

Document informatif



Août 2018 | Légalisation du cannabis et prévention des blessures

Légalisation du cannabis et prévention des blessures

À la suite de la légalisation du cannabis à des fins récréatives au Canada, Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB) reconnaît l'importance des incidences de la légalisation sur les blessures. Afin de mieux comprendre les liens entre la consommation de cannabis et les blessures, nous avons préparé un document informatif qui contient des données sur les blessures au Canada, des données sur la consommation de cannabis au Canada et des données probantes fondées sur les faits établissant un lien entre la consommation de cannabis et les risques de blessure. Le document énonce aussi des principes visant à orienter les mesures stratégiques pour aborder les effets de la consommation de cannabis sur les blessures.

Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB)

CAPB est un organisme à but non lucratif formé d'intervenants en prévention des blessures faisant partie d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Travaillant de manière concertée, CAPB offre aux gouvernements, aux ONG et aux autres organismes intéressés au Canada atlantique des conseils stratégiques fondés sur des données probantes et leur fournit un soutien afin d'appuyer leurs efforts visant à réduire le fardeau des blessures dans la région.

Blessures au Canada atlantique

Les blessures évitables constituent la principale cause de décès chez les Canadiens âgés de un à 44 ans et elles tuent plus d'enfants au Canada que toute autre cause. Au Canada atlantique, près de 900 personnes meurent chaque année et plus de 15 000 personnes nécessitent des soins médicaux en raison de blessures évitables. Environ 4 000 d'entre elles ont subi des blessures entraînant une invalidité permanente. Les principales causes de blessures subies par les Canadiens des provinces de l'Atlantique sont les chutes, les blessures liées aux transports et les empoisonnements non intentionnels. À part la souffrance humaine, le traitement des blessures évitables est un des plus lourds fardeaux économiques au Canada atlantique, représentant des coûts d'environ deux milliards de dollars par année, combinés pour les provinces.¹ Chacune de ces blessures évitables comporte des répercussions à long terme sur les individus, les familles, les collectivités et la société.

Consommation de cannabis au Canada (données de 2015 publiées en 2017)

- Le Canada se classe parmi les premiers pays sur le plan de la consommation de cannabis au cours de la dernière année.²
- La prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année était de 12,3 % dans la population en général (c.-à-d. chez les gens de 15 ans et plus).^{3,4}
- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le taux de consommation au cours de la dernière année était de 25,5 %, soit plus de deux fois supérieur au taux de 9,9 % chez les adultes de 25 ans et plus.⁵
- L'âge médian auquel le cannabis est consommé pour la première fois est 17 ans.⁶
- Environ 33 % de la population en général (c.-à-d. gens de 15 ans et plus) qui ont indiqué avoir consommé du cannabis au cours des trois derniers mois ont aussi mentionné consommer du cannabis chaque jour ou presque chaque jour.⁷

Répartition de la consommation de cannabis par province de l'Atlantique (données de 2015 publiées en 2017)

- En 2015, 14,4 % des Néo-Écossais ont indiqué avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année, ce qui représente un taux beaucoup plus élevé que celui des autres provinces de l'Atlantique.⁸
- Les taux de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année dans les autres provinces de l'Atlantique sont les suivants : 9,9 % à Terre-Neuve-et-Labrador, 9 % au Nouveau-Brunswick et 8,2 % à l'Île-du-Prince-Édouard.⁹

Données probantes fondées sur les faits établissant un lien entre la consommation de cannabis et les blessures

La consommation de cannabis a été associée à de lourdes conséquences sur la santé, surtout chez les personnes qui commencent à consommer du cannabis à un jeune âge ou qui en consomment de façon assidue.¹⁰ Voici un résumé des

données probantes qui décrivent le mieux les liens entre la consommation de cannabis et les blessures qui ont été étudiés dans les administrations qui ont légalisé la consommation de cannabis à des fins récréatives, et des leçons tirées de la réglementation de l'alcool et des produits du tabac.

De façon générale, les études ont révélé que la consommation de cannabis entraîne un déficit aigu de diverses fonctions cognitives, y compris l'attention, la prise de décisions, la concentration, le temps de réaction, la mémoire de travail, la prise de risques, l'impulsivité et l'inhibition. Ces fonctions étaient considérées déficientes selon la dose-dépendant.¹¹

Collisions de véhicule à moteur :

- Le THC, un ingrédient du cannabis, est associé au déficit cognitif de la coordination motrice ce qui diminue l'aptitude à conduire.¹²
- De plus en plus de données probantes fondées sur les faits montrent que la consommation de cannabis juste avant de prendre le volant augmente le risque d'une collision impliquant un véhicule, surtout si les concentrations de THC sont élevées, comparativement aux conducteurs n'ayant pas consommé de drogues.¹³
- Les études épidémiologiques ont révélé que les personnes qui conduisent sous l'effet du cannabis sont deux fois plus à risque d'être impliqué dans une collision.¹⁴
- Les degrés de déficience (observés en laboratoire ou lors de tests de conduite réels) après consommation de doses de THC allant jusqu'à 300 µg/kg étaient comparables au niveau de déficience liée à des doses d'alcool de TA ≥ 0.05g/dl (c.-à-d. la limite permise pour conduire sous l'influence au Canada et dans la plupart des pays occidentaux).¹⁵
- Comparés avec l'alcool, les effets de la consommation de cannabis sur les blessures liés aux accidents de la route sont très nocifs pour la santé publique, surtout quant au taux de mortalité dans les pays à revenu élevé.¹⁶

Blessures au travail :

- Les effets des facultés affaiblies par le cannabis sur les fonctions cognitives exécutives telles la coordination motrice, l'attention et la prise de décisions peuvent entraîner des incidences sur la sécurité en milieu de travail lors de la conduite d'un véhicule ou d'une machine lourde.¹⁷

Empoisonnements non intentionnels :

- D'après une étude menée récemment au Colorado, le nombre accru de visites d'enfants aux services d'urgence en cas d'ingestion était lié à l'ingestion de cannabis (après la légalisation). Le cannabis ingéré était surtout des produits comestibles.¹⁸ Au Colorado, selon le centre régional antipoison, le taux de cas d'exposition au cannabis (surtout aux produits comestibles) a augmenté de 34 % (de 2009 à 2015).¹⁹
- De nombreux produits de cannabis comestibles sont mis en marché comme des produits alléchants et sont impossibles à distinguer des produits ne contenant pas de cannabis, les rendant attrayants, surtout pour les jeunes.²⁰

Consommation de cannabis en combinaison avec une autre substance et risque de blessures :

- Il a été établi que la consommation de cannabis en combinaison avec l'alcool accroît le risque de blessures, comparativement aux groupes de contrôle n'ayant pas consommé de substances. Une telle combinaison est préoccupante, surtout en ce qui a trait à la conduite avec facultés affaiblies.²¹
- Les facteurs susceptibles d'accroître l'initiation à la consommation simultanée de substances comprennent : disponibilité de la drogue, consommation d'autres drogues telles l'alcool et le tabac à un jeune âge, et normes sociales associées à la consommation d'alcool et de tabac.^{22,23,24}

Pratiques exemplaires et politiques visant à aborder la consommation de cannabis et les risques de blessure connexes

CAPB recommande une démarche de santé publique à la légalisation et à la réglementation du cannabis au Canada qui part du principe que les effets de la consommation de cannabis sur la santé de la population sont liés au nombre de consommateurs, à la puissance du cannabis et à la quantité consommée, à la fréquence de consommation et au contexte dans lequel le cannabis est consommé (par exemple la conduite d'un véhicule).²⁵

D'autres administrations qui ont adopté un modèle de légalisation du cannabis disposent de plus en plus de données et fournissent un contexte pour appuyer les options stratégiques sur la consommation de cannabis et les blessures. Les leçons apprises de la réglementation de l'alcool et des produits du tabac permettent de mieux comprendre les politiques efficaces qui contrôlent davantage les facteurs de risque qui influent sur les effets néfastes connexes. Les efforts en vue de réduire la consommation de cannabis par la population diminueront les effets néfastes en général, y compris les blessures.

Tous les gens ne sont pas touchés de la même manière par les blessures. Les taux élevés de blessures non intentionnelles et intentionnelles découlent d'une interaction complexe des déterminants sociaux de la santé qui comprennent, de manière non limitative, le revenu, le statut socio-économique, l'éducation, le logement, etc. Il importe donc d'inclure une optique de la politique sociale dans tout cadre de réglementation relatif à la légalisation de la consommation du cannabis, afin de ne pas marginaliser davantage les populations vulnérables.²⁶

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) (2014) offre des principes directeurs qui décrivent mieux les exigences minimales de documenter et d'aborder la consommation de cannabis et les blessures. S'inspirant des ressources du CTSM et de l'information provenant du rapport de 2016 du Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis, CAPB a adapté les principes au contexte de la prévention des blessures et établi d'autres principes pertinents au Canada atlantique. Les voici :^{27,28}

- **Âge minimal pour l'achat du produit (accès au produit) et consommation** : Comme dans les politiques relatives à l'alcool et à la réglementation des produits du tabac, l'établissement d'un âge minimal pour l'achat et la consommation de cannabis aide à protéger contre les blessures liées à la consommation de cannabis en retardant l'âge auquel le cannabis est consommé pour la première fois, en protégeant les stades critiques du développement du cerveau chez les jeunes et les effets à l'âge adulte, à documenter les normes sociales et les comportements des consommateurs à risque élevé, et à prévenir les effets nocifs de la publicité et de la promotion des produits auprès des enfants et des jeunes.
- **Restrictions en matière de distribution et de ventes** : Des restrictions en matière de distribution et de vente des produits aident à contrôler la consommation à l'échelle de la population, ce qui constitue une protection contre les facteurs de risque liés à la consommation assidue et à la surconsommation. Les restrictions imposées au système de distribution et à la vente des produits visent à protéger contre la consommation de substances en combinaison et la normalisation de la consommation (c.-à-d. que le cannabis ne devrait pas être vendu dans les magasins qui vendent de l'alcool).
- **Limitation de la disponibilité** : Comme dans les politiques relatives à l'alcool et à la réglementation des produits du tabac, le fait de restreindre la disponibilité du cannabis en limitant la prolifération des points de vente et les heures d'ouverture aidera à réduire la consommation à l'échelle de la population et les dommages connexes.
- **Établissement des prix** : Le prix est un élément clé pour réduire les dommages liés à la consommation de cannabis puisqu'il faut limiter la demande de cannabis sur les marchés illicites en faveur d'une demande sur un marché légal et réglementé. Il est important de dissuader les gens d'être criminalisés et de consommer des produits pouvant causer les plus grands dommages. Cela aidera à réduire les risques de violence et d'autres dommages sociaux associés aux marchés de drogues illicites.
- **Limitation de produits à risque élevé et formulations** : Le but est d'éviter que les produits dont la teneur est plus forte pénètrent sur le marché et surtout de protéger les consommateurs à risque élevé. Cela aiderait aussi à limiter la disponibilité des produits ayant un design attrayant – par exemple le cannabis comestible sous forme

de bonbons, de boissons, etc.

- **Restrictions en matière de publicité, de promotion et de parrainage** : Tout comme pour le tabac, les produits de cannabis devraient être vendus dans un emballage neutre pour limiter les effets de la promotion. L'emballage devrait aussi contenir un texte de mise en garde sur les risques pour la santé, notamment les empoisonnements.
- **Emballage transparent et affichage de l'information sur le produit** : Les produits doivent être testés pour déterminer leur teneur en substances chimiques. La composition chimique, par exemple la teneur en THC, devrait aussi être indiquée sur une étiquette devant être posée sur l'emballage du produit.
- **Application des lois** : Il faut renforcer la capacité d'appliquer les règlements et d'assurer la conformité des exploitants, des consommateurs et des producteurs. L'application des lois est aussi importante pour surveiller la conduite avec facultés affaiblies par les drogues, que bien des études associent aux blessures graves.
- **Investissement dans la communication et l'éducation du public** : La sensibilisation et l'éducation du public sont nécessaires pour faire connaître les dangers liés à la consommation de cannabis. Elles doivent être axées sur les groupes à risque élevé, tels les jeunes.
- **Surveillance et recherche** : L'implantation d'un système de surveillance ou l'établissement de liens avec d'autres sources de données sur les blessures aidera à cerner la question des blessures liées au cannabis et constitue une étape fondamentale pour prévenir de telles blessures à l'avenir. La collecte d'indicateurs de résultats sur l'incidence, la prévalence et le fardeau des blessures peut aider à décrire tout problème qui peut survenir et à orienter tous les partenaires dans la planification d'activités et l'élaboration de politiques visant à minimiser les effets négatifs – toutes des étapes importantes pour la recherche.²⁹
- **Efforts coordonnés et soutenus dans la région de l'Atlantique** : Les provinces de l'Atlantique devraient travailler ensemble à l'élaboration des règlements faisant suite à la légalisation du cannabis afin d'uniformiser et d'harmoniser les politiques de réglementation dans chaque province.

¹ Parachute. (2015). *The Cost of Injury in Canada*. 2.2-3 ed. Toronto, Ont. : Parachute.

² Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2018). Cannabis. Sommaire canadien sur la drogue. Extrait en ligne de <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Cannabis-2018-fr.pdf>

³ Statistique Canada. (2017a). Entente canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015. Extrait en ligne de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>

⁴ Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2018).

⁵ Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2018).

⁶ Statistique Canada. (2017a).

⁷ Statistique Canada. (2017a).

⁸ Statistique Canada. (2017b). Entente canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : tableaux supplémentaires. Extrait en ligne de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/2015-tableaux-supplementaires.html>

⁹ Statistique Canada. (2017b).

¹⁰ Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2014). Cannabis policy framework. Extrait en ligne de https://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/influencing_public_policy/documents/camhcannabispolicyframework.pdf

¹¹ Crean, R., N. Crane et B. Mason (2011). An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *Journal of Addiction Medicine*, 5(1), 1–8.

¹² MacDonald, S., K. Anglin-Bodrug, R. Mann et coll. (2003). Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(2),99–115.

¹³ Ramaekers, J., G. Berghaus, M. van Laar et O. Drummer (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(2), 109-119.

¹⁴ Asbridge, M., J. Hayden et J. Cartwright (2012). Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *British Medical Journal*, 344,14–7.

¹⁵ Ramaekers et coll. (2003)

¹⁶ Fischer, B., S. Imtiaz, K. Rudzinski et J. Rehm (2015). Crude estimates of cannabis-attributable mortality and morbidity in Canada—implications for public health focused intervention priorities. *Journal of Public Health*. doi:10.1093/pubmed/fdv005.

-
- ¹⁷ Hartman, R. et M. Huestis (2013). Cannabis effects on driving skills. *Clinical Chemistry*, 59(3), 478–492.
- ¹⁸ Wang, G., G. Roosevelt et K. Heard (2013). Pediatric marijuana exposures in medical marijuana state. *JAMA Pediatrics*, 167, 630-633.
- ¹⁹ Wang, G., M. Le Lait, S. Deakyne, A. Bronstein, L. Bajal et G. Roosevelt (2016). Unintentional pediatric exposures to marijuana in Colorado, 2009-2015. *JAMA Pediatrics*, doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0971
- ²⁰ Wang, G., M. Le Lait, S. Deakyne, A. Bronstein, L. Bajal et G. Roosevelt (2016).
- ²¹ Cherpitel, C., Y. Ye, K. Watters, J. Brubacher et R. Strenstrom (2012). Risk of injury from alcohol and drug use in the emergency department: a case-crossover study. *Drug and Alcohol Review*, 31(4), 431–438.
- ²² Lascala, E., B. Friesthler et P. Gruenwald (2005). Population ecologies of drug use, drinking and related problems. Dans Stockwell, T., P. Gruenwald, J. Toumbourou et coll., éditeurs. *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice*. Chichester : John Wiley & Sons.
- ²³ Hawkins, J., R. Catalano et J. Miller (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64–105.
- ²⁴ Stone, A., L. Becker, A. Huber et R. Catalano (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviours*, 37, 747–775.
- ²⁵ Hall, W. et M. Lynskey (2016). Evaluating the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the United States. *Addiction*, 111, 1764-1773.
- ²⁶ Collaboration atlantique pour la prévention des blessures. (2011). *The social determinants of injury*.
- ²⁷ Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2014). *Cannabis policy framework*.
- ²⁸ Gouvernement du Canada. (2016). *Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada. Le rapport final du groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis*. Extrait en ligne de <http://www.healthycanadians.gc.ca/task-force-marijuana-groupe-etude/framework-cadre/alt/framework-cadre-fra.pdf>
- ²⁹ Pike, I., S. Richmond, L. Rothman et A. Macpherson. (2015). *Canadian injury prevention resource: an evidence-informed guide to injury prevention in Canada*. Toronto, Ont. : Parachute.