



Centre canadien sur
**les dépendances et
l'usage de substances**

Données. Engagement. Résultats.

ccdus.ca • ccsa.ca

Paramètres pour établir une unité standard de THC au Canada

Juin 2026



Paramètres pour établir une unité standard de THC au Canada

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Freeman, T., R. Gabrys, R. Lees Thorne, E. Wadsworth, S. Margoless, C. Onyegbule, C. Simms, D. Hammond, E. Veitch, F. Hébert, H. Ramji, J. Donnan, K. Vallance, M. St-Onge, M. Fry, S. Rueda, I. Goodwin, D. Oliver, A. Englund, V. Lorenzetti et S. Wood. *Paramètres pour établir une unité standard de THC au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2026.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2026.

CCDUS, 75, rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
613-235-4048
info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:
Parameters for a standard THC unit in Canada

ISBN 978-1-77871-259-3



Table des matières

Reconnaissance	2
Synthèse générale.....	3
Contexte	4
Situation au Canada	6
Concordance avec les objectifs de la <i>Loi sur le cannabis</i>	7
Prise en compte de la diversité des personnes consommant du cannabis.....	9
Alignement sur les recommandations existantes sur la sensibilisation du public et la réduction des risques.....	11
Point de vue du savoir expérientiel : Shari Margolese	13
Point de vue du savoir expérientiel : Chidera Onyegbule	15
Nouvelles données expérimentales.....	19
Défis et limites.....	19
Bibliographie.....	23



Reconnaissance

Nous soulignons respectueusement que les terres sur lesquelles se trouvent les bureaux du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances font partie du territoire traditionnel non cédé du peuple anichinabé algonquin. La nation algonquine anichinabée habite ce territoire et en prend soin depuis des temps immémoriaux. Nous sommes reconnaissants de pouvoir être présents sur ce territoire.

Nous reconnaissons que les peuples autochtones sont les gardiens du savoir traditionnel et que notre société bénéficie du partage avec les peuples autochtones.

Nous souhaitons établir des partenariats respectueux avec tous les peuples autochtones pour faire mieux et paver la voie à une guérison collective et à une réconciliation véritable.

Tom Freeman, professeur à l'Université de Bath, a présidé le groupe de travail sur l'établissement de paramètres pour une unité standard de THC, un sous-groupe du Groupe de travail du CCDUS sur l'unité standard de THC. Il indique avoir bénéficié d'un financement de la fondation UK Research and Innovation, qui lui a octroyé une bourse Future Leaders Fellowships (MR/Y017560/1).

Nous tenons à remercier Hanan Abramovici et Samantha Goodman pour leur contribution à la rédaction du présent rapport. Nous tenons également à remercier le Groupe de travail du CCDUS sur l'unité standard de THC pour sa contribution. Ses membres ont mis leurs connaissances au service de l'adoption d'une unité standard de THC au Canada et de la rédaction du présent rapport.



Synthèse générale

Le présent rapport expose les arguments en faveur de l'adoption d'une unité standard de THC au Canada, basée sur le principal composant psychoactif du cannabis, le delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ -9-THC). Pour définir cette unité, nous avons pris en compte les paramètres suivants : le contexte canadien en matière d'usage de substances; la conformité aux objectifs de la *Loi sur le cannabis*; les points de vue d'un éventail de personnes qui consomment du cannabis au Canada, y compris de celles ayant un savoir expérientiel; et l'alignement sur les recommandations en matière d'éducation du public et de réduction des risques, aux données expérimentales et aux données écologiques.

Ainsi, nous définissons une unité standard de THC pour le Canada comme **une quantité fixe du principal composant psychoactif du cannabis – le THC –, mesurée en milligrammes et applicable à tous les produits de cannabis et à tous les modes d'administration**. Compte tenu de ces paramètres, l'unité standard de THC au Canada est établie à 2,5 mg de THC pour tous les produits et modes d'administration.



Contexte

Si le cannabis est consommé depuis des millénaires, les types de produits de cannabis utilisés et leur teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ -9-THC) ont quant à eux beaucoup évolué ces dernières décennies. Outre les fleurs de cannabis entières non transformées, on trouve désormais sur le marché une vaste gamme de produits transformés, notamment des préroulés à base de fleurs séchées, des préroulés infusés, des extraits concentrés, des liquides à vapoter, des produits comestibles et des boissons (Hammond et coll., 2022). Cet élargissement de la gamme de produits s'accompagne d'une diversification des modes de consommation, parmi lesquels l'inhalation (joints ou vapotage) et l'ingestion (produits comestibles et boissons). En raison de la diversité croissante des produits de cannabis et de leurs modes d'administration, associée à l'augmentation de la teneur en THC au fil du temps (Freeman et coll., 2020), il est de plus en plus difficile pour les consommateurs de savoir quelle quantité de cannabis ils consomment et quels effets cette exposition peut avoir sur leur santé.

Pour résoudre ces difficultés, il est possible de s'inspirer de la réglementation relative à l'alcool. Au Canada et dans de nombreux autres pays, la notion de « verre standard » ou d'« unité standard d'alcool » occupe une place centrale dans les recommandations concernant l'alcool et ses risques pour la santé. Au Canada, un « verre standard » correspond à 13,45 grammes d'alcool pur, quel que soit le produit alcoolisé (Paradis et coll., 2023).

La définition d'un verre ou d'une unité standard peut contribuer à la santé publique de plusieurs façons. Une telle notion constitue un moyen universel et normalisé d'informer les consommateurs de la teneur en alcool d'un produit. Elle peut servir de référence dans les messages de santé, tels que « Buvez moins d'alcool pour abaisser votre niveau de risque – votre corps et votre esprit vous en remercieront! » (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2025), et permet de donner des indications sur les niveaux de risque associés aux différents niveaux de consommation. Par exemple, d'après les repères canadiens, une consommation restreinte à deux verres standards par semaine peut être considérée comme à faible risque et peut aider les consommateurs à éviter les méfaits liés à l'alcool, tant pour eux-mêmes que pour les autres (Paradis et coll., 2023).

Dans certains pays, comme le Royaume-Uni et l'Australie, la mention des verres ou unités standards est obligatoire sur les étiquettes des produits alcoolisés. D'après des études expérimentales, les étiquettes indiquant le nombre de verres ou d'unités standards, accompagnées de recommandations visant à réduire les risques, peuvent améliorer la connaissance de ces recommandations (Gold et coll., 2021). Le verre ou l'unité standard peut également servir de référence pour les outils qui aident à suivre et réduire sa consommation, tels que les calculateurs et les applications (Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, 2026; Oldham et coll., 2024).



Outre ces mesures « douces » axées sur la sensibilisation des consommateurs (comme l'éducation et l'étiquetage), la notion de verre ou d'unité standard peut servir de base à des mesures « dures » telles que la fixation d'un prix minimum par unité. En Écosse, cette manière de procéder a permis de réduire de 13,4 % le nombre de décès attribuables à la consommation d'alcool (Wyper et coll., 2023). Dans l'ensemble, les solutions réglementaires fondées sur des verres ou unités standards peuvent servir d'exemple pour l'élaboration d'une unité analogue applicable au cannabis.

Au vu de l'utilité du verre ou de l'unité standard dans le cas de l'alcool et d'autres substances, le groupe de travail pour la recherche sur les politiques sur le cannabis du National Institute on Drug Abuse (NIDA) des États-Unis a fait de l'élaboration d'une mesure normalisée pour le cannabis sa priorité (NIDA, 2018). Freeman et Lorenzetti ont proposé par la suite la notion d'unité standard de THC (Freeman et Lorenzetti, 2019). À l'instar du verre standard, cette unité correspondrait à la quantité de THC (le principal composant psychoactif du cannabis) contenue dans le produit et exprimée en milligrammes (mg) et s'appliquerait à tous les types de produits et à tous les modes d'administration.

Freeman et Lorenzetti ont mis en évidence plusieurs paramètres destinés à orienter l'élaboration de cette unité. Les données expérimentales semblaient indiquer que des doses de THC comprises entre 2 mg et 8 mg pourraient produire des effets psychoactifs sans entraîner de réactions indésirables graves chez les consommateurs occasionnels. Cependant, selon les données écologiques, les niveaux de consommation habituels seraient souvent supérieurs à cet intervalle. Du point de vue de la santé publique, la mise en place d'une unité inférieure aux niveaux de consommation habituels selon les données écologiques pourrait contribuer à réduire la consommation. La validité de cette approche a été corroborée par des données expérimentales issues de la recherche sur l'alcool (Kersbergen et coll., 2018). Freeman et Lorenzetti s'appuient également sur les contraintes réglementaires concernant la teneur maximale en THC des produits comestibles, souvent fixée à 5 mg ou 10 mg par portion au Canada et dans certains États des États-Unis.

À partir de ces paramètres, ils ont proposé une unité standard de THC de 5 mg pour tous les produits de cannabis et tous les modes d'administration (Freeman et Lorenzetti, 2019). Le NIDA a alors lancé un appel à contributions aux chercheurs, aux parties prenantes et au grand public. Bien que plusieurs options aient été envisagées, c'est l'unité de 5 mg qui a recueilli le plus large soutien. Cette unité standard de THC fait désormais l'objet d'une obligation de déclaration dans les études sur l'être humain financées par les National Institutes of Health (NIH) des États-Unis (NIDA, 2021).

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a pris des mesures en faveur de l'élaboration d'une unité standard de THC au Canada. En 2022, le CCDUS a organisé une réunion virtuelle avec des chercheurs et des partenaires afin d'étudier ce concept et ses applications possibles (CCDUS, 2023). Cette discussion a été suivie d'une réunion en présentiel au cours de laquelle ont été passés en revue les aspects



à prendre en compte pour la mise en œuvre du concept dans les domaines de la recherche, de la surveillance et de la sensibilisation du public (Wood et Gabrys, 2024).

Attentif aux recommandations formulées conjointement lors de cette réunion, le CCDUS a mis en place un Groupe de travail sur l'unité standard de THC chargé de mettre ses connaissances au service de la mise en œuvre d'une unité standard de THC au Canada. Le groupe de travail est composé de représentants issus des milieux de la recherche, des gouvernements, des soins cliniques, de la santé publique et d'organisations de santé liées à l'usage de substances, ainsi que de personnes ayant un savoir expérientiel du cannabis. Un sous-groupe s'est concentré sur l'établissement des paramètres d'une unité standard de THC dans le contexte canadien. Après examen des données probantes principales, le sous-groupe est parvenu à un consensus sur une définition applicable au Canada. Le présent rapport rend compte de ces travaux et intègre des contributions issues de divers points de vue, notamment de personnes ayant un savoir expérientiel du cannabis, ainsi que de populations en quête d'équité.

Situation au Canada

Après l'examen législatif de 2024 de la *Loi sur le cannabis*, il a été recommandé que Santé Canada définisse une « dose standard » ou « dose unitaire » pour le cannabis, que ces travaux soient considérés comme prioritaires et qu'ils s'accompagnent de modifications réglementaires visant à rendre la mention de cette dose obligatoire sur les étiquettes des produits de cannabis (Rosenberg et coll., 2024).

À l'examen de cette recommandation s'appliquent les mêmes paramètres que ceux décrits dans la section précédente, auxquels s'ajoutent des considérations propres au contexte canadien (Wood et coll., 2024). Il convient de noter que la terminologie utilisée dans l'examen législatif de 2024 (« dose standard » ou « dose unitaire ») peut différer de celle employée dans le présent rapport. Ici, l'unité standard de THC est considérée comme une unité de mesure plutôt que comme une dose.

Comme indiqué précédemment, la légalisation du cannabis au Canada a ouvert l'accès à une vaste gamme de produits dont les modes de consommation et la teneur en cannabinoïdes varient considérablement. L'un des avantages de ce marché réglementé réside dans l'obligation de donner des informations exactes concernant les produits sur les emballages et les étiquettes (Santé Canada, 2025). Les consommateurs disposent ainsi d'informations fiables sur la composition des produits et peuvent prendre des décisions éclairées en matière de choix et de consommation. Cette obligation permet aussi de renforcer l'éducation du public, ainsi que d'élaborer et d'affiner des recommandations visant à réduire les risques associés à l'usage de cannabis et prenant en compte à la fois la teneur des produits en substances actives et leur puissance d'action.

Cependant, les connaissances des consommateurs sur le cannabis restent limitées. De nombreuses personnes déclarent avoir de la difficulté à interpréter les étiquettes des produits et à comprendre la notion de teneur en THC (Hammond et Goodman, 2022; Renard



et coll., 2025). Ces difficultés sont aggravées par le manque d'uniformité de la présentation des informations d'un type de produits et d'un point de vente à l'autre. Par exemple, des fleurs de cannabis séchées peuvent être étiquetées en pourcentage de THC, alors que des produits comestibles le seront en milligrammes de THC.

La mise au point et l'adoption d'une unité standard de THC sur les étiquettes des produits de cannabis pourraient aider à lever ces obstacles. Elles pourraient clarifier la communication, favoriser un usage éclairé et moins risqué, et améliorer la recherche sur l'usage de cannabis et ses effets sur la santé (Freeman et Lorenzetti, 2019, 2021; Wood et Gabrys, 2024; Wood et coll., 2024).

Si l'idée d'adopter une unité standard de THC suscite de plus en plus l'enthousiasme au Canada (Rosenberg et coll., 2024), l'établissement de sa valeur implique la prise en compte de paramètres propres au contexte canadien, outre ceux décrits précédemment. Cette section met de l'avant trois paramètres de santé publique : l'alignement sur les objectifs de la *Loi sur le cannabis*, la prise en compte de la diversité des personnes consommant du cannabis au Canada, et la cohérence entre les diverses campagnes de sensibilisation du public existantes et les recommandations à faible risque.

Il importe par ailleurs d'avoir conscience de la complexité et de l'évolution constante du rôle des Premières Nations, des Métis et des Inuits en matière de cannabis. Cette conscience implique la reconnaissance de la souveraineté des peuples autochtones et de leur droit inhérent à l'autodétermination. De nombreuses nations autochtones ont mis en place leurs propres règles, systèmes réglementaires et marchés de détail en matière de cannabis, qui fonctionnent souvent en dehors du cadre fédéral défini par la *Loi sur le cannabis*. Le présent rapport porte sur le marché du cannabis réglementé au niveau fédéral et sur les facteurs susceptibles d'influencer les paramètres d'une unité standard de THC au Canada. Pour étendre le champ d'application d'une unité standard de THC au-delà de ce marché, il convient d'engager un dialogue constructif et de collaborer avec les différents dirigeants autochtones, en veillant à respecter les priorités, les structures de gouvernance et les intérêts économiques des communautés.

Cette considération revêt une importance particulière compte tenu des différences entre juridictions dans le contrôle de la production, l'étiquetage, la distribution et la vente, lesquelles peuvent influencer sur l'adoption et la mise en œuvre d'une unité standard de THC. Si les paramètres mentionnés dans le présent rapport peuvent s'appliquer à d'autres pays dotés d'un cadre juridique, ils soulignent aussi la nécessité de soutenir la recherche menée par les peuples autochtones, d'élaborer conjointement des stratégies de sensibilisation du public et de faire en sorte que la mise en œuvre serve les objectifs d'autodétermination, d'équité en santé et de réconciliation.

Concordance avec les objectifs de la *Loi sur le cannabis*

La *Loi sur le cannabis* a pour objet :

- a) de protéger la santé des jeunes en restreignant leur accès au cannabis;



- b) de préserver les jeunes et toute autre personne des incitations à l'usage du cannabis;
- c) de permettre la production licite de cannabis afin de limiter l'exercice d'activités illicites qui sont liées au cannabis;
- d) de prévenir les activités illicites liées au cannabis à l'aide de sanctions et de mesures d'application appropriées;
- e) de réduire le fardeau sur le système de justice pénale relativement au cannabis;
- f) de donner accès à un approvisionnement de cannabis dont la qualité fait l'objet d'un contrôle;
- g) de mieux sensibiliser le public aux risques que présente l'usage du cannabis pour la santé.

Le Canada a abordé la légalisation du cannabis principalement sous l'angle de la santé publique (Santé Canada, 2018). La stratégie adoptée vise à réduire les risques autant que possible tout en favorisant la santé à tous les stades de la consommation grâce à un ensemble d'interventions, de politiques et de programmes (Association canadienne de santé publique, 2017; Santé Canada, 2016). En conséquence, la valeur d'une unité standard de THC doit correspondre aux objectifs de santé publique de la *Loi sur le cannabis*.

De plus en plus d'éléments indiquent que les effets néfastes de l'usage de cannabis (p. ex. un risque accru de trouble lié à l'usage de cannabis et de troubles psychotiques) sont liés à la puissance du produit (et donc à sa teneur en THC), à la fréquence de consommation et à la consommation totale de THC (Petrilli et coll., 2022; Robinson et coll., 2022; Lees et coll., 2025). Parallèlement, les consommateurs canadiens ont de plus en plus accès à des produits puissants contenant de fortes doses de THC (Giguère et coll., 2025; Tassone et coll., 2023). Les mesures de prévention et de réduction des méfaits liés à l'usage de cannabis constituent donc un axe central de la santé publique au Canada.

L'amélioration des informations sur les produits est un point de départ essentiel pour la réduction des risques liés à l'usage de cannabis. Si l'obligation imposée par le Canada de donner des informations précises sur les emballages et les étiquettes constitue un avantage, les pratiques actuelles en matière d'étiquetage sont complexes et incohérentes. Cette complexité compromet l'efficacité de la sensibilisation publique.

En conséquence, les recommandations destinées à divers publics, notamment aux consommateurs de cannabis, restent souvent vagues. On recommande, par exemple, une consommation moins fréquente ou le choix de produits moins puissants, sans préciser ce qu'on entend concrètement par « plus » ou « moins puissants » ni à quelles quantités de THC on se réfère (Freeman et coll., 2025). Les données concernant les risques pour la santé liés à des niveaux précis de consommation de THC demeurent également limitées. Ce manque de données empêche l'élaboration de recommandations d'usage à moindre risque plus



précises qui pourraient aider les personnes à suivre leur consommation et à réduire les méfaits potentiels.

Comme indiqué précédemment, une unité standard de THC pourrait aider à surmonter ces difficultés. Elle constituerait une référence pour la consommation de THC, tous produits et modes de consommation confondus, à l'instar du « verre standard » des campagnes de sensibilisation aux dangers de l'alcool. L'utilisation d'une telle unité pourrait aider les consommateurs à mesurer et à surveiller de manière plus fiable leur usage de THC et pourrait favoriser des comportements associés à un risque moindre (une consommation réduite d'unités de THC).

Une unité standard de THC pourrait également renforcer la sensibilisation du public en ancrant les messages dans une mesure normalisée et quantifiable. Cette stratégie permettrait d'élaborer des recommandations plus claires, fondées sur des données probantes et visant à réduire les risques, à l'image des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* (Paradis et coll., 2023). L'utilisation d'une unité standard de THC dans l'étiquetage des produits et les messages s'inscrirait dans la droite ligne d'un objectif essentiel de la *Loi sur le cannabis*, à savoir « mieux sensibiliser le public aux risques que présente l'usage du cannabis pour la santé » (Santé Canada, 2018).

Prise en compte de la diversité des personnes consommant du cannabis

Au Canada, la population consommant du cannabis est diversifiée. L'expérience, la fréquence d'usage, les quantités consommées, les raisons de la consommation et les préférences en matière de produits varient. Ces différences peuvent influencer sur l'expérience avec le cannabis, notamment en ce qui concerne ses bienfaits et méfaits potentiels. Les décisions relatives à la mise en place d'une unité standard de THC au Canada, notamment la quantité de THC correspondante, doivent tenir compte de cette diversité. Si une unité standard de THC peut profiter à l'ensemble des groupes de consommateurs (p. ex. en créant un vocabulaire commun à tous les produits et modes d'administration), sa mise en œuvre pourrait cependant favoriser certains groupes.

Au Canada, une grande partie des consommateurs de cannabis (44 %) déclarent en consommer rarement (une fois par mois ou moins) (Santé Canada, 2024). Ces consommateurs peu expérimentés sont susceptibles de mal connaître les effets du cannabis, notamment les effets des produits contenant du THC, et peuvent avoir besoin de conseils supplémentaires pour les choisir et les utiliser. Ils pourraient ainsi bénéficier d'informations claires, simples et uniformes sur les caractéristiques des produits, fondées notamment sur une unité standard de THC et figurant sur les étiquettes.

Les consommateurs occasionnels ont par ailleurs tendance à présenter une tolérance plus faible au THC et peuvent être plus sensibles aux effets intoxicants et à l'affaiblissement des facultés qu'il provoque, même à des doses relativement faibles (à une seule unité standard de THC, par exemple). Compte tenu de leur manque d'expérience et de leur faible tolérance,



ces personnes sont plus exposées au risque de surconsommation et d'effets indésirables aigus que les consommateurs plus expérimentés. Dès lors, le choix d'une valeur faible pour l'unité standard de THC (proche de la limite inférieure de l'intervalle de 2 mg à 8 mg de THC mentionné précédemment) pourrait réduire le risque de méfaits aigus, en particulier si l'unité de THC est interprétée à tort comme une dose initiale recommandée.

Le risque de méfaits à long terme liés à l'usage de cannabis augmente avec la fréquence de consommation, la quantité et la puissance des produits, ainsi qu'avec l'exposition globale au THC au fil du temps (Petrilli et coll., 2022; Robinson et coll., 2022; Lees Thorne et coll., 2026). De ce fait, les décisions relatives à l'utilisation d'une unité standard de THC (p. ex. dans le domaine de la recherche et en milieu clinique, sur les étiquettes des produits et dans la sensibilisation du public) doivent aussi tenir compte des personnes qui consomment du cannabis en grandes quantités. Une unité de THC fixée à un faible niveau peut manquer d'intérêt immédiat aux yeux des personnes qui consomment fréquemment du cannabis ou choisissent des produits très puissants, notamment lorsqu'il s'agit de sélectionner et de consommer ces produits. Ces consommateurs connaissent souvent mieux la notion de teneur en THC et peuvent s'appuyer sur leur expérience pour en gérer les effets. Ainsi, les recommandations préconisant une dose initiale faible (p. ex. 2,5 mg de THC) peuvent manquer d'intérêt pratique pour les personnes qui consomment des quantités bien plus élevées (p. ex. plus de 100 mg de THC par jour), lesquelles se fieraient plutôt à d'autres caractéristiques du produit pour orienter leur usage.

Toutefois, cette limite n'enlève rien à l'intérêt général d'une unité standard de THC. Même pour les consommateurs réguliers, une unité standard peut servir de référence permettant d'évaluer les risques liés aux différents produits et aux différents niveaux d'exposition au THC. D'après des données probantes récentes, les consommateurs de cannabis sont favorables à la mention d'une unité standard du THC sur les étiquettes des produits, à côté d'informations telles que le pourcentage de THC et la teneur totale en THC (Dawson et coll., 2026). La mise en place d'une unité commune, même si elle est relativement faible pour certains consommateurs, peut contribuer à l'harmonisation de la communication et au renforcement des messages de santé publique en créant un vocabulaire commun. Il importe que cette unité soit présentée comme un moyen de mesurer l'exposition au THC, plutôt que comme une dose recommandée (Lorenzetti et coll., 2025).

Au-delà des habitudes de consommation, certaines populations peuvent être plus sensibles aux effets du THC que d'autres. Par exemple, les personnes âgées peuvent présenter une vulnérabilité particulière en raison de modifications du métabolisme des médicaments liées à l'âge, de problèmes de santé, de la prise de médicaments et d'interactions potentielles avec d'autres produits de santé (Santé Canada, 2022). Les personnes âgées constituent d'ailleurs un groupe de consommateurs de cannabis en pleine expansion au Canada (Wadsworth et coll., 2025). Les adolescents sont également vulnérables aux effets du THC, ce qui se traduit notamment par un risque accru d'apparition d'un trouble lié à l'usage de



cannabis. La diminution du nombre d'unités standards de THC consommées pourrait réduire les risques pour la santé (Lees Thorne et coll., 2026).

De nombreux éléments peuvent influencer sur la sensibilité au THC, notamment le sexe, les antécédents personnels et familiaux en matière d'usage de substances et de troubles mentaux, les affections concomitantes, ainsi que la prise de médicaments sur ordonnance et d'autres substances. Par ailleurs, le manque de données sur la manière dont le THC est métabolisé et son action sur l'organisme selon les produits et les populations complique la fixation d'une unité standard, universelle et efficace pour réduire les méfaits.

Néanmoins, une unité standard de THC étant conçue comme une unité de mesure plutôt que comme une quantité recommandée (Lorenzetti et coll., 2025), ces données ne sont peut-être pas indispensables à la réalisation de leur objectif premier. De fait, l'adoption d'une unité standard de THC pourrait favoriser la recherche visant à combler ces lacunes. Dans ce contexte, il pourrait être préférable d'opter pour une teneur en THC plus faible afin de réduire le risque de méfaits aigus, en particulier chez les groupes susceptibles de présenter une vulnérabilité particulière, notamment les consommateurs inexpérimentés, les adolescents, les personnes âgées, les personnes enceintes et les personnes souffrant de troubles mentaux.

Alignement sur les recommandations existantes sur la sensibilisation du public et la réduction des risques

Depuis la légalisation du cannabis au Canada, des organisations gouvernementales et non gouvernementales ont élaboré des ressources de sensibilisation du public visant à informer la population des bienfaits et méfaits potentiels liés à l'usage de cannabis. Elles ont aussi émis des recommandations visant à favoriser une consommation à moindre risque. Ces initiatives s'inscrivent dans le cadre d'un objectif central de la *Loi sur le cannabis* : mieux sensibiliser le public aux risques que présente l'usage du cannabis pour la santé. Dans de nombreux cas, elles ont été coordonnées pour assurer la cohérence des messages. Ces derniers abordent des sujets très variés et mettent souvent l'accent sur l'usage de produits peu puissants, de faibles doses de THC et une consommation peu fréquente, ce que résume couramment la formule « commencez par de petites quantités, allez-y lentement ». Certains documents font référence à des seuils fondés sur les données disponibles concernant l'usage de cannabis à des fins médicales ou non.

Le choix d'une unité standard de THC doit être conforme aux informations et recommandations disponibles au Canada. Il convient de noter que le seuil de 2,5 mg de THC figure déjà dans les recommandations de Santé Canada relatives aux produits comestibles, qui stipulent : « Commencez par de petites quantités, allez-y lentement [...] Recherchez les produits qui contiennent 2,5 mg de THC ou moins » (Santé Canada, 2019; Santé Canada, 2026). Santé Canada recommande en outre aux adultes âgés de 55 ans et plus d'opter pour des produits tels que des gélules, des pastilles et des produits comestibles contenant 2,5 mg de THC ou moins par unité (Santé Canada, 2022). Une dose standard de



2,5 mg de THC s'inscrit dans l'intervalle (entre 2 mg et 8 mg de THC) mentionné précédemment, dans lequel les effets intoxicants n'entraînent pas de réactions indésirables graves chez les consommateurs occasionnels (Freeman et Lorenzetti, 2019).

Les raisons qui poussent une personne à consommer du cannabis sont variées, qu'il s'agisse d'un usage médical ou non. La distinction entre ces usages tend à s'estomper, car de nombreuses personnes consomment du cannabis à ces deux fins (Santé Canada, 2024; Turna et coll., 2020). Certaines personnes consomment du cannabis à des fins médicales sans autorisation médicale (Santé Canada, 2024) et sont susceptibles de se procurer des produits dans des points de vente de substances récréatives, auprès de vendeurs non réglementés, ou auprès de leur famille et de leurs amis (Balneaves et coll., 2024).

L'usage de cannabis à des fins médicales et non médicales étant légal et fréquent au Canada, il convient de déterminer les conséquences que pourrait avoir sur le secteur du cannabis médical la mise en place d'une unité standard de THC sur le marché des substances récréatives légales. Il s'agit notamment de s'intéresser à l'influence qu'elle pourrait avoir sur les interactions entre consommateurs et professionnels de la santé, ainsi qu'à son rôle dans l'application de recommandations cohérentes pour les différents motifs de consommation.

À ce jour, les *Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque* (Fischer et coll., 2022; Fischer et coll., 2017) ne prévoient pas de seuils de risque pour le THC ni de recommandations basées sur des quantités comparables à celles des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* (Paradis et coll., 2023). Pourtant, les résultats des études de validation de principe indiquent qu'une unité standard de THC peut aider à distinguer les niveaux de risque (p. ex. en cas de trouble lié à l'usage de cannabis) et contribuer à la fixation de seuils hebdomadaires à moindre risque (Lees Thorne et coll., 2026).

La mise en œuvre d'une unité standard de THC doit donc tenir compte de l'intérêt qu'elle peut avoir en matière d'enrichissement et de modification des *Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque* (Fischer et coll., 2022; Fischer et coll., 2017). Ainsi, la mise en place d'une unité standard de 2,5 mg de THC pourrait renforcer les messages visant à réduire les risques (p. ex. en évitant les produits à forte teneur en THC) tout en offrant un repère quantitatif cohérent pour étayer ces recommandations, qui ont déjà été diffusées à l'échelle nationale (Agence de la santé publique du Canada, 2019).



Point de vue du savoir expérientiel : Shari Margolese

Représentante communautaire, Groupe des paramètres de l'unité standard de THC, CCDUS

J'ai commencé à consommer du cannabis à des fins médicales peu après avoir reçu mon diagnostic de séropositivité au VIH, en 1993. À l'époque, il n'y avait pas de traitement efficace contre le virus, et nous étions nombreux à souffrir de douleurs intenses, d'un syndrome cachectique et d'anxiété. Comme d'autres, je cherchais n'importe quoi qui pourrait apaiser un peu mes souffrances. C'est là que j'ai trouvé le cannabis. Il m'a aidée à gérer les symptômes à une époque où le champ des possibles était réduit.

Mais il était difficile de s'en procurer. Ce n'était ni légal ni réglementé, et il n'y avait aucune information fiable sur la puissance ou le dosage. Et même si l'on pouvait obtenir une exemption au titre de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la procédure était complexe. Dans la pratique, il pouvait être très difficile de trouver un médecin disposé à favoriser ou à autoriser l'accès à ce traitement, et de nombreuses personnes se retrouvaient sans approvisionnement sûr et régulier. Même quand on pouvait se procurer du cannabis, il n'y avait pas de consensus sur sa puissance ou son dosage. Nous avons surtout appris par tâtonnements, mais aussi les uns des autres. Avec le recul, je mesure à quel point nous naviguions en eaux troubles, non seulement en ce qui concerne la sécurité, mais aussi des questions aussi élémentaires que les quantités consommées.

Quand j'ai entendu parler de l'idée d'une unité standard de THC, je me suis dit : « Enfin quelque chose qui pourrait aider les consommateurs de cannabis. » Je continue à consommer du cannabis à des fins médicales et je constate encore à quel point le marché est déroutant. Il m'est arrivé d'essayer de comparer un produit à un autre, p. ex. une huile et un produit comestible, pour me rendre compte qu'il n'y avait pas de moyen évident de le faire. Même avec l'expérience, il m'arrive parfois de devoir marquer un temps d'arrêt pour réfléchir : à quoi cela correspond-il réellement, quels effets ce produit aura-t-il sur moi? Cette incertitude ne devrait pas être la norme.

Une unité standard (2,5 mg de THC) permet d'établir un vocabulaire commun. Elle permet de comprendre et de suivre sa consommation de manière concrète. Elle contribue également à la réduction des méfaits en aidant les personnes à prendre des décisions éclairées, notamment lorsqu'elles essaient un produit ou qu'elles accèdent pour la première fois au marché légal. Tout le monde devrait pouvoir lire une étiquette et se faire une idée assez précise de ce qu'elle consomme et de ce à quoi elle peut s'attendre.

Pour moi, il ne s'agit pas de fixer des limites ni de dire aux gens quelle quantité consommer. C'est plutôt une question de clarté. Au même titre que le verre standard pour l'alcool, une



unité standard de THC est un outil et non une règle. Personne n'a la même tolérance, ni les mêmes raisons de consommer, ni les mêmes réactions. L'essentiel, c'est que l'information soit claire, accessible et pertinente. J'accorde une grande importance à la clarté de l'information. Je ne devrais pas avoir à faire du calcul mental ou à acquérir des connaissances spécialisées pour comprendre ce que contient un produit. Si les emballages de produits indiquaient clairement le nombre d'unités standards de THC qu'ils contiennent, ils donneraient des informations immédiatement plus utiles. Je pourrais comparer les produits avec plus d'assurance et prendre des décisions qui correspondent à mes besoins.

La stigmatisation reste un élément important dans cette conversation. Aujourd'hui encore, les personnes qui consomment du cannabis, notamment à des fins médicales, peuvent subir le jugement des autres. J'ai constaté à quel point la peur du jugement peut dissuader les consommateurs de poser des questions, de demander conseil ou de parler ouvertement de leur usage. L'intégration du savoir expérientiel à ces travaux aide à faire en sorte que les politiques et les outils soient adaptés aux réalités des personnes qu'ils sont censés aider.

De mon point de vue, une unité standard de THC pourrait également réduire le fossé entre les systèmes médicaux et non médicaux. Elle aiderait les patients et les professionnels de la santé à avoir des discussions constructives concernant l'usage, la posologie et les effets des produits. Elle pourrait aussi renforcer la recherche par la mise en place d'une méthode plus uniforme pour mesurer et comparer l'usage de cannabis entre différentes études et populations.

L'équité et l'accessibilité sont essentielles. Les informations doivent être compréhensibles, culturellement pertinentes et accessibles à diverses communautés, notamment aux personnes ayant différents niveaux de connaissances en matière de santé, aux personnes issues de milieux culturels diversifiés et aux personnes qui pourraient déjà avoir de la difficulté à accéder aux soins ou aux informations. Les communautés doivent être invitées à participer à la réflexion sur la manière d'élaborer et de diffuser ces informations.

L'unité standard de THC n'est pas qu'une mesure technique. Pour moi, c'est un pas vers plus de transparence, de compréhension et de respect. Elle reflète une évolution vers la mise à disposition des outils dont les gens ont besoin pour prendre des décisions éclairées, le savoir expérientiel étant un élément essentiel de ce processus.



Point de vue du savoir expérientiel : Chidera Onyegbule

Représentante communautaire, Groupe des paramètres de l'unité standard de THC, CCDUS

Points de vue sur l'unité standard de THC : jeunes

Lorsque les conversations sur le cannabis se bornent à son usage légal par les adultes, les jeunes sont souvent considérés comme extérieurs aux efforts de réduction des méfaits. Ils demeurent pourtant une population très pertinente en matière de méfaits liés au cannabis, non pas parce qu'ils en consomment tous, mais parce que certains le font et que, lorsque c'est le cas, ils ont besoin d'informations claires, pratiques et axées sur l'autonomie.

Ma première expérience avec le cannabis a eu lieu à l'adolescence, dans un contexte social, comme pour beaucoup de jeunes. À l'époque, j'entendais souvent le conseil « commencez par de petites quantités, allez-y lentement », mais je ne comprenais pas vraiment ce que cela signifiait en pratique. Ce qui était considéré comme de « petites quantités » dépendait entièrement de la personne avec qui j'étais, et c'était généralement une personne bien plus expérimentée que moi, dont la tolérance au cannabis était beaucoup plus élevée. Dans ces moments, je me fiais à mes pairs, et non à des informations que je pouvais évaluer de manière indépendante.

Plus tard, quand j'ai essayé le cannabis toute seule pour la première fois, j'ai choisi un produit comestible du marché gris. C'était un petit bonbon gélifié. Les informations figurant sur l'emballage étaient limitées et peu claires. Je me suis dit : « Je n'en prends qu'un seul ». Ce que je ne savais pas, et que je n'avais aucun moyen pratique de savoir à l'époque, c'est que j'avais consommé près de 30 unités standards de THC (1 unité = 2,5 mg) alors que j'avais très peu d'expérience avec le cannabis.

Cette aventure n'était pas le fruit d'une imprudence, mais d'un manque d'information au moment même où elle était de la plus haute importance. De nombreux jeunes veulent savoir ce qu'ils consomment et prendre des décisions éclairées lorsqu'ils choisissent de consommer du cannabis. Pour moi, le problème n'a jamais été un manque d'intérêt pour la sécurité, mais un manque de conseils utilisables au moment de consommer.

Les messages de réduction des méfaits tels que « commencez par de petites quantités, allez-y lentement » sont pleins de bonnes intentions, mais ne donnent pas de repères clairs. Les jeunes se retrouvent à consommer à l'aveuglette ou à s'en remettre à l'avis des autres. Aucune de ces options ne favorise l'autonomie. Les initiatives d'information sur le cannabis sur des sites Web, dans le cadre de campagnes de santé publique et sur les réseaux sociaux se multiplient, et ces ressources sont précieuses. Les jeunes peuvent cependant ignorer qu'il faut les chercher à l'avance, oublier d'y revenir pendant qu'ils consomment ou peiner à appliquer ces recommandations abstraites dans leurs décisions.

D'après mon expérience, l'emballage est souvent la principale source d'information au moment de consommer. Dans mon cas, l'élément qui a contribué le plus à la réduction des



méfais, c'est ma capacité à prendre une décision sur la base des informations dont je dispose. Pourtant, malgré ma formation en neurosciences et en pharmacologie et mes recherches sur le cannabis au baccalauréat, les pourcentages de THC et les valeurs en milligrammes indiqués sur les emballages me paraissent déroutants et difficiles à appliquer. Si ces informations sont obscures même pour une personne formée dans le domaine, il est déraisonnable de s'attendre à ce que des jeunes consommateurs les interprètent correctement.

L'unité standard de THC élimine une grande partie de ce jeu de devinettes. En fournissant une mesure uniforme et facile à comprendre pour tous les produits, elle donne aux consommateurs, jeunes et moins jeunes, les informations dont ils ont besoin au moment et à l'endroit où les décisions sont prises. Elle ne dicte pas de quantité à consommer. C'est un outil au service de la prise de décisions éclairées.

Les véritables mesures de réduction des méfaits s'adaptent aux personnes qu'elles visent, même lorsque le cadre juridique ne correspond pas tout à fait à la réalité vécue. Tenir compte du point de vue des jeunes dans la mise en œuvre de l'unité standard de THC, c'est admettre que la sécurité, la clarté et le choix éclairé ne devraient pas dépendre de l'expérience, de l'âge ou de l'accès à des connaissances spécialisées. C'est s'assurer que, lorsque les jeunes découvrent le cannabis, ils ne sont pas livrés à eux-mêmes et que les informations dont ils ont besoin sont directement intégrées à leur expérience.

Points de vue sur l'unité standard de THC : personnes racisées

En ce qui concerne les communautés racisées, le discours sur le cannabis est façonné non seulement par les questions de santé et de légalité, mais aussi par l'histoire. En Amérique du Nord, le cannabis est depuis longtemps inextricablement lié à la criminalisation et à la surveillance des communautés noires et racisées. Des décennies d'interventions policières disproportionnées, d'incarcérations et de stigmatisation liées à l'usage de cannabis ont laissé des blessures profondes et durables (Owusu-Bempah et Luscombe, 2021).

Cet héritage influence encore la façon dont la question du cannabis est abordée (ou évitée) dans les familles, les communautés et les institutions. À cet égard, les messages de santé publique et les recommandations médicales concernant le cannabis peuvent ne pas être perçus comme neutres ou dignes de confiance par tout le monde. Pour certaines personnes racisées, le scepticisme envers les institutions n'est pas une question de désintérêt, mais une réaction rationnelle à des injustices vécues et héritées.

L'accès autonome à des informations claires est d'autant plus important. L'autonomie en matière de réduction des méfaits est ici essentielle. Si d'aucuns déplorent l'absence de ressources de sensibilisation du public, d'autres les évitent sciemment, par méfiance ou par peur du jugement ou de la surveillance. L'établissement d'une unité standard de THC permet d'accéder à des informations fiables et objectives sans interagir avec des institutions ou des figures d'autorité. Elle favorise une consommation plus sûre tout en préservant la vie privée et l'autonomie.



Points de vue sur l'unité standard de THC : personnes neurodivergentes

Les consommateurs neurodivergents constituent une autre population importante et souvent négligée dans les discussions sur l'usage de cannabis et la réduction des méfaits. D'après mon expérience et celle de nombreuses autres personnes neurodivergentes de ma connaissance, le cannabis peut contribuer à soulager des états internes difficiles, notamment l'anxiété, la surcharge sensorielle, les troubles du sommeil et le malaise chronique.

Certaines personnes neurodivergentes ont accès au cannabis par l'intermédiaire du système de santé, alors que d'autres le consomment à des fins récréatives ou dans un cadre informel pour gérer les difficultés du quotidien pouvant considérablement réduire leur qualité de vie (Walsh et coll., 2017). Les recommandations canadiennes en matière de pratique clinique soulignent que, bien que les médicaments à base de cannabinoïdes puissent soulager des symptômes tels que les troubles du sommeil et l'anxiété, la posologie et la prise de décisions doivent être adaptées à la personne (Bell et coll., 2024).

Pourtant, on manque souvent de repères accessibles sur la manière de transformer ces mises en garde en décisions pratiques concernant l'usage de cannabis. Pour les consommateurs neurodivergents comme moi, l'accès à l'information est plus qu'une préférence. C'est un besoin d'accessibilité. Les différences dans le traitement de l'information, la mémoire de travail et la sensibilité sensorielle peuvent compliquer l'interprétation des multiples pourcentages et valeurs en milligrammes, souvent différents d'un produit à l'autre, qui figurent actuellement sur les emballages.

Lorsque les informations sont trop complexes ou incohérentes, elles peuvent aggraver l'anxiété au lieu de réduire les méfaits, en particulier chez les personnes qui présentent déjà une forte sensibilité à l'incertitude ou aux sensations corporelles. À mon sens, l'unité standard de THC répond à cette difficulté directement et d'une manière qui pourrait convenir à d'autres personnes neurodivergentes. En synthétisant des informations complexes et parfois alambiquées sur la puissance d'action en une mesure unique, normalisée et applicable à tous les produits, elle nous épargne un jeu de devinettes inutile.

Cette uniformité permet d'anticiper plus facilement les effets, de surveiller sa consommation au fil du temps et de corriger le tir de manière prévisible et maîtrisée. Pour moi, la prévisibilité est essentielle. Elle m'aide à me sentir en sécurité quand je consomme du cannabis. Savoir ce que représente une unité, qu'il s'agisse d'un produit comestible, d'une huile ou de fleurs séchées, c'est aller vers un usage plus réfléchi. Plutôt que d'avoir à composer avec une intensité inattendue ou une surcharge sensorielle, je peux prendre des décisions adaptées à mon fonctionnement cognitif, à ma tolérance et à mes besoins du moment.

En ce qui concerne l'accessibilité, l'unité standard de THC est une forme de mesure d'adaptation. Son adoption se fonde sur la reconnaissance du fait que les consommateurs ne traitent pas tous les informations de la même manière et que la réduction des méfaits



doit tenir compte de la diversité cognitive et sensorielle. Les informations claires et normalisées qu'elle fournit favorisent l'autonomie des personnes neurodivergentes et diminuent le recours aux interprétations externes, au tâtonnement ou à la médiation institutionnelle.

Points de vue intersectionnels sur l'unité standard de THC : racisation, neurodivergence et jeunesse

Les jeunes pouvant nourrir des craintes complexes liées à l'âge légal et à la discrimination raciale, ils hésitent davantage à poser des questions et à demander conseil. Ces craintes peuvent être encore plus intenses chez les jeunes neurodivergents qui souffrent d'une forte anxiété, d'hypersensibilité sensorielle ou de difficultés à traiter les informations ambiguës. Le dialogue avec les enseignants, les professionnels de la santé ou d'autres figures d'autorité peut sembler risqué. Même au sein des familles, des obstacles peuvent se dresser. De nombreux parents issus de communautés racisées ont vécu des périodes où la possession de cannabis entraînait de graves conséquences juridiques. Leur vision du cannabis est souvent façonnée par ces expériences de criminalisation. Dans ces contextes, les parents peuvent présenter l'abstinence comme le seul moyen de garantir la sécurité, laissant aux jeunes peu d'espaces de confiance où poser des questions et apprendre comment réduire les méfaits s'ils choisissent de consommer. Les consommateurs, en particulier ceux qui ont besoin de clarté, de prévisibilité et d'informations accessibles pour prendre des décisions en toute sécurité, peuvent alors avoir l'impression qu'il n'existe aucun endroit sûr où trouver des informations pratiques et objectives.

L'unité standard de THC apporte une réponse à ce problème. En fournissant des informations claires et normalisées directement sur l'emballage, elle permet aux gens de prendre indépendamment des décisions éclairées, sans avoir à divulguer leur usage, à justifier leur curiosité, à interpréter des données complexes ou non uniformes, ou à subir de stigmatisation. Grâce à cette unité, la réduction des méfaits n'est plus un objectif à atteindre, mais une réalité intégrée au produit.

En tant que membre de communautés racisées et neurodivergentes, j'estime que l'unité standard de THC est plus qu'une simple mesure technique. Il s'agit d'un outil ou d'une mesure d'adaptation qui tient compte du contexte historique, respecte l'autonomie, favorise des décisions éclairées et permet de s'affranchir de systèmes qui n'ont pas toujours été fiables ou accessibles. Ce faisant, elle ouvre la voie à un usage de cannabis plus sûr, qui respecte l'autonomie individuelle, la diversité cognitive et sensorielle, et les histoires collectives. C'est une étape importante pour les jeunes racisés et neurodivergents comme moi, et pour de nombreuses autres personnes méritant l'équité partout au Canada.



Nouvelles données expérimentales

Les travaux de Freeman et Lorenzetti (2019) ont permis d'établir qu'une dose de 2 mg à 8 mg de THC convient pour la définition d'une unité standard de THC, car les doses comprises dans cet intervalle peuvent avoir des effets psychoactifs, mais pas d'effets indésirables graves chez les consommateurs occasionnels. Des données quantitatives sur les effets subjectifs de l'usage de THC peuvent fournir des informations claires aux consommateurs occasionnels sur ce à quoi ils peuvent s'attendre à différents niveaux d'exposition.

Récemment, Goodwin et coll. (2026) ont mené une revue systématique, méta-analyse et méta-régression des données expérimentales concernant les effets subjectifs du THC. Leur étude propose un point de référence quantitatif en matière d'effets subjectifs à différentes doses de THC. Par exemple, après l'inhalation de 2,5 mg de THC, les analyses de méta-régression ont révélé une augmentation (exprimée en points de pourcentage) des évaluations maximales de la sensation d'euphorie (31,6), de l'anxiété (14,5), de la fatigue (25,4) et du calme (6,9), ainsi qu'une diminution de la vigilance (40,4) et du contentement (73,7).

Ces résultats fournissent des données quantitatives sur les effets subjectifs attendus de la dose standard de 2,5 mg de THC proposée au Canada (Wood et Gabrys, 2024). Ces données expérimentales pourraient compléter les recommandations visant à réduire les risques liés à l'usage de cannabis en favorisant une communication plus claire sur les effets attendus et en encourageant une consommation plus responsable ou moins risquée.

Défis et limites

La notion de verre standard, aussi appelé unité d'alcool, a été mise en place au Canada et à l'échelle internationale. Cette unité a montré son utilité dans la recherche, notamment pour mesurer la consommation d'alcool et déterminer les risques pour la santé et la sécurité associés aux différents niveaux de consommation. Elle a également permis d'améliorer la communication au sujet des risques auprès de diverses populations au moyen de la sensibilisation, de recommandations visant à réduire les risques et de stratégies de tarification et de taxation destinées à réduire les méfaits. Les stratégies de recherche et de mobilisation des connaissances sur l'alcool sont un précédent important pour la mise en œuvre d'une unité standard de THC au Canada. Cela dit, le cannabis présente des particularités qui posent des difficultés.

Paramètre : Une unité standard applicable au cannabis doit correspondre à la quantité de son principal constituant psychoactif et donc être exprimée en milligrammes de THC.



L'une des difficultés réside dans le fait que la plante de cannabis contient plus de 100 phytocannabinoïdes possiblement à l'origine d'effets différents. Bien qu'il y ait un intérêt marqué pour l'exploration des effets d'autres cannabinoïdes, comme le cannabidiol, les données expérimentales semblent indiquer que ce dernier ne modifie pas les effets du THC, et ce, pour divers ratios étudiés (Englund et coll., 2023). Si les autres phytocannabinoïdes peuvent avoir des effets, l'ampleur et l'importance de ces derniers pour la santé publique semblent toutefois être limitées en comparaison avec le THC. Dans un marché de plus en plus diversifié et complexe, la mention d'une unité standard de THC sur les étiquettes pourrait aider les consommateurs à mieux comprendre la teneur en THC, principal cannabinoïde, et à prendre des décisions éclairées qui réduisent les risques pour la santé.

La disponibilité croissante des cannabinoïdes semi-synthétiques pose quant à elle d'autres difficultés. Ces substances peuvent produire des effets psychoactifs plus proches de ceux du THC que de ceux des autres phytocannabinoïdes. On connaît peu la composition de ces produits et leurs différences avec les produits de cannabis plus classiques contenant du THC, ce qui complique l'évaluation de leurs effets.

Un système d'étiquetage normalisé et universel des unités de THC pourrait contribuer à résoudre ce problème. En effet, il pourrait aider les consommateurs à distinguer les produits dont le THC est le principal constituant psychoactif de ceux qui contiennent des quantités supérieures d'autres cannabinoïdes, y compris de cannabinoïdes semi-synthétiques. Un tel système permettrait de prendre des décisions de consommation plus éclairées.

Paramètre : Une unité standard de THC doit être applicable à tous les types de produits et à tous les modes d'administration.

Pour être utile, une unité standard de THC doit être applicable à tous les types de produits et modes d'administration. Cette condition pose aussi des difficultés et requiert une attention particulière.

Les différents modes de consommation de cannabis sont associés à des effets pharmacocinétiques et pharmacodynamiques distincts. On observe notamment des différences entre l'inhalation et la prise orale (Grotenhermen, 2003). L'une des difficultés possibles réside dans le fait que les consommateurs pourraient supposer qu'une unité standard de THC produira des effets similaires, quel que soit le mode de consommation. Il importe toutefois de souligner que l'unité standard de THC doit être vue comme une unité de mesure et que ses effets dépendent de plusieurs facteurs, notamment du mode d'administration et de caractéristiques personnelles telles que l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle et la tolérance au THC. L'établissement d'une unité standard de THC a l'avantage de fournir une mesure normalisée qui peut contribuer à l'étude de ces



différences, notamment entre l'inhalation et la prise orale (Volkow et Weiss, 2020). Cette unité peut aussi faciliter la communication au sujet de ces différences et ainsi aider les consommateurs à mieux comprendre le temps d'absorption et les effets du THC selon le mode d'administration.

La gamme de produits disponibles sur le marché légal du cannabis complique encore la situation. Pour évaluer la faisabilité de l'application d'une unité standard de THC à l'étiquetage des produits, nous avons eu recours à des données écologiques basées sur des données de vente en gros de la Liquor and Cannabis Regulation Branch de la Colombie-Britannique, qui réglemente la vente de produits de cannabis dans la province. À partir de ces données, nous avons évalué le nombre d'unités standards de THC dans les catégories de produits et formats courants.

Une unité de 2,5 mg de THC représente une faible quantité par rapport aux teneurs retrouvées dans de nombreux produits du marché. Le nombre d'unités de 2,5 mg de THC par produit variait considérablement d'un produit et d'un format à l'autre. Par exemple, 3,5 g de fleurs séchées contenaient en moyenne 370 unités par emballage. Les produits de cannabis comestibles (à l'exclusion des emballages groupés) et les boissons en contenaient moins : un peu moins de quatre par emballage, conformément à la limite réglementaire actuelle de 10 mg de THC par contenant immédiat (Santé Canada, 2025). Notons toutefois que la limite de 10 mg s'applique aux contenants immédiats : les emballages extérieurs, comme les emballages groupés, peuvent dépasser la limite de 10 mg, à condition que chaque contenant immédiat soit conforme (Santé Canada, 2025).

La mention d'unités standards de THC sur les étiquettes de produits peut se révéler complexe, mais elle pourrait faciliter les décisions des consommateurs en simplifiant les comparaisons entre les formats et emballages de produits présentant différentes teneurs en THC. Elle pourrait compléter les informations d'étiquetage existantes, telles que la concentration de THC (en % ou en mg/g) et la quantité totale de THC (en mg) par portion et par emballage.

Une unité standard de THC pourrait aussi permettre de contrôler les ventes en fonction de la teneur en THC, soit en remplacement de l'équivalent en cannabis séché, soit en combinaison avec celui-ci. Ce contrôle permettrait d'évaluer la demande de THC, notamment la part de la demande pour des produits très puissants. Bien que le nombre d'unités augmente avec la taille de l'emballage, la mention d'un repère (p. ex. un nombre d'unités par gramme de produit) sur les étiquettes pourrait améliorer la communication sur les risques associés aux produits puissants.

La comparaison de différents types de produits au moyen d'une unité standard de THC a mis en évidence une variation considérable du prix par unité. Ce résultat suggère qu'une



unité standard de THC pourrait permettre de comparer les produits. Ces comparaisons pourraient appuyer les stratégies réglementaires de réduction des méfaits, notamment la tarification ou la taxation à l'unité, qui ont montré leur efficacité dans le cas de la réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool (Wyper et coll., 2023).

Conclusion

Le présent rapport décrit les principaux paramètres à prendre en compte pour établir la valeur d'une unité standard de THC dans le contexte canadien, étant entendu que les juridictions peuvent s'appuyer sur d'autres considérations ou pondérer différemment les paramètres. Une unité standard de THC est une unité de mesure comparable au verre standard pour l'alcool.

L'établissement d'une unité correspondant à 2,5 mg de THC est conforme aux objectifs de la *Loi sur le cannabis* et adapté à la diversité des personnes qui consomment du cannabis au Canada. Une telle unité pourrait également permettre d'améliorer la mise en œuvre de la recommandation « commencez par de petites quantités, allez-y lentement » de Santé Canada : le repérage des produits comestibles contenant 2,5 mg de THC ou moins serait facilité, et l'unité normalisée s'appliquerait à tous les produits.

Une unité standard de THC pourrait aussi favoriser l'étiquetage uniforme de la teneur en THC pour tous les produits et aider les consommateurs à se représenter les quantités de THC et leurs effets possibles sur la santé. Elle s'inscrit dans les objectifs de la *Loi sur le cannabis* en favorisant une communication claire et uniforme de la réglementation et des messages existants promouvant la réduction des méfaits. L'adoption d'une unité standard de THC pourrait enfin étayer de futures stratégies de santé publique, telles que la définition de seuils de risque basés sur l'unité, et une tarification ou une taxation à l'unité.



Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. *Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque*, 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/ressources/recommandations-usage-cannabis-moins-risque.html>
- Association canadienne de santé publique. *Une démarche de santé publique à l'égard de la légalisation, de la réglementation et de la restriction de l'accès au cannabis*, 2017. <https://www.cpha.ca/fr/une-demarche-de-sante-publique-legard-de-la-legalisation-de-la-reglementation-et-de-la-restriction>
- Balneaves, L.G., A. Brown, M. Green, E. Prosk, L. Rapin, M. Monahan-Ellison, ... et C.Z. Watling. « Canadians' use of cannabis for therapeutic purposes since legalization of recreational cannabis: A cross-sectional analysis by medical authorization status », *BMC Medicine*, vol. 22, n° 1, article 150, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03370-7>
- Bell, A.D., C. MacCallum, S. Margolese, Z. Walsh, P. Wright, P.J. Daeninck, ... et L. de Freitas. « Clinical practice guidelines for cannabis and cannabinoid-based medicines in the management of chronic pain and co-occurring conditions », *Cannabis and Cannabinoid Research*, vol. 9, n° 2, 2024, p. 669–687. <https://doi.org/10.1089/can.2021.0156>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Unité standard de THC et son intérêt pour la recherche sur le cannabis, la sensibilisation du public et la réglementation au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2023. <https://www.ccsa.ca/fr/unite-standard-de-thc-et-son-interet-pour-la-recherche-sur-le-cannabis-la-sensibilisation-du-public>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Qu'est-ce qu'un verre standard?* [affiche], 2025. <https://ccsa.ca/sites/default/files/2025-05/CGAH-Standard-Drinks-Poster-fr.pdf>
- Dawson, D., W. Hall, I. Goodwin, B.H. Carlini, D.I. Lubman, D. Hammond, ... et V. Lorenzetti. « Exploring THC labelling preferences to communicate the strength of cannabis products: Insights from U.S. consumers », *International Journal of Drug Policy*, vol. 147, article 105076, 2026. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.105076>
- Englund, A., D. Oliver, E. Chesney, L. Chester, J. Wilson, S. Sovi, ... et P. McGuire. « Does cannabidiol make cannabis safer? A randomised, double-blind, cross-over trial of cannabis with four different CBD:THC ratios », *Neuropsychopharmacology*, vol. 48, n° 6, 2023, p. 869–876. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01478-z>
- Fischer, B., T. Robinson, C. Bullen, V. Curran, D. Jutras-Aswad, M.E. Medina-Mora, ... et W. van den Brink. « Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and



- recommendations update », *International Journal of Drug Policy*, vol. 99, article 103381, 2002. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103381>
- Fischer, B., C. Russell, P. Sabioni, W. van den Brink, B. Le Foll, W. Hall, ... et R. Room. « Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations », *American Journal of Public Health*, vol. 107, n° 8, 2017, p. e1–e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303818>
- Freeman, T.P., S. Craft, J. Wilson, S. Stylianou, M. ElSohly, M. Di Forti et M.T. Lynskey. « Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time: Systematic review and meta-analysis », *Addiction*, vol. 116, n° 5, 2020, p. 1000–1010. <https://doi.org/10.1111/add.15253>
- Freeman, T.P. et V. Lorenzetti. « 'Standard THC units': A proposal to standardize dose across all cannabis products and methods of administration », *Addiction*, vol. 115, n° 7, 2019, p. 1207–1216. <https://doi.org/10.1111/add.14842>
- Freeman, T.P. et V. Lorenzetti. « A standard THC unit for reporting of health research on cannabis and cannabinoids », *The Lancet Psychiatry*, vol. 8, n° 11, 2021, p. 944–946. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00355-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00355-2)
- Freeman, T.P., R.L. Thorne et E. Wadsworth. « Defining a threshold for higher potency cannabis products in legal markets », *International Journal of Drug Policy*, vol. 146, article 105038, 2025. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.105038>
- Giguère, K., N. Duplessis et A. Kamwa Ngne. « Analyse comparative de l'offre et des prix de vente au détail des produits du cannabis au Québec, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique », Montréal (Qc), Institut national de santé publique du Québec, 2025. <https://www.inspq.qc.ca/en/node/667696>
- Gold, N., M. Egan, K. Londakova, A. Mottershaw, H. Harper, R. Burton, ... et F. Greaves. « Effect of alcohol label designs with different pictorial representations of alcohol content and health warnings on knowledge and understanding of low-risk drinking guidelines: A randomized controlled trial », *Addiction*, vol. 116, n° 6, 2021, p. 1443–1459. <https://doi.org/10.1111/add.15327>
- Goodwin, I., D. Oliver, E. Chesney, A. Gaillard, S. Wang, K. Petrilli, ... et A. Englund. « The subjective effects of Δ 9-tetrahydrocannabinol: A systematic review and dose-response meta-regression », 4 mars 2026. Consulté sur le site : https://osf.io/preprints/psyarxiv/w7rty_v1
- Grotenhermen, F. « Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids », *Clinical Pharmacokinetics*, vol. 42, n° 4, 2003, p. 327–360. <https://doi.org/10.2165/00003088-200342040-00003>
- Hammond, D. et S. Goodman. « Knowledge of tetrahydrocannabinol and cannabidiol levels among cannabis consumers in the United States and Canada », *Cannabis and*



Cannabinoid Research, vol. 7, n° 3, 2022, p. 345–354.

<https://doi.org/10.1089/can.2020.0092>

Hammond, D., S. Goodman, E. Wadsworth, T.P. Freeman, B. Kilmer, G. Schauer, R.L. Pacula et W. Hall. « Trends in the use of cannabis products in Canada and the USA, 2018–2020: Findings from the International Cannabis Policy Study », *International Journal of Drug Policy*, vol. 105, article 103716, 2022.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103716>

Institut canadien de recherche sur l'usage de substances. *Calculateur de verre standard*, 2026. <http://aodtool.cfar.uvic.ca/fr/index-stddt.html>

Kersbergen, I., M. Oldham, A. Jones, M. Field, C. Angus et E. Robinson. « Reducing the standard serving size of alcoholic beverages prompts reductions in alcohol consumption », *Addiction*, vol. 113, n° 9, 2018, p. 1598–1608.

<https://doi.org/10.1111/add.14228>

Lees, R., W. Lawn, K. Petrilli, A. Brown, K. Trinci, A. Borissova, ... et L.A. Hines. « Persistent increased severity of cannabis use disorder symptoms in adolescents compared to adults: A one-year longitudinal study », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 275, 2025, p. 397–406. <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01806-y>

Lees, R., W. Lawn, K. Petrilli, K. Trinci, A. Borissova, ... et T.P. Freeman. « Estimating thresholds for risk of cannabis use disorder using standard THC units », *Addiction*, 2026. <https://doi.org/10.1111/add.70263>

Lorenzetti, V., D. Hammond, S. Wood, R. Gabrys et T.P. Freeman. « Standard THC units as a unit of measurement: Differences & complementarity with other THC metrics », *International Journal of Drug Policy*, vol. 143, article 104891, 2025.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.104891>

National Institute on Drug Abuse. *Recommendations for NIDA's cannabis policy research agenda. Report from the Cannabis Policy Research Workgroup*, Bethesda (MD), chez l'auteur, 2018.

https://nida.nih.gov/sites/default/files/nacda_cannabis_policy_research_workgroup_report_feb_2018.pdf

National Institute on Drug Abuse. *Notice of Information: Establishment of a standard THC unit to be used in research*, 2021. <https://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-DA-21-049.html>

Oldham, M., E. Beard, G. Loebenberg, L. Dinu, C. Angus, R. Burton, ... et C. Garnett. « Effectiveness of a smartphone app (Drink Less) versus usual digital care for reducing alcohol consumption among increasing-and-higher-risk adult drinkers in the UK: A two-arm, parallel-group, double-blind, randomised controlled trial », *EClinicalMedicine*, vol. 70, article 102534, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102534>



- Owusu-Bempah, A. et A. Luscombe. « Race, cannabis and the Canadian war on drugs: An examination of cannabis arrest data by race in five cities », *International Journal of Drug Policy*, vol. 91, article 102937, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102937>
- Paradis, C., P. Butt, K. Shield, N. Poole, S. Wells, T. Naimi et A. Sherk. *Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023. <https://www.ccsa.ca/fr/reperes-canadiens-sur-lalcool-et-la-sante-rapport-final>
- Petrilli, K., S. Ofori, L. Hines, G. Taylor, S. Adams et T.P. Freeman. « Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: A systematic review », *The Lancet Psychiatry*, vol. 9, n° 9, 2022, p. 736–750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-4)
- Renard, J., B. Panesar, S. Noorbakhsh, E. Wadsworth, N. Cristiano et R. Gabrys. « Perceptions du cannabis chez les adultes de 60 ans et plus au Canada : étude qualitative », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : recherche, politiques et pratiques*, vol. 45, n° 10, 2025. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.45.10.01f>
- Robinson, T., M.U. Ali, B. Easterbrook, S. Coronado-Montoya, D. Daldegan-Bueno, W. Hall, ... et B. Fischer. « Identifying risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and development of cannabis use disorder: A systematic review and meta-analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 238, article 109582, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109582>
- Rosenberg, M., O. Ayonrinde, P.J. Conrod, L. Levesque et P. Selby. *Examen législatif de la Loi sur le cannabis : rapport final du comité d'experts*, Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2024. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/drugs-medication/legislative-review-cannabis-act-final-report-expert-panel/examen-legislatif-loi-cannabis-rapport-final-comite-experts.pdf>
- Santé Canada. *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*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016. <https://healthycanadians.gc.ca/task-force-marijuana-groupe-etude/framework-cadre/alt/framework-cadre-fra.pdf>
- Santé Canada. *La Loi sur le cannabis : les faits*, 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2018/06/document-dinformation-la-loi-sur-le-cannabis-les-faits.html>
- Santé Canada. *Cannabis : réduisez vos risques*, 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/ressources/reduisez-vos-risques.html>



- Santé Canada. *Effets de la consommation du cannabis sur la santé des adultes âgés de plus de 55 ans*, 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/effets-sante/effets/adultes-55-ans-plus.html>
- Santé Canada. *Enquête canadienne sur le cannabis de 2024 : sommaire*, 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2024-sommaire.html>
- Santé Canada. *Guide sur l'emballage et l'étiquetage des produits de cannabis*, 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/reglements-sur-le-cannabis-pour-producteurs-autorises/guide-emballage-etiquetage-produits-cannabis.html>
- Santé Canada. *Cannabis à des fins médicales : utiliser un produit de cannabis*, 2026. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/sujets/acceder-cannabis-fins-medicales/cannabis-fins-medicales/utiliser-produit-cannabis.html>
- Tassone, F., P. Di Ciano, Y. Liu et S. Rueda. « On offer to Ontario consumers three years after legalization: A profile of cannabis products, cannabinoid content, plant type, and prices », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 14, article 1111330, 2023. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1111330>
- Turna, J., I. Balodis, C. Munn, M. Van Ameringen, J. Busse et J. MacKillop. « Overlapping patterns of recreational and medical cannabis use in a large community sample of cannabis users », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 102, article 152188, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152188>
- Volkow, N.D. et S.R. Weiss. « Importance of a standard unit dose for cannabis research », *Addiction*, vol. 115, n° 7, 2020, p. 1219–1221. <https://doi.org/10.1111/add.1498>
- Wadsworth, E., N. Cristiano, R. Gabrys, J. Renard et D. Hammond. « Cannabis consumption among adults aged 55–65 in Canada, 2018–2021 », *Journal of Drug Issues*, vol. 55, n° 1, 2025, p. 33–49. <https://doi.org/10.1177/00220426231190022>
- Walsh, Z., R. Gonzalez, K. Crosby, M.S. Thiessen, C. Carroll et M.O. Bonn-Miller. « Medical cannabis and mental health: A guided systematic review », *Clinical Psychology Review*, vol. 51, 2017, p. 15–29. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.002>
- Wood, S. et R. Gabrys. *Une unité standard de THC au Canada : recommandations pour la mise en œuvre*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2024. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2024-06/Implementing-a-StU-in-Canada-Recommendations-fr.pdf>
- Wood, S., R. Gabrys, T. Freeman et D. Hammond. « Canada's THC unit: Applications for the legal cannabis market », *International Journal of Drug Policy*, vol. 128, article 104457, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104457>



Wyper, G.M., D.F. Mackay, C. Fraser, J. Lewsey, M. Robinson, C. Beeston et L. Giles.
« Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations
in Scotland: A controlled interrupted time series study », *The Lancet*, vol. 401,
n° 10385, 2023, p. 1361–1370. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00497-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00497-X)