothèses fortes sur lesquelles nous reviendrons plus amplement lorsque nous examinerons les régimes de politiques publiques au chapitre 20.

FORMES ET MODES D'USAGE

Pourquoi consomme-t-on du cannabis ? En fait, pourquoi les humains ont-ils senti le désir ou le besoin de consommer toutes sortes de substances psychoactives depuis aussi loin que la mémoire remonte ? Ces questions, on s'en doute, sont éminemment chargées de sens symbolique et politique : quand il est question du cannabis, tantôt on insistera sur son aspect « drogue douce », son côté festif et sociable, tantôt on voudra plutôt faire ressortir son inscription dans une trajectoire marginale sinon pré-délinquante et les risques associés au passage vers d'autres drogues. En fait, on connaît somme toute, et étonnamment, bien peu de choses sur les motivations et expériences des consommateurs.

On peut distinguer deux grands groupes d'études : des études socio-anthropologiques cherchant à identifier les pratiques des usagers et certains facteurs du milieu permettant de les mettre en contexte, et des études psychologiques cherchant à relier des facteurs de personnalité et d'origine familiale à la consommation de cannabis. Si les deux types d'études sont tout aussi pertinents pour saisir la nature du phénomène, leurs approches et leurs résultats sont souvent difficiles à concilier. Mais d'abord quelques éléments d'histoire sur les usages du cannabis.

Le cannabis dans l'histoire²⁹

Bien que les itinéraires historiques du cannabis demeurent encore obscurs, des archéologues ont découvert un village chinois où l'on retrouverait la plus ancienne utilisation de la plante de cannabis, soit environ 10 000 ans. Elle était principalement utilisée pour faire des vêtements, des câbles et filets de pêche, du papier, et d'autres fins décoratives. Elle était aussi considérée comme l'une des cinq céréales de la Chine. Vers 2 000 avant Jésus-Christ, on se serait aperçu des propriétés psychotropes et médicinales de l'huile (résine) de cannabis, notamment pour traiter les cas de fatigue menstruelle, de goutte, de rhumatisme, de malaria, de constipation, de manque de concentration et comme anesthésiant. On a identifié aussi des utilisations à caractère religieux, notant que son utilisation permettait de communiquer avec les esprits et d'alléger le corps. Au premier siècle avant Jésus-Christ, les taoïstes utilisaient les graines de cannabis dans leurs encensoirs pour provoquer des hallucinations qu'ils considéraient comme une façon d'atteindre l'immortalité.

Plusieurs historiens attribuent l'origine du cannabis aux Scythes vers le VII^e siècle avant J.C. autour de la Sibérie et de l'Asie centrale du Nord. Selon Hérodote, historien grec ayant vécu au cinquième siècle avant le Christ, la marijuana faisait partie intégrale du culte des morts que les Scythes suivaient pour rendre hommage à la mémoire et à l'esprit de leurs chefs disparus. On a aussi retrouvé des traces de consommation de cannabis, souvent à des fins religieuses, chez les Sumériens ainsi que, selon certains, dans certains passages de la Bible.

La première description ethnographique de l'inhalation de marijuana par des peuples anciens comme stimulant psychotrope a été confirmée par un anthropologue russe, Rudenko, en 1929. Non seulement a-t-il trouvé le corps embaumé d'un homme et un chaudron de bronze rempli de graines de marijuana brûlées, mais il a également trouvé des chemises de tissu de fibres de chanvre et des encensoirs métalliques conçus pour inhaler la fumée de marijuana. Cette activité n'était apparemment pas de nature religieuse mais une activité quotidienne à laquelle participaient les hommes comme les femmes, comme le confirmerait la découverte du corps congelé d'une femme de 2 000 ans dans le même cimetière où Rudenko avait fait sa première découverte. Les archéologues ont trouvé enterré dans un tronc d'arbre creux quelques-unes de ses possessions, dont un petit contenant de cannabis qui aurait été fumé pour le plaisir et utilisé dans des rituels.

En Inde, le cannabis est étroitement associé aux coutumes magiques, médicales, religieuses et sociales depuis des milliers d'années. D'après une légende trouvée dans les Vedas, Siva est décrit comme «le Seigneur du bhang» une boisson faite avec des feuilles de cannabis, du lait, du sucre et des épices. Cette boisson fait encore partie des traditions de certaines castes. Le cannabis y est aussi reconnu pour son utilisation dans

²⁹ Cette section s'inspire largement de Spicer, L. (2002) *Utilisations historiques et culturelles du cannabis et le « débat sur la marijuana » au Canada*, Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Disponible en ligne à : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

les pratiques sexuelles du tantrisme. Environ une heure avant le rituel du yoga, le pratiquant boit un bol de bhang après avoir récité un mantra à la déesse Kali. De même, le « charas » occupe une place particulière dans les cérémonies de prières appelées pujas. Enfin, le cannabis a été utilisé à des fins médicales.

Bien qu'elle ne soit pas originaire de l'Afrique, la plante de cannabis fait partie de traditions religieuses, médicales et culturelles sur presque tout le continent. En Égypte, elle est cultivée depuis plus de 1000 ans, tandis que les premières preuves de sa présence dans les parties centrale et méridionale la situent en Éthiopie du XIV^e siècle où des fourneaux de pipe en céramique contenant des traces de cannabis ont été découverts. En Afrique du Nord, le cannabis a influencé la musique, la littérature et même certains aspects de l'architecture puisque dans certaines maisons une pièce était réservée au kif où les membres de la famille se rassemblaient pour chanter, danser et raconter des récits. La plante était aussi utilisée comme remède contre les morsures de serpent (Hottentots), pour faciliter l'accouchement (Sotho) ou contre l'anthrax, la malaria, la fièvre bilieuse et l'empoisonnement du sang (Rhodésie).

En Amérique du Sud, ce seraient principalement les esclaves importés d'Afrique qui auraient amené le cannabis. Dans les Antilles, notamment en Jamaïque, les travailleurs des Indes orientales ont amené le cannabis, où il est non seulement à usage récréatif mais est intégré à de nombreuses dimensions de la culture jamaïcaine et au culte rastafari notamment.

Quant à l'Amérique du Nord, on ne sait pas au juste quand les propriétés psychotropes du cannabis ont été découvertes. Certains pensent qu'il jouait un rôle dans plusieurs cultures autochtones, d'autres doutent qu'il ait jamais joué un rôle important. La preuve la plus ancienne de l'existence du cannabis en Amérique du Nord remonte à Louis Hébert, apothicaire de Champlain, qui a fait connaître le cannabis aux colons blancs en 1606, essentiellement comme fibre servant à faire des vêtements, des cordages, des voiles et des câbles de bateau. Ses propriétés psychotropes n'auraient cependant été découvertes qu'au XIX^e siècle. Entre 1840 et 1900, il a été utilisé dans la pratique médicale dans presque toute l'Amérique du Nord. Il était prescrit pour diverses affections telles la rage, le rhumatisme, l'épilepsie, le tétanos et comme relaxant musculaire. Son utilisation était d'ailleurs tellement répandue que des préparations de cannabis étaient vendues librement dans les pharmacies.

La première étude du cannabis a été effectuée en 1860 par la *American Governmental Commission*. Le Dr Meens, présentant les constatations de la Commission à la *Ohio State Medical Society* disait :

[Traduction] « *Les effets du cannabis sont moins intenses que ceux de l'opium et les sécrétions ne sont pas tout à fait supprimées par son utilisation. La digestion n'est pas perturbée ; l'appétit a tendance à augmenter ; l'effet du chanvre dans son ensemble est moins violent et produit un sommeil plus naturel, sans nuire au fonctionnement des organes internes ; il est certainement préférable à l'opium dans bien des cas et il ne se compare pas à cette drogue sur les plans de la force et de la fiabilité.* »³⁰

³⁰ Cité dans Spicer, *op. cit.*, page 29.

En même temps, d'autres médecins critiquaient son utilisation en raison de la variabilité et de l'incertitude de ses effets. Quant à ses utilisations récréatives, elles semblent avoir été notées pour la première fois au début du XXe siècle, et ont rapidement fait l'objet de préoccupations sociales, notamment en raison de l'association du cannabis aux travailleurs mexicains puis aux noirs américains, renforçant des craintes quant à ses effets criminogènes et aphrodisiaques. La Californie a été le premier état à prohiber la possession de cannabis en 1915. Le Canada en a fait autant en 1923, tandis que les États-Unis en interdisaient la possession à partir de 1937. Pourtant, dès 1944, le rapport La Guardia, de l'État de New York, insistait sur les effets inoffensifs du cannabis. Il sera suivi des rapports de la Commission Le Dain au Canada et de la Commission Schafer aux États-Unis au début des années 1970. Sur la scène internationale, le cannabis était interdit par la Convention unique de 1961 (dont il sera plus amplement question au chapitre 19).

Au Canada, l'utilisation massive du cannabis s'est manifestée à partir des années 1960. Auparavant, le phénomène était à peu près invisible et il n'y avait eu que 25 condamnations pour possession de cannabis entre 1930 et 1946. En 1962, la GRC rapportait 20 cas liés au cannabis. Puis ce fut l'explosion que l'on connaît : 2 300 cas en 1968 et 12 000 condamnations liées au cannabis en 1972. Selon la Commission Le Dain, on peut attribuer l'évolution soudaine de l'utilisation du cannabis aux hippies, à la guerre du Vietnam, aux journaux clandestins, et à l'influence des mass média. S'ajoute à ces grands courants de contre-culture l'ouverture sur le monde dans les deux sens : de plus en plus de jeunes Canadiens voyagent, cependant que le Canada reçoit lui aussi de plus en plus de visiteurs et d'immigrants. Depuis lors, à l'exception de quelques années, l'utilisation du cannabis à des fins non médicales s'est accrue, comme nous l'avons vu dans la section précédente.

Trajectoires d'usages

La plupart des études distinguent les usages selon les quantités et la fréquence de consommation. Ainsi par exemple, le rapport de l'OFDT, comme nous l'avons vu à la section précédente, distinguait entre les usages (expérimental, occasionnel, répété, régulier et intensif), la fréquence de la consommation (nombre de fois par mois) et ses modalités (seul ou en groupe, le matin ou le soir) étant des indicateurs privilégiés pour les usages à risque. Pourtant, cette connaissance de certaines caractéristiques de la consommation, notamment chez les jeunes, indique peu de choses sur la suite. Arrêtant le temps à un moment donné de l'histoire de l'utilisateur, elles ne permettent pas de savoir ce qui se passe ensuite. Ces données ne permettent pas, par exemple, de répondre à la question de savoir si une consommation de cannabis initiée à l'adolescence s'inscrit sur une trajectoire qui mène vers une consommation accrue. Or, un certain nombre d'intervenants qui ont témoigné devant le Comité nous ont dit observer une dépendance chez les usagers de cannabis. De même, certains documents

gouvernementaux, aux USA notamment, n'hésitent pas à pointer dans cette direction en mesurant la demande de traitement et en rapportant que la demande de traitement pour dépendance au cannabis est en augmentation. Par exemple, des documents que nous ont remis les responsables américains sur les drogues indiquent que 40 % des personnes dépendantes selon les critères diagnostics du DSM IV (dont il sera question au chapitre suivant) ont un diagnostic primaire de dépendance au cannabis.³¹ À moins de penser que la dépendance s'installe après quelques usages occasionnels, force est de penser qu'un nombre relativement important de jeunes qui s'initient au cannabis à l'adolescence poursuivront une trajectoire d'usagers qui les mènera à la dépendance.

Mais qu'en est-il vraiment ? Quelles sont les trajectoires des usagers ? Quelles en sont les étapes ? Peut-on discerner une progression ?

Soulignons d'abord, avec le professeur Mercier, que la notion de trajectoire est elle-même un peu inexacte.

« La notion de trajectoire est d'abord basée sur le principe de base que les individus passeront par un certain nombre d'étapes ou de phases successives. Il est vrai que la notion de trajectoire est un peu fautive. Une trajectoire est un peu une métaphore de la trajectoire des planètes et des étoiles, c'est-à-dire quelque chose de très orienté et dans un mouvement continu. Le mot « trajet » serait plus juste. Dans un trajet, il y a des détours et des allers-retours, etc. Il faut donc garder à l'esprit que cette notion de trajectoire n'est pas nécessairement linéaire, mais qu'il y aura différentes modalités et différents sentiers, « journeys » est le terme le plus juste pour décrire les rapports qu'un individu aura avec les substances psychotropes au cours de sa vie. Il y a aussi une autre notion importante. On parle de trajectoires, de phases, d'étapes, mais il y a des transitions, des moments charnières où les individus passeront d'une étape à une autre. »³²

Certains, comme le rapport de l'INSERM, parlent de phases de contact, d'expérimentation, et d'engagement. Le contact c'est le fait de connaître des personnes qui en consomment ou de voir du cannabis. L'expérimentation, c'est bien sûr le fait d'essayer, qui peut se limiter à une seule fois. Enfin, l'engagement réfère à diverses modalités de gérer l'usage, allant de l'engagement relatif où l'usage subit des variations importantes à l'engagement réel où il y a moins de variations. Le rapport précise que ces trois étapes ne se présentent pas dans toutes les trajectoires ni ne se succèdent toujours de manière cohérente. De surcroît, il y aura souvent des périodes d'arrêt, suivies de reprise ou d'un arrêt définitif. Néanmoins, selon l'INSERM, « les engagements constituent probablement l'étape la plus importante si l'on désire comprendre à quoi correspondent les usages du cannabis. C'est cependant sur ces engagements que les données semblent les plus inconsistantes, la plupart des travaux portant sur l'initiation. »³³

³¹ Office of National Drug Control Policy (2002) *National Drug Control Strategy*. Washington, DC : The White House.

³² Professeure Céline Mercier, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 10 décembre 2001, fascicule no 12, page 6.

³³ INSERM (2001) *op. cit.*, page 28.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

En effet, les données sur l'engagement dans une utilisation demeurent très fragmentaires de sorte qu'au delà de quelques généralités on connaît somme toute peu de choses sur les modalités et trajectoires d'usage du cannabis. En fait, tout se passe comme si l'on était d'abord préoccupé de classer les usagers selon le degré de risque de dépendance qu'ils présentent, ou de leur appliquer un modèle déjà tout fait. Lors de son témoignage devant le Comité, la professeure Mercier a rappelé les cinq étapes du schéma classique de la toxicomanie : initiation, installation progressive dans l'abus, dépendance, traitement et réinsertion. Pourtant, comme elle le souligne, ce n'est là qu'une des trajectoires possibles, celle qui a été la plus fréquemment étudiée en matière de drogues (notamment alcool, héroïne et cocaïne), et qui cependant ne s'applique que très peu au cas du cannabis. Il est certain en tout cas qu'il y a, au sein des usagers de cannabis, une grande variabilité d'usages.

Les données épidémiologiques présentées à la section précédente indiquent déjà que la consommation de cannabis diminue de façon importante avec l'âge. Plus précisément, le taux de discontinuation est important comme le démontre le tableau suivant.

Taux de discontinuation (pourcentage des usagers vie qui n'ont pas consommé au cours de l'année précédente), USA, 1996³⁴

Groupe d'âge	Femmes	Hommes
12-17	26 %	20 %
18-25	54 %	39 %
26-34	82 %	74 %
35 +	91 %	82 %

À l'opposé, le taux de continuation est relativement faible : il est de 24 % aux USA en 2000, 17 % au Danemark, 29 % en France et en Allemagne (ouest), 24 % en Suisse et 8 % en Suède. La seule exception est l'Australie avec un taux de continuation de 46 %.

Ceci étant, ces données ne disent rien de la durée pendant laquelle se poursuit cette continuation de la consommation de cannabis ni de la fréquence de l'usage ni des quantités consommées. Les études épidémiologiques tendent à établir que la plupart des usagers discontinuent au cours de la trentaine, mais seules des études de type ethnographique peuvent nous renseigner davantage. Malheureusement il en existe peu.

Le rapport de l'INSERM décrit des études menées en Australie, en France, et aux États-Unis. La plupart révèlent l'évolution vers des usages régulés du cannabis, c'est-à-dire des usages à la fois stabilisés – moins de variations dans les consommations – et

³⁴ Rigter, H. et M. von Laar, *op. cit.*, page 27.

des usages qui sont plus intégrés aux conditions sociales d'existence, c'est-à-dire à la vie de couple et à la vie professionnelle. Une proportion importante des consommateurs réguliers sur la longue durée sont des hommes, ont plutôt tendance à être célibataires et à travailler dans des professions liées à la création. La plupart disent consommer pour relaxer et soulager le stress, favoriser le sommeil, ou modifier leurs états de conscience.³⁵

Au Canada, Hathaway a mené une étude sur des consommateurs réguliers.³⁶ Menée sur base d'entretiens qualitatifs entre octobre 1994 et juin 1995, l'étude porte sur un échantillon de 30 consommateurs réguliers (15 hommes et 15 femmes) âgés entre 22 et 47 ans (moyenne de 32 ans). Les participants avaient consommé pendant des périodes entre 3 et 31 ans, la moyenne étant de 17 ans ; 40 % avaient fait un usage quotidien pendant 20 ans ou plus. Ses données vont largement dans le sens de ce que suggère l'INSERM. Les consommateurs au long cours intègrent leur consommation régulière de cannabis à leur vie quotidienne et à leurs activités sociales tout en conservant la conscience de la valeur symbolique de cette « déviance tolérée ». Si la plupart ont commencé au contact d'un petit groupe d'usagers qui a pu leur servir plus ou moins longtemps de support, les consommateurs les plus en harmonie avec leur usage de la drogue sont ceux qui ont développé une régulation autonome de leur usage.

[Traduction] « Dans cette étude, j'ai observé que le passage d'un mode de consommation dépendant du niveau de participation aux usages de groupe à un mode régulé de manière autonome est crucial dans la relation entretenue avec la marijuana. (...) l'usage continu de la drogue ne signifie pas une incapacité à s'engager dans des rôles adultes conventionnels. Plutôt, la capacité d'adapter l'usage de marijuana aux autres dimensions d'une vie par ailleurs conventionnelle rend la pratique plus signifiante sur un plan personnel que les pratiques antérieures dépendantes de l'appartenance au groupe d'usagers. »³⁷

Cette acculturation de la drogue se produira, pour un certain nombre d'usagers, après une période d'abstinence plus ou moins prolongée pendant laquelle ils prendront leur distance par rapport au groupe d'usagers. Il leur est alors possible de définir pour eux-mêmes la place de leur consommation dans leur vie. Tous les participants à l'étude avaient d'ailleurs réussi à intégrer leur consommation à leur situation de vie familiale ou professionnelle. Les usagers associent leur consommation de drogue principalement aux temps libres et à la relaxation après une journée de travail, certains la comparant à la place de l'alcool. Bien que 97 % en faisaient un usage au moins hebdomadaire et 37 % un usage quotidien, seulement 7 % (2 personnes) définissaient leur usage comme problématique. La plupart passaient par des périodes d'abstinence ou de diminution de leur consommation sans ressentir de difficultés.

³⁵ INSERM (2001), *op. cit.*, pages 55-58.

³⁶ Hathaway A. D. (1997a) « Marijuana and lifestyle : exploring tolerable deviance. » *Deviant Behavior : An Interdisciplinary Journal*, 18, pages 213-232 ; et (1997b) « Marijuana and tolerance : revisiting Becker's sources of control. » *ibid.*, pages 103-124.

³⁷ Hathaway, A.D. (1997a), *op. cit.*, page 219.

Une autre étude, rapportée par Rigter et von Laar,³⁸ a été menée dans l'État de New York sur une cohorte de consommateurs suivis sur une période de vingt ans. Cette étude a permis d'identifier quatre types de consommateurs :

- Début précoce / usage intensif: commencent vers 15 ans et deviennent des usagers réguliers vers 17,5 ans; connaissent une consommation quotidienne en moyenne pour une durée de 131 mois; 49 % consomment encore vers 34-35 ans ;
- Début précoce / usage léger : commencent vers l'âge de 15 ans mais sont moins nombreux (44 %) à passer à un usage quotidien (d'une durée de 28 mois en moyenne); seuls 10 % d'entre eux consomment encore à 34-35 ans ;
- Début médian / usage intensif: commencent vers 16 ans; deux tiers deviennent usagers quotidiens (durée moyenne de 42 mois) et consomment encore à l'âge de 34-35 ans ;
- Début tardif / usage léger : commencent à l'âge de 19,5 ans et une minorité deviennent usagers journaliers (21 %). Presque tous discontinuent vers 34-35 ans.

Au total, l'étude démontrait qu'il y avait nettement plus d'usagers légers que d'usagers intensifs. Ceux-ci avaient une scolarité inférieure, allaient moins souvent à l'église, avaient un passif délinquant plus fréquent, et changeaient plus souvent d'emploi. Les usagers précoces démontraient une tendance plus élevée à des épisodes de délinquance et des désordres mentaux, avaient commencé à boire et à fumer du tabac plus tôt, avaient davantage tendance à expérimenter d'autres drogues, et une tendance à identifier des raisons positives pour consommer de la marijuana.

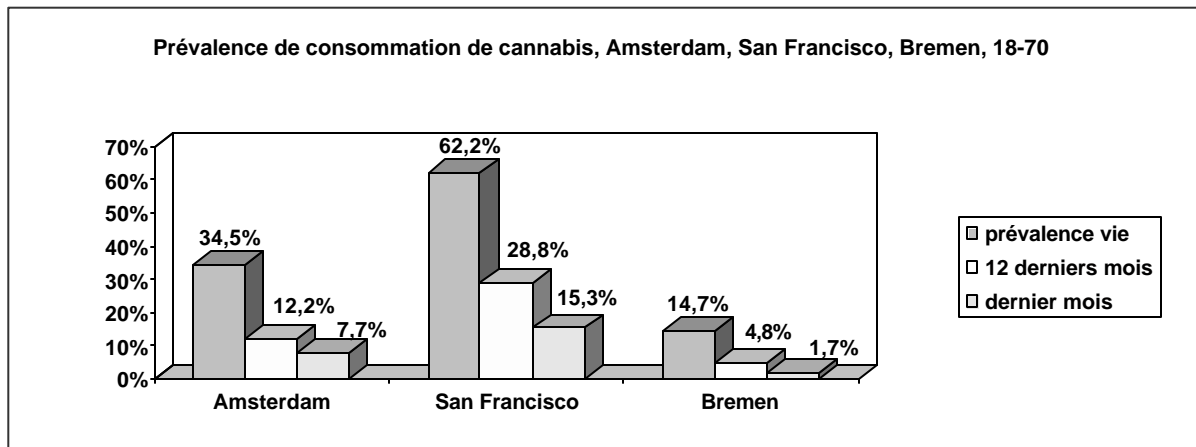
Mais il est risqué de proposer des typologies car les frontières sont fluides et les usagers passent d'un type de consommation à l'autre assez facilement. C'est ce que démontre notamment l'étude comparative de Cohen et Kaal menée à Amsterdam, San Francisco et Bremen.³⁹

³⁸ Rigter, H. et M. von Laar, *op. cit.*, pages 28-29.

³⁹ Cohen, P.D.A. et H.L. Kaal, (2000) *The irrelevance of drug policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the population of Amsterdam, San Francisco and Bremen.* Amsterdam : University of Amsterdam, CEDRO.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

L'étude porte sur un échantillon de consommateurs expérimentés composé de 216 personnes à Amsterdam, 265 à San Francisco et 55 à Bremen. L'intérêt de la méthode sophistiquée de sélection des répondants à partir des enquêtes épidémiologiques menées en population générale pour ces villes est de permettre d'établir la prévalence de l'usage. La figure suivante reproduit ces données.



L'âge moyen des participants variait entre 33 et 37 ans, la plupart avaient un conjoint et un emploi stable. L'âge moyen d'initiation au cannabis dans les trois villes était de 16 ans, soit à un plus jeune âge que chez les personnes qui n'ont qu'une exposition occasionnelle au cannabis (21,2 à Amsterdam, 19,5 à Bremen). La plupart ont été initiés par des amis et ont consommé en groupe lors de leur première expérience. À 19 ans, ils en faisaient un usage régulier (au moins une fois par mois) et leur usage le plus intensif était vers 21,5 ans. Les trajectoires d'utilisation ont été déterminées à partir de six modèles :

- 1) Du plus vers le moins : après une période de consommation intense au début, la personne diminue graduellement sa consommation.
- 2) Graduellement plus : la personne augmente régulièrement son usage.
- 3) Stable : les quantités et la fréquence n'ont pas changé.
- 4) Up top down : la consommation augmente, atteint un plateau et diminue ensuite.
- 5) Intermittente : arrêts fréquents après l'initiation.
- 6) Variable : consommation en dents de scie.

Comme l'indique le tableau suivant, pas moins de 75 % des répondants dans les trois villes correspondent aux modèles 4 (48,7 %) et 6 (25 %).

Modèles de consommation chez les usagers réguliers⁴⁰

	Amsterdam		San Francisco		Bremen	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Modèle 1	17	8	18	7	-	-
Modèle 2	13	6	17	6	6	11
Modèle 3	24	11	5	2	5	9
Modèle 4	104	48	133	50	24	44
Modèle 5	7	3	25	9	2	4
Modèle 6	51	24	66	25	18	33

À la période la plus intense de leur consommation, environ 45 % consommaient régulièrement. Par ailleurs, au cours de la dernière année, environ 35 % consommaient moins d'une fois par semaine et plus de 35 % pas du tout. Au cours des trois derniers mois, plus de 50 % n'ont pas consommé du tout, et moins de 10 % consommaient sur une base journalière. Quant aux quantités, les auteurs de l'étude concluent qu'ils sont faibles : à leur période d'usage intensif, moins de 18 % fumaient plus d'une once par mois, tandis qu'au cours de la dernière année, environ 60 % fumaient moins de 4 grammes (1/7 once) par mois. Les usagers se répartissent à peu près également entre ceux qui préfèrent un cannabis moyen ou doux et ceux qui préfèrent une variété plus puissante (avec une plus nette préférence pour les variétés douces à Amsterdam). Les usagers entourent leur consommation d'un certain nombre de règles : ne fument pas au travail ou à l'école (plus de 35 %), durant le jour, ou le matin.

La plupart des usagers au long cours ont eu des périodes d'abstinence variant entre un mois et un an ou plus, le plus souvent parce qu'ils ne sentent plus le besoin ou le goût de fumer. Par ailleurs, entre le tiers et la moitié ont décidé de réduire leur consommation à divers moments.

On voit donc que les trajectoires des usagers ne suivent pas une progression linéaire, qu'elles sont marquées par des périodes clés d'intégration de la consommation aux dimensions de la vie sociale et personnelle, de distanciation par rapport au groupe d'usagers, de stabilisation de la place de la marijuana dans la vie personnelle, avec des périodes de consommation intenses surtout en début de trajectoire suivies de périodes soit de diminution, soit de hauts et de bas en termes de fréquence et de quantités.

Facteurs reliés à l'usage

Faisant suite logiquement avec ce que nous avons vu à la section précédente, les études sur les facteurs pouvant expliquer l'usage de drogues, de cannabis en particulier, portent principalement sur l'initiation ou l'expérimentation.

Le rapport de l'INSERM examine un ensemble d'études sur les facteurs pouvant expliquer l'usage de cannabis : l'influence du milieu familial (usage par les parents,

⁴⁰ *Ibid.*, page 48.

socialisation, modes éducatifs parentaux, qualité des liens parents enfants, modèles parentaux), des pairs (valeurs symboliques de la consommation, normes), et des milieux scolaire et social.⁴¹ Il n'en tire pas de conclusion claire, mais note que les études arrivent peu ou mal à tenir compte de l'inscription des usagers dans des milieux sociaux et conséquemment des impacts différentiels sur l'usage tenant de la variabilité des stress sociaux ainsi que des modalités d'intégration. Ajoutons aussi que ces études ne tiennent pas compte des trajectoires d'usage.

Observons d'abord avec *Drugscope* que l'approche épidémiologique à l'analyse de la consommation de drogues, de cannabis en particulier, repose sur un modèle médical d'analyse de la prévalence de maladies, alors que les raisons (qui ne sont pas nécessairement des causes) à l'usage de drogues peuvent très bien être étrangères au domaine médical et plus largement au modèle psychosocial. L'attribution de la dépendance – entendue ici au sens d'une maladie – à des facteurs tenant à la relation entre le lieu de contrôle (*locus of control*) et l'environnement a des conséquences aussi bien pour la compréhension du phénomène que pour les politiques publiques. Le rapport de cet organisme britannique présente un tableau des explications de l'usage de drogues que nous croyons utile de reproduire ici.

Attributions pour expliquer l'usage de drogues⁴²

Attribution	Explication de sens commun	Politiques publiques en découlant
Interne x stable	L'usage de drogues est une maladie (modèle de la dépendance)	Modèle du traitement
Interne x instable	L'usage de drogues est la recherche périodique du plaisir	Modèle de réduction de la demande (remplacer les drogues par autre chose)
Externe x stable	Des carences dans l'environnement expliquent l'usage de drogues	Modifier l'environnement
Externe x instable	La disponibilité des drogues explique l'usage	Modèle de la réduction de l'offre

Il ne faut pas perdre de vue en effet qu'en matière de substances psychoactives, le modèle médical de la maladie est encore un modèle de compréhension dominant et qu'il forme l'autre partie de la réponse publique avec le modèle pénal.⁴³ Comme on nous l'a répété à plusieurs reprises, les drogues, le cannabis en particulier, ne sont pas dangereuses parce qu'elles sont illégales, mais elles sont illégales parce que dangereuses.

⁴¹ INSERM (2001) *op. cit.*, pages 28-50.

⁴² DrugScope (2001) *United Kingdom. Drug Situation 2000*. Report to the EMCDDA, page 19.

⁴³ Là dessus, voir par exemple les travaux de Bergeron, H. (1996) *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soin entre idéologie et action*. Paris : L'Harmattan ; et Barré, M.D., M.L. Pottier et S. Delaître (2001) *Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales*. Paris : OFDT.

Nous aurons l'occasion de commenter cette affirmation plus amplement dans les chapitres suivants.

Pour l'instant, il suffit de retenir que les tentatives d'explication de l'usage de drogues passent le plus souvent par la recherche de déficiences dans la personnalité ou dans l'environnement plutôt que par une recherche de compréhension des choix faits par les usagers.

Parmi les facteurs reliés au lieu de contrôle, les études identifient principalement :

- L'influence des pairs : les premiers usages seraient fonction de l'influence d'autres jeunes dans l'entourage ;
- L'influence du milieu familial : un milieu familial où la supervision parentale ferait défaut, où la consommation de drogues serait tolérée, où des membres de la fratrie ou les parents seraient criminalisés, et où les parents sont eux-mêmes consommateurs ;

Parmi les facteurs reliés à l'environnement, les études citent :

- La disponibilité et l'accessibilité des drogues : plus les drogues sont disponibles, plus la consommation sera élevée ;
- La tolérance sociale : plus l'usage de drogues est accepté, plus les niveaux de consommation seront élevés ;
- La perception du risque : moins les risques de désapprobation sociale, ou les risques perçus sur la santé, ou les risques de judiciarisation sont élevés, plus la consommation sera élevée.

Selon le rapport *Monitoring the Future* il ne fait pas de doute que les perceptions et attitudes qu'ont les jeunes à l'égard des drogues sont déterminantes des niveaux de consommation, ce qui en retour doit déterminer les politiques publiques :

[Traduction] « Au début des années 1990 nous avons observé une augmentation de l'usage d'un certain nombre de drogues illicites chez les élèves de niveau secondaire et des changements importants de certaines attitudes et croyances clés relativement à l'usage de drogues. (...) Spécifiquement, la proportion d'entre eux qui considéraient que l'usage de drogues présentait des risques avait commencé à diminuer ainsi que la proportion de ceux qui étaient en désaccord avec l'usage. Comme nous l'avions alors prédit, ces changements annonçaient la fin de l'amélioration de la situation des drogues que la nation avait fini par prendre pour acquise. L'usage de drogues illicites augmenta significativement à chacun des trois niveaux après 1992, tandis que les attitudes et opinions négatives continuaient de prendre du plomb dans l'aile. Cette tendance s'est poursuivie pendant quelques années. »⁴⁴

Et plus loin :

⁴⁴ Johnston, L.D., et coll., (2001) *op. cit.*, page 6.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

[Traduction] « Nous pouvons résumer les données sur les tendances comme suit : pendant plus d'une décennie – de la fin des années 1970 au début des années 1990 – l'usage de drogues illicites avait diminué de façon appréciable chez les élèves de douzième année, et de manière encore plus importante chez les étudiants de collège et les jeunes adultes. Ces améliorations substantielles – qui semblent largement explicables par des modifications dans les attitudes au sujet de l'usage de drogues, les croyances relatives aux risques associés à l'usage, et les normes des pairs – ont des implications très importantes en ce qui concerne les politiques. La première est que les comportements d'usage des jeunes américains sont malléables – ils peuvent être modifiés. Cela a été fait auparavant. La seconde est que les facteurs relatifs à la demande semblent avoir joué un rôle déterminant dans les modifications constatées. Les niveaux de disponibilité de la marijuana tels que les rapportent les élèves de fin du cycle secondaire sont demeurés relativement stables au cours de la période de l'étude. (De plus, les abstinents et ceux qui discontinuent l'usage disent que ni le prix ni la disponibilité ne sont des raisons importantes dans leurs décisions.) D'ailleurs, la perception de la disponibilité de la cocaïne augmentait tandis que l'usage de cocaïne et de crack chutait brutalement et que les risques associés à l'usage de ces drogues augmentaient significativement. (...) Au fil des ans, cette étude a démontré que les changements dans les risques perçus et la désapprobation de l'usage ont été des causes de modification dans les niveaux d'usage de diverses drogues. Ces croyances et ces attitudes sont certainement influencées par le niveau et la nature des messages publics au cours de la période de croissance de ces jeunes. La diminution significative de l'intérêt porté à la question des drogues au début des années 1990 peut aider à expliquer pourquoi la perception des risques et la désapprobation chez les adolescents ont commencé à diminuer. »⁴⁵

En d'autres termes, la désapprobation sociale – par les campagnes gouvernementales d'information par exemple – peut générer des attitudes de rejet de l'utilisation qui seront renforcées par des actions susceptibles d'augmenter les risques reliés à l'utilisation (par exemple les risques d'arrestation).

On trouve un exemple d'application de cette approche au Canada dans une étude réalisée à Terre-Neuve et Labrador sur un échantillon de 3 293 personnes.⁴⁶ Le questionnaire comportait des questions sur les activités (en famille, travail domestique, activités parascolaires, travail scolaire, sports, travail, vie religieuse), la disponibilité du cannabis, l'utilisation par les parents, les pairs, et soi-même, les normes parentales et des pairs sur l'utilisation du cannabis, les préférences et normes personnelles sur le cannabis. L'analyse de variance porte sur l'interaction entre ces diverses variables pour expliquer l'usage personnel de cannabis. Le modèle dans son ensemble n'explique que 57 % de l'usage sur l'échantillon provincial, dont 65 % pour les garçons et 54 % pour les filles. Les résultats montrent que l'utilisation par les pairs est le principal facteur relié à l'usage personnel (29 % de la variance), suivi par les préférences personnelles (elles-mêmes influencées par les normes des pairs), les normes personnelles et le fait d'avoir des tâches domestiques. La disponibilité n'est pas directement reliée à l'usage et passe par l'usage et les normes des pairs. L'usage parental est fortement relié à la

⁴⁵ *Ibid.*, page 30.

⁴⁶ Wasmeier, M., et coll., (2000) *Path analysis survey of substance use among Newfoundland and Labrador Adolescents. Marijuana / haschich and Solvent use*. Memorial University of Newfoundland.

disponibilité perçue. Les auteurs concluent que ce modèle a des implications claires pour les interventions visant à prévenir l'usage de cannabis :

[Traduction] « Dans l'échantillon provincial, l'usage par les pairs, les normes des pairs, la disponibilité, les préférences personnelles et les normes personnelles comptent pour 56 % de 57 % d'usage personnel prédit par le modèle. Les normes des pairs et la disponibilité passent par l'usage par les pairs, de sorte que les normes personnelles, les préférences personnelles et l'usage par les pairs sont des cibles importantes pour les interventions. Parmi ces variables, les préférences personnelles et l'usage personnel sont celles qui contribuent le plus à la prédiction de l'usage personnel, comptant ensemble pour 48,8 % de la variance. Il est intéressant de noter qu'une partie importante de la disponibilité est prédite par l'usage parental, suggérant que l'usage de cannabis ou de haschich chez les pairs proviendrait de source parentale. Il s'agit là d'une cible pour les stratégies d'intervention. Le modèle suggère que les sources d'influence sur les variables cibles devraient faire partie de toute stratégie d'intervention. »⁴⁷

Tenant compte des limites du modèle ainsi que de la différenciation entre les genres et les districts de santé de la province quant au poids relatif des variables explicatives, il faut se demander si ce type d'analyse reflète adéquatement les usages, incluant les premiers usages. De plus, au vu des tendances internationales d'usage d'une part, ainsi que des études sur les usagers d'autre part, on peut s'interroger sur les postulats de ce type de modèle mécanique basé sur une rationalité des acteurs.

Enfin, Aquatias et coll. ont réalisé une étude sur l'usage du cannabis dans les cités de la banlieue parisienne.⁴⁸ L'intérêt de cette étude tient à la distinction fine que les auteurs font entre les formes d'usage du cannabis sur le double registre des caractéristiques des usagers d'une part et du discours idéologique d'autre part. Les auteurs montrent à la fois qu'il existe des usages durs d'une drogue douce et que les usages des classes moyennes, associés le plus souvent dans l'imaginaire collectif aux formes d'usage convivial, en groupe et intégrés, tandis que ceux des jeunes des banlieues sont associés à l'excès et à la dérégulation, ne correspondent pas à la réalité des faits. Les uns comme les autres, en fonction des facteurs de leur environnement, développeront des usages régulés aussi bien que dérégulés.

L'étude révèle en effet qu'à côté de l'indétermination sociale reliés aux conditions d'existence dans la cité et de l'intégration professionnelle, des facteurs relatifs aux pressions du milieu de vie et à la capacité de conserver ou non une certaine autonomie par rapport aux sociabilités locales jouent un rôle important dans la détermination des modes et formes d'usage.

⁴⁷ *Ibid.*, page 15.

⁴⁸ Aquatias, S., (1999) « Usages du cannabis et situations sociales. Réflexion sur les conditions sociales des différentes consommations possibles de cannabis. » in Faugeron, C. (éd.) *Les drogues en France*. Paris : Georg. Pour l'étude originale : Aquatias, S. et coll. (1997) *L'usage dur des drogues douces, recherche sur la consommation de cannabis dans la banlieue parisienne*. Paris : OFDT.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

« Nous avons essayé de comprendre ce qui fondait ces différents usages et noté combien l'indétermination sociale – l'absence de valorisation sociale et de ressources monétaires suffisantes pour acquérir une relative autonomie – qui touche ces jeunes joue sur leurs parcours de fumeurs de cannabis.

Pourtant, dans de même situations de faible accès au marché du travail et aux ressources, certains fument sans excès, d'autres pas du tout et d'autres consomment de façon outrancière. De même, parmi ceux qui travaillent, certains consomment de manière conséquente et avec régularité du cannabis à fort taux de principe actif et d'autres ont des usages régulés et relativement faibles.

L'indétermination sociale est bien sûr un facteur explicatif des usages les plus importants, de même que l'intégration professionnelle apparaît bien comme un facteur de régulation des pratiques. Mais ces deux facteurs, chacun étant le versant de l'autre, ne constituent que le contexte global des comportements de consommation prolongée et intensive du cannabis.

(...)

Parmi les personnes en situation d'indétermination sociale, celles qui consomment de manière importante et prolongée sont aussi celles qui, dans la cité, sont soumises aux plus fortes tensions sociales, que ce soit des problèmes de réputation, des suivis judiciaires, des problèmes familiaux... (...).

Au contraire, ceux qui régulent leurs consommations sont ceux qui sont à la fois bien intégrés à la vie de la cité et qui ont réussi à préserver une certaine autonomie par rapport aux sociabilités locales. »⁴⁹

L'étude propose une grille de lecture⁵⁰ des usages que nous reproduisons ici d'autant plus qu'elle nous inspirera pour notre propre classification des usagers.

	Usages régulés solitaires	Usages régulés en groupe	Usages solitaires dérégulés	Usages déréglés en groupe
Consommation forte	Après le travail	Ennui	Problèmes personnels	Festivités, vacances
Consommation moyenne ou faible	Avant le travail	Consommation courante de soirée		
	Après le travail	Ennui		

Notons finalement que l'étude distingue entre quatre types de consommation :

- Consommation ponctuelle qui va de l'initiation aux usages récréatifs ;
- Consommation quotidienne modérée : de 3 à 5 joints par jour soit environ un gramme ;
- Consommation quotidienne conséquente (ou forte) : 5 à 6 joints par jour, soit entre 0,9 et 1,2 grammes ;
- Consommation quotidienne intensive : plus de 1,2 gramme par jour.

⁴⁹ Aquatias, S. (1999) *op. cit.*, pages 48-49.

⁵⁰ *Ibid.*, page 45.

Éléments de synthèse

Nous retenons principalement de l'analyse des histoires de vie des consommateurs et de leurs « trajectoires » que pour cette proportion variant entre 15 % et 20 % des expérimentateurs qui s'installeront dans une consommation régulière, les modalités et formes de cette « carrière » d'usager sont effectivement très variables mais que, pour une proportion importante de ces usagers au long cours, la consommation est intégrée à la vie sociale et personnelle.

Par ailleurs, et contrairement à ce que laissent penser un certain nombre de travaux de recherche, la consommation de cannabis n'est pas déterminée par une série de caractéristiques uniquement individuelles ou d'ordre psychologique, mais ni non plus uniquement d'ordre environnemental. Quel que soit le milieu d'appartenance, des circonstances qui demeurent pour partie ponctuelles et propres à l'histoire de chacun mènent parfois à des usages dérégulés, caractérisés notamment par une consommation intensive et en solitaire. Cette installation dans des usages dérégulés semble la plupart du temps temporaire mais nous n'avons pas croisé d'étude qui permettrait de conclure là dessus.

D'autre part, nous observons aussi que les attitudes sociales envers le cannabis ainsi que les caractéristiques du marché du cannabis semblent avoir peu d'impact sur les tendances de consommation.

Enfin, et surtout, nous retenons que l'installation dans une trajectoire d'usage régulier ne signifie pas nécessairement usage à problème. En même temps, il est vraisemblable qu'une initiation précoce et une installation hâtive dans une consommation régulière peuvent être des facteurs de risque vers une situation de consommation à problème. Pour le dire autrement, et ce sera important pour les choix de politiques publiques et d'interventions, l'âge précoce à l'initiation (moins de 16 ans) et l'installation hâtive dans une consommation quotidienne (moins de 20 ans) sont des marqueurs qui devraient servir au dépistage et à la prévention des consommations abusives. Nous y reviendrons au chapitre 7.

UNE ESCALADE VERS D'AUTRES DROGUES ?

La question de l'escalade (ou de l'introduction) occupe une place importante dans les débats sur la marijuana. L'on craint en effet que la consommation de cannabis ne mène vers la consommation d'autres drogues, notamment les drogues dites dures telles l'héroïne ou la cocaïne.

« La conséquence logique est que la hausse de la consommation de drogues entraînera une augmentation du nombre de personnes qui en subiront les conséquences. On pense que le cannabis est la drogue avec laquelle la plupart des jeunes s'initient à la consommation d'autres drogues. (...) Le concept de passerelle existe depuis longtemps et même si l'on ne possède aucune preuve concluante, le National Institute on Drug Abuse a signalé que d'après les résultats de recherches neurotoxicologiques la marijuana pourrait altérer le cerveau au point d'accroître la vulnérabilité à d'autres drogues. De nombreuses personnes estiment que la consommation de cannabis est un point de départ pour ceux et celles qui cherchent à accentuer les effets psychotropes d'une drogue. »⁵¹

Il convient d'abord de clarifier les termes. La version de l'escalade (*stepping stone* en anglais) soutient que la consommation de cannabis mène inexorablement vers la consommation d'autres drogues. Dans cette version, la consommation de cannabis entraînerait des modifications neurophysiologiques, affectant notamment le système dopaminergique (autrement appelé le système de récompense) créant ainsi le besoin de passer à la consommation d'autres drogues. Cette théorie a été amplement rejetée par la recherche. C'est la conclusion que nous partageons de plusieurs organismes internationaux de recherche sur les drogues, dont l'organisme britannique *DrugScope* :

[Traduction] « *La théorie de l'escalade s'avère intenable et ne repose sur aucune preuve concrète. La "preuve" que les usagers d'héroïne ont souvent commencé par fumer du cannabis n'est pas surprenante et ne réussit pas à démontrer pourquoi la très grande majorité des usagers de cannabis ne progressent jamais vers des drogues comme le crack ou l'héroïne. La théorie de l'escalade (que le public confond souvent avec la théorie de la porte d'entrée) a été rejetée par la recherche scientifique. La notion que le cannabis "causerait" l'usage de drogues nuisibles a été et devrait être rejetée entièrement. »⁵²*

La théorie de la porte d'entrée (*gateway*) suggère que les trajectoires des usagers les amènent à faire face à des choix lorsqu'ils entrent dans une trajectoire de consommation et que l'un de ces choix sera d'utiliser ou non d'autres drogues. Selon cette version, certains facteurs tels une initiation précoce ainsi qu'une consommation

⁵¹ M. J. Boyd, président du Comité sur la toxicomanie et sous-chef du Service de police de Toronto, Association canadienne des chefs de police, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, fascicule 14, page 75.

⁵² DrugScope (2001) *Evidence to Home Affairs Committee Inquiry into Drug Policy*. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.drugscope.org.uk/druginfo/evidence-select/evidence.htm>

plus régulière et plus intensive renforceront cette possibilité. Par ailleurs, ces facteurs eux-mêmes, et notamment une initiation précoce au cannabis, sont reliés à des facteurs antérieurs, tenant du milieu familial et des conditions sociales d'existence, qui prédisposent les jeunes plus vulnérables à cette initiation précoce et à l'installation plus rapide d'une consommation régulière et intensive.

[Traduction] « *Selon cette explication, le lien entre l'usage de cannabis et d'autres drogues reflète le fait qu'un certain nombre de facteurs de risques et de trajectoires de vie prédisposent les jeunes à utiliser du cannabis et que ces mêmes facteurs se superposent avec des trajectoires qui les prédisposent à utiliser d'autres drogues.* »⁵³

En plus de ces facteurs prédisposant certains jeunes à une consommation plus intensive de substances psychoactives – dont l'alcool et le tabac en premier lieu – les conditions sociologiques dans lesquelles les usagers peuvent se procurer du cannabis font en sorte qu'ils sont en contact avec un milieu au moins marginal sinon criminalisé. Les revendeurs sont souvent les mêmes personnes qui vendent aussi héroïne, crack, amphétamines, cocaïne, ou ecstasy de sorte que les probabilités que le jeune usager de cannabis, déjà plus vulnérable par les facteurs de sa trajectoire personnelle, sera plus facilement en contact avec ces autres substances. Ajoutons aussi que grossistes et revendeurs «coupent» ou même mélangent les produits : on nous a dit à certaines occasions que l'ecstasy par exemple pouvait contenir bien autre chose que du MDMA.

De plus, s'il est vrai que la consommation de substances telles l'héroïne ou la cocaïne passe presque obligatoirement par la consommation préalable de marijuana, elle passe aussi par la consommation d'autres substances, notamment la nicotine et l'alcool qui seraient davantage les portes d'entrée d'une trajectoire d'usager que le cannabis.

Si l'on revient aux tendances d'usage des drogues dans la population, alors que plus de 30 % ont une expérience de consommation de cannabis, moins de 4 % ont consommé de la cocaïne et moins de 1 % de l'héroïne.

Par ailleurs, il est vrai que les usagers réguliers et intensifs sont plus susceptibles que les occasionnels de consommer d'autres substances. L'étude de Cohen et Kaal⁵⁴ discutée à la section précédente démontre par exemple que plus de 90 % des usagers de cannabis au long cours ont aussi consommé du tabac et de l'alcool au cours de leur vie, mais surtout que 48 % à Amsterdam et 73 % à San Francisco ont consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie, et 37 % à Amsterdam, 77 % à San Francisco et 47 % à Bremen ont consommé des hallucinogènes au moins une fois. Néanmoins aucun des usagers réguliers de cannabis ne faisait un usage régulier d'autres substances. Les auteurs indiquent aussi que la séquence la plus fréquente est l'alcool (vers 14 ans), le tabac (vers 15 ans), le cannabis (vers 17 ans), suivi des autres drogues au début de la vingtaine.

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ Cohen et Kaal, *op. cit.*, pages 92-93.

Nous sommes d'avis que les données disponibles démontrent que **ce n'est pas le cannabis en soi qui mène vers la consommation d'autres drogues** mais la combinaison des facteurs suivants :

- Des facteurs reliés à l'histoire personnelle et familiale qui prédisposent à une entrée précoce sur une trajectoire de consommation de substances psychoactives commençant avec l'alcool ;
- Une initiation précoce au cannabis, plus précoce que la moyenne des expérimentateurs, et une installation plus rapide dans une trajectoire de consommation régulière ;
- La fréquentation d'un milieu marginal ou déviant ;
- La disponibilité des diverses substances chez les mêmes revendeurs.

CANNABIS, VIOLENCE ET CRIMINALITÉ

Il est évident qu'il existe une certaine association entre les substances psychoactives et la criminalité. Il est tout aussi évident que ce lien est beaucoup plus complexe qu'on ne le dit parfois, comme l'a souligné le professeur Brochu lors de son témoignage devant le Comité.

« Seulement à mon bureau de l'Université de Montréal, 2 973 études tentent d'établir un lien entre les substances psychoactives et la criminalité. La majorité de ces études viennent des États-Unis ou de pays anglophones, et cela a pour effet de teinter quelque peu la vision des choses parce qu'on sait que nos voisins américains ont opté pour une approche répressive dans le domaine des drogues illicites. Ce qui ressort de l'ensemble de ces études, c'est la complexité du lien entre la drogue et le crime. »⁵⁵

Depuis son témoignage, le professeur Brochu a rendu publique l'étude dont il a fait mention au Comité.⁵⁶

On peut examiner la relation drogue – criminalité sous au moins trois angles : les effets de la substance elle-même, les effets du coût de la substance, et l'appartenance de la drogue au monde illicite.

Une proportion importante des contrevenants a des problèmes reliés à l'abus de substances psychoactives, l'alcool au premier plan. De fait, l'étude conclut que l'alcool est la substance la plus fréquemment associée aux délits de violence ; dans le cas des délits contre la propriété, ce sont les drogues illicites qui dominent. Le cannabis venait

⁵⁵ Professeur Serge Brochu, Université de Montréal, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 10 décembre 2001, fascicule 12, page 18.

⁵⁶ Pernanen, K. et coll., (2002) *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

au troisième rang (3 à 6 % selon l'étude), loin derrière l'alcool (24 %) et la cocaïne (8 à 11 %).

Sur la seconde approche, les auteurs établissent qu'entre 17 % et 24 % des détenus ont commis une infraction pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de la substance de choix, la plupart du temps de la cocaïne.

Enfin, sur la troisième approche, le fait que les drogues illicites soient marginalisées fait en sorte d'exposer les usagers à un milieu déviant. Nous avons noté à la section précédente que, concernant le cannabis, le fait que les revendeurs puissent offrir de l'héroïne ou du crack en même temps que du cannabis peut favoriser une trajectoire de passerelle vers ces autres drogues. De la même manière, le fait que ces substances soient illégales peut contribuer à amener des personnes vers une trajectoire délinquante. De plus, le milieu du trafic de drogues est un milieu relativement violent où se commettent toute une série d'infractions. Enfin, le seul fait de vendre du cannabis constitue en soi une infraction pénale et l'on sait qu'un certain nombre de personnes sont incarcérées pour cette raison (du moins si la quantité est supérieure à 30 grammes).

Au total, le cannabis en soi ne mène pas à une trajectoire délinquante et c'est plutôt l'inverse qui pourra se produire : une personne s'inscrivant jeune dans une trajectoire de délinquance sera plus rapidement exposée aux drogues illicites et pourra expérimenter plus tôt et s'installer plus tôt dans une carrière de consommateur.

De plus, en raison même de ses effets psychoactifs relaxants et euphorisants et de ses effets moteurs sur le relâchement du tonus musculaire, le cannabis est peu propice à entraîner des actes de violence.

Les données des études sur les consommateurs à long terme confirment ce portrait d'ensemble sur la relation entre cannabis et criminalité. Ainsi, Cohen et Kaal ont observé que moins de 5 % de leurs répondants avaient commis des infractions pour obtenir du cannabis (menus larcins, vol à l'étalage, vols). L'infraction la plus fréquemment commise pour obtenir du cannabis était d'en vendre.

En somme, le Comité retient que le cannabis n'est pas une cause de violence ni de criminalité sauf dans de rares cas et à l'exception bien entendu de la conduite sous l'influence dont il sera question au chapitre 8.

CONCLUSIONS

Nous retenons de l'ensemble des informations sur les tendances, modes, contextes, trajectoires et conséquences sociales de l'usage de cannabis ce qui suit :

Conclusions du chapitre 6	
Sur les tendances d'usage	<ul style="list-style-type: none">➤ L'infrastructure de connaissance nationale sur les tendances et contextes d'usage est fondamentalement faible et doit être renforcée d'urgence.➤ Les données épidémiologiques disponibles indiquent que près de 30 % de la population (12 à 64 ans) a une expérience vie du cannabis.➤ Environ 10 % ont une prévalence au cours de l'année précédente.➤ Jusqu'à 30 % des usagers de l'année dernière sont des usagers courants (au cours du mois).➤ Environ 15 % des usages du dernier mois sont des usagers quotidiens.➤ La consommation est la plus importante entre 16 et 24 ans.➤ Chez les jeunes de niveau secondaire, la prévalence au cours de l'année est plus élevée, à environ 40 %.
Sur les trajectoires	<ul style="list-style-type: none">➤ La prévalence de l'usage mensuel chez les jeunes est d'environ 30 %.➤ La prévalence de l'usage quotidien chez les jeunes est d'environ 9 %.➤ L'âge d'initiation est en moyenne à 15 ans.➤ La plupart des expérimentateurs discontinuent l'usage.➤ Les usagers réguliers ont généralement une initiation plus précoce.➤ Les usagers à long terme ont le plus souvent une trajectoire de consommation en dents de scie.➤ Les consommateurs réguliers à long terme connaissent leur période de consommation intense au début de la vingtaine.➤ La plupart des usagers à long terme intègrent leur consommation à leurs activités familiales, sociales et professionnelles.
Sur la passerelle	<ul style="list-style-type: none">➤ Le cannabis n'est pas, en soi, une cause de consommation d'autres drogues.➤ La consommation de cannabis peut être une porte d'entrée en raison de l'illégalité qui met en contact avec d'autres substances.

Sur la violence et la criminalité

- **Le cannabis n'est pas en soi une cause de délinquance et de criminalité.**
- **Les jeunes qui ont une trajectoire de consommation régulière et intensive ont souvent déjà une inscription dans une trajectoire déviante sinon délinquante**
- **Le cannabis n'est pas une cause de violence.**

CHAPITRE 7

LE CANNABIS : EFFETS ET CONSÉQUENCES

Le cannabis, nous l'avons vu au chapitre 5, agit sur le système nerveux central et sur des systèmes périphériques de diverses manières. Si la recherche a permis d'établir assez clairement le rôle de certaines des composantes du cannabis, et notamment du Δ^9 THC qui en est le principal élément actif, l'on connaît moins le rôle des autres composants du cannabis. De même, la recherche, souvent menée sur des animaux en laboratoire ou de manière encore plus pointue sur des molécules extraites aux fins d'expérimentation, ne tient pas compte des conditions dans lesquelles la marijuana sera consommée par l'utilisateur moyen. On a vu que, dans certains cas, les dosages utilisés aux fins d'expérimentation sur des animaux en laboratoire, notamment pour déterminer les effets chroniques de l'usage régulier, portent sur des doses inimaginables pour des humains, équivalant à 570 cigarettes de marijuana par jour. Puisque le contenu en THC est très variable selon les arrivages de cannabis sur le marché, puisque les consommateurs en font des usages diversifiés selon les lieux et les circonstances, et sachant aussi que des caractéristiques individuelles sont en interaction avec les effets réels du cannabis, la connaissance des effets en sera nécessairement affectée.

De manière encore plus technique, il convient de souligner qu'une association statistique – c'est-à-dire le fait que deux faits soient concomitants – ne signifie nullement relation de causalité. Pour que l'on puisse faire une inférence de causalité, il faut satisfaire à un certain nombre de prérequis méthodologiques : en plus de l'association statistique, l'on doit pouvoir écarter le hasard, repousser des hypothèses alternatives, et démontrer que le facteur causal précède bel et bien la conséquence imputée. Selon l'OMS :

[Traduction] « *Des inférences causales peuvent être faites à partir de données de recherche en évaluant dans quelle mesure la « preuve » satisfait aux critères largement reconnus. Ceux-ci incluent la force de l'association, sa consistance, sa spécificité, la relation dose-réponse, la plausibilité biologique et la cohérence avec d'autres connaissances. Ces critères ne sont pas suffisants pour établir qu'une association est causale, mais plus on satisfait de critères, plus il est vraisemblable qu'il s'agit d'une association qui est causale.* »¹

¹ World Health Organization (1997), *op. cit.*, page 3 ; voir aussi sur cette question : Hall, W. (1987) « A simplified logic of causal inference » *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, pages 507-513.

Par ailleurs, une tradition forte de philosophie de la connaissance scientifique soutient qu'on ne peut jamais prouver une hypothèse, tout au mieux peut-on la falsifier – c'est-à-dire rejeter – des hypothèses alternatives.²

Pour tenter de répondre à ces exigences de la causalité, les chercheurs ont élaboré des méthodes de recherche sophistiquées, prévoyant notamment la sélection aléatoire des sujets à l'étude, l'assignation aléatoire aux conditions expérimentales et aux conditions sans traitement expérimental (groupe de contrôle), l'utilisation de techniques du double aveugle et du placebo, et le contrôle fin de variables intervenantes qui peuvent représenter autant d'hypothèses alternatives que l'on essaie ainsi d'éliminer. C'est ainsi par exemple que l'on tente, la plupart du temps, de tester les médicaments qui sont mis sur le marché.

Pour la plupart des questions impliquant le comportement humain, a fortiori en société, l'on peut difficilement et rarement établir une telle relation de causalité pour la simple raison que l'on peut rarement satisfaire à chacune de ces exigences méthodologiques. Dans le cas qui nous occupe sur les effets de l'usage du cannabis, les contraintes méthodologiques sont particulièrement évidentes. On ne peut tirer un échantillon aléatoire des usagers de cannabis puisqu'on n'en connaît pas la population. Il faut donc recourir à des méthodes alternatives de sélection des sujets (volontaires par exemple). On peut difficilement faire fumer du cannabis à des personnes qui n'en auraient jamais consommé³ sans risquer de contrevenir à certaines règles d'éthique voire aux dispositions légales. Et si l'on a recours à des fumeurs déjà expérimentés, il se produit nécessairement une contamination du groupe de contrôle. Le cannabis que l'on utilise en laboratoire peut être totalement différent de celui que consomment les usagers qui se le procurent sur la rue. Et les conditions de laboratoire contrôlé ne reproduisent certainement pas les modes d'usage du cannabis dont on sait qu'il est la plupart du temps une forme de rituel social. Quant aux études – et elles sont nombreuses – menées sur des échantillons d'animaux (singes, souris, rats...) – elles peuvent être intéressantes mais les possibilités de transposer leurs résultats aux humains sont limitées. Notons enfin que, la plupart des fumeurs de cannabis étant aussi des fumeurs de tabac et des consommateurs d'alcool, il est difficile de dissocier les effets des uns et des autres.

Cela n'empêche pas évidemment les chercheurs de mener des études, et c'est d'ailleurs nécessaire. Par contre, cela oblige les chercheurs à la plus grande prudence dans l'interprétation de leurs résultats, notamment quant à la capacité de généraliser à l'ensemble des usagers de marijuana et de tirer des inférences causales. Prudence que l'on ne retrouve pas toujours, tant s'en faut, comme ce chapitre le montrera à l'envi.

² Là dessus, les travaux de Karl Popper, notamment : (1978) *Logique de la découverte scientifique* Paris : Payot et (1985) *La connaissance objective* Bruxelles : Complexe.

³ Il est même un peu ironique que le National Institute on Drug Abuse (NIDA) aux USA finance des études qui comportent le fait de faire fumer des gens alors que l'Institut croit que le cannabis est une drogue d'entrée : voir par exemple l'étude de Haney, M. et coll. (1999) « Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans » *Psychopharmacology*. 141, pages 395-404.

Notons enfin la distinction entre effets et conséquences. Fumer du cannabis a des effets immédiats, certains physiologiques d'autres psychosociaux, que nous devons décrire. Mais fumer du cannabis, surtout de manière répétée, peut aussi avoir des conséquences, certaines proximales – par exemple la capacité à mener certaines tâches ou la capacité à conduire un véhicule – et d'autres plus distales – par exemple si le fait de fumer du cannabis entraîne des risques plus élevés de cancer du poumon ou s'il affecte la mémoire de manière durable.

Nous sommes conscients de ce que ces distinctions peuvent avoir d'arbitraire dans la mesure où l'humain est un tout, un organisme intégré dans son environnement affectif et social et dans son écosystème. Les effets physiologiques, psychologiques et sociaux sont en interaction les uns avec les autres, ils s'interpénètrent, s'influencent, et agissent ensemble plutôt que séparément. D'une certaine manière, ces distinctions demeurent le reflet de notre incompetence, du moins de notre incapacité, à penser les divers systèmes de l'humain ensemble, dans leur globalité. Cette même incompetence peut, pour partie aussi, expliquer les difficultés que nous avons à concevoir une politique sur les drogues. D'autres après nous arriveront, souhaitons-le, à produire une approche intégrée, holistique. Pour l'heure, nous en sommes réduits à utiliser les moyens à notre disposition, ceux de la connaissance fragmentée.

Une dernière note préliminaire. Nous avons eu la préoccupation constante de rester rigoureux. Pour autant, nos ressources ne nous permettaient pas d'être exhaustifs et d'examiner une à une les études sur l'ensemble de ces questions. Au total, on sait qu'environ dix mille études ont été publiées au cours des quarante dernières années sur le cannabis ! Certes, comme le souligne Nelson, « (Traduction) *Bien que le volume total de littérature sur ce sujet soit tout simplement immense au premier abord, l'examen révèle rapidement que beaucoup d'études sont répétitives et que les auteurs renvoient constamment à un petit nombre de textes.* »⁴ Ceci étant, nous ne pouvions faire l'économie de l'examen d'un certain nombre de ces études. C'est pourquoi nous avons commandé la préparation d'un rapport de synthèse⁵ et avons aussi examiné des synthèses de la littérature scientifique qui ont été préparées ces dernières années.⁶

Ce chapitre se divise en cinq sections. La première rassemble un ensemble d'affirmations sur les effets présumés de la marijuana que le Comité a entendues ou qui ont été portées à sa connaissance par ses recherches. Les trois sections suivantes examinent d'abord les effets aigus du cannabis, puis tour à tour ses conséquences physiologiques et neurologiques, psychologiques, et sociales. En raison de son importance et de la place centrale qu'elle occupe dans les préoccupations sociales et

⁴ Nelson, P.L. (1993) « A critical review of the research literature concerning some biological and psychological effects of cannabis » in Advisory Committee on Illicit Drugs (eds.) *Cannabis and the law in Queensland : A discussion paper*. Brisbane : Criminal Justice Commission of Queensland.

⁵ Wheelock, B. (2002) *op. cit.*

⁶ Notamment les rapports déjà mentionnés de l'INSERM (2001), *op. cit.* et de la Conférence scientifique internationale sur le cannabis (2002) ; ainsi que le rapport du National Institute of Medicine aux USA et le livre édité par le professeur Kalant, l'un de nos témoins.

politiques, nous examinons ensuite spécifiquement la question de la dépendance qui peut découler d'une consommation prolongée de cannabis.

EFFETS ET CONSÉQUENCES DU CANNABIS : CE QU'ON NOUS A DIT

Au cours de nos audiences, de nombreux témoins nous ont fait part de leurs connaissances sur les effets du cannabis. Certaines de ces connaissances provenaient de leurs propres travaux de recherche. D'autres provenaient de leurs expériences professionnelles. D'autres enfin étaient soit des interprétations de la littérature scientifique, soit des anecdotes. Dans cette section, nous ne faisons pas de distinction entre les témoignages, nous n'en évaluons pas la validité. Nous voulons uniquement faire ressortir la richesse en même temps que la complexité de ce qui nous a été dit.

« Le premier message est que les drogues, y compris le cannabis, sont nocives. (...) De nombreuses conceptions erronées circulent au sujet de la consommation de cannabis. Une forte consommation a incontestablement des conséquences néfastes sur la santé. Ces conséquences se traduisent la plupart du temps par des troubles respiratoires, un manque de coordination physique, des problèmes de développement pendant la grossesse et après la naissance, des troubles de mémoire et des troubles cognitifs, sans compter les effets psychiques. (...) »⁷

« D'une façon générale, la marijuana (cannabis) et ses dérivés sont décrits comme des drogues douces pour les différencier des préjudices connus associés aux autres drogues illicites. Cette approche, en dépit de ses dangers, fonctionne et contribue à l'incompréhension, à la désinformation et à l'accroissement de la tolérance à l'égard de sa consommation. La marijuana est une drogue puissante aux effets variés. Ses consommateurs sont sujets à divers problèmes de santé comme les lésions respiratoires, la réduction de la coordination physique, les préjudices à la grossesse et au développement postnatal, la réduction de la mémoire et des fonctions cognitives et divers effets psychiatriques. La consommation de marijuana est associée à la médiocrité au travail et en classe de même qu'aux problèmes d'apprentissage chez les jeunes. Elle est internationalement connue comme drogue d'introduction. Ses facteurs de risque d'assuétude sont comparables à ceux des autres formes de toxicomanie. (...) La communauté internationale en est venue à un consensus visant à placer la marijuana, tout comme les autres intoxicants, sous contrôle. Cette décision repose sur des preuves de sa nocivité pour la santé humaine et de son potentiel de création de dépendance. »⁸

⁷ Témoignage de Michael J. Boyd, président du Comité sur la toxicomanie et Directeur adjoint du Service de police de Toronto, pour l'Association canadienne des Chefs de police, Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, fascicule no 14, page 74.

⁸ M. Dale Urban, sergent-détective, Service de police de Regina, pour l'Association canadienne des policiers et policières, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, lundi 28 mai 2001, fascicule 3, page 47. Notons immédiatement que la dernière affirmation est totalement fautive comme nous le verrons aux chapitres 19 et 12 sur les conventions internationales et la législation canadienne qui ont placé le

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

« J'aimerais brièvement passer en revue deux des effets dont la nocivité, je crois, a été relativement bien établie, et quelques autres effets qui font l'objet d'importantes théories. (...) L'effet de la marijuana qui est, de loin, le plus constant et le plus net est la perturbation de la mémoire à court terme. C'est la mémoire que l'on qualifie généralement de « mémoire de travail ». Elle touche le mécanisme du cerveau qui est responsable de la préservation, à court terme, de l'information nécessaire à l'exécution de tâches complexes qui exigent planification, compréhension et raisonnement. La perturbation relativement grave de la mémoire de travail peut contribuer à expliquer pourquoi les sujets intoxiqués à la marijuana éprouvent de la difficulté à maintenir une chaîne d'idées ou à suivre une conversation. (...) Manifestement c'est un problème pour quelqu'un qui va à l'école drogué. (...) Il est de plus en plus clair que le cannabis est une drogue dont les consommateurs réguliers deviennent dépendants, et que cela a des effets nocifs sur un nombre de gens. »⁹

« Il a été démontré que la marijuana est associée à la conduite dangereuse et aux accidents. Les preuves suggèrent que la marijuana contribuerait à un nombre significatif de blessures et de mortalité routière au Canada. Il a été démontré qu'elle a des effets négatifs sur le développement académique et social de certains adolescents. L'usage chronique peut être associé aux maladies pulmonaires telles la bronchite, l'emphysème et le cancer. Certaines personnes peuvent développer une psychose, et d'autres symptômes tels l'anxiété, la dépression et la panique se produisent. On sait que la marijuana est addictive. Bien que variable, le taux d'addiction varie entre 5 et 10 %. J'aimerais souligner que la toxicomanie est une maladie et que la marijuana peut mener à la toxicomanie chez certaines personnes génétiquement prédisposées. »¹⁰

« D'après les témoignages, 95 % des personnes qui fument de la marijuana au Canada en font un usage faible, occasionnel et modéré. Leur consommation n'a pas d'incidence d'ordre sanitaire pour autant qu'il s'agisse d'adultes en santé. Les 5 % qui restent sont des usagers chroniques, des personnes qui fument une cigarette de marijuana ou plus par jour. S'ils persistent, ils finiront par contracter une bronchite chronique attribuable au simple fait de fumer. La même chose leur arriverait s'ils fumaient l'herbe de leur pelouse. Du simple fait qu'ils inhalent la fumée résultant de la combustion d'un matériau, ils causent des dommages à leurs voies respiratoires. Il y a trois grands groupes de personnes vulnérables : les femmes enceintes, et à ce moment-là, c'est à notre avis une question qui doit se régler entre la femme et son médecin ; les handicapés mentaux, particulièrement les schizophrènes paranoïaques (...) et, chose plus importante, les jeunes n'ayant pas atteint la maturité. La consommation de marijuana chez les jeunes – particulièrement sur une base régulière – semble nuire à leurs études et au processus de

cannabis sur les listes de drogues contrôlées dès 1923, sans savoir à cette époque aucune connaissance de ses effets physiques ou psychologiques, et pour de tout autres raisons, lorsque raisons il y avait.

⁹ Dr Mark Zoccolillo, professeur de psychiatrie et professeur adjoint de pédiatrie, Université McGill et Hôpital pour enfants de Montréal, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, deuxième session de la trente-sixième législature, 16 octobre 2000, fascicule no 1, page 77.

¹⁰ Dr Bill Campbell, président, Société médicale canadienne sur l'addiction, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 mars 2002, fascicule no 14, page 56.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

maturation. Comme c'est le cas de toutes les substances intoxicantes, il est recommandé de ne pas en consommer avant d'avoir atteint la maturité. »¹¹

« Des études récentes menées par le Center for Substance Abuse Prevention des États-Unis font ressortir certains des risques liés à la consommation du cannabis. Nous savons déjà que la consommation du cannabis a des effets nocifs sur de nombreux systèmes dont le système respiratoire, le système moteur, la mémoire et le système immunitaire, et qu'elle crée la dépendance ainsi que la tension. De nombreuses études démontrent maintenant l'existence d'un syndrome de sevrage chez les consommateurs chroniques de cannabis qui cessent de consommer cette drogue. (...) Des recherches indiquent que la consommation de cannabis nuit au développement du fœtus. (...) Permettez-moi maintenant de vous parler d'un trouble de l'attention qui prend la forme d'une déficience du balayage visuel et des fonctions connexes. Le balayage visuel se développe en particulier au début de l'adolescence et l'on craint que la consommation de cannabis puisse déclencher une déficience à cet égard. »¹²

« Un certain nombre d'effets négatifs ont été suscités en laboratoire ou observés auprès des consommateurs à long terme (...). La consommation de cannabis présente évidemment des risques et des conséquences négatives pour la santé, mais la majorité de ces risques n'apparaissent que dans des circonstances bien particulières. Ils sont associés à une consommation constante et fréquente et doivent donc être compris dans ce contexte. On s'accorde pour dire que le symptôme dit de dépendance ou de sevrage peut apparaître chez les grands consommateurs chroniques, mais il est tout à fait limité à ce petit groupe. (...) Le rapport précurseur de Hall et de ses collègues australiens (...) ont conclu que l'on peut atténuer sensiblement les principaux risques de la consommation du cannabis en évitant de conduire sous l'effet de cette substance, en évitant une utilisation chronique et quotidienne et en évitant d'inhaler profondément la fumée. Voilà les principaux facteurs qui permettent d'éviter la plupart des dangers et des risques liés à la consommation. »¹³

« Quoi qu'il en soit, nous parlons de dérivés de plantes qui contiennent un certain nombre d'alcaloïdes psychoactifs. Les effets psychoactifs comprennent principalement une euphorie légère et une altération de la notion du temps. Une désorientation et des crises de panique peuvent aussi se produire. On dit aussi que l'appréciation de la musique et de l'art est meilleure à l'instar de l'appétit. Ce dernier élément semble important pour l'un des prétendus bienfaits, à savoir l'atténuation des effets de la cachexie liée au sida et de la nausée qui accompagne les traitements de chimiothérapie. (...) Parce que le cannabis est habituellement fumé, il comporte les mêmes effets aigus et chroniques que le tabac, dont l'irritation des voies respiratoires, la toux, et, probablement en raison d'une utilisation à long terme, la bronchite, la bronchopneumonie chronique obstructive et le cancer du poumon et du pharynx. La consommation de cannabis affaiblit le système immunitaire, mais son incidence sur la santé est probablement mineure. (...) Par ailleurs des études menées chez les animaux ont révélé des répercussions sur le système de

¹¹ M. John Conroy, avocat, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 mars 2002, fascicule no 14, page 11.

¹² Dr Colin Mangham, Directeur, Prevention Source BC., témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 17 septembre 2001, fascicule no 6, page 71.

¹³ Dr Benedikt Fischer, professeur, département des sciences de la santé publique, Université de Toronto, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 17 septembre 2001, fascicule no 6, page 9.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

reproduction. (...) Ces résultats sont bien sûr pertinents pour l'humain, mais des études menées chez ces derniers n'ont pas encore démontré une incidence négative mesurable, à part des répercussions sur le comportement et le développement des enfants nés de mères qui ont fumé du cannabis durant la grossesse. (...) Beaucoup de documents existent au sujet de l'incidence du cannabis sur la cognition. La mémoire à court terme est touchée et l'utilisation à long terme peut mener à un mauvais fonctionnement chronique et mesurable de la fonction cognitive, bien que cela puisse résulter d'une intoxication chronique persistante plutôt que d'une détérioration de la substance du cerveau. Le cannabis a aussi une incidence négative sur les habiletés psychomotrices. Il est d'ailleurs contre-indiqué de conduire ou de faire fonctionner de l'équipement lourd sous l'effet du cannabis. Encore une fois, contrairement à l'alcool, le cannabis a tendance à ralentir les conducteurs au lieu de les faire accélérer. De même, il est rare que les fumeurs de cannabis soient impliqués dans des cas d'agression et de violence physique. Le cannabis peut déclencher des symptômes de la schizophrénie chez les personnes atteintes de cette maladie ou du trouble schizophréniforme. La documentation fait aussi état de crises de panique et dysphorie. On avait prétendu que le cannabis provoquait l'apparition du syndrome amotivationnel, mais les chercheurs ont rejeté cette idée au cours des dernières années. (...) Des préoccupations ont été soulevées avec raison à propos de la consommation de cannabis sur le développement des adolescents. Il s'agit d'une question importante, d'autant plus que l'utilisation est la plus élevée à la fin de l'adolescence. Le risque de décrochage scolaire, l'instabilité sur le plan de l'emploi et le passage à des drogues plus dures sont toutes des conséquences négatives qui ont été associées à la prise de cannabis. On ne s'entend pas encore toutefois sur la mesure dans laquelle ces liens constituent des causes. D'autres hypothèses ont été posées, à savoir que la consommation de cannabis chez les adolescents, comme la consommation d'alcool, le début précoce des relations sexuelles ou le tabagisme, est en fait un repère pour d'autres risques ou conditions sociales défavorables. (...) Tous les chercheurs s'entendent toutefois pour affirmer que l'effet ressenti en consommant du cannabis diminue les habiletés scolaires. Des études récentes semblent démontrer une baisse mesurable, quoique réversible, du quotient intellectuel liée à la consommation assidue de grandes quantités de cannabis, et que la participation à des activités illégales comporte des risques considérables, surtout peut-être pour les jeunes dont le lien avec l'école est faible. »¹⁴

« Je m'attarderai d'abord sur les effets aigus puis sur les effets chroniques. Les effets aigus sont ceux consécutifs à l'action d'une dose unique. Dans le système nerveux central, cela inclut une période de plusieurs heures pendant laquelle le sujet est atteint de stupeur chimique. On compte, parmi les effets secondaires, une baisse du niveau d'éveil et la somnolence, qui se conjugue à la somnolence provoquée par l'alcool et autres déprimeurs du système nerveux. Parmi les autres effets secondaires, on note une altération de la mémoire à court terme, un ralentissement des réactions, une baisse de l'exactitude lors des tests et une attention moins sélective. (...) Une faible dose produit généralement les effets qui font que les gens prennent plaisir à fumer de la marijuana. Il s'agit d'une euphorie douce, de détente, de sociabilité accrue et d'une baisse non spécifique de l'anxiété. Toutefois, une dose élevée entraîne la mauvaise humeur, l'anxiété et la dépression. L'anxiété accrue peut aboutir à la panique ou même à une psychose toxique aiguë qui, heureusement, est de très courte durée et disparaît lorsque l'effet de la drogue se dissipe. Une dose élevée cause une altération de la coordination motrice, des mouvements mal assurés et une baisse du tonus musculaire, ce qui peut être utile du point de vue thérapeutique. (...) À petites doses, la perception est améliorée. Cela fait partie du plaisir. À fortes doses, la même action produit une

¹⁴ Dr Perry Kendall, agent de santé de la province de la Colombie-Britannique, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 17 septembre 2001, fascicule no 6, pages 33-33.

distorsion sensorielle, des hallucinations et la psychose toxique aiguë dont j'ai parlé. (...) Elle n'a pas d'effets graves sur le système cardio-vasculaire. (...) Pour ce qui est des effets chroniques, dans le système nerveux central, on constate des troubles de la mémoire, une pensée floue, la facilité verbale atténuée ainsi que des déficits d'apprentissage chez les grands consommateurs, les consommateurs chroniques. J'insiste sur le mot « grand » parce que le consommateur convivial ne présente pas, dans l'ensemble, de troubles importants, pas plus que le buveur convivial. (...) Heureusement, les effets sur les facultés cognitives ont tendance à disparaître si le grand consommateur arrête, pour quelque raison que ce soit. Tant que la consommation dure, on observe une intoxication chronique, de l'apathie, de la confusion, de l'hébétéude, de la dépression et parfois de la paranoïa. (...) La dépendance au cannabis, telle que définie selon les critères diagnostics conventionnels de dépendance que l'on retrouve dans la dernière édition de la publication de l'American Psychiatric Association ou son équivalent à l'Organisation mondiale de la santé, est largement attestée chez les grands consommateurs, les consommateurs réguliers. De nombreuses études démontrent à présent qu'un pourcentage important de consommateurs réguliers sont dépendants. Dans certaines études australiennes de grands consommateurs de longue durée, principalement des consommateurs quotidiens pendant des périodes de 15, 17 et 20 ans, 60 % d'entre eux répondent aux critères diagnostiques de dépendance. (...) On a constaté une tolérance. Pour l'essentiel, ce n'est pas un effet très grave et le syndrome de sevrage physique n'est pas sévère. Néanmoins, il existe, ce qui indique une dépendance physique outre la dépendance psychologique. »¹⁵

« À long terme, les effets chroniques du cannabis vont entraîner essentiellement les symptômes suivants : des déficits de la mémoire, de l'attention et de la concentration, un syndrome d'amotivation qui va se caractériser par une passivité et une diminution de l'initiative, des risques accrus de maladies respiratoires, en particulier l'asthme, la bronchite et l'emphysème, et des risques accrus de cancer. (...) On peut ajouter des troubles hormonaux qui peuvent entraîner une diminution de la fertilité chez l'homme et chez la femme. Également chez l'homme, cela peut entraîner le développement des seins qui peut être très désagréable sur le plan esthétique. (...) Finalement, cela peut aussi entraîner, à la longue, une diminution de la résistance aux infections. »¹⁶

Comme on le voit, les avis se recourent parfois, et divergent souvent. Ils se recourent au moins sur la nature des conséquences qui peuvent préoccuper. On a vu tour à tour des effets d'ordre physiologique (risques de cancer, impacts sur la reproduction ou sur le système immunitaire, détérioration des cellules du cerveau), des effets d'ordre psychologique (syndrome amotivationnel, risques de psychose, altération des fonctions cognitives et spécifiquement de la mémoire), et des impacts d'ordre social (sur la famille et le travail, ainsi que sur la conduite de véhicules ou l'opération de machinerie). Ils se contredisent surtout sur la portée des conclusions que l'on peut tirer de la connaissance. Dans quelle mesure, en effet, peut-on généraliser les effets que l'on observe à partir d'échantillons souvent petits, rarement aléatoires de sujets? Dans

¹⁵ Dr Harold Kalant, professeur émérite à l'Université de Toronto, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 juin 2001, fascicule no 4, pages 74-76.

¹⁶ Dr Mohamed ben Amar, professeur de pharmacologie et de toxicologie, Université de Montréal, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 juin 2001, fascicule no 4, pages 9-10.

quelle mesure encore généraliser les données sur des consommateurs chroniques qui ne représentent – comme l’a montré le chapitre précédent – qu’une faible proportion des usagers du cannabis ? Dans quelle mesure surtout ces données permettent-elles d’établir des relations causales ?

Le Comité constate aussi que la plupart des témoins ont mis l’accent sur les dimensions négatives, rarement sur les aspects positifs. Pourtant, si des personnes consomment des drogues généralement, du cannabis en particulier, ce n’est sûrement pas uniquement pour s’autodétruire ni parce que ces drogues n’auraient que des effets négatifs. Admettant les limites de toute comparaison entre substance, on peut néanmoins faire le parallèle avec l’alcool : la plupart d’entre nous connaissons le plaisir d’un verre de vin partagé avec des amis lors d’un bon repas, tout comme nous connaissons aussi les dangers de l’abus et de l’alcoolisme. Nous constatons aussi qu’il est difficile, même pour les chercheurs les plus chevronnés, de faire le tri des connaissances sans leur accorder une valence relativement aux orientations que devraient avoir les politiques publiques. Une même connaissance sera interprétée ici de manière négative, là de manière plus modérée, selon les préconceptions de l’interprète quant au « meilleur » choix d’une politique publique. Nous ne sommes pas à l’abri de ces biais. D’ailleurs, nous ne nions pas que nous avons des préconceptions, héritées de nos histoires personnelles, de nos lectures, des audiences aussi que nous avons menées en 1996 autour de l’étude de la législation canadienne sur les drogues. Parmi ces préconceptions qui ont, du moins au départ, orienté notre lecture des témoignages, nous pouvons noter :

- La conviction que le système actuel n’atteint pas ses objectifs, ne serait-ce qu’en raison de l’augmentation connue de la consommation de cannabis, notamment chez les jeunes ;
- Une préférence pour une approche plus consensuelle et plus en phase avec les attitudes des Canadiens ;
- Une préférence pour une approche de réduction des méfaits comme en témoignait le libellé de notre premier mandat ;
- Une tendance à distinguer entre drogues douces – dont le cannabis – et drogues dures (héroïne, cocaïne) ;
- Une certaine méconnaissance des effets spécifiques du cannabis, au regard des études toxicologiques et pharmacologiques menées au cours des dernières années.

Ceci étant, nous n’avons pas travaillé en vase clos. Non seulement avons-nous été accompagnés de notre équipe de recherche – sociologues, juristes, criminologues – tout au long de nos travaux, non seulement avons-nous aussi été sous la surveillance étroite en quelque sorte des témoins et plus largement du public ; mais surtout, d’autres que nous, dans d’autres pays, ont mené des études similaires au cours des dernières années dont nous nous sommes inspirés et auxquelles nous avons comparé nos propres conclusions.

EFFETS AIGUS DU CANNABIS

En toxicologie, on entend par effets aigus ceux qui se produisent immédiatement suite à la consommation et pendant que les effets psychoactifs se font sentir. Ces effets correspondent aussi à ce qu'on a appelé depuis déjà Moreau de Tours en 1845, l'ivresse cannabique.¹⁷ Les effets « réels » – sur les systèmes biologiques – et les effets ressentis par les usagers peuvent varier selon un ensemble de facteurs tels l'expérience de l'usager avec le cannabis ou avec d'autres drogues (incluant le tabac), ses attentes, ou le contexte d'usage. De fait, « *les effets psychoactifs du cannabis, plus que toute autre substance, varient d'un sujet à l'autre et, pour un même sujet, d'une expérience à l'autre.* »¹⁸ De plus, en l'absence d'une mesure fiable du contenu de THC dans le plasma sanguin, il est difficile de relier la durée et la force des effets à diverses préparations de cannabis, notamment en raison de variations dans la composition de la substance et la biodisponibilité du THC. Il est encore plus difficile d'attribuer des effets relativement rares (par exemple l'apparition de symptômes psychotiques) dans la mesure où l'on peut difficilement décider si la co-occurrence est coïncidentielle, si ces effets relèvent d'autres substances souvent associées à la prise de cannabis ou de doses très élevées de cannabis, ou d'interactions entre ces divers facteurs.¹⁹

Les effets aigus du cannabis sont relativement bien documentés. La recherche distingue parfois entre effets centraux et périphériques²⁰, parfois entre effets somatiques et effets psychologiques et psychomoteurs²¹, ou tout simplement se contente d'une liste d'effets de l'un ou l'autre type.²²

Règle générale, on distingue deux phases principales à l'intoxication au cannabis :

- ❖ *La première phase, celle dite du « high » (effet planant), inclut les effets suivants :*
 - Une modification de l'humeur générale accompagnée de gaieté allant jusqu'à l'hilarité, de loquacité, d'un sentiment d'insouciance ;
 - Une modification du vécu corporel, incluant une sensation de bien-être et de satisfaction, une impression de calme et de relaxation, sociabilité ;
 - Des perturbations de la sphère intellectuelle incluant augmentation de la confiance en soi, pensées magiques (impression de pouvoir s'acquitter plus facilement de tâches), distorsion de la perception du temps, de l'espace et de l'image de soi ;

¹⁷ Moreau de Tours, J., *Du haschich ou de l'aliénation mentale, étude psychologique*. Paris : Masson.

¹⁸ INSERM, *op. cit.*, page 118.

¹⁹ Voir WHO, 1997, *op. cit.*, page 3.

²⁰ C'est le cas par exemple de la catégorisation proposée par Ben Amar (sous presse).

²¹ C'est le cas de l'expertise collective de l'INSERM (2001) *op. cit.*

²² C'est le cas de la plupart des travaux : WHO, (1997) *op. cit.* ; Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (1999) *Rapport sur le cannabis*. Berne : Office fédéral de la santé publique ; et du rapport de Wheelock (2002) *op. cit.*

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- Des modifications sensorielles, marquées par une accentuation des perceptions sensorielles (couleurs, sons, semblent parfois plus intenses), des impressions tactiles plus fortes.
- ❖ *La deuxième phase, dite du « coming down », se caractérise par un effet de torpeur ou de somnolence apparaissant graduellement quelque temps après la prise.*

De manière plus spécifique selon leur type d'action, on distinguera entre les effets plus proprement somatiques et les effets d'ordre plutôt psychologique.

❖ *Effets somatiques :*

- Des effets cardiovasculaires : environ 10 minutes après la prise, la fréquence et le débit cardiaque et cérébral augmentent. La tachycardie (accélération du cœur) peut atteindre des hausses de 20 % à 50 % par rapport au rythme normal et pourrait contribuer à précipiter des crises d'anxiété et de panique chez certains sujets. Elle peut être responsable de palpitations, de réduction de la tolérance à l'effort chez les sujets ayant des troubles coronariens, voire faciliter le développement de troubles cardiaques chez les sujets vulnérables ou prédisposés. Une étude récente suggère que le risque d'infarctus du myocarde croît de 4,8 fois dans la première heure suivant la consommation de marijuana et se situe à 1,7 fois dans la deuxième heure, suggérant ainsi que le cannabis peut représenter un risque dans les 60 minutes suivant sa consommation. On note aussi une hypotension en position couché. Ces effets varient en fonction de la dose et de la concentration en THC ;
- Des effets bronchopulmonaires : les effets sont proches de ceux du tabac. On note une activité bronchodilatatoire dans les 60 minutes suivant la consommation. Celle-ci n'évite cependant pas les conséquences inflammatoires du cannabis fumé ni l'hyperréactivité bronchique secondaire qui se traduisent notamment par la toux résultant de l'action du THC et du potentiel irritant des produits de combustion ;
- Des effets oculaires : on note une rougeur des yeux par vasodilatation et irritation conjonctivale ;
- Autres effets somatiques : sécheresse buccale par diminution de la sécrétion salivaire, augmentation de l'appétit par hypoglycémie (baisse du taux de sucre sanguin), et plus rarement des nausées et vomissements, de la diarrhée, ou la rétention d'urine.

❖ *Effets psychologiques et psychomoteurs :*

- Diminution de la mémoire à court terme (mémoire dite de travail) : se rappeler des mots, images, des histoires ou des sons ;

- Perturbation des performances psychomotrices incluant : diminution de l'attention et de la concentration, diminution des réflexes, ralentissement du temps de réaction, troubles de la coordination des mouvements et altérations et réduction de l'habileté à accomplir des tâches complexes. Ainsi, une étude de Fant et coll., décrit une diminution de la poursuite visuelle dans le champ central et périphérique après 15 minutes et pouvant se maintenir pendant plus de 5 heures.²³ Par ailleurs, notons que selon le professeur Roques, les études sur les effets du cannabis sur les facultés d'apprentissage, notamment la mémoire à court terme et la mémoire de travail sont critiquables sur le plan méthodologique et leurs résultats contradictoires, « *les plus forts consommateurs étant les moins affectés* ». ²⁴

Les effets somatiques, cognitifs et psychomoteurs sont reliés à la quantité de cannabis inhalée et à la concentration en THC. Ainsi, selon l'INSERM :

« Une quantité correspondant à 25 bouffées altère les compétences psychomotrices et les performances cognitives, cela de façon plus nette que la consommation de 10 bouffées ou de 4 bouffées. Les taux plasmatiques maximaux passent alors de 57 ng/ml (pour 4 bouffées d'une cigarette contenant 1,75 % de D⁹THC) à 268 ng/ml (pour 25 bouffées d'une cigarette contenant 3,55 % de D⁹THC). Heishman et coll. (1997) établissent une équivalence approximative entre 16 bouffées à 3,55 % de D⁹THC et environ 70g d'alcool. À ces doses, l'altération porte sur la mémoire, les performances cognitives et psychomotrices et sur l'humeur. » ²⁵

Les effets cognitifs et psychomoteurs peuvent se maintenir durant plus de cinq heures, et la durée de certaines altérations cognitives peut se prolonger pendant 24 heures.

À forte dose, ou pour les usagers inexpérimentés, le cannabis peut entraîner un certain nombre de réactions négatives, pouvant aller jusqu'à une authentique expérience psychotique délirante, hallucinatoire, maniaque ou hypomaniaque. Ces expériences sont cependant transitoires. Certains des troubles documentés lors de l'absorption de fortes doses incluent :

²³ Fant, R.V. et coll. (1998) « Acute and residual effects of marijuana in humans. » *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 60, pages 777-784.

²⁴ Roques, B. (1999) *La dangerosité des drogues*. Paris :Odile Jacob, page 184.

²⁵ INSERM, *op. cit.*, page 203.

- anxiété voire crises de panique
- confusion ou désorientation
- vertiges, nausées ou vomissements
- convulsions
- dépersonnalisation
- hallucinations
- paranoïa
- psychose aiguë

Ces phénomènes sont relativement rares (moins de 1 pour mille des admissions psychiatriques). Surtout, il est difficile d'établir que le cannabis en soit la cause. En effet, dans la plupart des cas, l'hypothèse la plus plausible est que ces sujets étaient déjà prédisposés, voire avaient déjà eu des expériences psychotiques ou schizophréniques. La consommation d'autres substances, alcool, autres drogues illicites, ou médicaments, peut aussi jouer un rôle important.

« La relation entre l'usage de cannabis et la psychose est une question très controversée. Actuellement, nous ne disposons pas d'un corpus d'études comparables, fiables et produisant des conclusions similaires. Les résultats des études disponibles sont complexes ou ambigus et les opinions personnelles des chercheurs colorent les interprétations. Il nous faut donc améliorer notre base de connaissance scientifique. Néanmoins, il y a un consensus assez répandu, quoique incomplet, sur la possibilité que l'usage intensif ou l'intoxication au cannabis puisse provoquer des états psychotiques transitoires chez des sujets autrement normaux. Nous ignorons la fréquence de cette condition et sommes réduits à des hypothèses sur ses mécanismes. »²⁶

Suivant l'expertise collective de l'INSERM, on peut établir ce qui suit :

« Les troubles psychotiques induits par la prise de cannabis sont des épisodes psychotiques brefs, d'une durée inférieure à deux mois, voire quatre mois, parfois à une semaine. La personnalité prémorbide ne présente pas de caractère pathologique. Les consommateurs réguliers sont plus exposés que les consommateurs occasionnels. Le début est brutal, en deux ou trois jours, après ou sans augmentation récente des prises de toxique, avec parfois un facteur précipitant psychologique ou somatique. Certains symptômes apparaissent plus spécifiques : troubles du comportement, agressivité, hallucinations visuelles, aspect polymorphe du délire sur des thèmes divers, désinhibition psychomotrice. (...) Par rapport au trouble schizophrénique, les sujets sont plus jeunes, 20 à 30 ans plutôt que 25 à 30 ans, avec une surreprésentation d'hommes mal socialisés. »²⁷

²⁶ Hanak, C. et coll. (2002) « Cannabis, mental health and dependence. » in Pelc, I. (éd.), *International Scientific Conference on Cannabis*, Bruxelles.

²⁷ INSERM, *op. cit.*, page 124.

Par contre, ici aussi, les données sont relativement contradictoires et, selon le professeur Roques, il est permis de penser que cet effet soit plus répandu chez les personnes présentant déjà des troubles psychiques.²⁸

CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION CHRONIQUE

La plupart des travaux consultés en pharmacologie, toxicologie et psychiatrie, parlent d'effets chroniques. Nous préférons, pour notre part, parler des *conséquences* induites par une consommation chronique et ce, pour deux raisons. Premièrement, parce que ce n'est pas tant la substance elle-même que la manière de l'utiliser qui induit ces conséquences. Il ne s'agit plus alors des effets de la substance mais des conséquences découlant éventuellement de son utilisation répétée, voire massive. Deuxième raison, les consommateurs chroniques de cannabis comptent, comme nous l'avons vu au chapitre 6, pour une part mineure (souvent moins de 10 %) des usagers vie de cannabis. Il en découle que les conséquences dont il est question dans cette section portent sur cette petite partie de la population des usagers et non sur la substance elle-même.

Cette distinction nous apparaît fondamentale parce qu'il est d'usage fréquent, à tous les niveaux du discours public – qu'il s'agisse de celui des politiques, du grand public, comme des experts – d'incriminer la substance – ici le cannabis, là l'alcool ou les médicaments, voire les autres drogues illicites – quand en fait il faut *apprendre à distinguer entre des formes et manières d'usage*. On parlera alors de conduites à risque, variables selon les substances certes, qui ne dépendent pas que des propriétés intrinsèques de la substance, mais relèvent, dans une approche globale, de la relation entre la substance et sa place dans la société (intégrée ou non), des caractéristiques de l'individu, et de la société dans laquelle la consommation se produit.²⁹ On comprendra évidemment par là que ***nous distinguons, pour le cannabis comme on le fait pour l'alcool, entre usage, usage à risque et usage excessif*** (ou abus)³⁰, et que nous refusons l'équivalence souvent faite entre usage et abus où toute forme d'usage est déjà un abus. En même temps, nous sommes conscients aussi du flou qui continue d'entourer ces diverses conduites – ou pratiques – et qu'il n'existe pas de frontière clairement définie ni encore moins universelle entre l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Aux fins de ce chapitre, les conséquences dont il est question dans les trois sections suivantes

²⁸ Roques, B., *op. cit.*, page 186.

²⁹ Cette question sera discutée plus amplement au prochain chapitre. Il suffira pour le moment de renvoyer le lecteur au travail de Reynaud et coll. (1999) *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives*. Paris : La Documentation française.

³⁰ Nous avons établi au chapitre précédent sur les usages et les usagers les paramètres à partir desquels nous faisons cette distinction et nous y revenons dans la conclusion ; nous verrons plus loin dans ce chapitre-ci que la dépendance est une conséquence d'un usage excessif.

renvoient, sans plus de précision, à l'usage chronique (qui regroupe donc les usages à risque et l'usage excessif).

Conséquences physiologiques de l'usage chronique

Les principales conséquences physiologiques de l'usage chronique du cannabis traitées dans la littérature scientifique concernent le système respiratoire et le pouvoir cancérogène du cannabis, le système immunitaire, le système endocrinien et les fonctions de reproduction, et de manière moins importante le système cardiovasculaire.

Conséquences sur le système respiratoire

La fumée de la nicotine du tabac et des cannabinoïdes du cannabis, partagent des propriétés irritantes voire carcinogènes communes. Quoique déjà ancienne, une analyse comparative de ces composants a démontré que la concentration de certains composants à fort pouvoir cancérogène comme le benzopyrène et le benzathracène est plus importante dans la fumée de cannabis que dans celle du tabac.³¹ Une étude plus récente citée par l'INSERM confirme cette concentration plus élevée de benzopyrène : 2,9 microgrammes/100 joints contre 1,7 pour 100 cigarettes.³² Bien entendu, on objectera que les consommateurs de tabac fument généralement beaucoup plus de cigarettes quotidiennes que les usagers de marijuana même chroniques, que c'est le volume total de substances toxiques inhalées au fil du temps qui compte, et qu'il peut être difficile de distinguer les effets du cannabis de ceux du tabac puisque les joints fumés contiennent souvent les deux produits et que les consommateurs de cannabis sont aussi souvent des fumeurs de tabac.³³

Notons cependant d'autres caractéristiques préoccupantes quant aux effets potentiels du cannabis fumé sur les voies respiratoires. D'abord, la concentration de benzopyrène dans le goudron de marijuana est 70 % plus élevée que celle d'un même poids de goudron de tabac. De plus, à poids égal de produit, le cannabis fournit jusqu'à 4 fois plus de goudron que le tabac fort. Selon une étude citée par l'INSERM les goudrons d'un joint varient entre 40 et 56 mg/cigarette tandis que la dose admissible pour une cigarette de tabac européenne est de 12 mg.³⁴ Ensuite, une cigarette de marijuana sera généralement fumée de façon beaucoup plus complète qu'une cigarette de tabac, l'inhalation – partie importante du rituel – est plus profonde et la fumée retenue plus longtemps dans les poumons et la température de combustion du cannabis plus élevée que celle du tabac. Ainsi, le pourcentage de goudron déposé dans les poumons est plus élevé après consommation de cannabis fumé (↳ 80 %) qu'après inhalation de tabac (64 %) et les dépôts seraient même plus élevés dans le cas de

³¹ Institute of Medicine (1982) *Marihuana and Health*. Washington, DC : National Academy of Sciences.

³² INSERM (2001), *op. cit.*, page 222.

³³ Ce sont là par exemple les critiques qu'ont faites Zimmer L., et J.P. Morgan (2000 pour la version française ; 1997 pour l'original américain) *Marijuana. Mythes et réalités*. Paris : Georg éditeur.

³⁴ *Ibid.*, page 221.

cannabis moins concentré en THC probablement parce que les fumeurs tirent davantage sur le joint.³⁵

Selon le rapport de l'INSERM, la consommation chronique de cannabis « entraîne des perturbations bronchiques indiscutables (...) bronchite chronique avec toux chronique, expectoration et râles sibilants », ³⁶ conclusion partagée par l'Institut de médecine des États-Unis dans son récent rapport sur la marijuana³⁷ ainsi que par l'OMS.³⁸ D'autre part, les macrophages (cellules qui attaquent les corps étrangers) des alvéoles pulmonaires semblent perdre leur pouvoir de neutralisation des bactéries lorsqu'exposés à la fumée de cannabis, d'où une sensibilité plus grande des bronches et des poumons aux infections bactériennes. Selon certains auteurs, une cigarette de cannabis pourrait causer théoriquement autant de dommages que 4 à 10 cigarettes de tabac.³⁹ Ces données sur la diminution de la capacité des macrophages alvéolaires de détruire les bactéries suggèrent aussi que le cannabis pourrait avoir une action immunodépressive diminuant la capacité de l'organisme, ici les poumons, à lutter contre les cellules cancérogènes.

Les travaux de Tashkin notamment mais aussi d'autres chercheurs ne sont pas aussi affirmatifs quant aux effets du cannabis sur les voies respiratoires. Ainsi, une étude récente de Tashkin sur de grands fumeurs de cannabis a démontré qu'il n'y avait pas de diminution du rapport volume expiratoire maximal par seconde/capacité vitale même chez les fumeurs de 3 joints par jour comparativement aux fumeurs de tabac qui enregistraient une perte significative.⁴⁰ L'équipe de Tashkin remet aussi en question le développement d'emphysème chez les usagers de cannabis et l'obstruction des bronchioles.⁴¹ De même une étude du *Kaiser Permanent Medical Care Program* a démontré que les usagers quotidiens de cannabis qui ne consommaient pas de tabac étaient à peine plus sujets que les non-fumeurs (36 % c 33 %) à consulter pour problèmes de rhumes, gripes ou bronchites.⁴² Notons aussi que les études sont à ce jour contradictoires sur l'addictivité des effets du tabac et du cannabis.

Potentiel cancérogène

En ce qui concerne le potentiel cancérogène du cannabis, on distingue entre les effets cancérogènes de la fumée du cannabis – source potentielle de cancer du poumon

³⁵ *Ibid.*, page 221

³⁶ *Ibid.*, page 218.

³⁷ Joy, J.E. et coll., (1999) *Marijuana and Medicine : Assessing the Science Base*. Washington, DC : Institute of Medicine.

³⁸ WHO (1997) *op. cit.*

³⁹ Ben Amar (sous presse), *op. cit.*, page 18.

⁴⁰ Tashkin, D.P. et coll., (1997) « Heavy habitual marijuana smoking does not cause an accelerated decline in FEV1 with age : a longitudinal study. » *American Journal of Respiratory Critical Care*, 155, pages 141-148.

⁴¹ Voir Zimmer et Morgan, *op. cit.*, page 148.

⁴² Polen, M.R. (1993) « Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco. » *Western Journal of Medicine*, 158, pages 596-601.

notamment – et les effets mutagènes du THC sur les cellules. Selon la majorité des auteurs, le THC lui-même ne semble pas cancérigène.⁴³ Par contre, la fumée de cannabis, comme celle du tabac, semble effectivement susceptible d'augmenter la propension aux tumeurs cancéreuses.

Les travaux de Fliegel⁴⁴ indiquent que des modifications histologiques que l'on considère être des précurseurs de carcinomes sont présentes chez les fumeurs chroniques de cannabis. Ces données sont aussi soutenues par des cas cliniques de cancers du tractus supérieur aérodigestif chez des jeunes adultes fumeurs de cannabis, cancers de types rarement observés chez des sujets jeunes. Ainsi :

- Treize cas de cancers du cerveau et du cou chez de jeunes adultes de moins de 40 ans, dont onze étaient des fumeurs quotidiens de cannabis⁴⁵;
- Dix cas de cancers du tractus respiratoire supérieur chez de jeunes adultes de moins de 40 ans dont sept étaient des consommateurs réguliers probables de cannabis;⁴⁶ et
- Deux cas de carcinome de la langue chez des hommes entre 37 et 52 ans dont le seul facteur de risque commun était la consommation régulière et journalière de cannabis.⁴⁷

On constate d'abord le petit nombre de cas, surtout lorsqu'on compare au grand nombre d'usagers de cannabis. Ces cas cliniques présentent aussi un certain nombre de limites importantes : aucun ne comparait la prévalence de cancer avec un groupe de contrôle ni n'évaluait la consommation de cannabis de manière standardisée. Les interprétations sont aussi limitées par le fait que les patients étaient aussi fumeurs de tabac et usagers d'alcool.

Les données disponibles semblent indiquer que la conséquence d'un usage chronique et intense de cannabis (plusieurs joints par jour sur plusieurs années) serait semblable à celle de la cigarette en termes de risques cancérigènes sur les voies

⁴³ Voir notamment les conclusions de INSERM (2001), *op. cit.* ; ainsi que le rapport de Wheelock (2002) *op. cit.*, pour le Comité du Sénat.

⁴⁴ Fliegel S.E.G. et coll., (1988) "Pulmonary pathology in marijuana smokers", in Chesher G. et coll. (eds), *Marijuana: An International Research Report*, National Campaign Against Drug Abuse, Monograph 7, 43-48, Canberra, Australian Government Publishing Service; et Fliegel, S.E.G. et coll., (1997) "Tracheo-bronchial histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana or tobacco" *Chest*, 112, pages 319-326.

⁴⁵ Donald P.J. (1991) « Marijuana and upper aerodigestive tract malignancy in young patients », in Nahas, G. et C. Latour (eds.), *Physiopathology of Illicit Drugs: Cannabis, Cocaine, Opiates*, pages 39-54, Oxford ; et (1991) « Advanced malignancy in the young marijuana smoker », in Friedman, H. et coll., (eds.), *Drugs of Abuse, Immunity and Immunodeficiency*, pages 33-36, London.

⁴⁶ Taylor, F.M. (1988) « Marijuana as a potential respiratory tract carcinogen: A retrospective analysis of a community hospital population », *Southern Medical Journal* 81, pages 1213-1216.

⁴⁷ Caplan, G.A. et B.A. Brigham (1990) « Marijuana smoking and carcinoma of the tongue: Is there an association? » *Cancer* 66, pages 1005-1006.

respiratoires ainsi que la bouche, la langue et l'œsophage.⁴⁸ L'on considère généralement que le THC modifie les fonctions de certaines cellules, notamment les lymphocytes, les macrophages et les cellules polymorphonucléiques, notamment dans les modèles *in vitro*. La poursuite d'études contrôlées est toutefois largement reconnue comme une priorité de recherche dans ce domaine.⁴⁹

Conséquences sur le système immunitaire

Hormis les conséquences possibles sur le système de défense des voies respiratoires causées par la fumée essentiellement, il n'y a pas de données concluantes sur les effets du cannabis sur le système immunitaire. Certaines études chez les rongeurs démontrent que les cannabinoïdes, y compris le THC, modifient à haute dose l'immunité cellulaire. Dans certains cas, l'activité expérimentale des cannabinoïdes est immunosuppressive, dans d'autres cas elle est stimulante. Ces variations dépendent de facteurs expérimentaux tels que la concentration de la substance, le moment et la durée de l'administration et le type de fonction cellulaire étudiée. Très peu de travaux ont été faits sur des humains. Selon le rapport de l'OMS, s'il est clair que les cannabinoïdes ont des propriétés immunomodulatrices, il est aussi clair que le système immunitaire est résistant à cette substance. Plusieurs des effets sont relativement minimes et totalement réversibles, et ne se font sentir qu'à des doses plus élevées que celles requises pour les effets psychoactifs de la drogue chez les humains. Enfin, toujours selon le rapport de l'OMS, même en ce qui concerne les effets immunomodulateurs de la fumée de cannabis, les études ne sont pas concluantes et les doses utilisées dans les schémas expérimentaux avec des animaux sont difficilement comparables à celles que consomment les humains. Le rapport conclut que des études rigoureuses sur cette question sont nécessaires.⁵⁰

Conséquences sur le système endocrinien et la reproduction

Les anomalies endocriniennes sont bien répertoriées chez l'animal : chez le rat mâle, on note, à haute dose, une diminution de sécrétion de testostérone avec atrophie testiculaire, des perturbations de la production de sperme, de sa mobilité et de sa viabilité, et une modification du comportement sexuel. Le cycle ovulatoire de la femelle est altéré. Chez l'humain, les résultats sont contradictoires, notamment parce que les observations ne sont pas constantes d'une étude à l'autre mais aussi parce que des changements similaires se produisent suite à l'absorption de drogues prescrites. De plus, les modifications observées sont souvent à la limite de la normale et leurs conséquences cliniques restent discutées.⁵¹

⁴⁸ MacPhee, D., (1999) «Effects of marijuana on cell nuclei », in Kalant, H. et coll. (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Toronto : Addiction Research Foundation.

⁴⁹ Notamment WHO (1997), *op. cit.* ; Hall, W. et N Solowij (1998) « Adverse effects of cannabis » *The Lancet*, 352, no 9140, page 6 ; INSERM (2001), *op. cit.*

⁵⁰ WHO (1997), *op. cit.*, page 26.

⁵¹ INSERM (2001), *op. cit.*, pages 219-220.

Au niveau de la reproduction, le fait que les composés actifs du cannabis passent la barrière placentaire est bien acquis. Néanmoins, la question des effets potentiels du cannabis sur la descendance des femmes est loin d'être résolue et ce d'autant que les études sont méthodologiquement pauvres. Ainsi, lorsqu'on étudie les femmes enceintes usagers de cannabis, elles proviennent souvent de milieux socioéconomiques faibles – et on sait par ailleurs que le niveau socioéconomique est un facteur discriminatoire du poids et de la taille des bébés – et il est difficile d'isoler l'effet d'autres facteurs, dont la consommation de tabac et d'alcool – dont on sait qu'ils sont des facteurs de risque de naissance prématurée et de poids et taille plus faibles. De fait, les études sur les fumeuses occasionnelles de cannabis ne démontrent pas de différence significative par rapport aux non fumeuses. Et au total, la plupart des études n'ont pas observé de différences significatives.⁵² Les rapports de l'OMS et de l'expertise collective de l'INSERM concluent néanmoins que, malgré les difficultés méthodologiques, il existe une évidence raisonnable que l'usage du cannabis durant la grossesse nuit au développement fœtal, notamment une réduction de la croissance et d'anomalies de comportements, mais que ces anomalies sont plutôt mineures.⁵³

Quant aux conséquences néonatales de la consommation de cannabis par les mères pendant la grossesse, les études longitudinales sur des cohortes d'enfants menées par l'équipe du psychologue Peter Fried à Ottawa depuis 1978⁵⁴ ne sont pas concluantes. Sur l'ensemble des mesures effectuées, il ressort plus de ressemblances que de différences entre les enfants des fumeurs et des non-fumeurs. Et lorsque des différences sont observées, elles sont mineures et il demeure impossible de dissocier les effets de diverses substances, notamment du tabac et de l'alcool. Enfin, ces études portent sur un petit échantillon d'enfants à partir duquel on ne peut généraliser. Une autre étude longitudinale, rapportée par l'INSERM, portant sur 636 sujets, conclut « à une relation significative entre les troubles du comportement à l'âge de 10 ans et l'exposition prénatale au cannabis. » Toutefois, le rapport de l'INSERM note aussi que « (s)i les résultats de ces deux études semblent bien converger (...) il ne faut toutefois pas oublier que l'environnement postnatal peut jouer un rôle important dans la persistance des anomalies du comportement. »⁵⁵

Conséquences sur le système cardiovasculaire

Il est possible que la prise chronique de cannabis entraîne des complications cardiovasculaires pour les personnes prédisposées. De fait, la prise de quantités importantes peut ralentir la fréquence cardiaque. De même, le cannabis peut avoir des effets similaires à ceux du tabac sur les fonctions cardiaques en augmentant le travail

⁵² Wheelock (2002), *op. cit.*, page 29.

⁵³ WHO (1997), *op. cit.*, page 24 ; INSERM, *op. cit.*, page 237.

⁵⁴ Fried, P.A. (1995) « Prenatal exposure to marijuana and tobacco during infancy, early and middle childhood : Effects and attempts at a synthesis. » *Archives of Toxicology*, 17 ; et Fried P.A. et B. Watkinson (1999) « 36- and 48-month neurobehavioral follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes and alcohol. » *Journal of Deviant Behavior and Pediatrics*, 11, pages 49-58.

⁵⁵ INSERM (2001) *op. cit.*, page 235.

musculaire. D'autre part, certaines études mettent en évidence le rôle du monoxyde de carbone trouvé dans la fumée du cannabis sur les risques de complications cardiovasculaires.

Conséquences cognitives et psychologiques

Les principales conséquences cognitives et psychologiques de la consommation chronique de cannabis concernent les fonctions cérébrales relatives à la mémoire et aux compétences verbales et mathématiques, la motivation, et les désordres psychiatriques.

Fonctions cérébrales

Nous avons vu que le cannabis a des effets aigus sur la mémoire à court terme, l'attention et la concentration. La consommation chronique entraîne-t-elle à terme des effets qui pourraient être irréversibles sur les fonctions cognitives? Ces questions soulèvent d'abord celle de la neurotoxicité du cannabis, définie comme « *une atteinte réversible ou irréversible de la structure et/ou des fonctions du système nerveux central (et/ou périphérique) par des agents physiques, chimiques ou biologiques.* »⁵⁶

Selon le professeur Roques :

*« La toxicomanie au cannabis n'entraîne pas de neurotoxicité. (...) Ainsi les résultats anciens suggérant des modifications anatomiques dans le cerveau des consommateurs chroniques de cannabis mesurées par tomographie n'ont pas été confirmés par les techniques modernes précises de neuro-imagerie. De même les altérations morphologiques dans l'hippocampe de rat après administration de doses très élevées de THC (Landfield et al., 1988) n'ont pas été retrouvées (Slikker et al., 1992). (...) Plusieurs études ont été consacrées aux effets du cannabis sur les potentiels évoqués et sur l'électroencéphalogramme chez l'homme. L'usage intermittent produit des changements réversibles dans les profils d'ondes *a* dans le cortex frontal probablement en rapport avec les états de somnolence induits par le THC. À très long terme (plus de quinze ans) et avec une forte consommation journalière, une augmentation dans l'activité frontale *q* et une hyperfrontalité *d* ont été observés (Struve et al., 1990, 1994). La relation éventuelle avec des changements comportementaux ou dans des tests neuropsychologiques n'est pas discutée ni, du reste, celle possible avec les effets anticonvulsivants du THC. »*⁵⁷

Les résultats des études rapportées par l'expertise collective de l'INSERM sont contradictoires, certaines observant des changements, d'autres non. Même lorsque des changements sont observés, ils sont souvent d'amplitude mineure et réversibles après une période d'abstinence. Le rapport de l'INSERM observe que les études utilisant les techniques de neuro-imagerie n'ont pas confirmé la présence d'une neurotoxicité du cannabis ni chez l'homme ni chez le babouin.⁵⁸ C'est donc par l'observation des

⁵⁶ Roques, B., (1999) *op. cit.*, page 73.

⁵⁷ *Ibid.*, page 187.

⁵⁸ INSERM, *op. cit.*, page 206

fonctions et des comportements que l'on sera encore le mieux à même d'examiner la question des effets neurologiques du cannabis.

Malheureusement, les études sont ici aussi contradictoires et les résultats non concluants. Des études réalisées dans les années 1970 dans des pays où la consommation de cannabis est traditionnelle (Jamaïque, Costa Rica, Inde) ne faisaient pas ressortir de différences significatives entre usagers et non-usagers sur les fonctions cognitives, tandis que des études plus récentes, notamment au Costa Rica dans les années 1980, démontraient des différences : « *En particulier, les usagers de longue date se rappelaient moins de mots d'une liste présentée auparavant et le temps de réponse était plus long.* »⁵⁹ Aux États-Unis, les études menées dans les années 1970 observaient des résultats contradictoires sur les fonctions mnésiques, tandis que des études plus récentes ont rapporté des déficits subtils de fonctions cognitives chez les grands consommateurs après une brève période d'abstinence. Certaines études démontrent aussi une persistance des perturbations mnésiques chez les adolescents après six semaines d'abstinence.⁶⁰

La plupart des études tendent à démontrer que les ex-consommateurs récupèrent globalement l'ensemble des fonctions cognitives, mais selon la durée de la consommation des perturbations subtiles pourraient persister, notamment sur la capacité à traiter des informations complexes.

Toujours selon l'expertise collective de l'INSERM, l'âge de début de la consommation pourrait être un facteur discriminant. Ainsi, une étude récente démontre la persistance de certaines perturbations de la fonction de balayage visuel (reliée à l'attention) chez les jeunes ayant commencé à consommer du cannabis avant l'âge de 16 ans, alors que ceux ayant commencé à consommer après 16 ans ne démontraient pas de différences avec les non-consommateurs.⁶¹

Au total, on ne peut guère établir que la consommation de cannabis aurait des conséquences négatives sur les fonctions cérébrales, même chez les consommateurs chroniques, sauf si la consommation débute avant l'âge de 16 ans.

La motivation

Certaines études suggèrent la présence d'un syndrome amotivationnel chez les usagers chroniques de cannabis, syndrome qui pourrait notamment affecter la performance des jeunes à l'école et des travailleurs en milieu professionnel. Dans son rapport de 1997, l'OMS souligne que l'état des connaissances n'a pas progressé depuis son précédent rapport en 1981 : le syndrome amotivationnel n'a toujours pas été clairement défini, ses effets ne sont toujours pas clairement distingués des effets de l'intoxication elle-même, et les données disponibles proviennent de rapports de cas cliniques sans groupe contrôle.⁶²

⁵⁹ *Ibid.*, page 204.

⁶⁰ *Ibid.*, page 205.

⁶¹ *Ibid.*, page 206.

⁶² WHO (1997), *op. cit.*, page 18.

Afin d'évaluer l'impact du cannabis sur la motivation, des chercheurs canadiens ont conçu une étude où les sujets recevaient du cannabis en échange d'un travail accompli. Même si elle est déjà ancienne, l'étude n'est pas moins intéressante. Ils ont observé que les sujets travaillaient moins efficacement immédiatement après avoir consommé du cannabis. Toutefois, leur niveau de productivité augmentait ensuite rapidement et surpassait les niveaux atteints lors des périodes d'abstinence. Bien que travaillant le moins d'heures, les sujets consommant le plus de cannabis n'étaient pas moins productifs parce qu'ils travaillaient avec plus d'ardeur. De plus, au cours de la période la plus intense de consommation, les sujets ont organisé une grève et ont négocié avec succès une augmentation de leurs « revenus », après laquelle ils ont travaillé avec encore plus d'intensité.^{63 64}

Les études ne permettent pas d'établir si les troubles de la motivation, lorsque constatés, sont antérieurs ou postérieurs à la consommation de cannabis ni si d'autres facteurs d'ordre émotionnel ou psychosocial ne sont pas davantage déterminants, voire même déterminants de la consommation chronique ou abusive de cannabis chez les jeunes notamment. Ces conclusions sont partagées par l'expertise collective de l'INSERM et par les auteurs du rapport présenté à la Conférence scientifique internationale sur le cannabis de mars 2002.⁶⁵

Désordres psychiatriques

Divers désordres psychiatriques ont été associés à la consommation chronique de cannabis : troubles de l'humeur et épisodes dépressifs, troubles anxieux, troubles de la personnalité, ainsi que des conditions plus sévères comme les psychoses et la schizophrénie. Pour chacune de ces situations, la conclusion que tirent les auteurs du rapport sur la santé mentale et le cannabis préparé pour la Conférence scientifique internationale sur le cannabis s'applique généralement :

« On peut expliquer de trois manières la relation entre le cannabis et les désordres de l'humeur. Premièrement, ils partagent des facteurs de risque communs de sorte qu'ils ne sont pas en relation causale. Deuxièmement, les désordres de l'humeur peuvent prédisposer les personnes à consommer du cannabis. Et troisièmement, le cannabis peut susciter ou augmenter les symptômes dépressifs. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de réponse claire à la question de savoir lequel arrive en premier. »⁶⁶

En ce qui concerne spécifiquement les troubles de l'humeur, les états dépressifs et les troubles anxieux, il semble vraisemblable qu'ils précèdent la consommation chronique. De toutes façons, les résultats des études sont extrêmement disparates :

⁶³ Miles G.C. et coll., (1974) *An Experimental Study of the Effects of Daily Cannabis Smoking on Behavioural Patterns*, Toronto : Addiction Research Foundation, Toronto.

⁶⁴ Campbell, I. (1976) *The Amotivational Syndrome and Cannabis Use With Emphasis on the Canadian Scene*, *Annals of the New York Academy of Sciences* 282, pages 33-36.

⁶⁵ INSERM, op.cit. ; Hanak, C. et coll., (2002) « Cannabis, mental health and dependence », Pelc, I. (éd.), *International Scientific Conference on Cannabis*, op. cit., page 61.

⁶⁶ Hanak, C. et coll (2002), op. cit. page 62.

pour les troubles de l'humeur chez les personnes dites dépendantes, la prévalence varie (selon les méthodes d'enquête), de 10 % à près de 50 % ; pour ce qui concerne les épisodes dépressifs majeurs dans les populations cliniques, les études rapportent des pourcentages variant de 4 % à près de 20 %. Le rapport de l'INSERM propose un compte-rendu qui nous paraît beaucoup plus éclairant de la situation chez les adolescents :

« L'acquisition de nouvelles connaissances a permis de mieux mesurer le poids de la pathologie « dépressive précoce » en termes de souffrance individuelle et de santé publique. Sa prévalence, de l'ordre de 5 % à l'adolescence, en fait l'une des pathologies les plus fréquentes à cette période. Le risque suicidaire est élevé, et les déficits fonctionnels inhérents aux syndromes dépressifs sont sources de difficultés scolaires, de problèmes familiaux, de retraits vis-à-vis des pairs, dont les conséquences psychosociales peuvent être sévères surtout si le trouble se prolonge. De plus, la dépression du sujet jeune est rarement isolée : troubles anxieux ou troubles des conduites précèdent ou accompagnent souvent des épisodes dépressifs et peuvent leur survivre ; l'existence de troubles dépressifs est par ailleurs un facteur de risque d'addiction (alcool ou toute autre substance psychoactive) ou de troubles de conduite alimentaire. »⁶⁷

En ce qui concerne les troubles psychotiques et la schizophrénie, les deux sujets sont controversés, les méthodologies faibles, les données contradictoires et les interprétations souvent basées sur des modèles simplistes de la causalité. Si le cannabis peut dans certaines circonstances déclencher des épisodes psychotiques, ils sont le plus souvent courts et se résorbent rapidement. Quant à la schizophrénie, s'il est vrai que ces sujets ont une prévalence d'usage de cannabis plus élevée qu'en population générale, certains considèrent qu'il s'agirait d'un comportement d'automédication, tandis que d'autres considèrent que la consommation chronique de cannabis serait un facteur activateur du processus schizophrénique. La conclusion du rapport du professeur Roques nous semble la plus en accord avec les données existantes actuellement :

« Aucune pathologie mentale directement reliée à la surconsommation de cannabis n'a été signalée, ce qui différencie cette substance des psychostimulants tels que la MDMA, la cocaïne ou l'alcool dont l'usage excessif et répété peut donner lieu à des syndromes psychotiques caractéristiques. De même, le cannabis ne semble pas précipiter l'apparition de dysfonctionnements mentaux préexistants (schizophrénie, dépression bipolaire, etc.). »⁶⁸

En l'état, la plupart des rapports scientifiques s'entendent pour conclure qu'il convient de mener davantage de recherche, avec des protocoles plus rigoureux, permettant notamment la comparaison avec d'autres populations et d'autres substances.

⁶⁷ INSERM (2001), *op. cit.*, page 98.

⁶⁸ Roques, B., (1999) *op. cit.*, page 186.

Conséquences comportementales et sociales

Les principales conséquences comportementales et sociales examinées dans la littérature scientifique portent sur l'ajustement social et familial, l'agressivité, et la capacité à accomplir des tâches complexes.

Ajustement social et familial

Selon certaines études, la consommation chronique de cannabis pourrait avoir des conséquences sur l'ajustement social et familial. Ainsi, les usagers chroniques auraient plus de difficultés à conserver un emploi ; seraient plus souvent au chômage ; auraient plus de difficultés d'ajustement interpersonnel.⁶⁹

Toutefois, la plupart de ces études souffrent de problèmes méthodologiques et de difficultés d'interprétation. La plupart des études portent sur des échantillons de personnes qui proviennent majoritairement de milieux socioéconomiques défavorisés. Surtout, au delà de l'association statistique, il est difficile de déterminer dans quelle mesure d'autres facteurs ne jouent pas un rôle prépondérant où le cannabis est lui-même un symptôme et non une cause.

Agressivité

Contrairement à d'autres substances psychoactives, l'alcool et la cocaïne notamment, le cannabis n'entraîne pas d'agressivité. Certains auteurs, examinant les symptômes de sevrage lorsqu'une dépendance s'est installée, notent une irritabilité plus grande ; mais celle-ci est même moins importante proportionnellement que celle induite par le tabac.

Accomplir des tâches complexes

Aucune étude sur la consommation chronique de cannabis n'a pu établir que le cannabis entraîne des effets à long terme sur la capacité à accomplir des tâches complexes. Cette donnée est conforme à l'absence de neurotoxicité du cannabis.

⁶⁹ INSERM, (2001) *op. cit.*, pages 206-207.

TOLÉRANCE ET DÉPENDANCE

Qui pense drogue pense toxicomanie puisque, comme le rappelle F. Caballero, est drogue « toute substance susceptible d'engendrer la toxicomanie ». ⁷⁰ En France et en Europe, les observatoires créés ces dernières années s'appellent observatoires des drogues et des toxicomanies. Au Québec, l'organisme conseil créé par le Gouvernement se nomme Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Partout, dans des textes de loi, dans des documents d'information, dans le langage courant, on retrouve le terme de toxicomanie. Pourtant, dès 1963, l'OMS recommandait d'abandonner ce terme pour cause d'imprécision et de référer plutôt aux états de dépendance physique ou psychique définis comme suit :

« La dépendance psychique est un « état dans lequel une drogue produit un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise.

La dépendance physique est un « état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou que son action est contrecarrée par un antagoniste spécifique. Ces troubles, c'est-à-dire les symptômes de sevrage ou d'abstinence, se composent de symptômes et de signes de nature physique ou psychique qui sont caractéristiques de chaque drogue. » » ⁷¹

De surcroît, avec l'extension de la notion de drogues à d'autres substances (produits pharmaceutiques, tabac, alcool), et avec l'extension du contrôle international des substances aux psychotropes, l'OMS crée, en 1969, une nouvelle définition sous le vocable de pharmacodépendance qui, s'il est d'abord d'application réduite aux seuls médicaments, en viendra avec le temps à recevoir une acception plus large :

« La pharmacodépendance est un état psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de manière continue ou périodique de façon à retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de sa privation. Cet état peut s'accompagner ou non d'une tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments. » » ⁷²

Mais il est encore plus intéressant pour notre propos de citer des définitions plus anciennes de l'OMS portant ici sur les termes accoutumance et toxicomanie ou assuétude :

⁷⁰ Caballero, F. et Y. Bisiou (2000) *Droit de la drogue*. Paris, Dalloz, 2eme édition, page 3.

⁷¹ OMS (1964) *Comité d'experts des drogues engendrant la dépendance*, Série de rapports techniques, no 273, cité in Caballero et Bisiou, *op. cit.*, pages 5-6.

⁷² OMS (1969) *Comité d'experts de la pharmacodépendance*, Série de rapports techniques, no 407, cité in Caballero et Bisiou, (2000), *op. cit.*, page 6.

« L'accoutumance (en anglais *habituation*) est un état résultant de la consommation répétée d'une drogue. Ses caractéristiques sont notamment :

1. Un désir (mais non une obligation) de continuer à prendre de la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre ;
2. Peu ou pas de tendance à augmenter les doses ;
3. Une dépendance d'ordre physique à l'égard des effets de la drogue, mais absence de dépendance physique et par conséquent pas de syndrome d'abstinence ;
4. Des effets nuisibles qui, s'ils existent, concernent avant tout l'individu

La toxicomanie ou assuétude (en anglais *addiction*) est un état d'intoxication chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique. Ses caractéristiques sont notamment :

1. Un invincible désir ou un besoin de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens ;
2. Une tendance à augmenter les doses ;
3. Une dépendance psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue ;
4. Des effets nuisibles à l'individu et à la société. »⁷³

L'intérêt de cette définition est de permettre mieux que les deux précédentes de distinguer entre les drogues créant principalement une accoutumance et celles créant la toxicomanie c'est-à-dire le besoin irréprensible d'en consommer. Or, comme nous le verrons dans ce chapitre, le cannabis correspond bien davantage aux critères d'une substance susceptible de créer une certaine accoutumance et non la toxicomanie.

En plus de penser à toxicomanie, penser drogue c'est aussi penser substances illicites. Or, comme l'ont établi un large éventail de travaux et de plus en plus de pratiques, la distinction matériellement effective se situe sur les plans conjugués de la toxicité de la substance (sa dangerosité) et des usages (consommation, abus, excès) qui la caractérisent, et non sur le plan du statut juridique et symbolique de la substance.

Dépendance au cannabis

Établissons d'abord que les études animales sur la dépendance et le sevrage sont très peu pertinentes puisque la plupart utilisent des doses qui n'ont rien de commun avec celles que consomment les humains, même usagers chroniques. Par ailleurs, notons que les études sur les animaux naïfs (non expérimentés à d'autres drogues) n'ont pu établir un comportement d'autoadministration. Or, il s'agit de la seule technique permettant d'évaluer directement les propriétés renforçantes d'une molécule. L'une des explications probables tient à la demi-vie plasmatique longue du Δ^9 THC, dont on sait qu'il est éliminé lentement par l'organisme (jusqu'à 27 jours comme nous l'avons vu au chapitre 5).⁷⁴ Notons encore que, même après l'administration de doses très élevées de

⁷³ OMS (1952) *Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie*, Série des rapports techniques, no 57, cité in Caballero et Bisiou (2000), *op. cit.*, pages 4-5.

⁷⁴ INSERM, (2001), *op. cit.*, pages 274-275.

Δ^9 THC, des signes somatiques de sevrage spontané ne sont pas observés chez le rongeur, le pigeon, le chien ou le singe.⁷⁵ Notons enfin que l'on connaît peu, somme toute, les mécanismes biophysiques et psychologiques de la dépendance.

La notion de dépendance au cannabis a fait l'objet de critiques tenant à son côté trop médical (tenant peu compte de l'inscription sociale différentielle des modes et contextes d'usage) et au raisonnement circulaire (par exemple, le fait que les drogues soient illégales fait que leur consommation est nécessairement illégale, alors même que ce critère est utilisé dans la nosologie psychiatrique comme l'un des symptômes de dépendance).⁷⁶ Néanmoins, un syndrome de dépendance au cannabis ne diffère pas, lorsque mesuré par les critères du DSM, du syndrome de dépendance à l'alcool ou à l'héroïne. De plus, établir la dangerosité relative du cannabis n'est pas contradictoire avec des objectifs de santé publique.

Les critères nosologiques du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illnesses*) de l'*American Psychiatric Association* demeurent sans doute les plus utilisés dans les études sur les dépendances, d'autant plus que la plus grande partie de la recherche sur les drogues est menée aux États-Unis et dans les pays anglo-saxons (Royaume-Uni, Australie, Canada...) qui utilisent cet instrument.

Le DSM IV distingue entre les critères d'abus de substance et les critères de dépendance. Nous les reproduisons ici d'après le rapport de l'INSERM.

Critères diagnostics d'abus de substance d'après le DSM-IV

- A. Mode d'utilisation d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence d'une au moins des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :**
- 1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;**
 - 2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;**
 - 3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ;**
 - 4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.**
- B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substances, les critères de dépendance à une substance.**

⁷⁵ *Ibid.*, page 270.

⁷⁶ Cohen, P., directeur du Centre de recherche sur les drogues de l'École des sciences sociales de l'Université d'Amsterdam, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 28 mai 2001, fascicule 3 ; aussi Alexander, B.K., professeur, département de psychologie, Université Simon Fraser, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 23 avril 2001, fascicule 1.

Critères diagnostics de dépendance à une substance d'après le DSM-IV

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes au cours d'une période continue de 12 mois :

- 1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :**
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;**
 - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance.**
- 2. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :**
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;**
 - b. La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.**
- 3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;**
- 4. Il existe un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;**
- 5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets ;**
- 6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;**
- 7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.**

L'existence d'un syndrome de dépendance au cannabis chez les humains peut être inférée selon diverses méthodes : les enquêtes épidémiologiques et les études cliniques (qui utilisent le plus souvent les critères du DSM), et la demande de traitement.

Enquêtes épidémiologiques

Certaines études épidémiologiques indiquent que la consommation de cannabis peut mener à une dépendance psychologique. Dans certains cas, on estime que la moitié des usagers chroniques développeraient une dépendance de ce type.⁷⁷ Les personnes consommant du cannabis sur une base journalière pendant plusieurs mois seraient plus à risque de développer une dépendance.⁷⁸ L'interprétation et la comparaison des diverses études entre elles sont difficiles parce que le dénominateur n'est pas toujours comparable ou même spécifié (dans certains cas, il s'agit de la population générale, dans d'autres des usagers de cannabis, et dans ce dernier cas on ne distingue pas toujours entre usagers à vie, récents et réguliers). Les auteurs ne précisent pas toujours non plus si la dépendance est récente ou à vie.

⁷⁷ WHO (1997) *op. cit.*

⁷⁸ Channabasavanna, M, et coll., (1999) « Mental and behavioural disorders due to cannabis use », in Kalant H. et coll. (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Toronto : CAMH.

Aux États-Unis, plusieurs enquêtes ont été menées sur la fréquence d'usage de diverses substances psychoactives et la dépendance. L'étude *Epidemiological Catchment Area* a permis d'interviewer près de 20 000 personnes dans cinq études au cours des années 1980. La prévalence (en population générale) de dépendance au cannabis serait de 4,4 %.⁷⁹ L'étude *National Comorbidity Survey*, enquête en population générale sur plus de 8 000 sujets entre 15 et 55 ans entreprise entre 1990 et 1992 pour estimer la comorbidité entre l'abus de substances et d'autres désordres mentaux, a aussi estimé la prévalence de la dépendance. Pour les besoins de l'enquête, les critères du DSM ont été utilisés et la dépendance était observée lorsque les répondants présentaient au moins trois critères sur neuf. Selon cette étude, 4,2 % des 15-54 ans présentent une dépendance au cannabis (14 % à l'alcool et 24 % au tabac). Parmi ceux qui ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie (46 %), 9 % sont considérés dépendants, contre 32 % pour le tabac et 15 % pour l'alcool. La dépendance au cannabis est plus forte chez les hommes que chez les femmes (12 % c 5,5 % des usagers), et chez les 15-24 que chez les autres (15 % c 8 %).⁸⁰ Rassemblant les résultats de trois grandes enquêtes auprès des ménages (près de 88 000 répondants de 12 ans et plus) sur la consommation de substances psychoactives Kandel et coll.,⁸¹ observent que 8 % des usagers de cannabis au cours de la dernière année (0,7 % de l'échantillon) sont repérés comme dépendants.

En Nouvelle-Zélande, une étude longitudinale sur une cohorte de 1 265 enfants nés en 1977 en région urbaine suivis depuis la naissance a révélé qu'à l'âge de 21 ans pas moins de 70 % avaient utilisé du cannabis. De ceux-ci, 13 % avaient eu, au cours de leur vie, un problème de dépendance mesuré par le DSM-IV.⁸² Une autre étude néo-zélandaise sur une cohorte de 1 000 personnes a observé des résultats similaires : à l'âge de 21 ans 62 % avaient consommé du cannabis, et 70 % à 26 ans. La prévalence de dépendance selon les critères du DSM III-R passe de 3,6 % à 18 ans à 9,6 % à 21 ans (soit près de 15 % des usagers).⁸³

⁷⁹ Anthony J.C. et J.E. Helzer (1991) « Syndromes of drug abuse and dependence », in Robins L.N. et D.A. Regier (eds.), *Psychiatric Disorders in America*, New York, Free Press, pages 116-154.

⁸⁰ Anthony, J.C., et coll., (1994) « Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. » *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2, pages 244-268.

⁸¹ Kandel, D., et coll., (1997) « Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the US population. » *Drugs, Alcohol and Dependency*, 44, pages 11-29. Voir aussi Kandel D. et M. Davies, (1992) « Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use », in M. Glantz and R. Pickens (eds.), *Vulnerability to Drug Abuse*, pages 211-253, Washington DC, American Psychological Association.

⁸² Fergusson, D.M. et L.J. Horwood (2000) « Cannabis use and dependence in a New Zealand birth cohort. » *New Zealand Medical Journal*, 113, pages 156-158

⁸³ Poulton, R., et coll., (2001) « Persistence and perceived consequences of cannabis use and dependence among young adults: implications for policy. » *New Zealand Medical Journal*, 114, pages 13-16.

En Australie, une enquête en population générale auprès de plus de 10 000 personnes âgées de plus de 18 ans a démontré qu'environ 1,5 % des usagers au cours de la dernière année et 20 % des usagers actuels présentaient des signes de dépendance selon le DSM-IV.⁸⁴

Aux Pays-Bas, une étude sur un échantillon de la population nationale de 18 à 65 ans (7 000 sujets) a démontré que 10 % des usagers avaient eu des signes de dépendance au cours de leur vie.⁸⁵

Études cliniques

Les résultats des études cliniques peuvent difficilement être généralisés mais il est intéressant de voir dans quelle mesure ils se rapprochent des résultats des études épidémiologiques. Kosten a examiné la validité des critères du DSM-III R pour identifier les syndromes de dépendance à diverses substances psychoactives dont le cannabis. Il a observé une forte cohérence des critères pour les syndromes de dépendance à l'alcool, à la cocaïne et aux opiacées. Les résultats étaient plus équivoques sur le cannabis. Une analyse critérié a permis d'identifier qu'il y avait trois dimensions au syndrome de dépendance au cannabis (1) la compulsion – indiquée par une modification des activités sociales attribuable à la drogue; (2) une difficulté à arrêter – révélée par l'incapacité à réduire la consommation, le retour aux niveaux antérieurs après cessation temporaire et un degré de tolérance aux effets; et (3) des indices de sevrage – révélés par leur disparition lors d'une re-consommation et l'usage continue malgré des difficultés reconnues.⁸⁶

Études auprès d'usagers au long cours

Au Canada, une étude du professeur Hathaway menée entre octobre 2000 et avril 2001, tente d'identifier les usages à problème et la dépendance chez les usagers réguliers à partir des critères diagnostics du DSM-IV.⁸⁷ L'étude porte sur un échantillon de 104 personnes (64 hommes et 40 femmes) âgées entre 18 et 55 ans (âge moyen de 34 ans); 80 % avaient une consommation hebdomadaire et 51 % une consommation quotidienne au cours des 12 derniers mois, et près de la moitié (49 %) déclaraient consommer une once ou plus (28 grammes) en moyenne par mois. Interrogés sur les raisons de leur consommation, les participants citent : pour relaxer (89 %), pour se sentir bien (81 %), pour mieux apprécier la musique ou les films (72 %), pour contrer l'ennui (64 %) et pour favoriser l'inspiration (60 %).

⁸⁴ Swift, W. et coll., (2001) « Cannabis use and dependence among Australian adults : results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. » *Addiction*, 96, pages 737-748.

⁸⁵ Van Laar, M., et coll., (2001) *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2001*. Utrecht : NDM Bureau.

⁸⁶ T.R. Kosten et al., (1987) "Substance-use disorders in DSM-III-R", *British Journal of Psychiatry* 151, pages 8-19.

⁸⁷ Hathaway, A.D. (2001) « Cannabis effects and dependency concerns in long-term frequent users : a missing piece of the public health puzzle. » Transmis au Comité du Sénat sur les drogues illicites lors de la comparution du professeur Hathaway devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 14 mai 2001, fascicule no2.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Interrogés sur les activités déviantes reliées à leur consommation de cannabis, la réponse la plus fréquente était de s'être trouvé dans des situations inconfortables pour se procurer du cannabis. Les autres activités mentionnées étaient : emprunter de l'argent, vendre du cannabis pour payer leur propre consommation, et travailler davantage. 6% avaient déjà eu des problèmes légaux reliés à leur consommation de cannabis. En ce qui concerne les critères de dépendance, 30 % des participants déclaraient avoir ressenti trois ou plus d'entre eux au cours de leur vie, 15 % au cours de la dernière année.

[Traduction] « (...) les problèmes les plus fréquemment associés au cannabis ont davantage trait aux perceptions qu'ont les usagers de l'usage excessif qu'aux impacts perçus de la drogue sur la santé, les obligations sociales et les relations ou d'autres activités. En accord avec la nature hautement subjective de cette évaluation, nous n'avons observé aucune corrélation significative entre les quantités ou la fréquence d'utilisation et le nombre d'items au DSM-IV. Lorsque les problèmes de dépendance au cannabis progressent au point de demander une aide formelle, la signification substantive de la perception de niveaux d'usage excessifs ne doit pas être sous-estimée. »⁸⁸

L'étude comparative de Cohen et Kaal sur des usagers au long cours discutée au chapitre précédent incluait aussi des données sur les symptômes de dépendance. Entre 21 et 24 % des répondants présentaient trois ou plus des critères du DSM IV au cours de leur vie. C'est ce que démontre le tableau suivant.

⁸⁸ *Ibid.*, page 15.

**Nombre de réponses positives aux critères du DSM IV
Amsterdam, San Francisco, Bremen⁸⁹**

Nombre de critères	Au cours de leur vie				Au cours des 12 derniers mois			
	Amsterdam		San Francisco		San Francisco		Bremen	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	85	39	129	49	233	88	43	78
1	37	17	53	20	17	6	5	9
2	43	20	30	11	9	3	4	7
3	19	9	28	11	3	1	2	4
4	15	7	15	6	3	1	1	2
5	9	4	7	3				
6	8	4	3	1				
Total	216	100	265	100	265	100	55	100
Moyenne incl 0		1,5		1,2		0,2		0,4
Moyenne sans 0		2,5		2,3		1,8		1,9

Les auteurs notent aussi une corrélation significative entre la quantité consommée (en grammes) au cours de la période d'utilisation la plus intensive (au début de la vingtaine chez ces usagers expérimentés au long cours) et le nombre de critères rencontrés, corrélation qu'ils ne retrouvent cependant pas sur la consommation au cours de la dernière année.

Demande de traitement

Enfin, on peut examiner la dépendance indirectement par la demande de traitement. Évidemment, il ne s'agit que d'une mesure très indirecte et sûrement très imparfaite pour plusieurs raisons. La très grande majorité des usagers de cannabis en font un usage irrégulier, qui se termine au début de la vingtaine. Parmi ceux qui continuent et deviennent usagers réguliers, nous venons de voir qu'entre 10 % à 20 % présenteront des critères de dépendance. La plupart des usagers n'ont pas l'impression d'avoir besoin d'aide, ce que confirmerait leur capacité à arrêter l'usage sans recours extérieur. Enfin, parmi ceux qui demandent de l'aide, il peut y avoir à la fois l'influence de la disponibilité des services aussi bien que l'interaction avec d'autres consommations à problème, alcool, médicaments ou autres drogues ou avec d'autres désordres mentaux. De fait, il semble que dans une proportion importante des cas, les demandes de traitement reliées au cannabis proviennent de personnes présentant des désordres multiples.

⁸⁹ Cohen, P.D.A. et H.L. Kaal, (2001) *The irrelevance of drug policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the population of Amsterdam, San Francisco and Bremen.* Amsterdam : University of Amsterdam, CEDRO, page 99.

Néanmoins, nous avons entendu des témoignages à l'effet que la demande de traitement pour problème de dépendance au cannabis serait en croissance et que cette augmentation pourrait être reliée au contenu en THC.

En Europe, la demande de traitement pour problème principal relatif au cannabis varie largement entre pays passant de 6 % en Espagne (l'un des pays où la consommation est la plus répandue et la plus tolérée) à 25 % en Belgique. La Suède, qui a pourtant un taux de consommation relativement faible, a une demande de traitement de 14 %, comparable à celui de la France (16 %) qui a pourtant un taux d'usage beaucoup plus élevé. Aux États-Unis, la demande est tout aussi variable selon les états, entre 5 % et 30 %.⁹⁰

Sévérité de la dépendance

La sévérité de la dépendance a été évaluée de différentes manières. Aux États Unis, une étude a examiné environ 1 100 sujets ayant consommé plus de 6 fois du cannabis et a évalué la sévérité de leur dépendance à partir des critères du DSM IV. Le niveau de dépendance (basse, intermédiaire ou élevée) correspondait au nombre de critères remplis.⁹¹ On obtient les résultats suivants :

Sévérité de la dépendance au cannabis en fonction de la consommation⁹²												
Dépendance (nombre de critères)	Répartition des sujets en fonction du type de consommation											
	Basse			Intermédiaire			Élevée			Total		
	T	A	C	T	A	C	T	A	C	T	A	C
Nulle (0-2)	18	88	85	14	45	53	5	8	35	13	47	59
Faible (3-4)	28	8	11	30	22	21	22	12	34	27	14	18
Modérée (5-6)	34	3	2	39	15	14	51	19	23	40	12	13
Sévère (7-9)	19	1	3	17	17	12	23	61	17	20	27	10

T = tabac ; A = alcool ; C = cannabis

On observe une situation cohérente où le lien entre consommation élevée et dépendance est plus faible pour le cannabis que pour le tabac et l'alcool, et où, au total, la dépendance pour le cannabis est la plus faible des trois substances.

⁹⁰ Rigger, H. et M. van Laar (2002) «Epidemiological aspects of cannabis use.» in Pelc I., (ed.) *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.

⁹¹ Woody G.E. et coll., (1993) « Severity of dependence: Data from the DSM -IV field trials » *Addiction* 88, pages 1573-1579.

⁹² Reproduit d'après INSERM (2001) *op. cit.*, page 73.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Le professeur Roques quant à lui, propose trois classes de produits en termes de leur dangerosité : la première comprend l'héroïne, la cocaïne et l'alcool ; la deuxième les psychostimulants, les hallucinogènes, le tabac, les benzodiazépines ; et le cannabis est en retrait dans une classe à part. Il classe la dangerosité des drogues selon un ensemble diversifié de critères. Nous reproduisons en page suivante son tableau de la dangerosité des drogues.

Notons en terminant qu'il n'y a pas de dépendance physique connue au cannabis, même si le sevrage dans les cas les plus sévères s'accompagnera parfois de manifestations physiques tels des tremblements, une insomnie, une irritabilité, etc.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Facteurs de dangerosité des « drogues » (reproduit de Roques, B. (1999), page : 296								
	Héroïne	Cocaïne	MDMA	Psycho-stimulants	Alcool	Benzo-diazépines	Cannabi-noïdes	Tabac
Suractivation Dopami-nergique	+++	++++	+++	++++	+	±	+	+
Hypersensi-bilité à la dopamine	++	+++	?	+++	±	?	±	?
Activation du système opioïde	++++	++	?	+	++	+	±	±
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	?	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxi-cité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte	forte	éventuelle-ment très forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte (cancer)
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible (exceptions)	forte	faible	faible	0
Traitements Substitutifs	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	oui

La tolérance

De manière technique, la tolérance se définit comme suit :

« La propriété que possède l'organisme humain de supporter, sans manifester de réaction, l'administration de doses habituellement actives d'une substance déterminée. En matière de drogue, cette tolérance peut conduire à une augmentation des doses afin de retrouver l'effet recherché. »⁹³

Le développement d'une tolérance est associé à des modifications pharmacodynamiques. Dans certaines études animales, l'administration chronique de THC a réduit la densité des récepteurs dans certaines régions cérébrales⁹⁴, les augmentant dans d'autres ; ces effets seraient réversibles.⁹⁵

Chez l'homme comme chez l'animal, les études observent un phénomène de tolérance au cannabis. Toutefois, les données doivent être interprétées avec prudence dans la mesure où certaines études et des cas cliniques ont aussi observé que les usagers réguliers avaient besoin de moins de cannabis pour atteindre l'effet recherché.⁹⁶ Néanmoins, une étude de Wiesbeck et coll sur 5611 sujets rapporte que 16 % des consommateurs fréquents de cannabis ont eu une histoire de syndrome de sevrage.⁹⁷

C'est le phénomène de tolérance à la substance qui induit les symptômes de sevrage. Au cours des dernières années, les données cliniques sur le symptôme de sevrage chez les grands consommateurs de cannabis (plusieurs doses par jour de manière continue pendant plusieurs années) se sont accumulées. Les symptômes observés incluent l'agitation, la perte d'appétit, la nausée, les perturbations du sommeil, l'irritabilité ou l'hyperactivité et une augmentation de la température du corps.⁹⁸ Ces symptômes apparaissent après 24 heures d'abstinence, atteignent un pic après 2 à 4 jours et diminuent dans les 7 jours. Les symptômes sont nettement moins sévères et moins longs que pour les autres substances psychoactives. D'ailleurs, les études cliniques démontrent que la plupart des sujets continuent à mener leurs activités quotidiennes de manière normale.

⁹³ OMS (1969), in Caballero et Bisiou (2000), *op. cit.*, page 6.

⁹⁴ Rodriguez de Fonseca, F. et coll., (1994) « Downregulation of rat brain cannabinol binding sites after chronic delta-9-THC treatment », *Pharm. Biochem. Behav.* 47, pages 33-40.

⁹⁵ Westlake, T.M. et coll., (1996) « Chronic exposure to delta-9-THC fails to irreversibly alter brain cannabinoid receptors » *Brain Research*, 544, pages 145-149.

⁹⁶ Beardsley, R.M et coll., (1986) « Dependence on THC in rhesus monkeys », *Journal Pharmacol. Exp. Ther.*, 239 (2), pages 311-319.

⁹⁷ Wiesbeck, G.A., et coll., (1996) « An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. » *Addiction*, 91 (10), pages 1573-1579.

⁹⁸ Kouri, E.M. et coll., (2000) « Abstinence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use. » *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, pages 483-492.

Éléments de synthèse

Nous avons vu au chapitre 6 que les formes d'usage ne suivent pas un modèle unique, moins encore un modèle de progression du moins vers le plus. Même pour les usagers chroniques, la trajectoire d'usage est faite de pics et de creux, de périodes d'abstinence et de périodes de consommation intense. Nous avons vu aussi que les études épidémiologiques ne sont pas suffisamment sensibles pour tenir compte de l'interaction entre les multiples facteurs qui influencent les modèles de consommation. On comprendra que la conjonction de ces diverses difficultés rend difficile d'estimer la consommation problématique, plus encore la fréquence de la dépendance.

Il nous paraît cependant clair que le terme toxicomanie, déjà fortement critiqué, s'applique encore plus mal en ce qui concerne le cannabis. Avec ses référents physiologiques et ses relents moralistes, ce terme ne permet pas de saisir les comportements des usagers et par là d'informer adéquatement une politique publique axée sur la prévention et l'aide aux usagers ayant des problèmes. Il nous paraît clair aussi que la dépendance n'est que l'une parmi plusieurs conséquences de l'usage excessif et qu'en matière de cannabis elle ne doit pas être surestimée.

C'est pourquoi nous proposons de distinguer les usages en fonction de la conjonction d'au moins quatre facteurs : le contexte d'usage, la quantité consommée, la fréquence de l'usage ainsi que la durée et l'intensité.

Proposition de critères pour différencier les usages

	Contexte	Quantité	Fréquence	Durée et intensité
Expérimentation / Occasionnel	Curiosité	Variable	Quelques fois au cours de la vie	Aucune
Régulier	Récréatif, festif Surtout le soir Surtout en groupe	Quelques joints Moins d'un gramme par mois	Quelques fois par mois	S'échelonne sur quelques années mais rarement intensif
À risque	récréatif et occupationnel (pour aller à l'école, au travail, faire du sport...) Seul, le matin Moins de 16 ans	Entre 0,1 et 1 gramme par jour	Quelques fois par semaine, le soir, les fins de semaine surtout	S'échelonne sur plusieurs années avec des pics d'intensité élevée
Excessif	Occupationnel et problèmes personnels Usages dérégulés	Plus d'un gramme par jour	Plus d'une fois par jour	S'échelonne sur plusieurs années avec une intensité élevée continue pendant plusieurs mois à la fois

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Tenant compte des limites de la base de connaissance épidémiologique, sur les tendances d'usage au Canada, nous sommes réduits à des estimations hautement spéculatives. Néanmoins, à titre indicatif, nous proposons les paramètres suivants :

- ❖ *Chez les adultes : nous avons estimé à environ 100 000 le nombre de personnes de plus de 18 ans qui consomment du cannabis quotidiennement,*
 - si on admet qu'entre 30 à 40 % d'entre eux consommeraient entre 0,1 et 1 gramme par jour, c'est dire qu'entre 30 000 à 40 000 seraient des usagers à risque ;
 - si on admet qu'entre 5 à 10 % consommeraient plus d'un gramme par jour, c'est dire qu'entre 5 000 et 10 000 adultes seraient des usagers excessifs.
- ❖ *Chez les jeunes de 12 à 17 ans, nous avons estimé qu'environ 225 000 feraient un usage quotidien.*
 - si on admet que tout usager de moins de 16 ans est usager excessif, et que les jeunes entre 12 et 15 ans qui consomment représentent environ 25 % des usagers de la classe d'âge des 12 – 17 ans, on peut estimer qu'environ 50 000 jeunes seraient usagers excessifs en raison de leur âge ;
 - si on estime que, du nombre restant soit environ 175 000 jeunes, environ 30 à 40 % consomment moins d'un gramme par jour, c'est donc environ 50 000 à 70 000 sont à risque ;
 - finalement, si entre 5 % et 10 % consomment plus d'un gramme par jour, c'est dire qu'entre 8 000 et 17 000 sont des usagers excessifs.

Nous sommes conscients que ces proportions ne tiennent pas compte des autres facteurs, notamment les contextes et la durée de l'usage. Nous ne pouvons que souhaiter que les enquêtes ultérieures que le Canada ne manquera pas de mener tenteront de mieux cerner la complexité des usages et la variabilité de leurs conséquences possibles.

CONCLUSIONS

Au total, sur la base de l'ensemble des données de recherche et des témoignages qu'il a entendus concernant les effets et conséquences de la consommation de cannabis **le Comité conclut que l'état des connaissances permet de penser que, pour la vaste majorité des usagers récréatifs, la consommation de cannabis ne présente pas des conséquences néfastes sur leur santé physique, psychologique ou sociale à court ou à long terme.**

De manière plus spécifique, cette conclusion s'appuie sur les conclusions suivantes :

Conclusions du chapitre 7	
Effets aigus du cannabis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les effets immédiats du cannabis se caractérisent par un sentiment d'euphorie, de détente, de sociabilité; ils s'accompagnent d'une diminution de la mémoire à court terme, de la concentration et de certaines habiletés psychomotrices.
Distinctions entre les usages	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aux fins de politique publique, le Comité ne considère pas utile les distinctions traditionnelles entre effets aigus et effets chroniques. ➤ De même, le Comité ne considère pas utile la dichotomie entre usage et dépendance. ➤ Les données de recherche ne permettent pas de distinguer clairement entre l'usage, l'usage à risque, et l'usage excessif. ➤ La quantité consommée est un indicateur, mais d'autres facteurs d'ordre psychosocial, et tenant au contexte d'usage et à la qualité de la substance, interviennent dans le passage de l'usage à l'usage à risque et à l'usage excessif.
Usage à risque et usage excessif chez les adultes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Néanmoins, le Comité est d'avis que, pour les personnes de plus de 16 ans, l'usage à risque s'inscrit dans une fourchette entre 0,1 à 1 gramme par jour sur une période prolongée et qu'au delà, il s'agit d'un usage excessif qui peut entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, psychologique ou sociale des usagers. ➤ Selon cette distinction, et selon les données épidémiologiques présentées au chapitre précédent, il est permis de penser qu'environ 100 000 Canadiens de plus de 16 ans pourraient avoir un usage à risque et environ 80 000 pourraient avoir un usage excessif.
Tout usage chez les moins de 16 ans est un usage à risque	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le Comité est d'avis qu'en raison de ses effets potentiels sur le système cannabinoïde endogène et les fonctions cognitives et psychosociales, toute consommation chez les jeunes de moins de 16 ans est une consommation à risque. ➤ Sur la base de nos estimations, ce seraient environ 50 000 jeunes. ➤ Chez les jeunes entre 16 ans et 18 ans, est consommation excessive une consommation même non quotidienne mais qui est faite le matin, seul ou pendant les activités scolaires.
Conséquences de l'usage excessif	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'usage excessif de cannabis fumé peut avoir certaines conséquences négatives sur la santé physique, notamment sur le système respiratoire (bronchites chroniques, cancer des voies respiratoires supérieures). ➤ L'usage excessif de cannabis peut entraîner des conséquences psychologiques négatives sur les usagers, notamment des

difficultés de concentration et d'apprentissage, ou, dans des cas rares et chez des personnes déjà prédisposées, déclencher des épisodes psychotiques ou schizophréniques.

- **L'usage excessif de cannabis peut entraîner des conséquences sur la santé sociale des usagers, notamment leur insertion professionnelle et sociale et leur capacité à accomplir des tâches.**
- **L'usage excessif de cannabis peut entraîner une dépendance qui demandera un traitement ; toutefois, la dépendance induite par le cannabis est moins sévère et moins fréquente que la dépendance à d'autres substances psychoactives y compris l'alcool et le tabac.**

CHAPITRE 8

CONDUITE SOUS L'EFFET DU CANNABIS¹

« Stan Thompson avait 18 ans quand, avec quatre autres adolescents de Kanata, il a été tué dans un terrible accident de voiture à Perth un beau jour d'été. Un jeune a été jugé responsable de cet accident mortel et a purgé huit mois d'une peine de 12 mois de prison. La consommation de cannabis et la conduite en état d'ébriété étaient la cause de l'accident. (...) L'année de la mort de Stan, son père, Greg Thompson, est allé dans les écoles secondaires locales pour parler de l'accident, dire pourquoi les choses avaient mal tourné et comment la tragédie aurait pu être évitée. (...) Son message est que la consommation de marijuana affecte et affectera toujours les facultés de quelqu'un qui est au volant. Il a supplié les jeunes de ne pas le faire. (...) La marijuana n'est pas une substance bénigne. Il y a très peu de recherches qui pourraient permettre à quiconque de déterminer le niveau de l'incapacité liée à la marijuana et l'affaiblissement des facultés de ceux qui en fument et conduisent, et encore moins le degré d'incapacité à conduire lié à la consommation de marijuana et d'alcool. Nous avons vu dans le sondage effectué au Manitoba que plus de la moitié des jeunes qui consomment de la marijuana le font dans des automobiles et pendant les heures de classe. Il n'existe pas de moyen technique ou scientifique pour mesurer l'incapacité provoquée par la marijuana. Nous n'avons ni la technologie, ni les données scientifiques, ni la recherche nécessaire. Nous n'avons pas non plus la législation qu'il faudrait. Des études faites en Colombie-Britannique révèlent la présence de marijuana dans le corps de 12 à 14 % des conducteurs impliqués dans des accidents mortels. Le gouvernement du Québec et la Société de l'Assurance automobile du Québec effectuent actuellement des enquêtes en sécurité routière dans le cadre desquelles des volontaires soumettent des échantillons d'urine ou de sang. Les résultats de ces tests démontrent la présence de marijuana dans les échantillons prélevés sur 12 à 14 % de ces conducteurs. »²

S'il est une question, autre que les effets de la consommation de cannabis sur les jeunes ou des effets d'une consommation excessive, susceptible de préoccuper la société et les gouvernements, il s'agit certainement de ses effets sur la conduite d'un véhicule. On connaît déjà les effets sur la circulation routière de l'alcool avec sa cohorte d'accidents avec blessés ou tués. Malgré les diminutions constatées ces

¹ Hormis les études spécifiques que nous avons consultées et qui feront l'objet des renvois appropriés, ce chapitre s'inspire largement des recensions réalisées par l'INSERM (2001) *op. cit.*; Ramaekers et coll., (2001) pour la Conférence scientifique internationale sur le cannabis in Pelc, I., *op. cit.*, et de Smiley (1999) dans Kalant, H., (éd.), *op. cit.*

² R.G. Lesser, surintendant principal, gendarmerie royale du Canada, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 29 octobre 2001, fascicule no 8, page 17.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

dernières années, il sera facile d'admettre qu'un accident mortel causé par la consommation d'une substance est déjà un accident de trop.

Or, après l'alcool, le cannabis est la substance psychoactive la plus consommée, notamment chez les jeunes du groupe d'âge 16-25. Occasionnelle, la consommation se produit le plus souvent dans un contexte festif, lors des parties de fin de semaine, souvent accompagnée aussi d'alcool. Les personnes de cette catégorie d'âge sont aussi les plus susceptibles d'avoir un accident automobile, et sont aussi susceptibles d'accidents avec facultés affaiblies.

Nous avons vu que le cannabis affecte les habiletés psychomotrices pour une durée pouvant aller jusqu'à cinq heures après la consommation. Les effets psychoactifs du cannabis sont aussi dépendants de la dose, de la concentration en THC, ainsi que de la morphologie, de l'expérience et des attentes des usagers. Mais quels sont les effets spécifiques du cannabis sur la conduite de véhicules? Quels sont les effets de la combinaison d'alcool et de cannabis? Et quels sont les outils permettant de détecter la présence d'un taux de THC susceptible d'affecter significativement les facultés psychomotrices reliées à l'opération de véhicules?

Ici encore, les avis des témoins que le Comité a entendus divergent sur l'interprétation des résultats des études. Ainsi, l'association canadienne des policiers et policières nous a dit :

« La conduite automobile dans l'état de stupeur que provoque cette drogue réduit le jugement et la coordination motrice. Dans une étude portant sur des pilotes d'avion, dix pilotes brevetés, 24 heures après avoir fumé un joint contenant 19 mg de THC, soit une dose relativement légère, se sont soumis à des tests sur simulateur ; tous les dix ont fait des erreurs à l'atterrissage et l'un d'entre eux est passé complètement à côté de la piste. »³

Deux semaines plus tard, le Dr John Morgan de la *City University of New York Medical School* disait au sujet de cette même étude :

« Un scientifique californien du nom de Jerome Yesevage en est l'auteur. C'est une étude qui remonte je crois au début des années 80 et qui avait à l'époque attiré l'attention. (...) L'étude du Pr Yesevage n'était régie par aucun paramètre de contrôle. (...) Comme vous l'avez entendu, l'utilisation de la marijuana est difficile à contrôler. Lorsque le Pr Yesevage a reçu une subvention du gouvernement fédéral américain pour répéter l'étude mais en y ajoutant les paramètres de contrôle simples que j'avais préconisés, comme d'autres d'ailleurs, il n'a pas réussi à démontrer un quelconque effet de la marijuana après quatre heures dans un groupe témoin similaire. Par conséquent, je pense qu'en réalité, le fait de fumer de la marijuana a effectivement une incidence lors de tests conduits dans des simulateurs de

³ Dale Orban, sergent-détective, Service de police de Regina, pour l'Association canadienne des policiers et policières, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 28 mai 2001, fascicule no 3, page 47.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

pilotage, et également, dans une certaine mesure, sur les réflexes au volant, pendant un maximum de trois à quatre heures après le fait, mais ces effets ne durent pas, en plus ils sont relativement faibles. »⁴

Référant ensuite aux travaux de Robbe que nous examinons plus en détail dans ce chapitre, le professeur Morgan ajoutait :

« Un scientifique hollandais qui, pendant plusieurs années, a fait des expériences sur la conduite automobile a constaté que les conducteurs qui fumaient de la marijuana avaient quelques difficultés à rester dans leur bande de circulation. C'est ce test qui est le plus révélateur. Si vous fumez de la marijuana, vous aurez tendance à zigzaguer un peu plus que quelqu'un qui est tout à fait sobre. C'est important certes, même si aucune étude n'a démontré que ce zigzagage avait une influence significative sur les facultés du conducteur.

Le scientifique hollandais en question a ajouté dans son rapport que ce phénomène (...) était relativement le même que chez les conducteurs qui avaient consommé de l'alcool en petites quantités, qui avaient pris de la benzodiazépine en petites quantités, ou encore des antihistaminiques à faibles doses. »⁵

Or, le même jour, le professeur Kalant, de l'Université de Toronto, répondait ce qui suit :

« Le Dr Morgan a parlé de certaines études expérimentales ce matin. Un certain nombre d'études, recensées par le Dr Smiley dans le rapport du Comité sur les effets du cannabis sur la santé de l'Organisation mondiale de la santé démontre un certain degré d'entente sur ce que sont les principaux effets sur la conduite automobile. Comme le Dr Morgan l'a dit, le conducteur a du mal à rester dans sa voie. Il ne manipule pas le volant avec autant de précision. Le temps de démarrage et le temps de freinage ralentissent. La recherche à vue est réduite. Autrement dit, lorsqu'on conduit, on doit être à l'affût des sources de danger des deux côtés et pas seulement devant soi. On note une baisse de la surveillance et une moins grande reconnaissance des signaux de danger. Les effets sont synergiques avec ceux de l'alcool. La seule chose favorable à propos du cannabis par rapport à l'alcool, c'est que les fumeurs de cannabis sont moins agressifs que les buveurs, de sorte qu'ils risquent moins de doubler dangereusement ou de faire de la vitesse. Il reste néanmoins que la capacité de conduite est altérée non seulement par une moins bonne direction mais aussi par une moins grande vigilance face à l'imprévu et aux sources de danger.

Je ne vais pas parler des statistiques sur le terrain concernant le rôle du cannabis dans les accidents de la route. Toutefois, je voudrais dire qu'un certain nombre d'études ont démontré des signes de la présence du cannabis dans le sang et l'urine de gens arrêtés pour conduite avec facultés affaiblies en l'absence d'alcool. »⁶

⁴ Dr John Morgan, professeur à la City University of New York Medical School, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 juin 2001, fascicule no 4, page 40-41.

⁵ *Ibid.*

⁶ Dr Harold Kalant, professeur émérite à l'Université de Toronto, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 juin 2001, fascicule 4, page 75.

Comme on le voit, et comme c'était le cas pour les effets et conséquences sur la santé des usagers, les avis divergent sur l'interprétation des études et leur signification quant aux effets spécifiques de la marijuana sur la conduite de véhicules.

Ce chapitre se divise en trois sections. La première examine les modes de dépistage de la présence de cannabinoïdes dans l'organisme. La seconde analyse les études sur la prévalence connue de conduite sous l'influence de véhicules, hors contexte accidentel et en contexte accidentel. Enfin la troisième résume l'état des connaissances sur les effets du cannabis sur la conduite de véhicules à partir d'études *in situ* ou en laboratoire. Comme pour les autres chapitres, le Comité dégagera ensuite ses propres conclusions.

MODES DE DÉPISTAGE

On connaît cinq milieux de dépistage de la présence de cannabinoïdes dans l'organisme : le sang, l'urine, la salive, les cheveux et la sueur.

Le sang est le milieu le plus approprié pour détecter la consommation récente de cannabis, puisque seule l'analyse du sang permet de distinguer entre les principes actifs du cannabis et les métabolites dépourvus d'effets psychoactifs. Toutefois, comme nous l'avons déjà vu, les concentrations de $\Delta^9\text{THC}$ dans le sang atteignent un pic 9 minutes après la consommation de la cigarette, après 10 minutes il n'en reste que les deux tiers, 5 à 10 % au bout d'une heure et après deux heures, il sera à la limite de la détection. Il s'ensuit que toutes les méthodes ne sont pas appropriées pour le dépistage en raison de la forte possibilité de produire des faux négatifs et des faux positifs. La méthode la plus fiable, la chromatographie en phase gazeuse avec détection par spectrométrie de masse a une excellente sensibilité et permet également d'estimer le temps écoulé entre le moment de la dernière consommation et la prise de sang.

L'on a vu au chapitre 7 qu'il y a une relation dose-effet : 25 bouffées affectent les facultés cognitives de façon plus nette que 10 bouffées et 10 que 4. Mais il existe peu de données sur la relation entre la concentration et les effets sur la personne et la capacité notamment à répondre à la question centrale en matière de sécurité routière : à partir de quelle concentration peut-on considérer que les facultés étaient réduites ? En France, le seuil de positivité du $\Delta^9\text{THC}$ a été fixé à 1 ng/ml⁷ pour les conducteurs impliqués dans des accidents mortels. Un autre auteur a proposé une formule établissant un rapport entre le $\Delta^9\text{THC}$, le 11-OH $\Delta^9\text{THC}$ et le $\Delta^9\text{THC}$ -COOH pour déterminer un facteur d'influence du cannabis avec un seuil de positivité de 10 ng/ml. Une concentration égale de $\Delta^9\text{THC}$ et de COOH suggérerait une consommation remontant à environ 30 minutes et donc une forte probabilité d'effets

⁷ Dans ce chapitre, ng signifie nanogramme (soit un milliardième de gramme) et µg signifie microgramme (soit 1 millionième de gramme).

psychoactifs tandis qu'une concentration plus élevée de COOH que de Δ^9 THC suggère que la consommation remonterait à plus de 40 minutes. Cependant, une concentration de COOH de plus de 40 $\mu\text{g/l}$ indiquerait qu'il s'agit d'un consommateur chronique pour lequel il devient alors impossible de déterminer à quand remonterait la dernière consommation. D'autres travaux établissent qu'une concentration de 10 à 15 ng/ml dans le sang suggère une consommation récente sans que l'on puisse cependant établir à quand elle remonte.⁸

Les urines sont aussi un milieu de dépistage fréquemment utilisé et demeurent le milieu le plus approprié pour un dépistage rapide de la consommation. Par contre, les urines peuvent conserver des traces de consommation de cannabis pendant des semaines. De surcroît, ces traces sont celles du Δ^9 THC-COOH, un métabolite inactif. Par conséquent, leur intérêt tient principalement à des mesures épidémiologiques de la consommation de cannabis et ne contribue pas à la connaissance de la conduite avec facultés affaiblies.

Les niveaux de concentration du Δ^9 THC-COOH dans les urines sont très élevés : pour un usager d'un joint par jour elles se situent entre 50 et 500 ng/ml et peuvent atteindre plusieurs milliers de ng/ml chez les gros consommateurs, le seuil de positivité actuellement recommandé étant de 50 ng/ml d'urine.

La salive est un milieu très prometteur pour la sécurité routière parce que non intrusive et capable d'indiquer avec une certaine précision une consommation récente. La présence de Δ^9 THC dans la salive est essentiellement due au phénomène de séquestration bucco-dentaire lors de l'inhalation. Les concentrations y sont très élevées dans les minutes suivant l'absorption, variant entre 50 et 1 000 ng/ml, mais déclinent ensuite très rapidement dans les heures qui suivent, restant détectables pendant 4 à 6 heures en moyenne. Le projet européen ROSITA a comparé la fiabilité des prélèvements dans les urines, la sueur et la salive par rapport au sang. La salive est de loin le milieu le plus fiable, démontrant une corrélation exacte dans 91 % des cas. Toutefois, son faible niveau de concentration pendant la majeure partie de la durée des effets psychoactifs signifie qu'elle exige une méthode analytique sensible. Il n'existe malheureusement pas encore d'outil rapide de détection suffisamment performant et fiable en situation de conduite. Ainsi, les outils de détection en situation de conduite n'identifiaient correctement que 18 à 25 % des cas et produisaient beaucoup de faux négatifs.⁹

La sueur est généralement reconnue comme un mauvais milieu de détection, notamment en raison de la persistance du Δ^9 THC dans ce milieu, en même temps qu'il est excrété dans la sueur en faible quantité.

⁸ INSERM (2001), *op. cit.*, : pages 152-153.

⁹ Ramaekers, J.G. et coll., (2002) «Performance impairment and risk of motor vehicle crashes after cannabis use » in Pelc, I. (éd.) *International Scientific Conference on Cannabis*, Bruxelles, page : 81.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Enfin, les cheveux sont un milieu particulièrement intéressant puisqu'il s'y retrouve une quantité significative de Δ^9 THC qui permet d'établir la chronicité et le niveau (faible, moyen, élevé) de consommation. Toutefois, les concentrations sont de quelques ng par mg de cheveux, ce qui exige des analyses très performantes.

Le tableau suivant, tiré du rapport de l'INSERM, résume les principales caractéristiques des divers milieux biologiques de dépistage ; nous y avons ajouté, lorsque disponible, le seuil de détection retenu.

Principales caractéristiques des milieux biologiques de dépistage					
	Cannabinoïdes majoritaires	Délai maximum de détection	Domaine d'intérêt	Méthodologies disponibles	Seuil de positivité
Urines	THC-COOH (inactif)	Consommation occasionnelle : 2 à 7 jours Consommation régulière : 7 à 21 jours	Dépistage d'une consommation	Oui ; nombreux tests rapides	50ng de Δ^9 THC-COOH par ml
Salive	THC (actif)	2 à 10 heures	Dépistage d'une consommation récente	Non, pas de tests rapides	non déterminé
Sueur	THC	Très variable	Peu d'intérêt	Non, pas de tests rapides	inutile
Cheveux	THC	Infini	Révélation et suivi d'un usager régulier	Oui ; CPG-SM	non déterminé
Sang	THC 11-OH THC THC-COOH	2 à 10 heures	Confirmation, identification, dosage	Oui ; CPG-SM	1ng/ml (France)

Dans tous les cas, la manipulation et le transport des échantillons ainsi que les dosages toxicologiques sont essentiels à la qualité des analyses.

Par ailleurs, on constate qu'il existe encore beaucoup d'incertitudes sur les seuils permettant d'affirmer que la présence de Δ^9 THC affectait les facultés du conducteur. De surcroît, il n'existe pas encore de test de dépistage rapide fiable permettant d'identifier une consommation récente (ce que les tests d'urines ne peuvent faire). Enfin, d'autres drogues que l'alcool, dont plusieurs médicaments prescrits, peuvent avoir un impact sur la conduite de véhicules. C'est pourquoi plusieurs auteurs, et certains témoins, nous ont suggéré que le Canada devrait adopter le programme de classification et d'évaluation des drogues (DEC) et reconnaître les policiers formés à la reconnaissance des drogues (*Drug Recognition Expert*). Cette pratique est maintenant en

place dans la plupart des États américains (au moins 34 de même que le District de Columbia), en Colombie-Britannique, en Australie, en Norvège et en Suède.

Le scénario typique de conduite sous l'influence de substance psychoactives autres que l'alcool est le suivant : un véhicule attire l'attention du policier ; celui-ci immobilise le véhicule et interroge le conducteur ; s'il a des motifs suffisants de croire que le conducteur est intoxiqué, il lui fait passer un test d'alcoolémie ; toutefois, lorsque ce test donne un résultat inférieur à la limite légale, le policier peut ne pas être convaincu que le conducteur est en état de conduire, mais comment le démontrer ? Auparavant, il était le plus souvent obligé de le relâcher. Comme nous venons de le voir, il n'existe pas, en matière de drogues et de médicaments, d'équivalent au test d'alcoolémie et, en matière de cannabis notamment, des traces dans les urines n'établissent nullement que la consommation est récente. C'est dans ce contexte que les policiers du service de police de la Ville de Los Angeles ont développé, au début des années 1980, le *Drug Recognition Expert System* (DRE). Ces policiers reçoivent une formation spécifique sur la détection de la conduite sous l'influence de substances psychoactives et l'emploi du DEC.

Ce système permet au policier qui a des raisons de croire que le conducteur est intoxiqué de faire appel à un officier spécialement formé à la reconnaissance des drogues. Celui-ci procédera alors à l'évaluation du conducteur à partir d'un ensemble systématique et rigoureux de facteurs reconnus comme signalant la présence de drogues. Le processus inclut douze étapes :

- Test d'alcoolémie : Cet examen aura été fait au préalable par le policier qui a procédé à l'interpellation du véhicule. L'agent formé à la reconnaissance des drogues ne sera appelé que lorsque le test est négatif ;
- Interrogation du policier qui a procédé à l'interpellation : L'agent pose une série de questions conventionnelles au policier : dans quelle condition il a trouvé le suspect, ce qu'il avait observé, s'il a trouvé des drogues dans le véhicule, les déclarations du suspect, etc. ;
- Examen préliminaire (premier des trois mesures du rythme cardiaque) : Il s'agit ici de déterminer s'il y a des motifs suffisants de soupçonner la présence de drogues, et donc d'éliminer la possibilité qu'il s'agisse d'une condition médicale. L'agent observe l'état général du suspect, l'interroge sur sa condition de santé, procède à un examen des pupilles et du regard, et prend la première des trois mesures du rythme cardiaque. S'il estime qu'il n'y a aucun signe, le suspect sera relâché. S'il s'agit d'une condition d'ordre médical, il fera demande d'une évaluation médicale. Mais s'il pense qu'il s'agit de drogues, il poursuit alors l'examen ;
- Examen des yeux : L'agent procède à trois examens : un examen du regard vertical, du regard horizontal, et de la convergence. Il semble qu'aucune drogue ne soit capable d'entraîner un mouvement involontaire sautillant des pupilles sur l'axe vertical sans d'abord l'avoir provoqué sur l'axe horizontal. Aussi, s'il n'y a qu'un tremblement vertical, il s'agit probablement d'une

condition médicale (par exemple des lésions cérébrales). S'il y a un tremblement horizontal, il est probable qu'il s'agit de drogues. Pour constater le tremblement horizontal, l'agent promène un stylo ou un autre objet sur un plan horizontal devant les yeux du suspect. Pour le tremblement vertical, il le promène de haut en bas. Enfin, certaines drogues empêchant les yeux de loucher, l'agent procédera à un test de convergence en plaçant le stylo ou l'objet sur le nez de la personne et lui demandant de le regarder ;

- Tests d'attention divisée : tâches incluant des tests d'équilibre, de marche, de se tenir sur une jambe et de porter son doigt au nez ;
- Examen des signes vitaux : seconde des trois mesures du rythme cardiaque, de la pression et de la température du corps ;
- Examen des pupilles sous quatre conditions différentes : lumière de la pièce, noirceur, lumière indirecte et lumière directe ;
- Tonus musculaire : mouvements des bras ;
- Examen de sites possibles d'injection ;
- Interrogation sur la consommation de drogues et les habitudes de vie ;
- Opinion : sur la base de l'ensemble de ces observations, l'agent se forme une opinion qui doit reposer sur un degré raisonnable de certitude ;
- Examen toxicologique : cet examen vise à corroborer l'analyse faite par l'agent. La décision de poursuite ne sera prise que sur réception des analyses.

Ce système a fait l'objet d'une standardisation au début des années 1980 avec le concours de l'administration nationale de la circulation routière aux États-Unis. Il a d'abord été validé dans une étude en laboratoire.¹⁰ Dans cette étude, quatre agents formés à la reconnaissance des drogues ont évalué des sujets qui recevaient soit un placebo soit une dose de drogue. Ni les sujets, ni les agents ne savaient qui avait reçu la drogue. Dans 95 % des cas, les agents ont identifié correctement les sujets qui n'avaient pas reçu de drogue. Dans 97 % des cas, ils ont identifié correctement les sujets qui avaient reçu de drogues et dans 98,7 % des cas ils ont pu déterminer quels sujets étaient sous l'influence de drogue.

Une étude en situation réelle a ensuite été menée en 1985, toujours avec le concours de l'administration de la circulation routière.¹¹ Dans cette étude, des échantillons de sang de 173 conducteurs arrêtés pour conduite sous l'influence de drogues ont été analysés par un laboratoire indépendant. Cette étude a démontré que les analyses des agents formés à la reconnaissance avaient prédit correctement dans 94 % des cas la présence de drogues autres que l'alcool. Dans 79 % des cas, les

¹⁰ Bigelow, G.E. (1985) *Identifying types of drug intoxication laboratory evaluation of a subject procedure*. Cité dans Sandler, D. (2000) « Expert and Opinion Testimony of Law Enforcement Officers Regarding Identification of Drug Impaired Drivers. » *University of Hawai'i Law Review* 23 (1) : 150-181.

¹¹ Compton, P.R. (1986) *Field Evaluation of the Los Angeles Police Department Drugs Detection Procedure*. Cité dans Sandler, D., *op. cit.*, page : 151.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

analyses des agents identifiant la présence d'une drogue en particulier s'étaient révélées justes.

L'étude la plus complète a été menée en 1994 en Arizona. Dans cette étude, les dossiers de plus de 500 personnes arrêtées pour conduite sous l'influence de drogues ont été analysés et des analyses toxicologiques menées. L'étude a démontré que les analyses toxicologiques ont corroboré les conclusions des agents dans 83,5 % des cas. Des études semblables menées dans d'autres états ont donné des résultats comparables : 81,3 % au Texas, 84,5 % au Minnesota, 88,2 % en Californie, 88,2 % à Hawaii et 88 % en Oregon.

En ce qui concerne spécifiquement le cannabis, les indicateurs attendus dans ce système sont généralement les suivants : pas de tremblement horizontal ni vertical mais non-convergence du regard, pupilles dilatées, pouls accéléré et tension élevée.

En somme, tenant compte des limites à la détection sur site de l'influence du cannabis et des résultats de ces études, **il semble que l'adoption du DEC et la formation des policiers à la reconnaissance de la présence de drogues serait hautement souhaitable.**

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Selon certains témoins que nous avons entendus, la proportion de personnes conduisant avec facultés affaiblies et qui sont sous l'influence du cannabis dépasserait les 40 %. D'autres ont précisé qu'environ 12 % des accidents avec blessés pouvaient être attribués à la consommation de cannabis. Que révèlent les études ?

Les données sur la fréquence de conduite sous influence de cannabis (seul ou avec d'autres substances) sont, pour des raisons évidentes, difficiles à obtenir. Premièrement, pour les conducteurs accidentés, un test d'alcoolémie positif signifie la plupart du temps qu'aucune autre mesure ne sera faite, le niveau d'alcool dans le sang supérieur à la limite légale suffisant pour entreprendre des poursuites légales. Ensuite, les moyens de détection de la présence de THC sont intrusifs (sang, urine) contrairement à la détection éthylique, et posent donc des problèmes juridiques et éthiques spécifiques. D'autres mesures, tels les prélèvements de salive, ne permettent pas, pour le moment, un enregistrement sur détection à partir de sites routiers. Enfin, lors d'études sur l'ensemble des conducteurs, le consentement des conducteurs est essentiel au prélèvement sanguin ou urinaire, limitant ainsi la généralisabilité des résultats. Néanmoins, un certain nombre d'études ont été menées ces dernières années dont nous résumons les grandes lignes.

Études hors contexte accidentel

Deux types d'études ont été menées : des enquêtes sur l'ensemble des conducteurs pris au hasard dans le flot routier à divers moments de la journée et de la semaine, et des études sur présomption de conduite sous influence à l'occasion de contrôles policiers. Le tableau suivant, tiré de l'expertise collective de l'INSERM, résume ces données.

Détection et prévalence du cannabis en Europe et au Québec hors contexte accidentel¹²				
Pays / Référence	Population	Méthode de détection	Echantillon	Prévalence (%)
Hors présomption de conduite sous influence de substances psychoactives				
Allemagne, Kruger et coll., 1995	Ensemble des conducteurs	Dépistage : FPIA salive Confirmation : CG/SM salive	2 234 (sur 3 027)	0,6
Pays-Bas, Mathijssen, 1998	Conducteurs les nuits de week-end	Dépistage : test salive, sueur et urine simultanément	293 (sur 402)	5
Italie, Zancanner et coll., 1995	Conducteurs les nuits de week-end	Dépistage clinique, vérification clinique et toxicologique (sang, urine)	1 237	1,5
Canada Dussault et coll., 2000	Conducteurs sur route (enquête représentative)	Urine	2 281	5
		Salive	2 260	(en cours)
		Air expiré (alcool)	5 281	> 0,8 : 0,8
Avec présomption de conduite sous influence de substances psychoactives				
Norvège, Skurtveit et coll., 1996	Conducteurs	Dépistage : immuno-essai sang ; Confirmation : CG/SM sang	2 529	26
Danemark, Worm et Steentoft, 1996	Conducteurs	Dépistage : RIA sang	317	10
		Confirmation : CG/SM sang	221	17
Royaume-Uni, Écosse, Seymour et Oliver, 1999	Conducteurs	Dépistage : immuno-essai sang ; Confirmation CG/SM sang	640	26

Au total, on observe que les taux de détection de la présence de cannabis varient entre 1 % et 5 % hors présomption de conduite avec facultés affaiblies. Toutefois, les données manquantes, vraisemblablement pour refus de fournir un prélèvement, empêchent de tirer des conclusions claires. Quant aux études avec présomption de conduite sous l'influence de drogues, les résultats sont nettement plus élevés : entre 10 et 26 %. Ces résultats ne traduisent pas nécessairement une prévalence plus élevée

¹² Tableau reproduit de INSERM (2001), *op. cit.*, page 175.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

de conduite sous l'influence de substances psychoactives, mais plutôt une plus grande vigilance des policiers. En effet, comme on le verra immédiatement, la prévalence de détection de cannabis lors d'accidents mortels n'est pas plus élevée en Norvège (7,5 %) que dans les autres pays.

Études en contexte accidentel

Le tableau suivant, adapté de l'INSERM, présente les résultats d'un certain nombre d'études récentes en Europe, en Amérique et en Australie.

Prévalence de la conduite sous influence (csi) en contexte accidentel¹³				
Pays	Population	Méthode de détection	Echantillon	Prévalence cannabis (%)
Belgique Meulemans et coll, 1997	Accidents corporels (2 roues et voitures)	Dépistage : urine Confirmation : urine CG/SM et comparaison urine sang	1 879	6 (urine) 3,6 (sang)
Espagne Alvarez et coll, 1997	Tués dans des accidents et soupçonnés de csi	Dépistage : immuno-essai sang Confirmation : CG/SM sang	979	1,5 peu fiable
France, Mura et coll., 2001	Accidents corporels (groupe témoin : patients)	Sans dépistage Confirmation : CG/SM sang	420 (381)	11,2 (10,8)
France, Kintz et coll, 2000	Accidents corporels	Dépistage : urine Confirmation : CG/SM urine et sang, tests salive et sueur	198	13,6 (urine) 9,6 (sang)
Italie, Ferrara, 1990	Blessés Contrôle vendredi soir	Dépistage : EMIT urine	4 350 500	5,5
Norvège, Christophersen, 1995	Blessés, accidents non mortels	Dépistage : immuno-essai sang Confirmation : CG/SM sang	394	7,5
Royaume-Uni, Tunbridge, 2000	Accidents mortels (dont 516 conducteurs)	Dépistage : immuno-essai urine Confirmation : CG/SM sang	1 138 516	12 10
Australie, Longo, 2000	Blessés (accidents non mortels)	Dépistage : immuno-essai sang Confirmation : CG/SM sang	2 500	11
Canada, Ciburra, 1990	Tués		1 169	11
États-Unis, Logan, 1996	Tués		347	11

¹³ Adapté de INSERM (2001), *op. cit.*, pages 171 et 174.

Il est difficile de comparer les études entre pays puisque les méthodes de détection, même en contexte accidentel, varient largement d'un pays à l'autre. Soulignons aussi à nouveau que le fait de dépister du cannabis chez les conducteurs accidentés n'est pas nécessairement signe qu'il en était la cause. Non plus que l'absence d'un dépistage ne signifie qu'il n'y avait pas eu de conduite sous l'influence de cannabis.

Trois de ces études sont particulièrement intéressantes. L'étude de Mura et coll. (2001) montre une différence significative selon l'âge des conducteurs : chez les 18-20 ans, le $\Delta^9\text{THC}$ était présent chez 18,6 % des conducteurs, et dans 50 % des cas il était présent seul (sans alcool). Une étude antérieure de Mura (1999) avait démontré que le cannabis était particulièrement présent chez les jeunes conducteurs : de 35 % à 43 % chez les moins de 30 ans, avec une prévalence encore plus forte (43 %) chez les moins de 20 ans, tandis qu'au-delà de 35 ans la prévalence tombe à 3 %.¹⁴

L'étude de Kintz et coll (2000) est intéressante notamment parce qu'elle montre clairement qu'après l'alcool (13,6 %) le cannabis est le produit le plus présent chez les conducteurs accidentés (9,6 %). Cette étude révèle aussi que sur l'ensemble de l'échantillon, l'incidence du cannabis mesuré par prélèvement sanguin (9,6 %) se rapproche de l'incidence de la conduite sous l'influence de l'alcool (10,6 %).¹⁵

Enfin, l'étude de Longo est d'un intérêt particulier en raison de la taille de l'échantillon, de sa représentativité et de la distinction entre les analyses de $\Delta^9\text{THC}$ et de $\Delta^9\text{THC-COOH}$. Cette étude a détecté la présence de cannabinoïdes chez 10,8 % des conducteurs : 8 % pour le $\Delta^9\text{THC-COOH}$ seul et 2,8 % pour le $\Delta^9\text{THC-COOH}$ et le $\Delta^9\text{THC}$ ensemble, révélant ainsi un pourcentage plus faible de $\Delta^9\text{THC}$ positifs que dans les autres études. Par ailleurs, comme dans les autres études, les sujets positifs au $\Delta^9\text{THC}$ étaient plus jeunes et plutôt des hommes.

Plus près de nous, Mercer et Jeffery ont examiné les analyses toxicologiques des 227 conducteurs tués lors d'accidents de la circulation en Colombie-Britannique entre octobre 1990 et septembre 1991.¹⁶ Les prélèvements étaient faits à l'autopsie dans les 24 heures suivant le décès ce qui, selon les auteurs, peut indiquer une sous-estimation de la présence d'alcool ou de drogues. Sur les 227 tués, 186 (43 %) n'avaient ni alcool ni drogues, 83 (37 %) avaient seulement l'alcool, 23 (11 %) avaient alcool et drogues, et 21 étaient négatifs pour l'alcool et positifs pour les drogues. En ce qui concerne le cannabis, 29 tués (13 % ; 26 hommes et 3 femmes) étaient $\Delta^9\text{THC-COOH}$ positifs, enregistrant en moyenne une concentration de 15,9 ng/ml. Parmi le groupe +alcool/+drogues, (23 sujets), 17 étaient positifs aux métabolites du THC et 8 d'entre eux étaient positifs au $\Delta^9\text{THC}$ (13 %). Pour le groupe 0alcool/+drogues (21 sujets), 8 (tous des hommes) étaient positifs au $\Delta^9\text{THC-COOH}$ dont 4 au $\Delta^9\text{THC}$. Même si

¹⁴ Voir INSERM, (2001), *op. cit.*, page 172.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Mercer, W.G. et W.K. Jeffery (1995) « Alcohol, Drugs and Impairment in Fatal Traffic Accidents in British Columbia » *Accid. Anal. And Prev.*, 27 (3) : 335-343.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

les auteurs concluent que le $\Delta^9\text{THC} / \Delta^9\text{THC-COOH}$ était présent dans 13 % des cas, soit une proportion comparable à la plupart des autres études, il faut observer que seuls 12 sujets tués étaient positifs au $\Delta^9\text{THC}$ avec ou sans alcool et 4 seulement sans alcool.

Finalement, une étude épidémiologique plus récente portait sur les 1158 cas d'accidents mortels (391) ou de cas de conduites sous l'influence de substances psychoactives lorsque le taux d'alcoolémie était inférieur à 0,1 (767) rapportés aux laboratoires de toxicologie pénale du Canada au 12 novembre 1994.¹⁷ Les substances les plus fréquentes étaient les benzodiazépines (590 cas), l'alcool (580), le cannabis (551), les stimulants (224), les opiacées (176) et les barbituriques (131). Pour le cannabis, on obtient le tableau suivant :

Présence de cannabis au Canada (1994)			
	Total	Avec alcool	Sans alcool
THC			
➤ conduite sous influence	181	129	52
➤ décès	198	98	100
THC-COOH			
➤ conduite sous influence	127	29	98
➤ décès	45	24	21

Au total, les cas où le $\Delta^9\text{THC}$ sans alcool était présent représentent 13 % du total, un pourcentage qui se rapproche de celui que l'on constate dans les autres études.

Sur l'ensemble de ces études, on constate que la présence de cannabis chez les conducteurs accidentés ou tués varie entre 3,6 % (confirmé par une analyse du sang) et 13 % (sans confirmation). Lorsqu'il y a confirmation pour la présence de $\Delta^9\text{THC}$ par rapport au $\Delta^9\text{THC-COOH}$, la présence du principe actif diminue de moitié. D'autre part, les jeunes hommes ont des risques beaucoup plus élevés que les autres conducteurs de tester positif. Ces conclusions sont aussi largement partagées par d'autres auteurs.¹⁸

¹⁷ Jeffery, W.K. et coll. (1996) « The involvement of drugs in driving in Canada : An update to 1994. » *Can. Soc. Forens. Sci. J.*, 29 (2) pages 93-98.

¹⁸ Notamment le rapport de l'INSERM (2001), *op. cit.* ; Ramaekers, J.G. et coll., (2002) « Performance impairment and risk of motor vehicle crashes after cannabis use » in Pelc, I. (ed.) *International Scientific Conference on Cannabis*, Bruxelles.

Enquêtes épidémiologiques auprès des jeunes

Certaines enquêtes épidémiologiques menées auprès des jeunes en milieu scolaire ont commencé au cours des dernières années à leur poser des questions sur la fréquence de conduite sous l'influence de substances psychoactives, l'alcool et le cannabis en particulier. En Ontario, l'enquête OSDUS dont il a été question au chapitre 6, démontre que, pour 2002, 19,3 % des étudiants disaient avoir conduit un véhicule une heure ou moins après avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois.¹⁹ De manière intéressante, 15 % disaient avoir conduit un véhicule moins d'une heure après avoir pris deux consommations ou plus d'alcool. Par ailleurs, l'enquête en milieu scolaire auprès des jeunes au Manitoba indique que près de 20 % d'entre eux ne voient rien de mal à consommer du cannabis et à conduire.²⁰

Notons enfin les données de l'étude de Cohen et Kaal auprès de consommateurs au long cours qui démontrait que pas moins de 42 % des répondants à Amsterdam et 74 % à San Francisco déclaraient avoir déjà conduit un véhicule sous l'influence du cannabis.²¹

Évaluation du risque

Tenant compte des difficultés de mener des études épidémiologiques fiables sur la conduite sous influence de cannabis, un certain nombre d'auteurs ont analysé la probabilité de responsabilité et le ratio de risque attaché à la consommation de cannabis. Ces études distinguent entre les conducteurs responsables et non responsables des accidents. Les premiers sont les sujets et les seconds le groupe témoin. L'on procède ensuite à des comparaisons de leur intoxication à diverses substances. Évidemment, la décision de classement selon l'axe responsable/non responsable peut dépendre de la perception qu'aura l'enquêteur de la présence ou non de substances psychoactives.

Le tableau suivant, reproduit du rapport produit par Ramaekers et coll. (2002) pour la conférence scientifique internationale sur le cannabis résume les résultats de diverses études.²² Signalons que la probabilité de responsabilité des conducteurs présentant des traces de cannabis ($\Delta^9\text{THC}$ et/ou $\Delta^9\text{THC} - \text{COOH}$, mesuré dans le sang ou l'urine) est comparée à celle des conducteurs accidentés sans aucune substance (y compris l'alcool). Le ratio de risque des conducteurs sans substance est de 1,0 et sert de point de comparaison pour déterminer la signification statistique du changement

¹⁹ Adlaf, E.M. et A. Paglia (2001) *Drug Use among Ontario Students 1997-2001. Findings from the OSDUS*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health, page 134.

²⁰ Patten, D., et coll., (2000) *Substance Use among High School Students in Manitoba*. Winnipeg : Addictions Foundation of Manitoba.

²¹ Cohen, P.D.A. et H.L. Kaal (2001) *The Irrelevance of Drug Policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen*. Amsterdam : University of Amsterdam, CEDRO, page 68.

²² Ramaekers et coll. (2002), *op. cit.*, page 73.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

observé du risque des conducteurs sous influence. Lorsque la valeur référence se situe au delà du niveau de confiance statistique de 95 %, il est permis de penser que cette drogue est à 95 % associée à un risque de responsabilité accru.

Ratio de culpabilité relatif à la conduite sous l'influence du cannabis				
Auteurs	Substances	ratio	Intervalle de confiance à 95%	Conducteurs coupables/non coupables
Terhune & Fell (1982), É.U.	Sans substances	1,0		94/179
	Alcool	5,4*	2,8 – 10,5	45/16
	THC	2,1	0,7 – 6,6	9/8
	Alcool/THC	-		-
Williams et coll. (1985), É.U.	Sans substances	1,0		55/23
	Alcool	5,0	2,1 – 12,2	120/10
	THC ou THC-COOH	0,2	0,2 – 1,5	10/9
	Alcool/THC ou THC-COOH	8,6*	3,1 – 26,9	123/6
Terhune et coll. (1992), É.U.	Sans substances	1,0		541/258
	Alcool	7,4*	5,1 – 10,7	587/38
	THC	0,7	0,2 – 1,8	11/8
	Alcool/THC	8,4*	2,1 – 72,1	35/2
Drummer (1994), Australie	Sans substances	1,0		392/140
	Alcool	5,5*	3,2 – 9,6	261/17
	THC-COOH	0,7	0,4 – 1,5	29/14
	Alcool/THC-COOH	5,3*	1,9 – 20,3	59/9
Hunter et coll. (1998), Australie	Sans substances	1,0		944/821
	Alcool	6,8*	4,3 – 11,1	173/22
	THC			
	➤ £ 1,0 ng/ml	0,35	0,3 – 2,1	2/5
	➤ 1,1 – 2,0 ng/ml	0,51	0,2 – 1,4	7/12
	➤ > 2 ng/ml	1,74	0,6 – 5,7	12/6
	THC-COOH			
	➤ 1 – 10 ng/ml	0,69	0,5 – 2,2	19/24
	➤ 11 – 20 ng/ml	1,04	0,4 – 2,1	18/15
	➤ 21 – 30 ng/ml	0,87	0,6 – 4,8	12/12
	➤ > 30 ng/ml	1,62	0,6 – 4,8	13/7
Alcool/THC	11,5*	4,6 – 36,7	66/6	
Lowenstein & Koziol-McLain (2001), É.U.	Sans substances	1,0		114/126
	Alcool	3,2	1,1 – 9,4	17/6
	THC-COOH	1,1	0,5 – 2,4	17/17
	Alcool/THC-COOH	3,5*	1,2 – 11,4	16/5
				1209/372

Ratio de culpabilité relatif à la conduite sous l'influence du cannabis				
Auteurs	Substances	ratio	Intervalle de confiance à 95%	Conducteurs coupables/non coupables
Drummer et coll. (2001) & Swann (2000), Australie	Sans substances	1,0		720/39
	Alcool	5,7*	4,1 – 8,2	49/5
	THC	3,0*	1,2 – 7,6	24/0
	THC > 5 ng/ml	6,4*	1,3 – 115,7	68/26
	THC-COOH	0,8	0 – 1,3	65/62
	Alcool/THC	19*	2,6 – 136,1	

On constate selon les résultats de ces études que le cannabis seul n'augmente pas la probabilité de culpabilité lors d'accident. Toutefois, il faut noter que la plupart des études ont utilisé une mesure de THC-COOH, le métabolite inactif qui peut rester dans les urines plusieurs jours. Lorsque les auteurs ont distingué le THC seulement, on observe un ratio de risque légèrement plus élevé, même s'il n'atteint pas le seuil de signification. De plus, plus la concentration de THC augmente, plus le ratio augmente, suggérant encore une fois une relation dose-effet. Par ailleurs, la combinaison cannabis alcool augmente significativement le risque. Sans pouvoir conclure définitivement, on peut remarquer certains signes que leurs effets sont en synergie et non seulement additifs.

Les études qui portent sur des conducteurs blessés (Terhune (1982) et Hunter (1998)) les ratios sont un peu plus élevés que dans les autres études portant sur les tués. Selon Bates et Blakely (1999), la réduction apparente du risque d'accident mortel tiendrait au fait que les conducteurs sous l'influence du cannabis conduisent de manière moins risquée, réduisant leur vitesse notamment.²³

En conclusion, nous sommes plutôt en accord avec l'INSERM sur ces études :

« Les résultats, en définitive, confirment l'importance du risque alcool, mais échouent généralement à démontrer un effet du cannabis seul sur le risque d'être responsable d'un accident mortel ou corporel grave. Les difficultés d'ordre méthodologique, qui rendent cette démonstration malaisée, contribuent pour une grande part à l'absence de résultats statistiquement indiscutables. Les analyses de responsabilité permettent néanmoins d'inférer que l'association entre l'alcool et le cannabis augmente le risque d'être responsable d'un accident par rapport à la consommation d'alcool seule ; ce résultat demande toutefois à être consolidé. Enfin, les données les plus récentes tendent à montrer que le risque d'être responsables augmente aux fortes concentrations de D⁹THC. Cela concernerait notamment la consommation de cannabis précédant immédiatement la conduite et peut-être les consommateurs chroniques. »²⁴

²³ Cité dans INSERM (2001), *op. cit.*, page 192.

²⁴ INSERM (2001), *op. cit.*, page 194.

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES

Les études épidémiologiques indiquent une présence relativement importante de conduite sous l'influence du cannabis, entre 5% à 12 % des conducteurs, davantage chez les jeunes hommes. En même temps ces études et les analyses de risque de culpabilité n'arrivent pas à des conclusions claires sur le rôle du cannabis dans la conduite dangereuse. De là découle l'intérêt des études sur les effets du cannabis sur les facultés reliées à la conduite et sur la conduite elle-même. Les études sur les qualités psychomotrices et cognitives requises pour la conduite de véhicules ont mesuré des dimensions telles : la coordination motrice, le temps de réaction, l'attention, la poursuite visuelle, et le raisonnement déductif. Les études sur la conduite sont de deux types : sur simulateur et en situation réelle de conduite, sur piste, en ville ou sur autoroute. La plupart des études portent sur la consommation de doses uniques chez des usagers récréatifs. Elles utilisent des devis avec groupe témoin et des devis croisés, notamment avec placebo et comparaison avec l'alcool. Toutefois, elles sont limitées par le fait qu'elles mesurent principalement les effets aigus de doses uniques, de sorte qu'il est difficile de déterminer si des usagers plus expérimentés réagiraient de la même manière. Les sections qui suivent examinent ces deux types d'études.

Activités hors conduite

Dès 1985, Moskowitz publiait une synthèse remarquable des études sur les effets psychomoteurs et cognitifs du cannabis.²⁵ Dans cette synthèse, il examine la coordination motrice, le temps de réaction, le tracking, et les fonctions sensorielles. L'auteur observe ce qui suit :

- La coordination motrice, mesurée par la stabilité des mains, le balancement du corps et la précision des mouvements, était significativement affectée. Toutefois, la pertinence de ces résultats pour la conduite automobile est limitée, sauf dans les situations de conduite qui exigent une grande coordination, comme les situations d'urgence. Il faut aussi ajouter les limites de ces études quant au dosage et au nombre de sujets testés (entre 8 et 16) ;
- Le temps de réaction n'est pas significativement modifié : « *Il existe suffisamment d'études expérimentales sur le temps de réaction dans des situations simples et complexes pour établir que ni la vitesse de la détection initiale ni la vitesse de la réponse ne sont, en soi, réduites par la marijuana. Il semble plutôt que, lorsque la marijuana entraîne une augmentation du temps de réaction, ce soit parce qu'une dimension quelconque de la tâche d'analyse de l'information soit en jeu.* »²⁶ L'attention, plutôt que le temps de réaction, serait modulée par la consommation de marijuana ;

²⁵ Moskowitz, H., (1985) « Marijuana and Driving. » *Accid. Anal. Prev.*, 17 (4), 323-345.

²⁶ *Ibid.*, page 330.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

- La ligne droite : cette dimension est particulièrement sensible aux effets de la marijuana, la vaste majorité des études démontrant des réductions significatives à la capacité de garder une ligne droite ou de corriger les déviations par rapport à la ligne ;
- Les fonctions sensorielles (auditives et visuelles) sont souvent modifiées, mais les études ne produisent pas de résultats précis sur la distinction entre les tâches simples et les tâches complexes.

Ramaekers et coll., (2002), rapportent une méta-analyse portant sur 87 études contrôlées en laboratoire sur les effets psychomoteurs du cannabis menée par Berghaus et coll. (1998). Ces auteurs ont trouvé que le nombre de fonctions psychomotrices reliées à la conduite (poursuite, temps de réaction, perception, coordination œil-main, équilibre corporel, détection de signaux et attention divisée et continue) affectées par le THC atteignait son maximum au cours de la première heure après consommation fumée, et 1 à 2 heures après consommation orale. Les maxima étaient comparables à ceux obtenus avec une concentration d'alcool équivalant à > 0,05 g/dl. Le nombre de fonctions affectées atteignait zéro après 3 à 4 heures, seules les doses plus élevées continuant d'avoir des effets. Les études recensées démontrent aussi que la concentration de THC dans le sang est fortement corrélée aux effets psychomoteurs : une concentration entre 14 ng/ml et 60 ng/ml affectait entre 70 % et 80 % des tâches.²⁷

Le tableau suivant résume ces données :

Détérioration des performances aux tests psychomoteurs selon la dose, le temps et le mode d'ingestion										
Dose de THC	Temps (en heures)									
	< 1		1-2		2-3		3- 4		4- 5	
	Tests (n)	% affectés	Tests (n)	% affectés	Tests (n)	% affectés	Tests (n)	% affectés	Tests (n)	% affectés
Fumé										
< 9mg	271	61 %	33	36 %	10	30 %	10	0 %	11	0 %
9 – 18 mg	193	53 %	48	38 %	8	38 %	6	0 %	2	0 %
≥ 18 mg	64	64 %	28	36 %	10	40 %	15	53 %	3	67 %
Total	528	58 %	109	37 %	28	36 %	31	26 %	16	13 %
Oral										
< 9mg	3	33 %	49	14 %	37	8 %	13	8 %	-	-
9 – 18 mg	3	0 %	41	39 %	45	18 %	17	18 %	-	-
≥ 18 mg	3	0 %	45	60 %	15	33 %	15	33 %	11	45 %
Total	9	11 %	135	37 %	97	20 %	45	20 %	11	45 %

²⁷ Ramaekers J.G. et coll., (2002) *op. cit.*, page 77.

Plus récemment, après recension des études menées au cours des dernières années, les rapports de l'INSERM et de la Conférence scientifique internationale sur le cannabis arrivent à des conclusions largement similaires : le cannabis affecte le temps de réaction avec choix, le contrôle de la trajectoire, l'attention partagée et l'attention continue, ainsi que les processus de mémoire, mais n'affecte pas significativement le temps de réaction simple, ni les fonctions visuelles et oculomotrices.

En activité de conduite

L'une des faiblesses des études en laboratoire tient à la difficulté de relier les tâches psychomotrices et cognitives directement aux activités de conduite. Plusieurs tests mesurés dans ces études sont courts et relativement simples et ne reflètent pas nécessairement les situations réelles. L'avantage des études sur simulateurs de conduite et en situation de conduite sont plus susceptibles de ressembler à la réalité.

La plupart des études contemporaines ont des caractéristiques semblables : les sujets ont leur permis de conduire depuis au moins trois ans. Ils sont souvent des usagers réguliers de cannabis. Les sujets reçoivent du cannabis ou un placebo dans une situation « double aveugle » selon un minutage très strict de façon à contrôler le niveau de THC transmis. Dans certains cas, les expérimentateurs incluent aussi des comparaisons avec l'alcool et un placebo d'alcool. Notons cependant qu'il est impossible de contrôler le niveau que les sujets inhalent et absorbent réellement. Le cannabis préparé par le *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) aux États-Unis varie entre 1,75 % THC pour les doses faibles, 2,67 % pour les doses moyennes et 3,95 % pour les doses fortes. Converti en µg/kg de poids, les doses correspondent à 100, 200 et 300 µg/kg, la dose forte recherchée par les usagers réguliers correspondant généralement à 308 µg/kg. Les sujets sont familiarisés avec l'équipement utilisé, les tâches à effectuer, et sont accompagnés par des moniteurs lors des études sur route. Les mesures portent sur le contrôle de la position latérale par rapport à la voie, le contrôle de la position longitudinale (distance) par rapport au véhicule qui précède, la prise de décision en situation d'urgence, le style de conduite et la prise de risques.

Le tableau qui suit, adapté de l'INSERM, résume certaines des études les plus récentes.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Effets du cannabis sur la conduite automobile²⁸				
Milieu / Référence	Sujet / Dose / Protocole	Tâches	Mesures	Résultats
Simulateur Liguori et coll., 1998	10 usagers Placebo Cigarette 1,77 % THC fumée en 5 mn Cigarette 3,95 % THC fumée en 5 mn Test : 2 mn après Durée : 1 heure	Éviter en freinant une barrière apparue soudainement (55 à 60mph)	Temps total de freinage	? faiblement significatif à 1,77 THC, légèrement plus à 3,95
			Temps de latence pour lâcher l'accélérateur et appuyer sur le frein	pas de différence
		Jugement : maintenir une vitesse de 30mph sur une voie balisée et choisir la voie la plus large à embranchement	Vitesse moyenne Nombre de cônes renversés Nombre de choix réussis	Pas d'effet
Sexton et coll., 2000	15 usagers Placebo Herbe, dose faible 1,77 % THC Dose forte: 2,67 % THC 1 cigarette résine: 1,70 % THC Échantillon de sang et salive 10 mn après début Test 30 mn Durée : 25 mn	Section d'autoroute avec véhicule déboitant devant	Temps de réaction moyen	? à faible dose (forte variabilité à forte dose : ns)
		Section d'autoroute avec véhicule freinant devant	Temps de réaction moyen	? à faible dose (ns)
		Section d'autoroute de 16,7 km	Vitesse maximum minimum et moyenne	? moyenne de 6mph à faible et forte dose
		Virages à gauche, à droite	Écarts-type de la déviation ligne parfaite	? variation à forte dose vs faible dose ou placebo
		Carrefour avec feux sur route à 2 fois 2 voies	Temps de réponse au passage à l'orange	? à forte dose
			Temps moyen d'attente d'un point à 10m de la ligne d'arrêt	? à forte dose (grande variabilité : ns)
Sur route Robbe, 1998 étude no1 Portion fermée d'autoroute (cannabis)	24 usagers Placebo 100, 200 et 300 Test : 40 minutes et 1h40 après	Vitesse constante à 90km/h et contrôle de trajectoire sur 22km	Écart-type de la déviation latérale	? instabilité aux 3 doses
			Moyenne de la déviation latérale	pas d'effet
			Moyenne et écart-type de la vitesse	pas d'effet

²⁸ Tableau adapté de l'INSERM (2001), *op. cit.*, pages : 183-184.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Effets du cannabis sur la conduite automobile²⁸				
Milieu / Référence	Sujet / Dose / Protocole	Tâches	Mesures	Résultats
Étude no2 Trafic normal sur autoroute (cannabis)	16 usagers mêmes doses qu'étude 1	Contrôle de trajectoire (id) 64km, 50 mn	Mêmes mesures	mêmes effets
	Test : 45 mn après	Suivi de véhicule à 50m à vitesse variable (entre 80 et 100km/h) sur 16 km, 15 mn	Temps moyen de réaction Moyenne et écart-type des distances	? ns Distance allongée de 8, 6 et 2 m pour 100, 200 et 300 THC
Étude no 3 Conduite en ville (cannabis)	16 usagers Placebo 100 Test : 30 mn après	Parcours en ville de 17,5 km Trafic dense, moyen ou léger	Observations externes Observations internes : maîtrise, manœuvres, virages...	Pas de modification significative Pas d'effet
Étude no3 Conduite en ville (alcool)	16 usagers Placebo Alcoolémie : 0,5 g/l	Idem	Observations externes Observations internes : maîtrise, manœuvres, virages...	Pas de modification significative Alcool 0,34 g/l modifie maîtrise et manœuvres
Robbe, 1998 Conduite sur autoroute (cannabis et alcool)	18 usagers THC : 100, 200 Alcool : 0,4 g/l Traitements : Alcool 0 + THC 0 Alcool) + THC 100 Alcool 0 + THC 200 Alcool 0,4 + THC 0 Alcool 0,4 + THC 100 Alcool 04 + THC 200 Alcool puis cannabis 60 mn après Tests entre 21 h et 23h15	Trajectoire : vitesse à 100km et position latérale constante	Écart-type de la déviation latérale	? variabilité de trajectoire ; faible alcool seul, THC 100 seul ; Modérée : THC 200 Forte : alcool 0,4 et THC aux deux doses
		Suivi : suivre un véhicule à 50 m dont vitesse varie de ± 15km/h toutes les 5mn Conduite avec trafic	Temps de réaction Moyenne et écart-type des distances	? temps de réaction pour alcool 0,4 et THC 200 ? variabilité de l'interdistance dans tous les cas
Lamers et Ramaekers, 2000 Conduite en ville (cannabis et	16 usagers THC 100 Alcool 0,5 g/l 4 traitements :	Conduite en ville 15 km	Fréquence des mouvements appropriés des yeux	Pas d'effet avec alcool seul ou cannabis seul

Effets du cannabis sur la conduite automobile²⁸				
Milieu / Référence	Sujet / Dose / Protocole	Tâches	Mesures	Résultats
alcool)	Alcool 0 + THC 0 Alcool 0,5 + THC 0 Alcool 0 + THC 100 Alcool 0,5 + THC 100 Tests : 15 mn après Durée : 45 mn	Contrôle de la recherche visuelle	Qualité de conduite	? performances si alcool + cannabis Pas d'effet

Il est intéressant de se souvenir qu'une des premières études sur route avait été menée pour la Commission Le Dain.²⁹ Dans cette étude sur une piste en circuit fermé, 16 sujets recevaient chacun les 4 traitements suivants : placebo, marijuana 21 et marijuana 88 µg/kg THC et une dose d'alcool équivalant à BAC 0,07. Les tests étaient menés immédiatement après consommation et 3 heures après. Les sujets devaient compléter 6 tours de piste (1,8 km) avec manœuvres au ralenti en marche avant et en marche arrière, maintenir une trajectoire et contourner des cônes. L'alcool et la dose élevée de marijuana diminuaient les performances des conducteurs lors des tests immédiatement après consommation. À dose de cannabis élevée, les conducteurs maintenaient une vitesse réduite. Au second test, les différences s'estompaient.

Lorsqu'on compare les résultats de cette étude à celles qui ont été menées plus récemment avec des méthodes beaucoup plus sophistiquées, on constate que les résultats sont remarquablement similaires.³⁰ Ainsi l'on observe ce qui suit :

- Contrôle latéral : c'est la variable la plus sensible aux effets du THC mais les effets sont variables, notamment selon la dose et le temps ; seules les doses fortes affectent significativement le contrôle latéral du véhicule. Comparativement, l'alcool affecte davantage le contrôle latéral du véhicule et la vitesse (variables reliées) ;
- Contrôle de la vitesse : dans presque tous les cas, la consommation de cannabis diminue significativement la vitesse ;
- Prise de risques : en plus d'une diminution de la vitesse, on constate généralement une augmentation de la distance entre les véhicules chez les consommateurs de marijuana, une moins grande tendance à dépasser ou à faire des manœuvres dangereuses ;

²⁹ Voir Hansteen, R.W, et coll., (1976) «Effects of cannabis and alcohol on automobile driving and psychomotor tracking.» *Annals of the New York Academy of Science*, 282, pages : 240-256.

³⁰ Voir notamment la recension des études et la discussion dans Smiley, A., (1999) «Marijuana : On-Road and Driving Simulator Studies» in Kalant, H. et coll., (ed) *The Health Effects of Cannabis*. Toronto : Addiction Research Foundation, pages : 173 passim.

- Temps de décision: cette variable est particulièrement importante dans une situation de conduite réelle. En apparence, les résultats ne sont pas très cohérents. Par contre, Smiley suggère que le temps de réaction n'est pas affecté lorsque les sujets ont une indication qu'ils doivent répondre rapidement; par contre, lorsque les obstacles sont tout à fait imprévus, les sujets ayant consommé du cannabis sont moins performants ;
- Effets conjugués de l'alcool et du cannabis: lorsque les chercheurs ont vérifié les effets des deux substances, les effets conjugués du cannabis et de l'alcool étaient systématiquement plus importants que ceux de l'alcool seul et plus encore de ceux du cannabis seul.

Enfin, à faible dose les sujets ont l'impression que leur conduite est moins bonne qu'elle ne l'est selon les observateurs, ce qui n'est pas nécessairement le cas à doses plus élevées où les perceptions des uns et des autres sont en accord.

CONCLUSIONS

Le Comité est d'avis qu'il est vraisemblable que le cannabis rend les consommateurs plus prudents, notamment parce que, conscients de leurs déficiences, ils compensent par une réduction de la vitesse et par une moins grande prise de risques. Toutefois, en matière de conduite sous l'influence de cannabis, parce qu'il ne s'agit plus des conséquences sur les usagers eux-mêmes, mais des conséquences possibles de leur comportement sur d'autres personnes, le Comité est d'avis qu'il **convient d'opter pour la plus grande prudence**. Tenant compte de ce que nous avons vu dans ce chapitre, et malgré les limites méthodologiques dont souffrent les études menées sur le dépistage de la prévalence de conduite sous l'influence du cannabis, nous concluons comme suit :

Conclusions du chapitre 8	
Données épidémiologiques	<ul style="list-style-type: none">➤ Entre 5% et 12% des conducteurs pourraient conduire sous l'influence du cannabis ; ce pourcentage monte à plus de 20 % lorsqu'on isole les jeunes hommes de moins de 25 ans.➤ Ce fait en soi ne signifie pas que les conducteurs sous l'influence de cannabis représentent un danger pour la sécurité routière.➤ Une proportion non négligeable démontre la présence de cannabis et d'alcool simultanément.
Données sur les effets sur la conduite	<ul style="list-style-type: none">➤ Le cannabis seul, surtout à faible dose, a peu d'effets sur les facultés reliées à la conduite automobile.➤ Le cannabis, surtout aux doses correspondant aux doses élevées recherchées par les usagers réguliers, affecte

Dépistage	<p>négativement le temps de décision et la trajectoire.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Le cannabis mène à un style de conduite plus prudent.➤ Les effets du cannabis conjugué à l'alcool sont plus importants que ceux de l'alcool seul. <p>➤ Malgré les progrès accomplis, il n'existe pour le moment aucun test rapide de dépistage en situation de conduite (roadside testing).</p> <p>➤ Le sang demeure le milieu le plus sûr pour détecter la présence des cannabinoïdes.</p> <p>➤ Les urines ne peuvent indiquer une consommation récente.</p> <p>➤ La salive est un milieu prometteur mais les tests rapides commerciaux ne sont pas encore fiables.</p> <p>➤ La méthode de reconnaissance visuelle par les policiers a démontré des résultats satisfaisants.</p>
Mener des études	<p>Il est essentiel de mener des études pour :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Développer un outil de dépistage rapide.➤ Mieux connaître les habitudes de conduite des consommateurs de cannabis.

CHAPITRE 9

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU CANNABIS

La question des applications thérapeutiques du cannabis a connu, au cours des dernières années, un renouveau d'intérêt, au Canada notamment. En effet, suite à une décision de la Cour d'appel de l'Ontario invalidant les dispositions de la Loi sur les drogues relativement à l'usage médical du cannabis, le ministre fédéral de la Santé a adopté, en juillet 2001, une nouvelle réglementation permettant, sous certaines conditions, l'accès au cannabis à des personnes présentant des symptomatologies spécifiques. Plus tard cette même année, s'est tenue à La Haye aux Pays-Bas une conférence internationale sur le cannabis médical à laquelle participaient des délégations de plusieurs pays occidentaux, dont le Canada.¹ Plus tôt, en 1999, l'Académie américaine de médecine avait publié une synthèse des connaissances sur les applications thérapeutiques du cannabis.²

Pourtant, la communauté scientifique, médicale en particulier, est divisée quant à l'efficacité réelle du cannabis aux fins thérapeutiques. Certains n'hésitent pas à dire que la porte ouverte au cannabis médical serait en fait un pas vers la légalisation pure et simple du cannabis. En témoignent les deux citations suivantes, dont la première d'un ancien directeur du *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) des USA :

[Traduction] « *C'est le poids politique des défenseurs de la légalisation du cannabis qui crée la motivation à mener des études sur la marijuana fumée. (...) Leur clameur insistante à l'effet que seule la marijuana fumée est acceptable comme "médicament", leur insistance à faire fumer des malades en public, s'expliquent par le fait qu'ils savent que cet acte légitimise l'usage de la marijuana en changeant la perception publique de la marijuana d'une drogue nocive à un médicament utile.* »³

[Traduction] « *Bien que plusieurs défenseurs de la marijuana médicale le fassent sur une base humanitaire et avec la ferme conviction que les bénéfices de la marijuana fumée ne sont pas disponibles*

¹ *International Conference on Medicinal Cannabis*. 22-23 novembre 2001, La Haye, Pays-Bas.

² Joy, J.E., Watson, S.J. & J.A. Benson (eds.) *Marijuana and Medicine : Assessing the Science Base*. Washington, DC., National Academy Press.

³ DuPont, R.L. (1999) «Examining the Debate on the Use of Medical Marijuana. » *Proceedings of the Association of American Physicians.*, volume 111, no 2, page 169.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

autrement, un appui important provient des défenseurs d'une libéralisation des politiques sur les drogues et de la décriminalisation de l'usage. »⁴

Il est vrai que, comme nous l'a rappelé le professeur Mark Ware lors de son témoignage devant le comité, dans le contexte juridique et politique actuel, la capacité est limitée de mener des études et surtout de le faire sans être influencé par le climat passionné des débats sur le cannabis.

[Traduction] « *Regardons les effets que nos politiques actuelles sur les drogues ont eus sur notre compréhension du cannabis. Toutes les données sur les effets du cannabis sur la santé ont été recueillies sous un paradigme prohibitionniste. Cela peut sembler évident, mais il s'agit d'une source importante de biais. Pour connaître les effets du cannabis sur la santé, une estimation de l'usage dans la population en santé est importante. (...) Or, les taux de réponse aux enquêtes sur l'usage de drogues illicites sont notoirement faibles. Cela réduit notre capacité à tirer des conclusions sur les effets du cannabis quand on ne sait pas qui en consomme. Il est essentiel d'estimer le niveau de biais et ses effets, et toute bonne recherche tentera toujours de réduire les biais. Toutefois, mon expérience d'analyse critique de la littérature sur les effets du cannabis sur la santé, m'a amené à constater que plusieurs études estiment les risques sans avoir intégré des mécanismes de contrôle appropriés sur les biais de sélection. (...) La question n'est donc plus de savoir "comment les politiques sur le cannabis ont affecté la santé ?" mais de savoir "comment les politiques sur le cannabis ont affecté notre compréhension des effets du cannabis sur la santé ?" »⁵*

Il est vrai aussi que la question du cannabis médical nous interroge sur la conception même de la médecine moderne et ses liens avec l'industrie pharmacologique, puisque des recherches sur les cannabinoïdes ont déjà permis le développement de composés synthétiques de THC. Or, l'on sait que les industries pharmaceutiques ont joué un rôle important lors des négociations internationales menant à l'adoption des premières conventions internationales sur le contrôle des substances psychoactives.⁶ De même, la plante de cannabis elle-même, parce que non brevetable, ne présente aucun intérêt pour les grands groupes de recherche pharmaceutique.

Au delà de la « preuve » scientifique de l'efficacité du cannabis et de la possibilité pour les médecins de le prescrire avec un degré suffisant de confiance, de nombreuses personnes sont convaincues, à partir de leur expérience personnelle, que le cannabis contribue directement à l'amélioration de leur mieux-être tout en entraînant un minimum de conséquences négatives. C'est d'ailleurs ce qui a mené à la création des « clubs compassion », ces organismes qui distribuent de la marijuana à une clientèle de

⁴ Rosenthal, M.S. & H.D. Kleber (1999) « Making Sense of Medical Marijuana. » *Proceedings of the Association of American Physicians.*, volume 111, no 2, page 159.

⁵ Dr Mark Ware, professeur adjoint de médecine familiale et d'anesthésie, Université McGill, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, 31 mai 2002.

⁶ Voir là dessus notamment l'étude de W.B. McAllistair, *Drug Diplomacy in the 20th Century*. Il en sera question plus loin au chapitre 19.

plus en plus importante. L'une des questions qui nous est alors posée est celle de savoir quel degré de preuve faut-il atteindre avant de laisser des personnes utiliser librement le cannabis pour soulager une condition médicale. Ou même s'il faut réfléchir en termes strictement médicaux en cette matière.

Nous avons vu, au chapitre 7, que les effets à long terme du cannabis, même pour une consommation régulière, sont restreints et que même les effets les plus graves tels les cancers du poumon n'ont pas encore été établis clairement. Nous avons aussi vu que les effets négatifs sur les fonctions cognitives d'une consommation prolongée se manifestent plutôt chez des personnes déjà vulnérables, soit en fonction de leur jeune âge au début de la consommation soit en fonction de leur condition personnelle (par exemples, des prédispositions psychotiques). Nous avons aussi vu que, même présumant une certaine tolérance et un certain niveau de dépendance psychologique, celles-ci sont mineures, les signes de sevrage légers et les traitements moins souvent nécessaires et longs que pour d'autres drogues. Dans une certaine mesure, il semble bien que ce soient les propriétés psychoactives du cannabis qui, associées pour les uns à un refus de socialité, pour les autres à une personnalité faible, pour les autres encore à un comportement immoral, rendent cette substance suspecte, aussi bien dans ses applications médicales que non médicales.

En ce sens, la question du cannabis médical n'est pas tant une question de légalisation par la petite porte de côté, qu'une interrogation ouverte sur les conceptions sous-jacentes que chacun se fait de cette « drogue ». Un cas de figure en quelque sorte privilégié pour explorer nos préconceptions et nos biais. Affirmer, comme nous l'avons fait aux chapitres 6 et 7, que les conséquences psychologiques, physiologiques, ou sociales, de la consommation de cannabis semblent, selon toute vraisemblance, relativement bénignes, ne dit rien des bénéfices thérapeutiques de cette plante. Pas plus que les applications médicales du pavot n'indiquent les torts individuels ou sociaux que peut entraîner l'héroïne. C'est un peu ce que nous rappelait le Dr Kalant :

« La séparation des méthodes de contrôle suivant qu'il s'agit d'un usage médical ou non médical est généralement bien comprise. L'héroïne et la cocaïne ont des usages médicaux limités mais reconnus. (...) Pourtant, personne ne soutient qu'étant donné l'utilisation limitée de ces drogues à des fins médicales on devrait en légaliser l'usage non médical. (...) Le cannabis est peut-être la seule exception où l'utilisation possible à des fins médicales est souvent utilisée pour justifier la légalisation de son usage à des fins non médicales par certains de ceux qui préconisent la légalisation du cannabis. Cela me semble tout à fait irrationnel. Il n'y a aucune raison logique pour justifier que la légalisation de l'usage médical d'une substance serve d'argument pour obtenir la légalisation ou l'interdiction de l'utilisation de la même substance à des fins médicales. »⁷

⁷ Dr Harold Kalant, professeur émérite à l'Université de Toronto, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 juin 2001, fascicule 4, pages 70-71.

Pourtant, comme le soulignait à nouveau le Dr Ware, « grâce aux cohortes massives de volontaires en santé qui ont consommé du cannabis au cours des quarante dernières années en Occident, la sécurité du cannabis a en fait été largement documentée. Le cannabis a en quelque sorte été l'objet de l'étude clinique de Phase I la plus extensive et la moins orthodoxe de toutes les drogues dans l'histoire. »⁸ Admettant que les protocoles de recherche pour admettre une substance à l'usage médical sont et doivent demeurer rigoureux, il n'y a pas de frontière étanche entre les deux domaines de recherche. C'est bien ce que démontrait en partie l'examen des études au chapitre 7 sur les effets et conséquences du cannabis. Surtout, l'approche inverse nous a semblé plus fréquente où, partant des effets néfastes présumés du cannabis sur la santé psychologique et physique, son utilité thérapeutique devient au moins suspecte. Nous en prendrons pour exemple la position de l'Association médicale canadienne.

Dans son témoignage devant le Comité, le Dr Haddad, président en exercice de l'Association a dit :

« Alors que nos connaissances sur tous les effets à long terme possibles des drogues sur la santé ne cessent d'évoluer, celles que nous possédons à ce sujet sont inquiétantes. Les risques pour la santé vont de certains effets aigus comme l'anxiété, la dysphorie ou la sensation d'être malade ou encore le déficit de la cognition, à des effets chroniques comme la bronchite, l'emphysème et le cancer. Les jeunes consommateurs canadiens ont eu en outre des problèmes pulmonaires comparables à ceux dus à la consommation de tabac quoique les effets soient beaucoup plus aigus et plus rapides. Les études indiquent que la consommation de deux ou trois cigarettes de cannabis par jour a les mêmes répercussions sur la santé que celle de 20 cigarettes ordinaires. Par conséquent, les effets potentiels à long terme de la consommation de cannabis pourraient être très graves.

C'est notamment en raison de ces préoccupations au sujet des conséquences de la consommation de cannabis que l'AMC s'oppose au règlement fédéral actuel sur l'accès médical à la marijuana. Dans la lettre qu'elle a adressée au ministre de la Santé, l'AMC a signalé que l'on ne possédait pas de renseignements plausibles sur les risques et les avantages de la consommation de la marijuana à des fins médicales. Au cours des discussions que nous avons eues au sujet du règlement fédéral sur la consommation de marijuana à des fins médicales, nous avons mis l'accent sur les préoccupations que l'on a au sujet de ses effets sur la santé et sur des études qui indiquent que la marijuana est une substance qui provoque une accoutumance et qui a des effets psychoactifs connus et que, consommée sous forme de cigarette, elle est particulièrement nocive.

Nous sommes arrivés à la conclusion que si les effets bénéfiques de l'usage médical de la marijuana ne sont pas encore connus, sa consommation comporte bel et bien des risques pour la santé. Par conséquent, il serait inapproprié que des médecins prescrivent de la marijuana à leurs patients ; c'est une prise de position qui a l'appui de l'Association médicale canadienne.

(...)

L'AMC craint que le présent débat concernant la décriminalisation et l'usage de la marijuana à des fins médicales ne légalise dans une certaine mesure sa consommation dans un simple but de détente. Il est important que le message que nous vous communiquons au sujet de la décriminalisation soit clair et bien

⁸ Dr Mark Ware, *loc. cit.*

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

compris. Celle-ci doit être liée à une stratégie nationale de sensibilisation et de prévention fondée non seulement sur la recherche mais aussi sur un traitement global et sur un contrôle du programme.

(...)

L'AMC estime que tout changement concernant la politique en matière de drogues illicites devrait être progressif. Comme pour toute autre question liée à la santé publique, l'éducation et la sensibilisation aux effets potentiellement nocifs associés à la consommation de cannabis et d'autres drogues illicites sont essentielles dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie. »⁹

Si l'on arrivait à démontrer que les effets ne sont pas aussi nocifs qu'on le pense, cela changerait-il quoi que ce soit aux questions relatives aux applications thérapeutiques du cannabis ? Pourtant, les effets aigus identifiés par l'AMC sont certes possibles mais plutôt rares, et souvent le fait soit de prédispositions personnelles, soit du contexte, soit encore d'un arrivage particulier de cannabis. En fait, les principales réactions aiguës, celles que la plus large partie de la recherche documente, sont plaisantes et contribuent effectivement à la détente. Si l'on arrivait à convaincre l'Association médicale que le cannabis crée peu d'assuétude et de dépendance, et que même lorsque c'est le cas elles sont relativement bénignes, cela faciliterait-il la prescription médicale de cannabis ? Or non seulement le cannabis n'est-il que faiblement associé à la « toxicomanie », mais la notion même de toxicomanie, a fortiori entendue comme maladie, est loin de faire consensus dans la communauté scientifique.

En fait, la question est ailleurs. Et à deux endroits. Premièrement, la connaissance des effets potentiellement nocifs du cannabis ne dit rien des qualités de la plante comme médicament. Certes, la connaissance des effets secondaires des médicaments, incluant leur potentiel addictif, est essentielle à la pharmacopée. Mais ces substances doivent d'abord être établies comme médicaments, notamment au titre de leur efficacité et de leur fiabilité. Deuxièmement, tout se passe comme si la résistance devant l'utilisation thérapeutique du cannabis ne reposait pas tant sur l'absence de connaissances médicales *stricto sensu* – ce qui est le cas par ailleurs dans une certaine mesure comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre – que sur l'association faite entre le cannabis comme drogue et la toxicomanie. Vue sous cet angle, la question est en effet vite résolue : conformément à l'adage médical « *first do no harm* », un médecin ne prescrira pas un remède dont les effets risqueraient d'entraîner une maladie au moins aussi grave que celle qu'il vise à soigner. Inscrit au registre des drogues illicites, prohibé selon certains en raison de ses effets nocifs, et risquant d'entraîner la toxicomanie, quels arguments péremptoires permettraient alors de « sauver » le cannabis médical ?

Pourtant, rien de cela ne devrait avoir d'importance pour le médecin, pour le scientifique. Il ne s'agit pas de défendre un quelconque régime de politique publique global sur le cannabis, voire sur l'ensemble des drogues illicites. Il ne s'agit pas de traduire un message symbolique sur « les drogues ». Il ne s'agit pas d'avoir peur que les

⁹ Dr Henry Haddad, président, Association médicale canadienne, témoignage devant le Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 mars 2002, fascicule 14, pages 52-53 et 54-55.

jeunes puissent consommer du cannabis s'il était admis comme médicament. La question, la seule question qui se pose au médecin ici, est de savoir si, dans quelle mesure, et dans quelles circonstances, le cannabis a une utilité thérapeutique. De dire si des personnes atteintes de certaines maladies peuvent en bénéficier et de se prononcer sur les effets secondaires nocifs par rapport aux bénéfiques. Et dans l'affirmative, de réfléchir ensuite aux modalités par lesquelles les patients pourraient se le procurer. Mais on voit bien que la question est fortement colorée par le contexte dans lequel elle se pose. Ce qui est bien sûr inévitable ; à condition de le dire clairement et sans détour.

Le reste de ce chapitre survole l'histoire des utilisations thérapeutiques du cannabis puis l'état des connaissances contemporaines sur le cannabis et les cannabinoïdes synthétiques. Nous décrivons ensuite brièvement le fonctionnement des clubs compassion et autres organismes qui fournissent du cannabis à des fins thérapeutiques, ainsi que divers régimes de politiques publiques. En conclusion, nous émettons notre avis sur les applications médicales du cannabis. Nous examinerons dans un chapitre ultérieur la question du régime de politique publique qui serait le plus approprié eu égard au statut du cannabis à des fins médicinales.

ASPECTS HISTORIQUES

Il semble bien que les utilisations thérapeutiques potentielles du cannabis aient été connues aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire. En fait, il est probable que ces applications aient été connues avant même l'exploitation de ses propriétés psychoactives.

L'histoire médicale du cannabis est intimement liée à ses propriétés analgésiques, comme le souligne Ethan Russo :

[Traduction] « *L'histoire du cannabis comme analgésique couvre au moins 4000 ans, incluant un siècle de médecine occidentale. (...) Les raisons tiennent des propriétés pharmacologiques remarquables de l'herbe, et les études scientifiques récentes démontrent les liens complexes que les cannabinoïdes possèdent avec notre biochimie interne. En fait, les cannabinoïdes forment un système parallèle au système opioïde endogène pour le contrôle de la douleur. De manière encore plus importante, le cannabis et ses contreparties synthétiques endogènes sont peut-être efficaces pour contrôler la douleur là où les opiacés et d'autres analgésiques échouent.* »¹⁰

Selon Russo, on a trouvé des documents écrits ou des traces ethnographiques de l'utilisation de cannabis à des fins médicales dans de nombreux pays. En Chine, un traité médical du II^e siècle rapporte qu'il était utilisé pour les anesthésies chirurgicales.

¹⁰ Russo, E.B. (2002) « The role of cannabis and cannabinoids in pain management. » in Weiner, R.S. (ed.) *Pain Management. A Practical Guide for Clinicians.* Boca Raton, London, New York, Washington : CRC Press.

En Inde, le cannabis fait partie des traitements pour les migraines et douleurs viscérales depuis environ 2000 à 1400 avant l'ère chrétienne. En Égypte, où la plupart des érudits pensaient que le cannabis ne s'était pas implanté, on aurait trouvé des preuves de son utilisation dans la médecine depuis les temps pharaoniques. On en a ainsi retrouvé des traces dans les tombes des pharaons Amenophis IV et Ramses II. Il aurait été utilisé notamment pour les glaucomes et pour les douleurs de l'accouchement. Le cannabis était administré par voie orale, rectale, vaginale, appliqué sur la peau ou dans les yeux, et fumé.

En Assyrie, Sumer et Arcadie, il aurait été utilisé tant pour ses effets analgésiques, pour les migraines et les douleurs menstruelles, que pour ses propriétés psychoactives. On en a aussi trouvé des traces en Palestine et en Israël, notamment pour les douleurs reliées à l'accouchement. Les Grecs et les Romains s'en servaient pour le contrôle de la douleur en général, spécifiquement pour la goutte et les rhumatismes. Dans le monde musulman, on mentionne des applications thérapeutiques depuis le IX^e siècle.

C'est vers le milieu du XVII^e siècle que la médecine occidentale aurait découvert les propriétés médicinales du cannabis. Un traité des plantes publié en 1640 au Royaume-Uni fait mention des usages du cannabis sous forme d'une pâte mélangeant le jus de la décoction avec d'autres ingrédients. En France, le traité du chanvre publié par Mercandier décrit diverses utilisations : séché et appliqué sous forme de cataplasme il diminuera les douleurs reliées aux tumeurs, bouilli et sous forme de cataplasme il aide à réduire les douleurs reliées aux rhumatismes, à la goutte et aux inflammations musculaires diverses, réduit en poudre et mélangé à du beurre, il diminue les douleurs reliées aux brûlures. Dans sa classification des plantes, Linnée reconnaît les propriétés médicales du cannabis pour réduire les douleurs.

L'utilisation médicale du cannabis s'est répandue au Royaume-Uni au milieu du XIX^e siècle quand la plante a été rapportée de l'Inde. Il n'est pas jusqu'au médecin personnel de la Reine Victoria, Russell Reynolds, qui ne l'ait utilisé : dans ce cas, il s'est servi d'extrait de cannabis pour traiter la dysménorrhée de son illustre patiente au cours de toute sa vie adulte. Il soulignait notamment, dans un traité écrit en 1868, que, contrairement aux opiacées, l'utilisation du cannabis aujourd'hui n'entraînait pas la misère de demain.¹¹

Des médecins et pharmaciens anglais, irlandais, français, puis américains, ont témoigné de diverses manières, entre 1890 et 1940, de l'utilité du cannabis sous diverses préparations, pour soulager la douleur. Un pharmacologue britannique a même, en 1899, réintroduit le fumage du cannabis, soulignant que le fait de le fumer est particulièrement utile si un effet immédiat est désiré.¹²

Le cannabis fait toujours partie de la pharmacopée, au moins informelle, de plusieurs pays du sud-est asiatique. Ainsi, cette description récente de son utilisation en Inde :

¹¹ Cité dans Russo, *op. cit.*, page 359.

¹² *Ibid.*, page 360.

[Traduction] « *Le charas est la sécrétion résineuse sur les feuilles et les fleurs des plants (équivalent au haschich arabe) ; c'est le principe actif du chanvre. C'est un narcotique utile, particulièrement lorsque l'opium n'est pas conseillé. Il est très utile pour soigner les maux de tête dus à la malaria et aux menstruations, les migraines, les manies aiguës, la toux phtisique, l'asthme, l'anémie cérébrale, les vomissements nerveux, le tétanos, les convulsions, les désordres mentaux, le délire, la dysporée, et la fatigue nerveuse. Il est aussi utilisé comme anesthésique, dans les cas de dysménorrhée, pour stimuler l'appétit et comme aphrodisiaque, pour soulager l'eczéma, et divers autres types de douleurs, etc.* »¹³

Il est aussi utilisé en Colombie, en Jamaïque et au Brésil notamment.

Il est évidemment tentant, tout épris de notre science moderne, de rejeter ces usages traditionnels dans les tiroirs des bonnes histoires de « médecines de bonne femme » - on excusera le terme – et autres recettes de charlatan. Pourtant, que le cannabis ait été utilisé depuis aussi longtemps pour les mêmes types de conditions, qu'il ait été parfois décrit avec autant de précision, qu'il ait franchi les cultures et les histoires, et que la médecine moderne fournisse des indications à l'effet que le cannabis pourrait effectivement être un adjuvant utile pour le traitement de la douleur chronique associée à diverses conditions médicales, devrait nous inviter à ne pas nous montrer trop cyniques devant ces usages « anciens ».

CONNAISSANCES CONTEMPORAINES

Deux questions nous semblent pertinentes ici. La première est de savoir si le cannabis a effectivement les effets thérapeutiques qui lui ont été prêtés traditionnellement ainsi que de plus récente date dans les histoires individuelles de personnes souffrant de douleurs chroniques et autres conditions. Dans l'affirmative, la seconde question, entièrement différente et répondant à des critères différents, est de savoir si le cannabis doit être considéré comme un médicament.

Utilisations thérapeutiques

La connaissance des mécanismes d'action des cannabinoïdes et du système cannabinoïde endogène permet d'abord de faire un certain nombre de constats. En termes généraux, et rappelant ce qui a déjà été dit au chapitre 5, on peut décrire l'action des cannabinoïdes de la manière suivante :

« (...) l'effet général est celui d'une inhibition de l'activité cellulaire, plutôt que de stimulation. Cela freine l'excitation du nerf, grâce à certaines réactions et notamment grâce à certains changements de milieu

¹³ *Ibid.*, page 361.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

et du mouvement des ions, ce qui modifie la réaction de la cellule à l'excitation, et notamment la façon dont elle communique avec les autres cellules de la chaîne.

Cette action inhibitrice se fait par le truchement d'une ouverture des canaux de potassium, entraînant une excitation décroissante de la cellule, et une fermeture des canaux de calcium, entraînant une inhibition générale de l'activité cellulaire. Voilà donc des mécanismes qui peuvent avoir des conséquences thérapeutiques importantes, dans certaines situations cliniques, de douleurs ou de spasmes, puisqu'on diminue l'activité nerveuse dans les réseaux de transmission de la douleur. »¹⁴

De manière plus spécifique, les cannabinoïdes agissent sur divers systèmes neurophysiologiques associés à la douleur, soit seuls, soit en association avec le système des opiacées endogènes.¹⁵ Les cannabinoïdes agissent sur la libération de sérotonine qui est elle-même associée à diverses formes de douleur, notamment les migraines. L'anandamide, et d'autres antagonistes cannabinoïdes bloquent la libération de sérotonine et de la ketansérine, toutes deux associées aux migraines, laissant présumer de l'effet potentiel du THC. Les cannabinoïdes sont aussi reliés au système dopaminergique, dont il a été démontré qu'il est relié aux migraines et à d'autres formes de douleur. De même, les cannabinoïdes inhibent l'action de la prostaglandine, permettant ainsi une action anti-inflammatoire. Certaines études ont démontré que le THC était en ce sens un analgésique plus puissant que l'aspirine ou même que la cortisone. Interagissant avec les systèmes opioïdes endogènes, les cannabinoïdes augmentent la libération de beta-endorphines qui réduisent les effets des migraines. Selon certaines études, les applications thérapeutiques du THC seraient potentiellement plus importantes que celles de la morphine, soit parce que plus spécifiques dans certains cas, soit parce que dans d'autres cas la morphine aggrave certaines symptomatologies, soit encore parce que le THC n'a pas les propriétés sédatives de la morphine. De même, le THC aurait un effet antinociceptif sur la matière grise de l'aire périacqueductale. Enfin, le THC agit comme bloquant de la libération des glutamates, permettant ainsi de réduire les douleurs musculaires et inflammatoires.

[Traduction] « *Les chercheurs italiens Nicolodi, Sicuteri et leurs collègues ont récemment élucidé le rôle des antagonistes du NMDA pour éliminer l'hyperalgésie des migraines, des maux de tête quotidiens chroniques, de la fibromyalgie, et d'autres mécanismes de la douleur. Ils ont suggéré que les acides gaba et la ketamine pouvaient agir comme agents bloqueurs du système de la douleur et améliorer la condition du patient. À partir de ces observations et relations, il est logique que l'usage prolongé du THC comme prophylactique puisse produire des bénéfices similaires, comme le démontrait déjà la pratique thérapeutique des maux de tête chroniques au XIXe siècle par l'usage d'un extrait de chanvre indien.* »¹⁶

¹⁴ Dr Mary Lynch, Directrice, consortium canadien de recherche sur les cannabinoïdes, professeure, Université Dalhousie, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 juin 2001, fascicule 4, page 49.

¹⁵ Les informations qui suivent sont tirées notamment de Russo, *op. cit.*, Hartel, C.R., « Therapeutic Uses of Cannabis and Cannabinoids. » in Kalant, H. (ed.) *The Health Effects of Cannabis*. Toronto : Addiction Research Foundation, et de INSERM (2001), *op.cit.*

¹⁶ Russo, *op. cit.*, page 365.

Concrètement, ces mécanismes d'action signifient que les cannabinoïdes peuvent avoir des effets bénéfiques dans une série de situations impliquant notamment mais pas exclusivement la douleur. Les principales sont les suivantes.

- **Antiémétique** : dans les cas de traitement par chimiothérapie de personnes atteintes de cancer, les nausées ressenties suite au traitement sont une condition fréquente. C'est d'ailleurs suite à une série de cas cliniques sur des personnes rapportant avoir soulagé leurs vomissements par suite de consommation de cannabis que les composés synthétiques dranobinol (ou Marinol) ainsi que nabilone (ou Cesamet) ont été développés et testés principalement aux États-Unis et en Grande-Bretagne depuis les années 1970. Selon le Dr Lynch, « *les cannabinoïdes sont considérés comme un antiémétique doux. Il y a d'autres antiémétiques disponibles plus efficaces. Cependant, comme les antiémétiques fonctionnent à partir d'un certain nombre de mécanismes assez divers, et parce que nous avons besoin de viser plusieurs mécanismes à la fois pour traiter la nausée et les vomissements, les cannabinoïdes semblent être prometteurs, et nous offrir une nouvelle possibilité.* »¹⁷
- **Cachexie** : un nombre important de personnes atteintes de VIH Sida souffrent d'une anorexie progressive accompagnée de perte de poids. Certains travaux démontrent que les cannabinoïdes peuvent contribuer à améliorer cette situation, notamment parce que le THC augmente l'appétit. Certaines réserves ont été émises relativement aux effets nocifs du THC fumé sur le système immunitaire : [Traduction] « *Plus récemment, Nieman et coll., (1993) ont démontré que le fumage de tabac chez les personnes séropositives serait associé à un développement plus rapide du Sida parce que fumer augmente la prévalence de Pneumocystis carinii pneumonia (PCP).* »¹⁸ D'autres par contre arrivent à des conclusions différentes : [Traduction] « *L'une des préoccupations de santé publique concerne les effets du cannabis sur le VIH/Sida. Au moins quatre études peuvent réduire ces inquiétudes. Kaslow et coll., (1989) n'ont trouvé aucune preuve que le cannabis accélérât les paramètres d'immunodéficience chez les personnes séropositives. DiFranco et coll., (1996) ont indiqué n'avoir observé aucune accélération du VIH au Sida chez les usagers de cannabis. Whitfield, Bechtel et Starich (1997) n'ont observé aucun effet nocif du cannabis chez les patients atteints de VIH / Sida, même chez ceux qui avaient le niveau de CD4 le plus faible. Enfin, Abrams et coll., (2000) ont mené une étude randomisée, partiellement aveugle avec contrôle placebo, chez des personnes séropositives, sur les inhibiteurs de protéase. Ils n'ont observé aucun effet négatif sur le compte de CD4 découlant de l'usage du cannabis.* »¹⁹

¹⁷ Dr Mary Lynch, *op. cit.*, page 52.

¹⁸ Hartel, R.D., *op. cit.*, page 465.

¹⁹ Russo, E.B., et coll., (2002) « Chronic cannabis use in the compassionate investigational new drug program : An examination of benefits and adverse effects of legal clinical cannabis. » *Journal of Cannabis Therapeutics*, vol 2, no 1, page 45.

- **Glaucome:** le glaucome est une maladie oculaire qui se manifeste notamment par une pression intraoculaire de plus en plus grande à cause de difficultés de drainage du liquide qui coule dans l'œil, et entraîne la destruction progressive des nerfs oculaires. L'utilisation du cannabis, notamment de pâte à base de feuilles de cannabis, pour diminuer la pression intraoculaire est connue depuis les temps anciens comme nous l'avons vu à la section précédente. Des études récentes tendent à indiquer que le cannabis permet de réduire les effets du glaucome – incluant le cannabis fumé. Par contre, certaines réserves ont été émises en raison de certains effets secondaires du cannabis fumé (rougeur et sécheresse des yeux). Dans une étude de cas menée par Russo et coll., sur quatre patients utilisant du cannabis fumé, une patiente atteinte de glaucome affirmait en cour que le cannabis lui avait sauvé la vue.
- **Antispasmodique et anticonvulsif:** les propriétés anticonvulsives du cannabis pour contrôler les crises d'épilepsie et antispasmodiques dans les cas de sclérose en plaques sont bien connues au Canada puisque, notamment dans le premier cas, elles ont été à l'origine de la décision de la Cour d'appel de l'Ontario dans l'arrêt Parker. Le cannabis fumé aussi bien que les cannabinoïdes synthétiques semblent efficaces pour contrôler ces manifestations. Toutefois, la biodisponibilité des composés synthétiques (entre 20 % à 30 %) et leur effet retardé par rapport au cannabis fumé, semblent à l'origine de la préférence de ces patients pour le fumage.
- **Analgésique :** les effets analgésiques du cannabis pour calmer une série de douleurs sont aussi connus depuis l'antiquité. Nous en avons décrit, plus haut, les mécanismes d'action. Plus important encore, le cannabis a des effets spécifiques sur certaines douleurs que les opiacées n'ont pas.

Le cannabis comme médicament ?

Pour qu'un produit soit reconnu comme médicament dans la pharmacopée, il doit répondre à au moins trois critères :

- **Qualité :** le dosage doit être établi selon une composition constante et connue facile à administrer au patient ;
- **Efficacité :** des essais cliniques rigoureux doivent avoir établi l'efficacité du médicament ; et
- **Sécurité :** les études doivent permettre d'établir les effets secondaires prévisibles et connus du médicament.

En raison de l'absence d'études cliniques rigoureuses, suivant les protocoles reconnus, le cannabis à l'état pur n'a pas encore rencontré ces critères. Une série de raisons peuvent expliquer cette situation. Premièrement, les protocoles de recherche requis pour tester les médicaments impliquent des tests en double aveugle avec groupe de contrôle et randomisation des sujets, toutes conditions qu'il est difficile de réaliser avec le cannabis. Deuxièmement, le climat juridique actuel limite la capacité de mener de telles études, tant en termes de la disponibilité du cannabis que des conditions expérimentales. Troisièmement, le cannabis rendu disponible par le *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) pour les recherches médicales – incluant celles menées par Santé Canada – est de qualité douteuse²⁰ : alors que la concentration en THC peut être un élément déterminant pour la qualité des effets thérapeutiques, le cannabis fourni par le NIDA ne contient qu'entre 1,8 % et 5 % de THC. De plus, un cannabis plus faible requiert davantage de tirées et libère plus de CO qu'un cannabis à plus haute teneur. Les autres cannabinoïdes présents ne sont pas mesurés alors qu'on sait qu'ils interviennent aussi dans les propriétés médicales du cannabis. Le papier dans lequel les cigarettes sont roulées serait de mauvaise qualité. Le cannabis est souvent âgé de plus de deux ans et n'a pas nécessairement été conservé dans des conditions lui permettant de conserver toutes ses qualités. Enfin, il contiendrait beaucoup de graines et autres détritiques de la plante. Quatrièmement, il est difficile de contrôler la quantité de cannabis réellement absorbé par les sujets : la manière de tirer sur la cigarette, l'habitude de fumer ou non, les préférences de chaque sujet, le temps durant lequel le sujet inhale, sont autant de facteurs qui peuvent influencer les conditions expérimentales et que les chercheurs n'arrivent pas à mesurer avec précision.

Il faut aussi pouvoir répondre à certaines questions, notamment :

- Y a-t-il une différence entre les cannabinoïdes synthétiques et le cannabis à l'état pur ?
- Quel profil de cannabis est optimal dans quelles circonstances ?
- Les diverses formes de dosage et d'ingestion entraînent-elles des différences significatives ?

Au cours des dernières années, des synthèses de la littérature scientifique ont été proposées par l'Institut américain de médecine, la société britannique de médecine, et divers rapports gouvernementaux, notamment au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. L'Institut américain de médecine a conclu notamment qu'il existe des indications sur le potentiel thérapeutique du cannabis comme analgésique, antiémétique et stimulation de l'appétit. Il a cependant souligné que le cannabis fumé est un moyen d'ingestion difficile à contrôler qui a aussi des effets secondaires, spécifiquement eu égard à son potentiel cancérigène et aux maladies respiratoires. L'Institut a aussi observé que les effets psychoactifs du cannabis sont parfois bénéfiques pour certains patients mais pas dans tous les cas. Enfin, l'Institut a souligné que le cannabis fumé ne devrait pas être

²⁰ Russo, *op. cit.*, note 17, fait une discussion plus poussée de ces diverses faiblesses.

recommandé à long terme en raison de ses effets physiques potentiels mais qu'il pourrait être prescrit dans les cas de maladies terminales ou dégénératives où les préoccupations à long terme sont secondaires. Aux Pays-Bas, le Conseil national de la santé a émis un avis en 1995 soulignant que les preuves scientifiques sur l'usage médical de cannabis sont insuffisantes en raison de devis de recherche faibles et d'imprécisions quant aux propriétés du cannabis fumé. Il a aussi indiqué que le cannabis pourrait avoir des applications thérapeutiques dans les domaines suivants : nausées et vomissements reliés à la chimiothérapie, stimulation de l'appétit pour les sidéens et cancéreux, sclérose en plaque et glaucomes. En 2001, les Pays-bas ont créé un Bureau sur l'utilisation du cannabis médical au sein du ministère de la Santé et commencé des études cliniques. Au Royaume-Uni, la Chambre des Lords a adopté une position similaire à celle de l'Institut américain de médecine et le ministère de la Santé mène présentement au moins une étude clinique.

Il est clair que **les connaissances sur le cannabis sont insuffisantes pour l'établir comme médicament au sens strict et que les connaissances sur les cannabinoïdes sont encore partielles**. En ce qui concerne les cannabinoïdes, il s'agit le plus souvent d'un seul composé cannabinoïdique, alors que le cannabis contient plusieurs substances dont les effets interagissent pour entraîner les bénéfices thérapeutiques. Mais la recherche n'a pas encore permis de déterminer spécifiquement le rôle des divers cannabinoïdes. Les patients utilisant les composés synthétiques à base de dronabinol ou de nabilone rapportent le plus souvent ne pas ressentir les mêmes effets bénéfiques que lorsqu'ils fument l'herbe. Les effets seraient plus lents à se faire sentir et moins spécifiques. De plus, le fait d'isoler un seul des composants du cannabis serait, selon un certain nombre d'études, relié à une augmentation des risques de crises d'anxiété voire de psychose cannabinique.

[Traduction] « *Le fait que la marijuana naturelle puisse être fumée constitue un avantage significatif puisque son action est plus rapide et que le patient peut ajuster la dose. (...) Les rapports provenant de patients et d'oncologues indiquent que la marijuana fumée est légèrement plus efficace et aussi sécuritaire que les cannabinoïdes oraux disponibles légalement. Au-delà des avantages reliés à la forme fumée de la marijuana, une autre différence importante entre la marijuana et le THC, tient au fait que le 9-THC isolé peut entraîner relativement souvent des crises d'anxiété et des attaques de panique. (...) Ces effets peuvent aussi se produire avec la marijuana, mais ils sont moins importants en raison de la présence de cannabidiol, un composé non psychoactif qui a des propriétés antipsychotiques.* »²¹

Enfin, il faut aussi compter avec les coûts des composés synthétiques, qui sont nettement plus élevés que ceux de l'herbe.

En ce qui concerne le cannabis fumé, ses avantages sont de permettre au patient d'établir lui-même la dose nécessaire et de ressentir les effets plus rapidement, tout en limitant les effets secondaires nocifs, sauf les effets sur les voies respiratoires. Notons

²¹ Gurley, R.J., Aronow, R. & M. Katz (1998) «Medicinal marijuana : A comprehensive review.» *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol 30, no 2, page 139.

d'ailleurs au passage l'importance de cet effet de modulation de l'usage par les patients : la plupart des cas cliniques rapportés ainsi que les témoignages des responsables des organismes de compassion, s'accordent pour affirmer que les patients préfèrent consommer du cannabis plus concentré en THC que ceux qui en font un usage récréatif, mais qu'ils ne prennent que la quantité nécessaire pour obtenir les effets calmants. Par contre, les difficultés liées à la connaissance précise de son efficacité et de sa qualité font défaut, limitant ainsi la capacité du médecin à prescrire la dose appropriée. Les connaissances les plus avancées sur le cannabis fumé concernent son degré de sécurité, même si l'interprétation des données n'est pas unanime. Nous partageons généralement la conclusion du professeur Scholten :

[Traduction] « *L'usage du cannabis à des fins médicales chez les patients ayant une condition somatique est relativement sécuritaire, à condition de ne pas être fumé. Lorsque fumé, le cannabis a le même potentiel cancérigène que le tabac. Les alternatives sont l'administration par voie orale ou l'inhalation par un vaporisateur.*

La toxicité aiguë du cannabis est très faible ; il est presque impossible de faire une surdose de cannabis (il faudrait manger ou fumer l'équivalent de son poids en cannabis frais, soit environ 7 500 grammes de cannabis séché). Les principaux effets secondaires du cannabis en thérapeutique sont la psychose et l'euphorie. On sait peu de choses du potentiel addictif du cannabis thérapeutique mais les connaissances acquises sur l'usage de la morphine comme analgésique démontrent que le risque de dépendance psychologique est beaucoup plus faible en situation médicale que lorsqu'elle est utilisée comme stimulant. Puisque le potentiel addictif du cannabis est faible lorsqu'il est utilisé comme stimulant, on peut penser qu'il en serait de même en situation clinique.

En ce qui concerne la toxicité chronique du cannabis, il faut se rappeler que les doses utilisées aux fins thérapeutiques seront probablement moins élevées que pour les usages récréatifs, réduisant ainsi les risques d'effets secondaires. »²²

Cela signifie-t-il qu'il faut décourager voire interdire l'usage du cannabis, surtout du cannabis fumé, dans un contexte thérapeutique ? La dernière section se penche sur cette question.

PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACTUELLES

Les principales réserves sur l'utilisation thérapeutique de l'herbe concernent d'une part l'absence de connaissances rigoureuses provenant d'études médicales contrôlées, et d'autre part ses effets secondaires à long terme sur les voies respiratoires et son potentiel cancérigène. Dans certains cas, des réserves sont aussi exprimées sur les propriétés psychoactives du cannabis. Par ailleurs, il se dégage un consensus de plus en

²² Scholten, W.K. (2002) « Medicinal cannabis : A quick scan on the therapeutic use of cannabis. » in Pelc, I., (ed.) *International Scientific Conference on Cannabis*. Bruxelles.

plus large sur le potentiel thérapeutique du cannabis, notamment pour la plante fumée. Si le cannabis ne peut, à proprement parler, être considéré, pour le moment du moins, comme médicament, mais qu'il a néanmoins des propriétés thérapeutiques, comment alors le classifier et le gérer ?

Il s'est développé, dans plusieurs pays, notamment au Canada et aux États-Unis, une pratique parallèle de recours à l'herbe par des personnes souffrant de certaines conditions. L'exemple le plus connu au Canada est sûrement celui du Club Compassion de Vancouver.

Dans son énoncé de mission, l'organisme propose une approche holistique de la santé. Il fournit non seulement du cannabis mais aussi d'autres formes de médecines naturelles (herbothérapie, acupuncture, massages, etc.). Il s'appuie sur les valeurs de compassion, d'affranchissement, de complémentarité entre les approches.

Il s'est développé, au cours des six années d'existence du Club Compassion, une connaissance intime des effets thérapeutiques du cannabis. Le Club offre en permanence entre sept à dix variétés de cannabis, une ou deux de haschich, de la résine de cannabis et des pains et gâteaux au cannabis. Il vend l'herbe entre 3\$ et 10 \$ le gramme, selon la variété. Il offre des services à plus de 2 000 membres/clients maintenant.

*« Nos membres présentent les symptômes et les états les plus divers : le VIH et le sida, le cancer, la sclérose en plaques, l'arthrite, la douleur chronique, le fibromyosite, l'épilepsie, le glaucome, l'hépatite C, l'anxiété, la dépression, l'insomnie, les troubles alimentaires et bien d'autres affections encore.
(...)*

Il importe que les consommateurs de cannabis à des fins médicales aient accès à différentes variétés du produit car l'effet du cannabis dépend de la variété employée et de la méthode d'ingestion. Nous expliquons les différences pertinentes à nos membres, qui peuvent alors choisir la variété de cannabis qui convient le mieux pour traiter efficacement leurs symptômes.

L'indica et le sativa sont les deux principales variétés de cannabis utilisé à des fins médicales. Nombre de souches résultent du croisement de ces deux variétés. À l'intérieur de chacune de ces variétés et de ses croisements, il y a un nombre extraordinairement élevé de souches individuelles, dont chacune comporte des effets et des caractéristiques cannabinoïdes qui lui sont propres.

Selon les données empiriques dont on dispose, les souches d'indica ont un effet calmant et sont efficaces pour contrer l'anxiété, la douleur, la nausée, pour stimuler l'appétit, pour susciter le sommeil, pour vaincre les spasmes musculaires et les tremblements entre autres symptômes. Les souches du sativa ont davantage un effet stimulant, efficace pour stimuler l'appétit, soulager la dépression, les migraines, les douleurs et les nausées. Nous sommes maintenant au courant de souches spécifiques qui sont efficaces pour traiter des symptômes et des états particuliers. Les membres notent leur consommation afin de repérer la souche la plus efficace dans leur cas. Nous effectuons également un suivi serré des membres afin de pouvoir les aider à connaître leurs propres habitudes de consommation et, pour nous-mêmes, afin de pas revendre aux mêmes personnes et afin d'encourager une consommation responsable. »²³

²³ Mme Hilary Black, directrice du Club Compassion de Vancouver, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 7 novembre 2001, fascicule no 10, page 36.

À la lecture de ce témoignage et des documents qui nous ont été remis par le Club, suite à la visite que nous avons faite des locaux de l'organisme et de l'occasion qui nous a été offerte de voir ses dossiers, suite aussi aux témoignages d'autres personnes oeuvrant dans des organismes similaires à Montréal et à Toronto, nous ne pouvons que constater les rapprochements entre cette pratique thérapeutique et les données issues de la recherche sur les applications médicales du cannabis.

Nous observons aussi que cet organisme, comme les autres qui fournissent un service similaire au Canada, tiennent des registres détaillés de leurs clients et de leur consommation de cannabis, matériel qui permet un suivi thérapeutique mais qui pourrait aussi constituer un excellent matériau de recherche empirique. **Nous ne pouvons que regretter que Santé Canada n'ait pas engagé un processus de recherche clinique en collaboration avec cet organisme.** Nous partageons d'ailleurs les réserves exprimées par Mme Black quant aux protocoles traditionnels de recherche sur les applications thérapeutiques du cannabis :

« Nous avons dressé un plan de recherche de concert avec une équipe de scientifiques de Vancouver. Notre proposition a toutefois été rejetée parce que nous refusons de faciliter une étude qui comporte l'utilisation d'un placebo ou d'une variété de cannabis de faible qualité et de faible puissance importée de la National Institute on Drug Abuse des États-Unis. Toute étude visant à prouver l'efficacité du cannabis en tant que médicament, mais à l'aide d'une plante à faible puissance ou de souches inconnues comme celles que cultivent actuellement Prairie Plant Systems et Santé Canada est vouée à l'échec. Il n'est pas nécessaire d'importer du cannabis aux fins des recherches car nous produisons au Canada un cannabis de première qualité en quantité énorme. L'information que nous pourrions recueillir est demandée par des médecins, des patients, des compagnies pharmaceutiques, Plant Prairie Systems et Santé Canada ; néanmoins, nous n'avons pas les moyens financiers de faciliter les recherches en question. »²⁴

Personne ne niera qu'il faut continuer les recherches sur les applications thérapeutiques du cannabis, fumé ou de synthèse, afin de tenter de mieux connaître les éléments clés de qualité, d'efficacité et de sécurité. Chacun soutient qu'il y aurait intérêt à mieux connaître les souches et dosages appropriés à diverses conditions. Pour autant, faut-il penser faire du cannabis un médicament au même titre que les médicaments inscrits dans la Pharmacopée ? Faut-il avoir les mêmes exigences que celles qui concernent les médicaments prescrits ou plutôt assouplir les règles pour en faire une médecine naturelle alternative ? S'il n'en était du régime juridique et des Conventions internationales qui régissent le cannabis, cette plante ne serait-elle pas plutôt considérée comme une médecine naturelle au même titre que d'autres plantes et herbes ?

Penser en ces termes nous force à réfléchir autrement à la question des applications thérapeutiques du cannabis. Si l'on cherche à en faire un médicament, les réserves du corps médical, du moins d'un certain nombre de ses représentants, peuvent se comprendre : tant que n'ont pas été menées les études contrôlées requises qui

²⁴ *Ibid.*, page 39.

permettront aux médecins de le prescrire avec la même confiance qu'ils le feront d'un médicament dûment inscrit, ils ne pourront que se dissocier de cette approche. Si l'on reconnaît que le cannabis a des applications thérapeutiques dans un certain nombre de cas – au moins aussi éprouvées que pour n'importe quelle autre plante utilisée en homéopathie ou en herbothérapie – alors il s'agit plutôt de lui donner un statut équivalent aux médecines naturelles.

CONCLUSIONS

Le Comité est d'avis que les applications thérapeutiques potentielles du cannabis ont été **suffisamment bien documentées pour que son utilisation à des fins thérapeutiques soit permise**. Il convient de reconnaître que sous sa forme fumée, le cannabis peut présenter certains effets secondaires nocifs, notamment sur les voies respiratoires et d'en aviser les usagers conformément. Il convient aussi de reconnaître que des études sont nécessaires pour préciser davantage le champ spécifique d'application du cannabis et ses effets sur le long terme.

Conclusions du chapitre 9	
Applications thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none">➤ Il existe des indications claires, quoique non définitives sur les bénéfices thérapeutiques du cannabis dans les conditions suivantes : analgésique pour les douleurs chroniques, antispasmodique pour la sclérose en plaques, anticonvulsif pour l'épilepsie, antiémétique pour la chimiothérapie et stimulation de l'appétit pour la cachexie.➤ Il existe des indications moins claires quant aux effets du cannabis sur le glaucome et d'autres conditions médicales.
Le cannabis comme médicament	<ul style="list-style-type: none">➤ Le cannabis n'a pas été établi comme médicament par des études contrôlées et rigoureuses.➤ La qualité et l'efficacité du cannabis, principalement fumé, n'ont pas été déterminées dans des études cliniques rigoureuses.
Cannabis et composés synthétiques	<ul style="list-style-type: none">➤ Les composés synthétiques ont fait l'objet d'un certain nombre d'études mais les connaissances sont encore insuffisantes pour en établir l'efficacité et la sécurité.➤ Règle générale, les effets du cannabis fumé sont plus spécifiques et plus rapides que ceux des composés synthétiques.

Pratiques thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none">➤ L'absence de certains cannabinoïdes dans les composés synthétiques peut entraîner des effets secondaires nocifs tels les crises de panique ou les psychoses cannabiques.➤ Le cannabis fumé présente des effets nocifs potentiels surtout sur les voies respiratoires.➤ Les personnes qui fument du cannabis à des fins thérapeutiques modulent leur consommation en fonction de leur condition physique et n'en recherchent pas tant les effets psychoactifs.➤ Les personnes qui fument du cannabis à des fins thérapeutiques préfèrent avoir le choix de la forme d'utilisation.➤ Il convient de soutenir et d'encourager le développement des pratiques alternatives telles que mises en œuvre dans les clubs compassion.➤ Les pratiques de ces organismes sont en accord avec les indications thérapeutiques provenant des études cliniques et respectent des règles strictes de qualité et de sécurité.
Recherche	<ul style="list-style-type: none">➤ Les études déjà approuvées par Santé Canada doivent être menées dans les meilleurs délais.➤ Les qualités du cannabis utilisé dans ces études doivent correspondre aux standards de la pratique actuelle dans les organismes de compassion et non aux standards de NIDA.➤ Les études devraient notamment porter sur les applications et le dosage spécifiques pour différentes conditions médicales.➤ Santé Canada devrait, dans les meilleurs délais, engager une étude clinique en collaboration avec les organismes de compassion au pays.

CHAPITRE 10

OPINIONS ET ATTITUDES DES CANADIENS

L'un des objectifs importants que nous avons poursuivi tout au long de nos travaux était d'impliquer les Canadiens. Nous voulions par là entendre leurs opinions, leurs expériences, leurs appréhensions face au cannabis. Et nous voulions aussi rendre accessible l'information dont nous disposions de sorte à contribuer, à la hauteur de nos modestes moyens, à une meilleure connaissance des réalités du cannabis, seule à même de hausser le niveau des débats publics. Au début de chacune des audiences publiques, le président du Comité le présentait d'ailleurs en ces termes :

« Le second de ces enjeux est celui du partage de la connaissance. Il s'agit assurément du plus noble. Le Comité désire que les Canadiens de partout s'informent et partagent l'information que nous avons recueillie. Notre défi sera de planifier et d'organiser un système assurant l'accessibilité et la diffusion de cette connaissance. Nous voudrions aussi connaître les vues de la population sur cette connaissance. Pour ce faire, nous tiendrons, au printemps 2002, des audiences publiques dans divers lieux au Canada. »

Et ce défi était effectivement de taille. C'est une chose en effet de rendre disponible, de manière passive, une série d'informations, tant sous la forme des comptes-rendus de nos audiences que de rapports de recherche. C'en est une autre d'avoir les moyens de faire connaître largement cette information. Et c'en est encore une autre que de saisir le pouls de la société canadienne.

Pour transmettre l'information aux Canadiens, nous avons choisi d'utiliser pleinement notre site Internet y logeant tous nos documents au fur et à mesure qu'ils étaient prêts. Pour stimuler sa circulation, nous avons utilisé deux outils principaux. Le premier, conventionnel, celui des médias : attirer le plus possible une couverture de presse dans le but de faire connaître la nature de nos travaux, voire tout simplement l'existence de ce Comité. Dans la même veine, certains membres du Comité ont aussi participé à des conférences, à des tables rondes, à des lignes ouvertes. Le second moyen, qui nous est apparu essentiel pour faire connaître nos travaux, a été la publication, en mai 2002, d'un document de discussion. Ce document énonçait un certain nombre de nos conclusions préliminaires de recherche autour de huit questions clés, proposait un certain nombre d'options de politiques publiques, et identifiait des questions pour animer les débats publics. En plus de viser à transmettre nos connaissances et de susciter l'intérêt de la population, ce document avait pour objectif

de servir de toile de fond aux audiences publiques que nous avons tenues dans diverses villes du pays aux mois de mai et juin 2002.

Seul l'avenir dira si, et dans quelle mesure, nous avons réussi à faire connaître nos travaux et surtout à augmenter le niveau de connaissances sur le cannabis dans la population. Nous n'avions pas les moyens financiers de mener une vaste campagne d'information publique non plus que de mener une enquête d'opinion avant et après la publication du document de discussion pour déterminer si nous avons eu un impact auprès de nos concitoyens.

Il est beaucoup plus difficile de saisir l'état de l'opinion, des attitudes et des représentations de la population. Les moyens traditionnels de l'enquête quantitative sur un échantillon représentatif de la population étaient trop dispendieux. Les sondages présentent aussi toute une série de limites dont nous discuterons plus amplement plus loin. Par contre, nous avons commandé une étude qualitative par groupes de discussion dont nous présenterons les résultats dans ce chapitre. Nous rapporterons aussi les résultats de sondages dont nous avons pu prendre connaissance. De plus, de nombreux citoyens nous ont écrit des lettres ou envoyé des courriels et un certain nombre ont participé à nos audiences publiques. On ne peut évidemment en tirer de conclusions : il est probable que seuls ceux que la question intéresse de près nous auront écrit, quel que soit le côté où penchent leurs préférences. Nous en citerons des extraits en insistant sur l'importance de ne rien conclure quant à la représentativité de ces opinions.

On ne saurait faire état de l'opinion et des représentations que se font les Canadiens des drogues en général, du cannabis en particulier, sans examiner aussi le rôle des médias dans la construction de ces représentations. Au cours des dernières années, suite entre autres aux travaux de ce Comité, divers journaux et magazines canadiens ont réalisé des reportages ou écrit des commentaires éditoriaux sur la question. Ce sera l'objet de la première section de ce chapitre. La suivante présente les résultats d'enquêtes et de sondages, incluant celle que nous avons commandée et certaines qui ont été menées dans certaines provinces. La dernière section porte sur notre compréhension de ce que les Canadiens nous ont dit.

LES MÉDIAS

Au début du siècle, les médias ont joué un rôle important dans la construction de la « panique » morale sur les drogues illicites. Ce fut d'abord le « péril jaune » et la crise de l'opium au début du XXe siècle, principalement à Vancouver.¹

¹ Sur cette question, voir les analyses de Giffen, P.J. et coll., (1991) *Panic and Indifference. The Politics of Canada's Drug Laws*. Ottawa :Canadian Centre on Substance Abuse ; Boyd, N. (1991) *High Society : Illegal and Legal Drugs in Canada*. Toronto : Key Porter Books.

[Traduction] « *La tolérance pour l'habitude de fumer de l'opium s'est maintenue aussi longtemps que celles des Britano-Colombiens pour les Chinois. Au cours des premières années du XXe siècle, le surplus de main d'œuvre et le sentiment antiasiatique dans la population se sont tous deux accentués. (...) Au cours des cinq premières années du XXe siècle, il y avait sur pratiquement toutes les premières pages du « Province » de Vancouver des caricatures racistes mettant en garde les lecteurs contre le péril jaune, dépeignant la façon dont la Colombie-Britannique allait être absorbée par les Chinois et annonçant l'arrivée d'un autre bateau de Chinois.* »²

Ainsi, ce texte du *Canadian Magazine* en 1900 :

[Traduction] « *Il était évident qu'il (le serviteur chinois) avait eu sa dose et plus encore, car on trouve à Vancouver des fumeries chinoises d'opium où se pratiquent des habitudes infâmes et indicibles. Peu importe l'apparence soignée et docile de votre Chinois, peu importe la douceur de sa voix et ses manières invitantes, vous pouvez être certain de le trouver, chaque samedi soir, dopé dans son antre et rêvant sous les volutes du pavot.* »³

Ce fut ensuite le fléau de la cocaïne à Montréal dont témoigne cet article du *Witness* de Montréal de 1910 :

« *Ce fléau de la cocaïne n'existe que depuis quelques temps dans cette ville. C'est un mal réel, une plaie sociale, et il se répand de façon si terrible qu'il est temps que la société s'en préoccupe. L'alcoolisme et la morphinomanie ne sont rien en comparaison de l'habitude de la cocaïne. Celle-ci est le moyen auquel on a recours en vue de la séduction de nos jeunes filles et de la démoralisation de nos jeunes gens (...) ceux qui connaissent ce qu'est réellement la cocaïne et les malheurs qu'elle occasionne, ceux-là, s'ils permettent l'usage de cette drogue, nuisent à la société elle-même dans la mesure la plus large possible.* »⁴

Cette vision de la déchéance et de la dégénérescence de la classe ouvrière, et plus largement de la civilisation anglo-britannique et chrétienne, sera ensuite relayée par les mouvements de tempérance. Un personnage important de l'histoire des femmes au Canada, Emily Murphy, allait jouer un rôle prédominant au cours des années 20 dans l'articulation de cette vision d'apocalypse. Écrivaine et journaliste, elle a été présidente du *Canadian Women's Press Club* (1913-1920), première présidente de la Fédération des instituts féminins, membre du Conseil national des femmes du Canada, avant de devenir juge en Alberta. Elle s'est aussi battue pour que la constitution canadienne reconnaisse les droits des femmes. Et elle a été une activiste infatigable dans la lutte contre les drogues. Dans une série de textes publiés dans le magazine *MacLean* en 1920, elle s'en prenait au « fléau » de la drogue.

² Boyd, N., *op. cit.*, pages 27-29.

³ Cité dans Giffen, P.J., *op. cit.*, page 61.

⁴ Cité par McKenzie King dans Hansard, Chambre des Communes, 26 janvier 1911, pages 2641-2642.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

[Traduction] « Peu importe la façon dont une drogue est consommée, elle provoque la dégradation morale et affaiblit la volonté. Peu importe leur statut social, les consommateurs invétérés deviennent des dépravés. Ils sont tous menteurs et la plupart d'entre eux deviennent malhonnêtes. S'ils sont privés de drogues, ils feront tout pour en obtenir, même si cela implique le vol ou la prostitution. L'abstinence de consommer au cours d'une longue période provoque une douleur semblable à celle d'un clou qui enfonce la peau. »⁵

En 1922, dans son livre *The Black Candle*, elle s'attaquait aussi à la marijuana qu'elle décrivait dans ces termes :

[Traduction] « Les personnes qui font usage de cette drogue fument les feuilles séchées de la plante, ce qui leur fait perdre complètement la raison. Elles n'ont plus aucun sens moral et, sous l'influence de cette substance, deviennent insensibles à la douleur. Elles sont alors en proie à la folie furieuse et capables de tuer ou de se livrer à toutes sortes de violences sur d'autres personnes, en utilisant des méthodes d'une cruauté barbare, et comme nous l'avons dit, en ne faisant preuve d'aucun sens moral. Lorsqu'elles sont sous l'influence de cette drogue, ces victimes représentent les pires conditions de vie imaginables. Elles sont privées de toute volonté et sont mentalement déficientes. Si cette substance est consommée en trop grande quantité, elle provoque ultimement la mort du toxicomane. »⁶

Au delà de l'emphase verbale de ces divers textes et du racisme envers les Asiatiques, on peut constater une certaine ressemblance entre les discours de l'époque et certains discours contemporains sur les drogues : elles s'attaquent aux racines morales de la société et en particulier à la famille, elles menacent la jeunesse, elles causent la criminalité et la violence ; les dealers sont partout, surtout près des écoles, prêts à tout pour assurer la reproduction de leur clientèle ; et les drogues, nécessairement, mènent à la toxicomanie.

Ce n'est pas dire pour autant que les articles publiés dans les journaux soient la raison principale pour laquelle on a criminalisé les drogues. Ce n'est pas dire non plus que ce qui était écrit finissait par être ce qu'on croyait. Néanmoins, plusieurs analystes de l'évolution des lois sur les drogues au Canada s'entendent pour souligner l'importance des médias dans l'architecture des lois canadiennes sur les drogues.

Quelles sont les orientations des médias canadiens sur les drogues aujourd'hui ? Nous n'avons pas fait une analyse de l'ensemble de la couverture de presse sur les drogues au Canada. L'exercice eut sans doute été intéressant d'un point de vue sociologique pour identifier les notions clés, saisir les modes de représentation qui concourent à former l'opinion publique. Nous nous satisfaisons ici d'examiner deux grands types d'articles de presse. Les premiers sont de l'ordre de la nouvelle judiciaire, les seconds sont des reportages de fond et des commentaires éditoriaux.

Les articles de nouvelles traitant des drogues illicites concernent le plus souvent les opérations policières : descentes, saisies, arrestations de trafiquants et

⁵ Murphy, E., (1920) « The underground system. » *MacLeans*, 15 mars 1920.

⁶ Murphy, E., (1922) *The Black Candle*. Toronto : Thomas Allans, pages 332-333.

démantèlement de réseaux reliés au crime organisé. L'exemple contemporain le plus connu a sûrement trait au coup de filet réalisé en 2001 au Québec lors de l'arrestation de plus de 70 membres des Hells Angels dont on sait qu'ils sont entre autres impliqués dans le trafic de stupéfiants. Au delà, ce sont, mois après mois, des nouvelles saisies de kilos voire de centaines de kilos de drogues, de plus en plus souvent de marijuana.

Comment ces informations contribuent à former l'opinion publique sur les drogues, quels en sont les impacts sur les représentations que s'en fait le public, nous l'ignorons. Il est probable cependant que ces articles donnent à penser que le « problème de la drogue » est d'abord et avant tout un problème de criminalité organisée. Mais si l'on pouvait avoir l'impression, disons jusqu'au milieu des années 1980, que le cannabis était un problème exporté au Canada à partir d'autres pays, il est vraisemblable que l'augmentation des articles traitant des saisies de plantations domestiques – plutôt que de cargaisons provenant de l'étranger – mène de plus en plus à penser le cannabis comme un problème domestique.

D'autres articles de nouvelles concernent la relation entre drogues et criminalité, notamment la prostitution, les cambriolages dans les résidences, ainsi que les « incivilités » relatives aux jeunes de la rue et à l'itinérance. On continue en effet à associer au moins pour partie ces activités à la drogue. Pour la prostitution de rue, c'est le fait que les personnes, principalement les femmes, pratiquant la prostitution soient souvent amenées à cet extrême pour « payer » leur dose. Pour les cambriolages résidentiels, c'est la même raison mais le genre des auteurs change : il s'agit dans ce cas de jeunes hommes. Et pour les jeunes dans la rue, c'est le fléau de l'injection et donc de la transmission du SIDA qui préoccupe principalement. Rien de cela ne concerne directement le cannabis. Sauf pour les écoles. Il n'est probablement pas une grande – et une moins grande – ville canadienne qui n'ait, au cours des quelques dernières années, vu une opération policière dans les écoles. Ces opérations suscitent le plus souvent deux types de réactions, toutes deux fondées sur l'indignation : pour les uns c'est l'indignation de voir que les drogues soient à ce point intégrées dans les écoles, pour les autres c'est l'abus de pouvoir policier et le non-respect des droits des jeunes.

On a vu, au cours des quelques dernières années, des reportages de fond tant dans les journaux que dans les médias électroniques. La série préparée par le journaliste Dan Gardner du *Ottawa Citizen*, en 2000, et largement reprise par tous les quotidiens de la chaîne Southam, est sûrement la plus connue. Dans cette série de 10 articles, le journaliste expliquait pourquoi la « guerre à la drogue » est un échec patent. Il commençait sa série ainsi :

[Traduction] « *La campagne globale de l'Oncle Sam pour en finir avec l'abus des drogues a augmenté le pouvoir des criminels, corrompu les gouvernements et diminué les libertés civiles, et il y a plus de toxicomanes que jamais auparavant. Le 6 juin 1998, Kofi Annan, le secrétaire général des Nations Unies, a reçu une lettre étonnante. « Nous croyons », disait-elle, « que la guerre globale contre les drogues cause plus de dommages que les drogues elles-mêmes. » Cette lettre était signée par des hommes d'état, des politiciens, des universitaires et d'autres personnalités. Javier Perez de Cuellar, l'ancien secrétaire général de l'ONU était parmi les signataires. Tout comme George Shultz, l'ancien Secrétaire*

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

d'état américain et Joycelyn Elders, l'ancienne Médecin chef aux États-Unis. Des prix Nobel tels Milton Friedman et Adolfo Perez Esquivel d'Argentine, quatre anciens présidents et sept anciens ministres d'Amérique latine étaient parmi les signataires. Et quelques éminents Canadiens aussi. Ils ont ajouté que les politiques sur les drogues que le monde a suivies depuis quelques décennies sont un échec aux conséquences dévastatrices. Tenter d'éliminer l'abus de drogues par la prohibition a créé une industrie valant 400 milliards \$ US. « soit environ 8% du commerce international. » (...) Cette déclaration coïncidait avec le début d'une assemblée générale des Nations Unies sur les problèmes globaux des drogues. Les gouvernements participant à cette assemblée semblaient unanimes à penser que la meilleure manière de combattre l'abus de drogues était d'en bannir la production, la vente ou la possession. (...) Mais la lettre adressée à M. Annan a démontré que leur point de vue ne fait pas l'unanimité. En fait, un nombre croissant de leaders mondiaux et d'experts pensent que la guerre à la drogue n'est rien de moins qu'un désastre humanitaire.»⁷

Cette série d'articles faisait en quelque sorte écho à des commentaires éditoriaux parus dans le même Ottawa Citizen, en 1997, demandant la décriminalisation des drogues.⁸ L'éditorialiste écrivait notamment ceci dans le second de la série : « *L'histoire récente de l'application des lois sur les drogues, au Canada aussi bien qu'aux États-Unis, est l'histoire d'un échec. Les impôts financent grassement la répression. Les pouvoirs policiers augmentent au détriment des libertés civiles. Les gangs criminalisés sont de plus en plus riches. Et l'usage de drogues continue, peu importe.* »

En 1998, le Globe and Mail de Toronto en faisait autant, sous le titre « *Que fument les leaders du G8 ?* » écrivant entre autres : [Traduction] « *La prohibition ne marche pas et ne peut pas marcher, et ses coûts sont nettement supérieurs à ceux d'une politique d'accessibilité adéquatement supervisée et contrôlée. Puisque l'élimination des drogues n'est pas une option, les leaders du G8 auraient dû se demander comment minimiser les méfaits des drogues. En l'état actuel, leurs politiques maximisent les dégâts.* » Dans une série de deux éditoriaux, le Globe and Mail reprenait l'exercice en juillet 2001, recommandant la décriminalisation du cannabis.. Le Vancouver Sun en faisait autant en octobre 1998 et le National Post prenait aussi position pour mettre fin à la prohibition du cannabis. Enfin, plus récemment encore, dans les suites des événements tragiques du 11 septembre 2001, l'éditorialiste du Citizen répondait à ceux qui laissaient entendre que l'argent du trafic de drogues sert à financer les actions terroristes. Il disait ce qui suit :

« En matière de lutte antidrogues, la plus récente menace soulevée par le solliciteur général Lawrence MacAulay et d'autres personnes concerne l'hypothèse selon laquelle les terroristes utiliseraient les produits du trafic de la drogue pour financer leurs activités diaboliques. Si c'est le cas, il est facile de voir pourquoi. Comme tout véritable crime, le terrorisme fait des victimes plutôt que des clients satisfaits. Il ne s'agit donc pas exactement d'une entreprise autofinancée. En revanche, le commerce de la drogue permet de réaliser constamment des profits parce que les transactions auxquelles il donne lieu sont tellement satisfaisantes pour le vendeur comme pour l'acheteur que ces derniers risquent la prison pour

⁷ Gardner, D., « Why the war on drug has failed : Uncle Sam's war. » *Ottawa Citizen*. 5 septembre 2000.

⁸ Editorial, « Decriminalizing Drugs », *Ottawa Citizen*, 12 avril 1997, 14 avril 1997, 15 avril 1997 et 16 avril 1997.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

pouvoir les mener à bien. (...) (...) non seulement la lutte antidrogues entraîne le mépris de la loi et menace la sécurité publique, mais elle aide à financer les terroristes et leur permet de passer d'un pays à un autre. Et les gens veulent poursuivre cette lutte ? J'estime que, puisque toute décision vertueuse doit se prendre au nom de la vertu, il faut abolir les lois sur les drogues pour des raisons morales. Mais faites abstraction de mon dégoût pour le paternalisme. Si la lutte antidrogues diminue nos chances de gagner la lutte contre le terrorisme, alors elle fait sûrement plus de mal que de bien. »⁹

L'intérêt de ces prises de position et de ces articles de fond tient à divers éléments. Premièrement, ils marquent un changement majeur par rapport aux positions soit plus timides soit plus simplement en faveur de la prohibition qui dominaient depuis le début du siècle. Ils s'inscrivent aussi dans une interrogation constante du rôle de l'État et de l'à-propos des dépenses publiques. Ils marquent aussi, en corollaire, une préoccupation plus grande pour les libertés individuelles.

Quel en est l'impact auprès de l'opinion publique, nous l'ignorons. Traduisent-ils des sentiments largement répandus dans la population ou, au contraire, sont-ils en porte-à-faux, nous ne sommes pas en mesure de le dire. Une seule chose nous paraît relativement certaine : la plupart des grands médias canadiens ont pris une distance critique appréciable face aux politiques de prohibition.

ENQUÊTES ET SONDAGES

Selon l'un de nos témoins :

« D'après les sondages effectués au cours des dix dernières années, notamment par Santé Canada, nous savons que les deux tiers des Canadiens considèrent que la consommation de cannabis ne devrait pas être punissable d'emprisonnement et qu'environ la moitié des Canadiens préconisent explicitement la décriminalisation ou la déjudiciarisation de la consommation de cannabis. Cette opinion persiste depuis 25 ans. Autrement dit, les législateurs et les décideurs politiques n'ont tenu aucun compte jusqu'ici du message que l'opinion publique leur adresse depuis un quart de siècle. »¹⁰

L'une des limites importantes des sondages d'opinion tient à leur côté superficiel : les questions sont souvent insérées dans des enquêtes plus générales portant sur une diversité de sujets, il y a peu de place pour poser des questions multiples, et on explore rarement le sens des termes. Ainsi, par exemple, les termes légalisation ou décriminalisation n'ont pas nécessairement le même sens pour tous les répondants. Mais les sondages généralistes ne sont pas en mesure, ou prennent rarement les

⁹ William Robson, « Combien de banlieues devront flamber à cause de la lutte antidrogues ? » *Ottawa Citizen*, 17 mai 2002.

¹⁰ Dr Benedikt Fischer, professeur, école des sciences de la santé publique, Université de Toronto, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la 37^e législature, 17 septembre 2001, fascicule 6, pages 13-14.

moyens, de révéler ces différences. Si l'enquête pose une seule question portant sur le cannabis, du genre «êtes-vous en faveur de la décriminalisation de la possession de petites quantités de cannabis ?», on ne sait pas ce que les répondants pensent en entendant «décriminalisation» et «petites» quantités. Pour certains, décriminalisation peut signifier aucune pénalité ; pour d'autres ce sera une amende. Et la différence entre 5 grammes et 30 grammes est énorme.

Comme les médias, et de manière toute aussi complexe, les sondages participent à la construction des représentations publiques. Comme pour les médias, il est difficile de déterminer dans quelle mesure ils contribuent à modifier les attitudes et encore plus les comportements. Ces quelques réserves émises, nous fournissons dans les paragraphes suivants un échantillon de données provenant de diverses enquêtes.

Dans l'enquête nationale sur l'alcool et les drogues de 1994, les répondants étaient invités à donner leur opinion sur les politiques concernant le cannabis : 27 % étaient d'avis que la possession de petites quantités devrait être légale ; 42 % qu'elle devrait être illégale mais ne faire l'objet d'aucune pénalité ou d'une amende seulement ; et 17 % que la possession de cannabis devrait entraîner une peine de prison potentielle dans le cas d'une première infraction. Les hommes et les plus jeunes sont plus nombreux à favoriser la légalisation du cannabis, de même que les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec, de l'Alberta et de l'Ontario.¹¹

En 2000, le National Post relevait les résultats d'un sondage voulant que près des deux tiers des Canadiens soient en faveur de la décriminalisation de la marijuana et que la possession de petites quantités pour usage personnel soit punie par une amende.¹²

Plus récemment encore, dans le cadre d'un sondage effectué en mai 2001, 47 % des Canadiens se sont déclarés en faveur de la légalisation de la marijuana, en hausse par rapport aux 31 % de 1995 et aux 26 % de 1975.¹³

Au Québec, en 2001, une enquête plus fine a été menée sur les perceptions de la population à partir d'un échantillon de 2 253 répondants (taux de réponse de 70 %).¹⁴ L'enquête portait uniquement sur les drogues, la toxicomanie et le VIH, et mesurait les connaissances, la perception de la dangerosité, la perception à l'égard des personnes toxicomanes, et les politiques et mesures possibles. L'intérêt d'une étude de ce type est que, ne portant que sur les questions relatives aux toxicomanies et aux drogues, elle permet d'approfondir et clarifier davantage certaines questions.

Cette étude révèle que la majorité (66 %) de la population pense que la consommation de drogues est en augmentation. Elle démontre aussi que « *le cannabis est dans une classe à part* » quant à la perception de sa dangerosité puisque « *seulement une personne sur quatre juge cette substance illicite dangereuse dès la première consommation, ce qui est*

¹¹ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (1999) *Profil canadien. L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa : auteur, pages 214-215.

¹² National Post, « Two-thirds favour decriminalizing pot. » 15 mai 2000.

¹³ Julian Beltrame, « Reefer Madness : The Sequel. » *MacLean's*. 6 août 2001, vol 114, pages 22-25.

¹⁴ Hamel, D. et coll., (2001) *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

moins que l'opinion rapportée pour le tabac qui est pourtant licite. De plus, le cannabis est le seul produit qu'un nombre relativement important de sondés considèrent comme jamais dangereux pour la santé. (...) les gens le considèrent moins dangereux que le tabac.»¹⁵ Les enquêtés perçoivent aussi que le cannabis est la substance la moins susceptible de mener à la dépendance : environ 15 % pensent que le cannabis crée la dépendance dès qu'on l'essaie alors que pour plus de 40 % des répondants il faut en consommer chaque jour et que 8 % disent que le cannabis ne crée jamais de dépendance.¹⁶

Eu égard aux opinions sur les politiques publiques, l'étude démontre une nette préférence pour les mesures de prévention et d'éducation par rapport aux mesures de contrôle et de répression. À la question de savoir quelles mesures seraient susceptibles d'enrayer les problèmes de la drogue, près de 35 % pensent que la vente contrôlée de la marijuana et du haschich permettrait de réduire les méfaits. Selon les auteurs, la population montre « une ouverture sans équivoque à une certaine forme de légalisation du haschich et de la marijuana. Plus de 90 % d'entre eux seraient d'accord à ce qu'on permette à certains grands malades de recevoir ces substances sur prescription pour soulager leurs douleurs. Beaucoup moins de gens mais tout de même une majorité (60 %) seraient prêts à autoriser la consommation de ces drogues sous certaines conditions comme peut-être l'alcool. »¹⁷ Par ailleurs, moins de 40 % pensent que la loi actuelle contribue à empêcher les gens de consommer (et environ 60 % sont plutôt ou tout à fait en désaccord avec cet énoncé).¹⁸

En Ontario, l'enquête en milieu scolaire a aussi examiné les perceptions des étudiants sur le risque perçu et la désapprobation eu égard à la consommation de marijuana. Le tableau suivant présente les résultats.

Perceptions des étudiants ontariens, niveau secondaire 1989-2001 ¹⁹

	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001
Désapprouvent l'expérimentation							
Total	40,8 %	43,2 %	37,1 %	28,8 %	23,4 %	26,0 %	28,6 %
7^e	58,9 %	58,0 %	48,6 %	44,9 %	40,8 %	44,3 %	48,2 %
9^e	38,0 %	48,3 %	38,8 %	30,1 %	21,6 %	25,7 %	23,7 %
11^e	33,0 %	32,5 %	30,2 %	16,3 %	13,2 %	18,2 %	19,4 %
13^e	26,7 %	28,4 %	27,7 %	25,7 %	18,8 %	13,4 %	20,7 %
Désapprouvent la consommation régulière							
Total	61,0 %	60,8 %	55,9 %	47,2 %	45,2 %	43,1 %	41,7 %
7^e	73,7 %	72,1 %	66,6 %	62,3 %	58,7 %	63,6 %	64,0 %

¹⁵ *Ibid.*, page 3

¹⁶ *Ibid.*, page 27.

¹⁷ *Ibid.*, page 4

¹⁸ *Ibid.*, page 38.

¹⁹ Adlaf, E.M., and A. Paglia (2001), *Drug Use among Ontario Students 1977-2001. Findings from the OSDUS*, Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001
9^e	59,8 %	62,5 %	54,3 %	48,6 %	41,1 %	43,6 %	34,3 %
11^e	54,9 %	52,4 %	50,9 %	33,6 %	30,9 %	31,2 %	29,8 %
13^e	50,1 %	56,1 %	51,1 %	48,6 %	42,6 %	32,8 %	40,7 %
Associent un risque élevé à l'expérimentation							
Total	27,8 %	30,7 %	27,3 %	18,5 %	17,1 %	18,4 %	18,6 %
7^e	39,2 %	37,0 %	35,3 %	30,7 %	26,2 %	28,4 %	27,0 %
9^e	29,7 %	35,4 %	29,3 %	18,6 %	14,3 %	16,6 %	18,5 %
11^e	18,0 %	25,2 %	21,8 %	10,5 %	12,8 %	15,2 %	11,1 %
13^e	19,2 %	21,2 %	19,7 %	14,2 %	16,4 %	12,5 %	17,7 %
Associent un risque élevé à la consommation régulière							
Total	75,4 %	73,3 %	69,3 %	58,1 %	56,1 %	52,0 %	48,2 %
7^e	72,6 %	72,1 %	69,8 %	67,6 %	60,5 %	63,6 %	61,1 %
9^e	79,1 %	74,0 %	73,7 %	60,8 %	59,3 %	53,1 %	47,8 %
11^e	74,7 %	73,9 %	66,9 %	50,8 %	49,4 %	44,9 %	36,8 %
13^e	73,3 %	73,1 %	63,4 %	50,6 %	55,7 %	45,2 %	47,8 %

Ces résultats démontrent que, sur tous les indicateurs, les attitudes des étudiants ontariens de niveau secondaire sont moins alarmistes, ou plus libérales, selon le point de vue que l'on adopte. Ainsi, ils sont moins nombreux en 2001 qu'en 1989 à désapprouver la consommation expérimentale (une ou deux fois) de cannabis ou la consommation régulière. Ils sont cependant toujours plus nombreux à désapprouver la consommation régulière que la consommation occasionnelle. Le niveau de désapprobation diminue plus le niveau scolaire augmente. De même, les étudiants ontariens sont moins nombreux à associer un risque élevé à la consommation de cannabis en 2001 qu'en 1989, mais ils demeurent près de trois fois plus nombreux à associer un risque élevé à la consommation régulière qu'à la consommation expérimentale. Notons tout de même que la proportion de ceux qui associent un risque élevé à la consommation régulière de marijuana forme maintenant moins de la moitié des élèves, comparativement aux trois quarts en 1989.

L'ensemble de ces données s'accordent dans une large mesure avec les résultats de l'étude que le Comité a commandée à la firme Léger Marketing.²⁰ Cette étude qualitative par groupes de discussion avait pour objectif de déterminer s'il était possible d'identifier les éléments qui pourraient fonder un consensus social sur l'usage du cannabis. Plus spécifiquement, cette étude visait à cerner la perception globale à l'égard des drogues en général et du cannabis en particulier, les images associées au cannabis, les attitudes et comportements à l'égard de l'usage récréatif, les craintes et préjugés, la connaissance du cadre législatif et les attentes à l'égard d'une politique publique sur l'usage du cannabis à des fins récréatives. Pour ce faire, la firme a réalisé 16 groupes de discussion ainsi que 15 entrevues en profondeur à Montréal, Trois-Rivières, Halifax,

²⁰ Léger Marketing (2002) *Étude exploratoire auprès des Canadiens sur l'usage du cannabis*. Montréal : auteur. Disponible en ligne sur le site du Comité.

Winnipeg, Vancouver, Toronto et London. Au total, plus de 130 personnes ont participé à cette étude. Dans chaque ville, il y avait au moins deux groupes de discussion, un avec des adultes de plus de 18 ans et l'autre avec des jeunes de 14 à 17 ans.

Spontanément, les participants aux groupes de discussion ne mentionnaient pas les drogues parmi leurs préoccupations quotidiennes, celles-ci se centrant plutôt sur la santé, l'éducation, l'emploi et la pauvreté. Lorsque le sujet était abordé par les enquêteurs, les participants nommaient d'abord les activités criminelles reliées à la vente et à l'importation de drogues comme préoccupation principale plutôt que l'usage par les Canadiens. Dans certaines villes, (Montréal, Vancouver), les participants exprimaient aussi une inquiétude sur l'impact de la présence de drogues illicites dans certains quartiers sur la qualité de vie et la sécurité.

Interrogés sur le cannabis, les participants faisaient presque systématiquement et spontanément une distinction entre des drogues douces (cannabis, haschich) et des drogues dures (cocaïne, héroïne), plusieurs considérant même le terme drogue inapproprié pour parler du cannabis. Cette distinction reposait sur la base de deux éléments majeurs : la composition et les effets. Les drogues dures sont davantage associées aux produits chimiques avec des effets destructifs, notamment une propension plus grande à développer la dépendance. Le cannabis et ses dérivés sont associés à des plantes, à des produits naturels, et le risque de dépendance est presque nul, sauf chez des personnes ayant des prédispositions ou des vulnérabilités particulières. La comparaison avec l'alcool était fréquente : on peut consommer de l'alcool de manière raisonnable sans danger, et seule une petite partie des consommateurs développe des problèmes de dépendance. On n'associait pas non plus le cannabis à la criminalité : « *I can't picture a guy robbing the corner store to buy himself a joint. This is something heroin addicts would do. First, pot is cheap, second it doesn't make you want it desperately.* » La seule exception plus présente au Québec qu'ailleurs, était l'association avec la criminalité organisée, les bandes de motards.

Tandis que l'usage de drogues « dures » s'inscrit dans un univers de détresse morale et physique et déchéance sociale, les participants associaient généralement une dimension de convivialité et de plaisir à l'usage du cannabis, qu'on consomme surtout dans des occasions sociales, comme l'alcool.

En toute logique, l'usage récréatif du cannabis était généralement bien accepté : « *it doesn't bother me that people do marijuana. As long as they are aware of their decision and what they are doing, I respect it.* » De fait, spontanément, plusieurs participants dans chaque groupe évoquaient leurs propres expériences de consommation passée ou actuelle : « *I sometimes smoke pot and it doesn't keep me from being a productive guy at work or a good family man.* » Et comme pour l'alcool, ce sont davantage les notions d'abus et de responsabilité qui marquent la différence, quoiqu'on soit plus dur envers les abus d'alcool qu'on associe à la violence. « *I used to go out to bars a lot. Every night there would be a fight. A guy gets drunk and then starts insulting somebody else or feels another is flirting with his girlfriend. At one point punches get thrown around. But you know what ? I have never seen a guy*

stoned on pot go nuts and want to knock somebody out. » S'ils n'associaient pas la consommation de cannabis ni à la violence ni à la criminalité, les participants se montraient cependant préoccupés par la conduite sous l'influence de cannabis. Enfin, les participants n'associaient pas la consommation de cannabis à une classe déterminée de la population : ce sont les jeunes mais aussi des professionnels, des artistes, des avocats, des fonctionnaires...

Les chercheurs n'ont pas observé de clivage générationnel à l'égard de l'usage récréatif du cannabis. Si un clivage existe, il reposerait davantage sur des caractéristiques socioprofessionnelles : les citoyens moins scolarisés et résidant en milieu rural semblent démontrer une plus grande résistance. De même, les personnes s'opposant à la consommation récréative de cannabis le feraient plutôt sur des bases morales, parfois même religieuses. Autre clivage, les femmes ayant des enfants d'âge scolaire, se disaient très préoccupées par la grande disponibilité de la marijuana en milieu scolaire. *« Qu'ils légalisent ou pas moi ça ne change rien. Moi, tout ce que je veux c'est que les drogues ne soient pas accessibles aux enfants. Qu'ils en vendent au primaire moi ça m'enrage parce que ça les rend dépendants très jeunes. »*

Comme les sondages d'opinion publique discutés plus tôt l'ont démontré, les participants appuyaient largement la légalisation du cannabis à des fins thérapeutiques. Toutefois, certains souhaitaient qu'une structure claire de distribution soit établie dans les établissements de soins et qu'on puisse déterminer les doses adéquates selon l'intensité de la douleur.

En général, les participants estimaient qu'une consommation occasionnelle n'a pas d'effets néfastes sur la santé. Faisant spontanément la comparaison avec l'alcool et le tabac, ils considéraient que le cannabis n'est pas la plus dangereuse des trois substances. De même, la majorité ne craignaient pas l'accoutumance au cannabis, soulignant que ça dépend de la maturité et de la fréquence de la consommation. *« This is the key question. I don't think you can get hooked on it really. Not as much as booze or nicotine for sure. But that's the kind of proof or medical evidence I would like to have if you want me to make up my mind on it. »* Les participants ne pensaient pas non plus que le cannabis pousse inexorablement à la consommation d'autres drogues, l'utilisation de drogues « dures » étant liée davantage à la personnalité et à la maturité de l'utilisateur qu'aux caractéristiques du cannabis lui-même.

Le guide d'entretien demandait aux participants de réagir à deux données de recherche : la proportion de Canadiens qui ont consommé au cours des 12 derniers mois est d'environ 10 % et il se fait environ 30 000 mises en accusation par année pour possession simple de cannabis. Dans les deux cas, les participants étaient incrédules. Sur la proportion de consommateurs, tous les participants pensaient qu'il y en avait beaucoup plus : *« Ça me surprend que ça soit juste 10 % de la population, qui en consomme. Je m'attendais plus à 50 % ou 60 %. »* Inversement, sur le nombre de mises en accusation, les participants étaient unanimes à penser que les efforts des services policiers devraient plutôt porter sur la lutte aux réseaux criminels : *« 30 000 people charged per year seems like a waste of taxpayers money if just for possession. It's a lot of money to prosecute and they all get thrown*

out anyway... » « Quand on pense à d'autres crimes beaucoup plus importants, quand on pense à l'encombrement du système judiciaire, je trouve ça ridicule. » Néanmoins, les participants considèrent que le Canada est une société relativement tolérante à l'égard de l'usage récréatif du cannabis, du moins comparativement à d'autres pays : côté répressif on nomme spontanément les États-Unis, l'Arabie saoudite, et côté tolérant on pense à la Suisse et aux Pays-Bas, le Canada étant quelque part entre les deux.

Les entretiens se sont produits après que le Comité eut rendu public son document de discussion dans lequel il proposait un tableau comportant une série d'options de politiques publiques. Les participants aux groupes de discussion étaient d'abord invités à faire part librement de leurs opinions sur les politiques publiques préférées puis on leur soumettait ce tableau leur demandant d'y réagir.

Le discours des participants tendait majoritairement vers un positionnement entre la décriminalisation et la légalisation. Cette position se retrouvait principalement à Montréal, Toronto, Vancouver et Halifax, plus de participants préférant la légalisation avec contrôles gouvernementaux à Vancouver et Montréal qu'ailleurs « *The best option is decriminalization leaning towards government legalization. The worst option would be depenalization : to legalize without getting involved.* » Selon les participants, ces options permettraient d'augmenter la capacité d'informer sur les risques, la santé des usagers, la sécurité publique, le respect des droits et libertés individuelles et l'efficacité des dépenses publiques, et feraient diminuer le trafic illégal et l'implication du crime organisé. Par ailleurs, ils s'attendaient à une augmentation de la consommation récréative du cannabis mais ne pensaient pas qu'il y aurait nécessairement augmentation de l'abus ou de la consommation chez les jeunes. Au contraire, plusieurs étaient d'avis que la décriminalisation entraînerait un désintérêt chez les jeunes qui auraient perdu l'attrait du fruit défendu.

Il demeure un noyau dur, quoique minoritaire, qui estime que les lois actuelles ne sont pas assez sévères et que la société devrait se diriger vers une criminalisation accrue de l'usage récréatif de cannabis. Cette position se retrouvait notamment à Winnipeg chez les personnes de plus de 40 ans et à Trois-Rivières.

Enfin, les participants souhaitaient être informés et « éduqués » sur ce qui concerne l'usage du cannabis, notamment sur les connaissances scientifiques sur les effets à court et à long terme, sur les risques réels de dépendance et d'escalade, sur les moyens de protéger les enfants contre une consommation précoce, et sur les impacts de la décriminalisation sur la lutte au crime organisé.

Selon les auteurs de l'étude, les marqueurs suivants ressortent :

- La protection des jeunes et des enfants est au cœur de toute réflexion sur une politique publique sur le cannabis ;
- La décriminalisation de l'usage se dégage comme option privilégiée, permettant de reconnaître la réalité sociale en même temps que de se concentrer sur les « vrais » problèmes ;
- Un certain nombre de participants se sont exprimés en faveur de la légalisation, s'interrogeant cependant sur la nature et les modes de

contrôle relatifs à la production et aux normes de qualité, aux modes de distribution et de commercialisation, la mise en place de quotas pour éviter les abus.

Puisqu'il s'agit d'une enquête qualitative, nous ne pouvons généraliser ces résultats à l'ensemble de la population canadienne. Nos moyens financiers ne nous ont pas permis de mener une étude quantitative en profondeur sur un échantillon représentatif de la population, ce qui aurait pu permettre de valider ces « intuitions ». Néanmoins, nous pouvons au moins émettre les constats suivants : (1) ces résultats se rapprochent beaucoup des données résultant des sondages d'opinion ; (2) les convergences entre les groupes de discussion dans la plupart des villes et entre les groupes d'âge permettent de penser qu'il y a une certaine validité à ces intuitions.

ATTITUDES ET OPINIONS EXPRIMÉES AU COMITÉ

Des centaines de Canadiens de tous les coins du pays nous ont écrit, et plusieurs dizaines se sont exprimés lors de nos audiences publiques dans les régions. Ils parlaient en leur nom personnel, relatant leurs expériences, exposant leurs opinions, nous faisant part de leurs craintes. Ils représentaient des organisations : associations de défense des droits et libertés, clubs compassion de distribution de cannabis thérapeutique, organismes de traitement ou de prévention, associations de femmes. Ils étaient maires, chefs de police, usagers de cannabis médical, parents, éducateurs, médecins, avocats, consommateurs de cannabis, jeunes et moins jeunes. Ils parlaient souvent du cœur et leurs paroles nous touchaient. L'annexe 2 fournit la liste de toutes les personnes que le Comité a entendues au cours de ses audiences publiques. Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui ont participé à nos travaux.

Il est impossible de présenter ici l'ensemble de ces contributions à nos débats, d'en faire ressortir l'extraordinaire richesse. Heureusement, les transcriptions des audiences du Comité resteront disponibles sur notre site internet. Nous nous contenterons d'un sommaire des opinions qui nous ont été transmises en réaction à notre document de discussion.

Soulignons d'abord que les citoyens qui ont pu exprimer leur avis étaient la plupart du temps très satisfaits de la rigueur de nos travaux et surtout très appréciatifs de l'occasion qui leur était donnée de participer à ce débat de société.

« J'ai suivi avec grand intérêt les délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites et je voudrais remercier la personne qui a décidé de publier le mémoire de façon aussi complète et franche. Cela témoigne favorablement d'un gouvernement transparent, aspect vital pour le règlement du débat. »

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

« Je voudrais tout d'abord féliciter le Sénat pour son Comité spécial sur les drogues illicites et son travail impartial et révolutionnaire sur la marijuana (...) »

« Je vous remercie de prendre le temps d'examiner ma présentation. Je voudrais féliciter le Comité du Sénat sur les drogues illicites de son excellent travail de recherche sur les faits et la critique des mythes qui existent sur les drogues illicites (...) »

« Tout d'abord, je voudrais remercier le Comité de ses compétences à séparer les faits de la propagande qui entoure cette question. (...) Je vous remercie de prendre le temps de recevoir la participation du public en la matière. Je souhaite seulement que cela ne tombera pas dans l'oreille d'un sourd comme ce fut le cas de la Commission Le Dain qui vous a précédés. Là encore, je crois que le Comité cherche à faire de son mieux pour le peuple canadien. (...) »

« C'est avec grand intérêt que j'ai lu votre Document de discussion sur le cannabis et la documentation qui l'accompagnait. Je me permets de vous féliciter pour votre disposition à lancer un débat public dans ce domaine de politique. (...) »

La plupart des personnes qui ont pris le temps de nous répondre ont aussi indiqué avoir trouvé le Document de discussion bien fait, utile et équilibré. Surtout, les répondants exprimaient leur accord avec les données de recherche que nous y avons présentées. Lorsque des réserves étaient exprimées elles concernaient diversement :

- Des biais dans l'interprétation des données : pour certaines personnes, il ne fait pas de doute que le cannabis est une drogue d'escalade ;
- Un côté trop prudent : dire que le cannabis est une drogue et qu'à ce titre il vaut mieux ne pas en consommer était perçu comme « politiquement correct » ;
- Un manque de compassion et de préoccupation pour les jeunes et les enfants.

Néanmoins, un certain nombre d'organismes et de personnes ont exprimé des réserves face à notre démarche et leur désaccord avec les conclusions énoncées dans notre document de discussion.

« Pour nous autres, ça ne fait pas de sens de légaliser une drogue avec tous les points d'interrogation et les faits concluants que l'on voit comme conséquences de l'usage du cannabis. Si c'était à refaire, je ne pense pas, avec les informations que l'on a présentement, que l'on voudrait légaliser la nicotine et même l'alcool. Du moment où l'on envisage de légaliser une drogue, on peut conclure qu'il y aura plus de disponibilité conséquemment plus de consommation, et conséquemment plus de problèmes. N'oublions pas que le cannabis n'est pas nocif parce qu'il est illégal mais plutôt que le cannabis est encore illégal parce que le cannabis est nocif. »²¹

²¹ Mémoire de A. Maillet et C. Cloutier-Vautour soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Moncton, 5 juin 2002.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

[Traduction] « *Il est sain et utile de tenir un débat public informé, mais encore faut-il que la diversité des points de vue puisse s'exprimer. Malheureusement, ce n'est pas le cas lorsqu'il est question de l'usage non médical des drogues, où nous sommes constamment bombardés par les opinions de ceux qui croient que la seule manière de répondre au problème des drogues est d'accepter qu'elles sont inévitables, sinon normales. (...)*

Lorsqu'il est question de stratégies sur les drogues, on discute le plus souvent des dommages extrinsèques causés par l'illégalité des drogues illicites plutôt que des dommages intrinsèques dus à leurs effets chimiques sur le corps, particulièrement sur les fonctions cérébrales et le comportement. On ignore ainsi les effets dévastateurs des drogues sur les toxicomanes et leurs familles et l'on déplore plutôt les dommages d'un casier judiciaire sur l'estime de soi. De plus, les crimes contre la propriété et la violence causés par les usagers de drogues sont attribués à l'illégalité des drogues plutôt qu'au manque d'habitudes de travail et de capacité à gagner sa vie que cause l'usage de drogues. »²²

[Traduction] « *Notre préoccupation face au Document de Discussion publié par le Comité tient essentiellement à l'effet que les politiques sur le cannabis auront sur les jeunes et les familles. (...) Nous suggérons au Comité qu'il serait plus utile de concentrer ses efforts sur la prévention que sur la réforme de nos lois sur les drogues. La Stratégie canadienne sur les drogues démontre que la prévention est la stratégie la plus efficace. (...) Il se dit beaucoup de choses sur la supposée « guerre à la drogue » : si nous l'avons perdue, ce que nous devrions faire, et si nous étions engagés dans une guerre pour commencer. Le défi auquel fait face ce Comité n'est pas facile: recommander des politiques réalistes, concrètes, sur l'usage du cannabis. Nous sommes convaincus que le Comité saura faire montre de prudence dans ses décisions, et que ses recommandations de politique seront innovatrices, tout en sachant résister à la « manie du cannabis ». Nous le devons à nos jeunes. »²³*

« S'il vous plaît, mesdames et messieurs, ne vous fiez pas qu'aux recherches et aux experts. Beaucoup de rapports et d'experts sont largement financés par des promoteurs de la légalisation. Le THC, l'ingrédient actif du cannabis, peut être pris sous forme de pilules. Nous n'avons pas besoin de promouvoir le fumage sous une autre forme. (...) Si je peux vous faire une suggestion : 1. Il faut offrir plus de services de traitement ; 2. Il faut changer nos pratiques d'incarcération lorsqu'il s'agit de crimes commis sous l'influence des drogues et imposer le traitement ; et 3. Notre pays doit adopter une politique de tolérance zéro face aux drogues illicites et donner à nos policiers la capacité d'appliquer les lois et exiger des tribunaux qu'ils répondent à cette situation. Je vous en prie, ne donnez pas à nos enfants une autre manière d'échapper à la réalité. »²⁴

Enfin, la plupart des personnes qui ont répondu au questionnaire nous ont aussi dit être en faveur soit de la décriminalisation, soit de la légalisation contrôlée du cannabis et de ses dérivés. Pour cette raison, nous devons demeurer très prudents quant à la signification des commentaires qui nous ont été transmis : il est probable en effet que la majorité de ceux qui nous ont écrit soient, pour des raisons personnelles,

²² Real Women of Canada, mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 6 juin 2002, pages 1-2.

²³ Focus on the Family (Canada) Association, mémoire soumis au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 14 mai 2002, page 2.

²⁴ Lettre de Mme Kathy Bédard, Prince Rupert, Colombie-Britannique, 15 mai 2002.

intéressés à ce que la législation actuelle soit modifiée vers une plus grande tolérance. Cette attitude colorait sans doute leur évaluation de notre Document et de la qualité de nos conclusions de recherche.

CONCLUSIONS

Quel est l'état de l'opinion publique au Canada ? Nous ne sommes pas en mesure de tirer des conclusions fermes sur cette question. Nous pensons cependant que :

Conclusions du chapitre 10	
Opinions sur le cannabis	<ul style="list-style-type: none">➤ Une opinion publique plus libérale qu'il y a dix ans sur le cannabis.➤ Une tendance à penser que la consommation de cannabis est plus répandue qu'auparavant.➤ Une tendance à considérer que le cannabis est plus disponible qu'auparavant.➤ Une tendance à penser que le cannabis n'est pas une drogue dangereuse.➤ Une préoccupation relativement importante face au crime organisé.➤ Un soutien important pour la mise à disponibilité du cannabis aux fins thérapeutiques.
Opinions sur les options de politique publique	<ul style="list-style-type: none">➤ Une tendance à favoriser la décriminalisation ou, dans une moindre mesure, la légalisation.➤ Une attitude critique face aux mesures d'application de la loi pour simple possession de cannabis.➤ Une préoccupation pour les enfants et les jeunes.

