



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

CANNABIS MÉDICAL ET BIEN-ÊTRE DES VÉTÉRANS

Rapport du Comité permanent des anciens combattants

Neil R. Ellis, président

JUIN 2019
42^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : www.noscommunes.ca

CANNABIS MÉDICAL ET BIEN-ÊTRE DES VÉTÉRANS

Rapport du Comité permanent des anciens combattants

**Le président
Neil R. Ellis**

JUIN 2019

42^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

AVIS AU LECTEUR

Rapports de comités présentés à la Chambre des communes

C'est en déposant un rapport à la Chambre des communes qu'un comité rend publiques ses conclusions et recommandations sur un sujet particulier. Les rapports de fond portant sur une question particulière contiennent un sommaire des témoignages entendus, les recommandations formulées par le comité et les motifs à l'appui de ces recommandations.

COMITÉ PERMANENT DES ANCIENS COMBATTANTS

PRÉSIDENT

Neil R. Ellis

VICE-PRÉSIDENTS

Phil McColeman

Rachel Blaney

MEMBRES

Bob Bratina

Shaun Chen

Doug Eyolfson

Robert Kitchen

Stéphane Lauzon (secrétaire parlementaire – membre sans droit de vote)

Karen Ludwig

Darrell Samson

Cathay Wagantall

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

René Arseneault

Chandra Arya

Bill Casey

Sean Casey

Emmanuel Dubourg

Peter Fonseca

Gord Johns

Paul Lefebvre

Ben Lobb

Dave MacKenzie

Irene Mathysen

Yasmin Ratansi

Churence Rogers

Don Rusnak

Terry Sheehan

Arnold Viersen

Jean Yip

GREFFIER DU COMITÉ

Michael MacPherson

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Jean-Rodrigue Paré, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DES ANCIENS COMBATTANTS

a l'honneur de présenter son

TREIZIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié le cannabis médical et le bien-être des vétérans et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	1
CANNABIS À DES FINS MÉDICALES ET BIEN-ÊTRE DES VÉTÉRANS CANADIENS.....	3
Introduction.....	3
État des recherches.....	5
Le cannabis, la gestion de la douleur et les troubles anxieux	7
Le cannabis et la consommation d’opioïdes	13
Risques et effets secondaires.....	15
Besoins en recherche	16
Politique d’Anciens Combattants Canada	17
Diminution de la quantité quotidienne remboursable	19
Médecins qui autorisent la consommation de cannabis	22
Régime fiscal applicable au cannabis à des fins médicales	24
Conclusion	26
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS.....	29
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	31
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	33
OPINION COMPLÉMENTAIRE DU NOUVEAU PARTI DÉMOCRATIQUE DU CANADA	35

LISTE DES RECOMMANDATIONS

À l'issue de leurs délibérations, les comités peuvent faire des recommandations à la Chambre des communes ou au gouvernement et les inclure dans leurs rapports. Les recommandations relatives à la présente étude se trouvent énumérées ci-après.

Recommandation 1

Qu’Anciens Combattants Canada, en collaboration avec les Instituts de recherche sur la santé et tous les autres partenaires publics et privés pertinents, au Canada et à l’étranger, mette sur pied et finance un programme d’études cliniques randomisées, indépendant de l’industrie, portant sur les effets du cannabis dans le traitement des vétérans pour les problèmes médicaux qu’ils éprouvent régulièrement et l’interaction entre les cannabinoïdes et les médicaments prescrits régulièrement aux vétérans. 17

Recommandation 2

Qu’Anciens Combattants Canada, en consultation avec Santé Canada, examine la pertinence de modifier sa politique de remboursement du cannabis à des fins médicales de manière à limiter l’usage de cannabis à haute teneur en THC. 23

Recommandation 3

Que Santé Canada, en collaboration avec les Instituts canadiens de recherche sur la santé et les experts sur le cannabis provenant de tous les domaines scientifiques, définisse des lignes directrices précises afin d’appuyer les médecins qui autorisent le cannabis à des fins médicales..... 24

Recommandation 4

Qu’Anciens Combattants Canada mette en œuvre des communications conçues expressément pour les vétérans qui vivent en région rurale ou éloignée de manière à ce que ceux-ci jouissent du même accès que les autres vétérans à l’information sur le cannabis utilisé à des fins médicales et à des autorisations de cannabis à des fins médicales. 24

Recommandation 5

Qu’Anciens Combattants Canada, en collaboration avec Santé Canada, les experts sur le cannabis provenant de tous les domaines scientifiques, ainsi que les producteurs autorisés, s’assure que les variétés de produits du cannabis les plus susceptibles d’être utilisées à des fins médicales, dont celles avec une haute teneur en CBD, demeurent accessibles et abordables..... 24

Recommandation 6

Qu’Anciens Combattants Canada, en collaboration avec Santé Canada et l’Agence du revenu du Canada, examine les moyens les plus appropriés de soustraire les produits à faible teneur en THC de l’application de la taxe d’accise, lorsqu’ils sont utilisés par les vétérans à des fins médicales. 26



CANNABIS À DES FINS MÉDICALES ET BIEN-ÊTRE DES VÉTÉRANS CANADIENS

INTRODUCTION

Le 22 novembre 2016, en vertu de la nouvelle [politique de remboursement du cannabis à des fins médicales](#), la quantité maximale de cannabis dont les coûts sont remboursés par ACC est passée de 10 grammes par jour à 3 grammes par jour, ou la quantité équivalente de cannabis frais ou d'huile de cannabis. De plus, le montant maximal remboursable par gramme a été fixé à 8,50\$. La politique est entrée en vigueur en mai 2017. Dans les mois qui ont suivi, des vétérans et des groupes de vétérans ont fait part de leurs inquiétudes face aux conséquences de cette réduction de la quantité quotidienne de cannabis remboursée par ACC¹.

Dans le cadre de son [étude de 2016-2017 sur la santé mentale](#), certains témoins avaient exprimé des inquiétudes similaires qui avaient amené le Comité à adopter, le 9 novembre 2017, une motion afin d'entreprendre une étude sur le programme de cannabis à des fins médicales administré par ACC. L'étude a débuté en novembre 2018, et s'est appuyée sur les témoignages de 22 personnes.

Les travaux du Comité ont porté sur deux blocs thématiques principaux :

- l'état des recherches sur l'efficacité du cannabis pour le traitement de certaines conditions médicales qui affectent fréquemment les vétérans, ainsi que les risques liés à son usage;
- les raisons soutenant les principaux éléments de la Politique d'ACC, et leur lien avec l'état actuel des recherches sur le cannabis.

Dans le premier cas, qui fait l'objet de la première partie de ce rapport, il est apparu qu'il faudrait encore des années de recherches afin d'identifier clairement les composantes du cannabis qui agissent efficacement sur telle ou telle autre condition médicale, ainsi que les risques qui y sont associés. Les recherches sur l'utilisation du cannabis et la santé des vétérans sont encore à peu près inexistantes à l'échelle mondiale. Il est donc encore beaucoup trop tôt pour traiter le cannabis comme on traiterait n'importe quel autre médicament. Cependant, les risques connus qui sont associés à sa consommation

1 Voir par exemple : <https://www.theglobeandmail.com/cannabis/article-cut-off-how-veterans-affairs-clawback-on-medical-marijuana-threw-a/>.



semblent relativement peu importants, en comparaison des bienfaits que les consommateurs ou les médecins lui reconnaissent de manière anecdotique ou que les recherches préliminaires leur découvrent de manière hypothétique. À part dans les situations de très grande consommation, ou lorsque les personnes qui l'utilisent souffrent de problèmes de santé mentale connus, dans l'état actuel des recherches, les risques semblent modérés. Cela vient renforcer la tolérance sociale à la consommation du cannabis.

Malgré que les recherches n'aient pas permis de garantir l'efficacité du cannabis dans le traitement de la plupart des conditions médicales pour lesquelles les vétérans reçoivent une autorisation, le peu de risques qui en découlent permettent de traiter le cannabis « comme si » c'était un médicament. Le manque de connaissances solides sur les bienfaits du cannabis n'équivaut toutefois pas à la confirmation d'une absence de risques. La prudence reste donc de mise, tant que le cannabis n'aura pas parcouru le long processus de recherches et d'essais cliniques qui confirmeront ou non son innocuité et ses effets secondaires, et permettront à Santé Canada d'attribuer les numéros d'identification de médicament (DIN) aux différents composés qui pourront être extraits de la plante et synthétisés.

Étant donné cette prudence raisonnable qui doit être exercée dans l'état actuel des recherches, la décision d'ACC de ramener de 10 grammes à 3 grammes la quantité quotidienne remboursable par le ministère apparaît appropriée. Les éléments pertinents à cette décision font l'objet d'un examen plus détaillé dans la deuxième partie du présent rapport. Les avis scientifiques sur lesquels s'est appuyée cette décision, provenant de Santé Canada, du Collège des médecins de famille du Canada et d'analyses comparatives internationales, semblent suffisants pour justifier cette modération². Bien sûr, certains vétérans qui bénéficiaient d'une autorisation médicale pour une quantité plus élevée que 3 grammes par jour se sentent lésés par cette décision. Pour en tenir compte, ACC indique dans sa politique que « dans des cas exceptionnels, le Ministère remboursera plus de trois grammes par jour, sur présentation des documents médicaux à l'appui³ ».

2 Anciens Combattants Canada, [Examen de la marihuana à des fins médicales](#), novembre 2016, Annexe B, p. 18.

3 Anciens Combattants Canada, [Politique du remboursement du cannabis à des fins médicales](#).

ÉTAT DES RECHERCHES

Bien que le cannabis soit consommé à des fins médicales depuis des centaines d'années, l'établissement d'une base scientifique probante aussi rigoureuse que celle utilisée pour appuyer l'utilisation de médicaments et de préparations pharmaceutiques n'en est qu'à ses débuts⁴.

Le cannabis est une plante pour laquelle on a identifié plus d'une centaine de composantes actives, appelées « cannabinoïdes », et dont les plus connues sont le THC (tétrahydrocannabinol), responsable de l'effet euphorisant, et le CBD (cannabidiol) auquel on attribue les principales qualités thérapeutiques du cannabis⁵. Le THC existe sous forme synthétisée depuis quelques décennies, sous le nom de Marinol, mais son fabricant en a cessé la commercialisation au Canada⁶. Une forme synthétique du CBD, le nabilone, existe à diverses concentrations dans des médicaments approuvés par Santé Canada. Finalement, le Sativex est un médicament approuvé qui contient à la fois du THC et du CBD, mais son utilisation n'est autorisée que pour les adultes souffrant de sclérose en plaques⁷.

Le terme de « cannabis » est donc loin de désigner une substance unique. Une multitude de souches existe, chacune ayant des concentrations différentes d'une centaine de cannabinoïdes dont les effets et les interactions sont mal connus. Comme l'a expliqué le D^r Marcel Bonn-Miller, de l'Université de la Pennsylvannie :

Le cannabis est une drogue hétérogène qui varie beaucoup selon les circonstances dont nous parlons. Nombre de recherches essaient d'expliquer les effets individuels de certains cannabinoïdes au sein même de la plante, afin que l'on puisse améliorer les recommandations dans certains secteurs. On ne peut pas dire que le cannabis en soi est utile ou dangereux, et il est très difficile pour les médecins de le conseiller de manière pragmatique⁸.

Lorsque des données préliminaires suggèrent l'efficacité du cannabis dans le traitement d'une condition médicale particulière, il est à peu près impossible de savoir quelle composante, ou quelle combinaison de composantes, provoque cet heureux résultat.

-
- 4 D^r Oyedeji Ayonrinde (professeur agrégé, Département de psychiatrie, Queen's University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1550.
 - 5 D^r Jason Busse (professeur agrégé, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1630.
 - 6 Santé Canada, « [Les produits de santé contenant du cannabis ou à utiliser avec du cannabis : Lignes directrices pour la Loi sur le cannabis, la Loi sur les aliments et drogues, et les règlements connexes](#) ».
 - 7 Santé Canada, [Feuille de renseignements – SATIVEX](#).
 - 8 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1550.



Par exemple, comme l'a évoqué le D^r Bonn-Miller, « le THC et le CBD sont un exemple de substances qui ont des effets complètement opposés pour ce qui est de l'anxiété⁹ ». Le mode d'administration de la substance peut également modifier de manière importante le rôle actif des multiples composantes de la plante. Comme l'a expliqué le D^r Ayonrinde, de Queen's University, dans le cas du cannabis séché et fumé :

Il peut exister des variations considérables dans la composition d'un joint fumé, notamment quant à la taille d'un joint, à la concentration en THC, au taux de THC par rapport au taux de CBD et aux profils de terpène. Certaines conclusions précoces tirées des recherches que j'effectue en ce moment ont permis de déterminer que la concentration de THC en milligrammes était 65 fois plus élevée dans certains joints que dans d'autres¹⁰.

Cela signifie que la quantité consommée, par exemple les trois grammes de cannabis séché qui représentent le maximum quotidien remboursable par ACC, ne constitue qu'une idée vague de ce qui est réellement consommé dans les cas particuliers, à la différence des concentrations précises et univoques d'une ordonnance médicale. Il faut donc aborder avec prudence les affirmations établissant un lien de causalité entre le « cannabis » de manière générale et le traitement de certaines conditions médicales.

Il faut également se garder de traiter le cannabis comme s'il s'agissait d'un médicament comme les autres médicaments qui ont suivi tout le processus rigoureux d'analyses leur permettant d'obtenir un numéro d'identification de médicament (DIN). C'est ce qu'a clairement exprimé le D^r Barry Waisglass, directeur médical d'un réseau de cliniques qui fournissent des autorisations de cannabis à des fins médicales :

Un médicament est souvent considéré comme un produit à molécule simple, qui est habituellement soumis à une évaluation et à une vérification rigoureuses pour cerner des effets secondaires, des risques, etc. Il est ensuite prescrit au patient par le médecin ou l'auxiliaire médical.

Or, ce dont il est question ici est différent. Il faut en quelque sorte un changement de paradigme, sachant que les professionnels de la santé conventionnels et les citoyens placent le cannabis dans le contexte d'un médicament. Il s'agit d'une plante. En fait, la bonne personne à qui poser cette question serait, disons, un naturopathe — quelqu'un

9 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1550.

10 D^r Oyedeji Ayonrinde (professeur agrégé, Département de psychiatrie, Queen's University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1550.

qui travaille avec des plantes — ou un médecin ayurvédique en Inde qui utilise les plantes comme médicaments¹¹.

Le cannabis n'est pas un médicament, et l'autorisation de s'en procurer à des fins médicales que peuvent préparer les médecins à l'intention de leurs patients n'est pas une « ordonnance » au même titre que celles qui sont préparées pour les médicaments.

Cette partie du rapport est divisée en quatre sections. La première décrit, à la lumière des témoignages entendus, l'état des recherches en ce qui concerne certaines conditions médicales, fréquentes chez les vétérans, pour le traitement desquelles l'efficacité du cannabis est alléguée : les troubles anxieux, y compris le trouble de stress posttraumatique, et la gestion de la douleur¹². La deuxième section analyse un effet indirect allégué de l'usage du cannabis à des fins médicales, soit la réduction de la consommation de médicaments à base d'opioïdes. La troisième section porte sur les effets secondaires et les risques liés à l'usage du cannabis à des fins médicales, et finalement, la quatrième section décrit les besoins en recherches.

Le cannabis, la gestion de la douleur et les troubles anxieux

La position d'ACC sur le cannabis à des fins médicales a été exprimée clairement par la D^{re} Alexandra Heber, psychiatre en chef au ministère :

La plupart des données montrent les méfaits associés à la consommation de cannabis. Il y a en réalité très peu de recherches de qualité montrant des effets positifs sur la santé liés à la consommation de cannabis, même si vous verrez dans la presse populaire que les gens qui ont tendance à consommer du cannabis racontent à quel point cela les a aidés. En fait, les recherches qui existent, y compris les études et les examens des recherches sur les effets sur la santé, montrent en grande majorité qu'il y a des effets négatifs, certainement sur la santé mentale, mais aussi sur la santé physique¹³.

11 D^r Barry Waisglass (directeur médical, Cliniques de Cannabis Canadiennes), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1600.

12 Nous laisserons de côté les données bien établies en ce qui concerne l'effet bénéfique de médicaments à base de cannabinoïdes pour l'amélioration de la spasticité des patients souffrant de sclérose en plaques, pour la réduction des nausées et vomissements découlant de la chimiothérapie, ainsi que pour la diminution du nombre de crises chez certains enfants souffrant d'épilepsie. Ces données sont rapportées dans les témoignages du D^r Ramesh Zacharias (directeur médical, Hamilton Health Sciences, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1705, et du D^r James MacKillop (Peter Boris Chair in Addictions Research, St. Joseph's Healthcare Hamilton, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1605.

13 D^{re} Alexandra Heber (chef de la psychiatrie, Division des professionnels de la santé, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1655.



Cette position est la plus défavorable qui ait été présentée durant cette étude. De plus, elle est contraire aux résultats publiés par les National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, l'organisme mandaté par le Congrès américain pour fournir des analyses et des avis sur les sujets touchant, entre autres, les enjeux liés à la santé et à la médecine. Dans une revue très étendue de la littérature disponible¹⁴, l'organisme a conclu qu'il y avait « des preuves substantielles¹⁵ », de l'efficacité du cannabis dans le traitement de la douleur chronique chez les adultes (Conclusion 4-1). Dans le cas des troubles anxieux et du trouble de stress post-traumatique (TSPT), les preuves ont été jugées « limitées » (Conclusions 4-17 et 4-20).

Ces conclusions s'accordent en général avec ce que les chercheurs ont affirmé au Comité lors de leurs témoignages. Afin de donner un aperçu de la variété des positions quant à l'efficacité du cannabis pour traiter la douleur et les troubles anxieux, les affirmations suivantes ont été classées en ordre de confiance en cette efficacité. Seules les affirmations faites par des chercheurs sont présentées. Celles provenant de témoins liés à des organisations privées ou publiques seront examinées plus loin, en comparaison à celles des chercheurs.

Pour le traitement de la douleur :

- « Le cannabis fumé a prouvé son efficacité de façon rigoureuse » pour la douleur chronique¹⁶.
- Il existe « des données probantes modérées » sur les bienfaits du cannabis dans le traitement de la douleur¹⁷;

14 National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, [The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids. The Current State of Evidence and Recommendations for Research](#), 2017. Voir à ce sujet les commentaires de Dr Zach Walsh (professeur agrégé, University of British Columbia, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1615.

15 La hiérarchie dans la qualité des preuves va de « absence de preuves », à « insuffisantes », à « limitées », à « modérées », à « substantielles » et à « concluantes ».

16 D' Didier Jutras-Aswad (psychiatre spécialisé en toxicomanie et chercheur, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1605.

17 D' Ramesh Zacharias (directeur médical, Hamilton Health Sciences, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1705.

- « Même si les résultats sont positifs dans le cas de la douleur, les preuves liées aux effets secondaires laissent croire que les inconvénients peuvent dépasser les avantages¹⁸. »
- « Nous disposons à l'heure actuelle de données de qualité moyenne selon lesquelles le cannabis peut réduire la douleur chronique, mais ses effets sont généralement modestes¹⁹. »
- Les preuves « ne sont pas solides » pour la douleur²⁰.

Pour le traitement des troubles anxieux, y compris le trouble de stress posttraumatique :

- « Certains cannabinoïdes à consommer à domicile semblent avoir de bonnes chances d'aider les personnes souffrant de TSPT²¹. »
- « Une faible dose de [...] CBD peut vraiment réduire les symptômes de TSPT²². »
- « Des études rétrospectives, bien [que] limitées sur le plan méthodologique, ont révélé que les patients qui consomment du cannabis thérapeutique signalent des réductions importantes des symptômes du TSPT après avoir consommé du cannabis thérapeutique. Des études montrent également que la consommation de cannabis favorise le sommeil et réduit l'anxiété liée au TSPT²³. »

18 D^r James MacKillop (Peter Boris Chair in Addictions Research, St. Joseph's Healthcare Hamilton, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1605.

19 D^r Jason Busse (professeur agrégé, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1630.

20 D^r James MacKillop (Peter Boris Chair in Addictions Research, St. Joseph's Healthcare Hamilton, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1550.

21 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1555.

22 M. Jacob Cohen (étudiant à la maîtrise en sciences et vétérans (libération honorable), Département de pharmacologie et psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1655.

23 D^r Zach Walsh (professeur agrégé, University of British Columbia, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1610.



- Des « études restreintes » permettent de « constater que le cannabidiol réduit bien les envies irrésistibles et l'anxiété²⁴ ».
- Les données probantes sont « peu convaincantes » dans le cas de l'anxiété et des troubles du sommeil²⁵.
- À partir d'études réalisées sur de petits échantillons, le nabilone ou le THC « peuvent être utiles pour lutter contre les cauchemars chez les vétérans atteints de TSPT²⁶ ».
- Le THC « semble être bénéfique pour lutter contre l'anxiété seulement à faibles doses²⁷ ».
- Les preuves « ne sont pas solides » pour le trouble de stress posttraumatique²⁸.
- Des modèles précliniques et animaux montrent que le CBD « peut aider à traiter l'inflammation liée à un traumatisme cérébral et d'autres choses qui se produisent en même temps et qui peuvent causer certaines formes de TSPT²⁹ ».
- Touchant l'anxiété et le TSPT, « nous avons des éléments anecdotiques, mais très peu de données probantes pour tirer des conclusions attestant un avantage ou réfutant son utilité³⁰ ».

24 M^{me} Yasmin Hurd (professeure, Psychiatrie, Neuroscience, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1630.

25 D^r Ramesh Zacharias (directeur médical, Hamilton Health Sciences, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1705.

26 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1550-55.

27 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1550.

28 D^r James MacKillop (Peter Boris Chair in Addictions Research, St. Joseph's Healthcare Hamilton, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1550.

29 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1550.

30 D^r Jason Busse (professeur agrégé, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1630.

- « Dans l'ensemble, le traitement du TSPT et les résultats obtenus ne sont pas prometteurs³¹. »
- « De plus en plus d'études précliniques donnent à penser que le système endocannabinoïde joue un rôle essentiel dans le TSPT et que le cannabis pourrait jouer un rôle dans le traitement de ce syndrome, mais les données cliniques demeurent incohérentes³². »
- « Les examens systématiques, qui sont les éléments les plus solides normalement utilisés pour orienter le traitement, ne permettent pas de confirmer des effets ou des avantages thérapeutiques certains au sujet du traitement du TSPT par le cannabis³³. »
- « Il existe de nouvelles preuves des avantages présentés pour certaines personnes », mais « les données sont peu concluantes et devraient pour l'instant être examinées au cas par cas³⁴ ».
- Pour le TSPT et d'autres troubles anxieux, « il existe des résultats précliniques fascinants qui se fondent sur des modèles animaux », mais « à l'heure actuelle, on ne dispose pas des preuves suffisantes pour affirmer que le cannabis est un traitement efficace pour le TSPT ou d'autres troubles anxieux³⁵ ».

On pourrait résumer l'essentiel des avis d'experts en affirmant qu'il existe des pistes prometteuses qui permettent de croire que certains cannabinoïdes, ou composés de cannabinoïdes, pourraient être efficaces dans le traitement de la douleur et le traitement des troubles anxieux, dont le TSPT, mais des recherches plus approfondies doivent établir cette efficacité avant que les médecins soient en mesure de traiter le cannabis au même titre que les autres médicaments qu'ils prescrivent.

31 D' Yanbo Zhang (professeur adjoint, Département de psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1640.

32 D' Yanbo Zhang (professeur adjoint, Département de psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1640.

33 D' Yanbo Zhang (professeur adjoint, Département de psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1640.

34 D' Oyedeji Ayonrinde (professeur agrégé, Département de psychiatrie, Queen's University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1555.

35 D' James MacKillop (Peter Boris Chair in Addictions Research, St. Joseph's Healthcare Hamilton, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1605.



Cette position a été critiquée par certains représentants d'entreprises de l'industrie du cannabis. Par exemple, le D^r Barry Waisglass, des Cliniques de Cannabis Canadiennes, a affirmé que certains des experts entendus par le Comité « ont, pour la plupart, des connaissances limitées du cannabis. Ils ont exagéré les torts potentiels de cette herbe complexe, en faisant fi de ses nombreux avantages³⁶. » Le D^r Waisglass a toutefois confirmé que les preuves de l'efficacité du cannabis, en l'absence de recherches cliniques solides, « reposent principalement sur des études d'observations et des témoignages³⁷ ».

Lorsqu'on compare la position prudente de la communauté scientifique avec celle présentée, d'un côté, par les représentants d'ACC, et de l'autre côté, par les représentants du secteur privé, le fossé entre les positions s'élargit encore. Ainsi, le jugement de la D^{re} Cyd Courchesne, médecin-chef d'ACC, sur l'efficacité du cannabis dans le traitement du TSPT est catégorique : « Nous avons passé en revue toute la documentation. Nous nous sommes adressés aux organismes qui peuvent faire ces examens de la documentation pour nous, chercher des preuves... [...] il n'y a rien de substantiel³⁸. » La D^{re} Heber affirme qu'il est plus efficace de traiter le TSPT par les antidépresseurs que par la marijuana : « Nous n'avons aucune preuve à l'égard de la marijuana, mis à part le fait que nous savons qu'elle peut avoir beaucoup d'effets néfastes, comme provoquer des psychoses³⁹. »

Les témoins qui sont liés à des intérêts privés de l'industrie du cannabis ont des positions moins prudentes. Par exemple, le D^r Alan Shackelford affirme qu'« [i]l y a d'excellentes études randomisées et contrôlées par placebo, tant au Canada qu'aux États-Unis, et ailleurs, qui confirment l'innocuité et l'efficacité du cannabis⁴⁰ ». Il ajoute un peu plus tard que « le prétraitement avec du cannabidiol ou, éventuellement, avec une combinaison de CBD et de THC peut être bénéfique pour prévenir la séquence neurologique d'événements qui nourrit le TSPT⁴¹ ». Il s'empresse toutefois d'ajouter : « Nous ne le savons pas encore vraiment⁴². »

36 D^r Barry Waisglass (directeur médical, Cliniques de Cannabis Canadiennes), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1550.

37 D^r Barry Waisglass (directeur médical, Cliniques de Cannabis Canadiennes), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1550.

38 D^{re} Cyd Courchesne (directrice générale, Direction générale des professionnels de la santé, médecin-chef, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1700.

39 D^{re} Alexandra Heber (chef de la psychiatrie, Division des professionnels de la santé, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1700.

40 D^r Alan Shackelford (médecin, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1610.

41 D^r Alan Shackelford (médecin, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1625.

42 D^r Alan Shackelford (médecin, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1625.

Les représentants de l'industrie reprennent donc essentiellement les conclusions des études existantes, mais insistent pour dire que le cannabis n'est pas dangereux. Autrement dit, ils affirment que les preuves de l'efficacité du cannabis sont limitées, mais que, puisqu'il n'est pas dangereux, on peut l'autoriser sans risques aux vétérans qui affirment en retirer un mieux-être⁴³.

Il existe également une variété de positions adoptées par les gouvernements à l'échelle internationale. La position reconnue comme étant la plus restrictive est certes celle des États-Unis, alors que le Canada, les Pays-Bas et Israël acceptent de défrayer certains coûts liés à l'usage du cannabis à des fins médicales pour les vétérans⁴⁴.

Le cannabis et la consommation d'opioïdes

L'un des bienfaits allégués que certains reconnaissent au cannabis à des fins médicales est qu'il contribuerait à réduire la consommation d'opioïdes. Il s'agirait dans ce cas-ci d'un bienfait indirect, indépendant de l'efficacité ou non du cannabis dans le traitement de la condition médicale pour laquelle il est utilisé.

Le D^r Shackelford a présenté les résultats d'une étude à petite échelle, portant sur 21 patients souffrant de cancer et recevant des doses importantes de morphine ou d'oxycodone⁴⁵. Les patients interrogés ont ressenti une diminution de leur douleur lorsque des cannabinoïdes étaient administrés en plus de leur dose habituelle de morphine ou d'oxycodone. Cette étude ne permet donc pas d'affirmer que le cannabis pourrait remplacer les opioïdes dans le traitement de la douleur. Elle conclut seulement que, en combinaison avec les opioïdes, le cannabis pourrait permettre de diminuer la dose d'opioïdes pour atteindre un même soulagement.

Le D^r Shackelford a également présenté des études tendant à montrer « une diminution très marquée du nombre de médicaments d'ordonnance prescrits par des médecins

43 D^r Barry Waisglass (directeur médical, Cliniques de Cannabis Canadiennes), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1610. Voir aussi les remarques du D^r Alan Shackelford (médecin, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1620.

44 M. Jacob Cohen (étudiant à la maîtrise en sciences et vétéran (libération honorable), Département de pharmacologie et psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1655.

45 D^r Alan Shackelford (médecin, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1610. Voir un compte-rendu de l'étude dans <https://www.ucsf.edu/news/2011/12/11077/ucsf-study-finds-medical-marijuana-could-help-patients-reduce-pain-opiates>. Voir aussi les commentaires de M. Philippe Lucas (vice-président, Recherche mondiale et services d'accès aux patients, Tilray), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1730, et ceux du D^r Zach Walsh (professeur agrégé, University of British Columbia, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1615.



dans les États américains qui offrent des programmes de cannabis médicinal⁴⁶, alors que le vice-président de Tilray, a rapporté des résultats similaires dans le cadre d'études d'observation menées auprès des clients de leurs cliniques⁴⁷. Lors de son témoignage, un vétérinaire, Max Gaboriault, a confirmé ces résultats⁴⁸. Une telle corrélation est intéressante à bien des égards, mais il faut prendre garde à ne pas en inférer prématurément une relation de cause à effet. De plus, une telle étude ne permet d'aucune manière d'affirmer que le cannabis est efficace dans le traitement des conditions médicales pour lesquelles des médicaments d'ordonnance étaient prescrits.

À ACC, on affirme qu'il est trop tôt pour voir un effet sur la consommation d'autres substances : « Nous continuons d'examiner la situation, mais au cours de ces premières années, nous n'avons pas constaté de diminution importante de l'utilisation des antidépresseurs, des opioïdes et de tous ces autres médicaments⁴⁹. »

Selon le D^r Ayonrinde, « Il n'y a pas suffisamment de recherches pour confirmer cette idée d'un point de vue médical [...] On ne peut pas faire abstraction des cas anecdotiques de soulagement des symptômes, mais il n'y a pas suffisamment de preuves pour en faire clairement un substitut comme on le ferait pour d'autres produits en médecine⁵⁰. »

Selon le D^r Didier Jutras-Aswad, cette opposition entre d'une part le cannabis, et d'autre part les opioïdes, évacue la question la plus importante, c'est-à-dire le choix du traitement approprié pour une condition médicale spécifique. S'il s'avère que c'est le cannabis qui, dans un cas particulier, semble le traitement le plus approprié, en fonction des preuves scientifiques disponibles et des lignes directrices établies par la profession médicale, l'avantage indirect de limiter la consommation d'autres médicaments constituerait un bonus, mais ne devrait pas être le motif premier du choix d'un traitement :

Il faut plutôt établir les meilleures interventions disponibles pour traiter divers problèmes de santé et déterminer si des preuves scientifiques soutiennent l'utilisation du cannabis pour traiter un certain problème de santé [...] Nous avons entendu beaucoup de

46 D^r Alan Shackelford (médecin, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1645.

47 M. Philippe Lucas (vice-président, Recherche mondiale et services d'accès aux patients, Tilray), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1715.

48 M. Max Gaboriault (à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1605; voir aussi les commentaires de D^{re} Celeste Thirlwell (directrice, Sleep Wake Awareness Program), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1620; et de M. Andrew Baldwin-Brown (cofondateur, Spartan Wellness), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1625.

49 D^{re} Cyd Courchesne (directrice générale, Direction générale des professionnels de la santé, médecin-chef, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1705.

50 D^r Oyedeji Ayonrinde (professeur agrégé, Département de psychiatrie, Queen's University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1630.

discussions en vue de déterminer si c'est le cannabis, des opioïdes ou autres choses. Je crois que nous devrions revenir à ce que nous faisons normalement pour déterminer le traitement pour soigner divers problèmes de santé, dont la douleur⁵¹.

Afin d'identifier le meilleur traitement possible dans un cas particulier, l'utilisation du cannabis doit s'appuyer sur des preuves scientifiques qui, à l'heure actuelle, sont prometteuses, mais demeurent fragmentaires. Ces avantages potentiels doivent aussi être évalués en comparaison des risques connus de l'usage du cannabis à des fins médicales.

Risques et effets secondaires

Selon le D^r Yanbo Zhang, de l'Université de la Saskatchewan, il existe peu de données probantes sur les avantages du cannabis à des fins médicales, alors qu'il existe des preuves fortes des risques liés à la consommation fréquente et importante de cannabis à forte teneur en THC :

Le cannabis à forte teneur en THC fait augmenter le risque de déficience cognitive, de psychose et de dépendance, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes, mais aussi chez les personnes qui ont des problèmes de santé mentale préexistants. Compte tenu de la forte comorbidité de la dépression, des traumatismes cérébraux et de la toxicomanie chez les anciens combattants souffrant de TSPT, les avantages éventuels du cannabis risquent d'être réduits par le risque accru de déficience cognitive et de dépendance⁵².

Le D^r Bonn-Miller, de l'Université de la Pennsylvanie, a confirmé ce point de vue en affirmant que « le THC a été associé au sevrage, à la tolérance et à l'envie impérieuse. Il s'agit d'une substance qui, particulièrement à fortes doses, peut entraîner l'accoutumance, et nous devons faire une mise en garde importante lorsque nous parlons

51 D^r Didier Jutras-Aswad (psychiatre spécialisé en toxicomanie et chercheur, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1630.

52 D^r Yanbo Zhang (professeur adjoint, Département de psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1645. Voir également les commentaires du D^r Tony P. George (professeur en psychiatrie, University of Toronto, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1640 et de D^r Didier Jutras-Aswad (psychiatre spécialisé en toxicomanie et chercheur, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1605. Les contre-indications les mieux documentées en ce qui touche les effets potentiellement néfastes du cannabis touchent les patients schizophrènes et ceux atteints de troubles bipolaires, mais, étant donné que ces problèmes n'affectent pas les vétérans de manière particulière, les risques qui y sont rattachés n'ont pas été abordés dans ce rapport. Sur cette question, voir les commentaires du D^r Ramesh Zacharias (directeur médical, Hamilton Health Sciences, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1705; et ceux de D^r Zach Walsh (professeur agrégé, University of British Columbia, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1720.



de THC⁵³. Pour les personnes qui ne souffrent pas préalablement de problèmes de santé mentale, le risque de développer des problèmes de surconsommation ou d'accoutumance semblent assez faible, et peut se traiter de manière relativement facile⁵⁴.

Dans le cas des vétérans, étant donné la probabilité plus élevée que ceux qui reçoivent une autorisation de cannabis à des fins médicales souffrent de problèmes de santé mentale, il devient impératif de limiter la consommation des variétés de cannabis contenant une forte teneur en THC.

Besoins en recherche

Sans grande surprise, c'est la nécessité de poursuivre les recherches sur le cannabis à des fins médicales qui est apparue comme le principal consensus qui peut se dégager de la présente étude. Comme l'a dit le D^r Ayonrinde, « la "ruée vers le vert" nous a joué un tour: nous nous sommes réveillés et le train était déjà parti. La recherche pour développer la plante elle-même est allée beaucoup plus vite qu'en ce qui a trait à la profession médicale. Nous sommes en rattrapage⁵⁵. » La quasi-totalité des témoins entendus a plaidé pour l'intensification des efforts de recherche.

Le manque de recherches solides est encore plus criant en ce qui touche la recherche sur les effets du cannabis à des fins médicales sur les vétérans. Le D^r Bonn-Miller, de l'Université de la Pennsylvanie, a affirmé au Comité que l'étude que son équipe est sur le point de terminer constitue « le premier essai clinique randomisé de phase 2 de grande envergure sur les cannabinoïdes pour les anciens combattants souffrant de TSPT⁵⁶ ». Le programme de recherche complet brossé par la D^{re} Yasmin Hurd, et qui s'applique au département américain des anciens combattants, pourrait, avec peu de changements, être transposé à la situation canadienne :

Nous devons nous engager à réaliser les essais cliniques nécessaires et à travailler en partenariat avec des producteurs de cannabis non récréatif autorisés pour élaborer des

53 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1550; voir aussi D^r Jason Busse (professeur agrégé, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1630.

54 D^r Tony P. George (professeur en psychiatrie, University of Toronto, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1640; voir aussi les commentaires de D^r Zach Walsh (professeur agrégé, University of British Columbia, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1645.

55 D^r Oyedeji Ayonrinde (professeur agrégé, Département de psychiatrie, Queen's University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1655.

56 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1550.

médicaments réels, sûrs et efficaces que le département des anciens combattants puisse réellement soutenir pour le traitement des anciens combattants [...]

Nous devons également développer des formules médicinales. Nous devons connaître les cannabinoïdes, notamment les caractéristiques du CBD ou du cannabis en spectre complet, la dose et la concentration des produits, dont il a été question plus tôt, le régime de dosage et les modes d'administration, comme les capsules ou l'inhalation, qui fonctionnent le mieux pour assurer un soulagement stable de la douleur, du trouble de stress post-traumatique et de la dépendance, tout en limitant les effets secondaires⁵⁷.

La recommandation centrale du présent rapport est donc :

Recommandation 1

Qu’Anciens Combattants Canada, en collaboration avec les Instituts de recherche sur la santé et tous les autres partenaires publics et privés pertinents, au Canada et à l’étranger, mette sur pied et finance un programme d’études cliniques randomisées, indépendant de l’industrie, portant sur les effets du cannabis dans le traitement des vétérans pour les problèmes médicaux qu’ils éprouvent régulièrement et l’interaction entre les cannabinoïdes et les médicaments prescrits régulièrement aux vétérans.

POLITIQUE D’ANCIENS COMBATTANTS CANADA

Au Canada, la première autorisation de consommer du cannabis à des fins médicales a été approuvée en 1999, en vertu d’une exemption prévue à l’article 56 de la [Loi réglementant certaines drogues et autres substances](#). Par la suite, dans un [jugement de juillet 2000](#), la Cour d’appel de l’Ontario a jugé la loi trop restrictive, et l’a déclarée inconstitutionnelle, autorisant l’appelant, Terrance Parker, à consommer du cannabis afin de traiter les symptômes de son épilepsie. La même décision accordait 12 mois au Parlement du Canada pour modifier la loi afin d’y inclure des exemptions adaptées à l’utilisation du cannabis à des fins médicales. Cette décision a mené à l’adoption par Santé Canada du [Règlement sur l’accès à la marijuana à des fins médicales](#) en 2001 qui autorisait la culture personnelle du cannabis à des fins médicales.

En 2008, Anciens Combattants Canada (ACC) est devenu la première institution publique au Canada à autoriser le remboursement de certains coûts associés à l’utilisation du cannabis à des fins médicales⁵⁸. Il s’agissait toutefois d’approbations accordées à titre

57 M^{me} Yasmin Hurd (professeure, Psychiatrie, Neurosciences, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1600.

58 Anciens Combattants Canada, [Examen de la marijuana à des fins médicales](#), novembre 2016, p. 2. Tout au long du présent rapport, le terme « cannabis » est utilisé pour désigner ce qui, dans la législation et les autres documents émanant du gouvernement du Canada, est également désigné sous le terme « marijuana » ou « marijuana ».



exceptionnel et elles exigeaient l'autorisation d'un médecin spécialiste. Cinq vétérans ont obtenu une telle autorisation en 2008-2009, et leur nombre est passé à 112 en 2013-2014, l'année précédant l'entrée en vigueur du [Règlement sur la marijuana à des fins médicales](#) (RMFM). En vertu de ce règlement, les Canadiens ne pouvaient plus cultiver leur propre cannabis à des fins médicales, mais pouvaient obtenir de n'importe quel médecin ou, à certaines conditions, d'un infirmier praticien, une autorisation de se procurer du cannabis auprès d'un producteur autorisé par Santé Canada. L'autorisation était valable pour un an. Le règlement n'établissait aucune quantité maximale aux fins du remboursement, et le prix du cannabis était établi par les producteurs autorisés en fonction des différentes souches cultivées de la plante⁵⁹.

Comme l'a exprimé le D^r Jason Busse, de l'Université McMaster, le processus par lequel le cannabis est devenu disponible à des fins médicales a été bousculé par les décisions judiciaires : « Le cannabis médicinal est arrivé sur la scène à la suite d'une série de contestations judiciaires. Il est désormais disponible, si bien que c'est après coup que nous devons chercher des preuves pour déterminer ce à quoi il peut servir ou ne pas servir. À bien des égards, on a mis la charrue devant les bœufs⁶⁰. »

En 2014-2015, l'année suivant l'entrée en vigueur du RMFM, le nombre d'autorisations par ACC est passé de 112 à 628, puis à 1 762 en 2015-2016, ce qui a fait bondir les dépenses annuelles de 409 000\$ en 2013-2014 à 20,5 millions de dollars en 2015-2016⁶¹. Cette croissance a alerté le Bureau du vérificateur général (BVG) qui y a consacré une section de son rapport du printemps de 2016 sur les prestations pharmaceutiques à Anciens Combattants Canada⁶². Le BVG y constatait qu'après l'entrée en vigueur du RMFM, ACC n'avait pas fixé de prix maximal pour le remboursement du cannabis à des fins médicales, et qu'il avait fixé un plafond élevé à la quantité maximale remboursable, soit 10 grammes par jour, ce qui avait eu peu d'effet sur le contrôle des dépenses, puisque la majorité des vétérans admissibles consommaient moins que ce maximum⁶³.

59 Le RMFM a été abrogé en 2016 et remplacé par le [Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales](#), qui a à son tour été abrogé en octobre 2018, avec l'entrée en vigueur de la [Loi sur le cannabis](#) et du [Règlement sur le cannabis](#), dont la Partie 14 définit désormais les conditions de l'accès au cannabis à des fins médicales. Ces modifications n'ont pas eu d'incidence majeure sur la Politique d'ACC.

60 D^r Jason Busse (professeur agrégé, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1715; voir aussi les remarques de M. Andrew Freedman (directeur, Freedman and Koski inc.), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1620; et de D^r Zach Walsh (professeur agrégé, University of British Columbia, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1655.

61 Anciens Combattants Canada, [Les faits : Politique de remboursement du cannabis à des fins médicales](#).

62 Bureau du vérificateur général du Canada, « [Les prestations pharmaceutiques – Anciens Combattants Canada](#) », Rapport 4, printemps 2016.

63 Bureau du vérificateur général du Canada, « [Les prestations pharmaceutiques – Anciens Combattants Canada](#) », Rapport 4, printemps 2016, par. 4.46.

En réaction aux recommandations formulées par le BVG, ACC a publié en novembre 2016 un [Examen de la marijuana à des fins médicales](#), dans lequel le ministère reconnaît que la limite quotidienne fixée à 10 grammes est trop élevée en comparaison des avis découlant des dernières recherches médicales. Le 22 novembre 2016, reprenant les constats de l'Examen, le ministre des anciens combattants, l'honorable Kent Hehr, annonçait la nouvelle [politique de remboursement du cannabis à des fins médicales](#), dont l'élément principal est que la limite quotidienne remboursable passait de 10 à 3 grammes par jour.

Diminution de la quantité quotidienne remboursable

Selon la D^{re} Cyd Courchesne, médecin-chef à ACC, cette décision est le fruit d'une vaste consultation :

Anciens Combattants Canada a convoqué un comité de spécialistes médicaux canadiens, qui a recommandé de procéder avec une grande prudence en ce qui concerne la consommation du cannabis à des fins médicales, certains spécialistes estimant qu'un ou deux grammes par jour constituaient une limite raisonnable dans la vaste majorité des cas.

Anciens Combattants Canada a également examiné les preuves scientifiques actuelles et consulté les vétérans, les intervenants et les producteurs autorisés. La décision cadre également avec les données de Santé Canada selon lesquelles la dose quotidienne autorisée pour un Canadien moyen est de moins de trois grammes⁶⁴.

Des comparaisons ont également été faites avec les deux autres pays à permettre le remboursement du cannabis à des fins médicales : Israël et les Pays-Bas. Dans le premier cas, le remboursement quotidien autorisé est de 1,5 gramme, alors qu'il est de 0,68 gramme aux Pays-Bas⁶⁵. Au Canada, selon le D^r Busse, les personnes autorisées à consommer du cannabis à des fins médicales consomment en moyenne 0,75 gramme par jour⁶⁶.

Selon le D^r Jutras-Aswad, il est important d'administrer le cannabis au plus faible dosage à s'avérer efficace, afin de minimiser le risque d'effets secondaires : « Une attention clinique doit être portée aux concentrations et aux fréquences d'administration, comme cela se fait pour tout autre traitement médical. Je me permets ici de mentionner que les

64 D^{re} Cyd Courchesne (directrice générale, Direction générale des professionnels de la santé, médecin-chef, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1640.

65 D^r Jason Busse (professeur agrégé, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1635.

66 D^r Jason Busse (professeur agrégé, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1635.



données scientifiques sont faibles, voire souvent inexistantes pour des dosages dépassant un ou deux grammes par jour⁶⁷. »

La variabilité des concentrations de cannabinoïdes et du mode de consommation vient également brouiller la compréhension des conséquences réelles de la limite établie à trois grammes⁶⁸. Si le contenu en THC est très élevé, la consommation de trois grammes par jour est importante et comporte un risque plus élevé que si le contenu est élevé en CBD, et faible en THC. Selon le D^r Bonn-Miller :

Toutes les données indiquent actuellement que même les doses plus faibles que trois grammes par jour entraînent une accoutumance. Dans le cadre de nos essais cliniques, nous limitons les doses à 1,8 gramme par jour et nous constatons un avantage clinique [...] Cela ne veut pas dire que ce ne peut être viable individuellement [d'administrer de fortes doses], mais il s'agit d'une quantité extrême de cannabis, bien honnêtement. C'est beaucoup plus élevé que ce qui est consommé dans les essais cliniques de toutes ces études⁶⁹.

Le D^r MacKillop a, par exemple, affirmé qu'une quantité quotidienne de trois grammes :

serait considérée comme très élevée pour ceux qui en consomment à des fins non médicales, et que l'on parlerait donc d'une consommation extrêmement forte lorsqu'on atteint un niveau de 10 grammes par jour. Pour les fins de la recherche, nous estimons normalement qu'un gramme est l'équivalent d'environ quatre joints de cannabis. Les quantités prescrites correspondent donc à une consommation de 12 et 40 joints par jour respectivement, ce qui fait beaucoup de cannabis⁷⁰.

La D^{re} Yasmin Hurd a été encore plus catégorique quant aux risques associés à une consommation quotidienne qui atteindrait 10 grammes :

C'est fou de croire que quelqu'un puisse ingérer 10 grammes par jour et dire que c'est un soulagement, alors qu'avec une telle quantité, l'intoxication, la toxicité...

Si nous continuons à laisser les gens fumer, nous allons mettre en danger la santé de nos anciens combattants. Nous devons mettre au point des médicaments pour aider les

67 D^r Didier Juras-Aswad (psychiatre spécialisé en toxicomanie et chercheur, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1610.

68 Voir à ce sujet les remarques du D^r Oyedeji Ayonrinde (professeur agrégé, Département de psychiatrie, Queen's University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1555.

69 D^r Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1640.

70 D^r James MacKillop (Peter Boris Chair in Addictions Research, St. Joseph's Healthcare Hamilton, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1600.

gens, et non chercher à masquer quelque chose à court terme au risque de créer d'énormes problèmes en amont⁷¹.

Les exemptions à la règle du trois grammes par jour font l'objet d'un processus distinct à ACC. Elles doivent s'appuyer sur des preuves supplémentaires fournies par un médecin qui est spécialiste du problème médical pour lequel le cannabis est autorisé, un psychiatre pour un problème de santé mentale, un oncologue pour des problèmes de douleurs chroniques liées au cancer, etc. Environ 12 % des vétérans possédant déjà une autorisation ont obtenu une telle exemption en 2017⁷².

Alors que le nombre de vétérans ayant reçu des remboursements pour le cannabis à des fins médicales a été de 1 762 en 2015-2016, pour des dépenses de 20,5 millions, ce nombre est passé à 7 298 vétérans en 2017-2018, mais les dépenses ont été de 51 millions de dollars, soit une nette diminution du coût par vétéran⁷³.

À la lumière des témoignages entendus, il est raisonnable pour le Comité de reprendre à son compte le jugement exprimé par le D^r George qu'en raison des risques d'une consommation élevée, « la réduction du nombre de grammes de cannabis médicinal indemnisés par jour, qui est passé de 10 à 3, était un pas dans la bonne direction pour Anciens Combattants Canada⁷⁴ ».

L'autre élément important de la Politique d'ACC concerne le prix maximum fixé pour un gramme de cannabis. Selon la D^{re} Courchesne, la limite de 8,50\$ le gramme a été établie après consultation auprès des producteurs autorisés⁷⁵. Cet élément n'a pas semblé avoir causé de problèmes aux fournisseurs. Selon M. Lucas, de Tilray, cela a plutôt entraîné une collaboration qui a permis à l'entreprise d'adapter ses services aux politiques d'ACC⁷⁶.

71 M^{me} Yasmin Hurd (professeure, Psychiatrie, Neurosciences, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1655.

72 D^{re} Cyd Courchesne (directrice générale, Direction générale des professionnels de la santé, médecin-chef, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1640.

73 D^{re} Cyd Courchesne (directrice générale, Direction générale des professionnels de la santé, médecin-chef, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1645.

74 D^r Tony P. George (professeur en psychiatrie, University of Toronto, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1640.

75 D^{re} Cyd Courchesne (directrice générale, Direction générale des professionnels de la santé, médecin-chef, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1705.

76 M. Philippe Lucas (vice-président, Recherche mondiale et services d'accès aux patients, Tilray), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1635.



Médecins qui autorisent la consommation de cannabis

Étant donné le peu de recherches qui établissent clairement l'efficacité du cannabis dans le traitement des principaux problèmes médicaux pour lesquels les vétérans obtiennent une autorisation, très peu de médecins consentent à fournir une telle autorisation. Le D^r Zhang a bien expliqué le dilemme face auquel se retrouvent les médecins à qui des patients demandent une autorisation de cannabis à des fins médicales :

Beaucoup de psychiatres, dont moi-même, hésitent vraiment à autoriser le cannabis pour traiter des troubles psychiatriques, parce que nous ne connaissons pas les effets à long terme et que nous ne savons pas si les avantages l'emporteront sur les risques [...]. En attendant d'autres données probantes, il convient d'appliquer les recommandations sur la consommation de cannabis à faible risque formulées par les professionnels de la santé, comme l'utilisation d'une huile à forte teneur en CBD par opposition à la consommation par ingestion ou inhalation de produits à forte teneur en THC⁷⁷.

Selon la D^{re} Heber, psychiatre en chef à ACC, « il y a un petit nombre de médecins qui autorisent d'anciens combattants à utiliser une grande quantité de cannabis [...] C'est un problème. Je ne crois pas que c'est un problème que quiconque aurait pu prévoir, mais, malheureusement, il y a beaucoup d'argent à faire avec le cannabis⁷⁸. »

Ce problème avait également été soulevé par le Bureau du vérificateur général dans le cadre de son examen du printemps 2016 : « Du 1^{er} au 31 décembre 2015, nous avons constaté que 53 % des quelque 1 400 vétérans autorisés à utiliser de la marijuana à des fins médicales avaient obtenu l'autorisation auprès de quatre médecins⁷⁹. »

Cette pénurie de médecins prêts à signer des autorisations d'utiliser le cannabis à des fins médicales, ainsi que le fait de ne plus les limiter, depuis 2016, aux seuls spécialistes, a entraîné l'éclosion de tout un réseau de cliniques médicales auxquelles sont associés des médecins qui acceptent de signer des autorisations. Selon le D^r Waisglass, des Cliniques de Cannabis Canadiennes :

Avant cette époque, les médecins prescrivant du cannabis médicinal facturaient habituellement entre 300 \$ et 500 \$ aux patients, et ceux qui en avaient le plus besoin ne pouvaient pas se le permettre. Notre modèle de clinique fournissant tous les services de consultation et des médecins gratuitement à ceux ayant une couverture d'assurance

77 D^r Yanbo Zhang (professeur adjoint, Département de psychiatrie, University of Saskatchewan, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 22 novembre 2018, 1640.

78 D^{re} Alexandra Heber (chef de la psychiatrie, Division des professionnels de la santé, ministère des Anciens Combattants), *Témoignages*, ACVA, 20 novembre 2018, 1710.

79 Bureau du vérificateur général du Canada, « [Les prestations pharmaceutiques – Anciens Combattants Canada](#) », Rapport 4, printemps 2016, par. 4.63.

maladie valide, la demande a augmenté et de nouvelles cliniques ont rapidement ouvert leurs portes⁸⁰.

Étant donné que le médecin qui fournit l'autorisation n'est pas obligé de spécifier la teneur en THC pour laquelle l'autorisation est valable, les vétérans pourraient être privés de l'information nécessaire au choix judicieux de la variété de cannabis la plus propice à limiter les risques. Cela fait également en sorte qu'une fois que les vétérans ont obtenu une autorisation, ils peuvent demander la variété de cannabis qu'ils désirent, peu importe sa concentration en THC. Par exemple, Max Gaboriault, un vétéran, a affirmé au Comité avoir essayé « 12 à 15 variétés différentes au cours des trois dernières années », ce qui lui permet d'être « complètement maître de [son] traitement⁸¹ ». Il s'agit là d'un renversement de responsabilité qu'on ne rencontre guère dans le cas des ordonnances médicales en général.

D'après le D^r Jutras-Aswad, « l'évaluation précédant la prescription de cannabis médical ou l'autorisation d'en consommer manque souvent de rigueur⁸² ». Selon le D^r Zacharias, les pratiques d'autorisation du cannabis à des fins médicales par certains médecins laissent à désirer : « Un certain nombre [de vétérans] ont reçu leurs documents médicaux par Skype, sans avoir été vus par un praticien de la santé, à son cabinet. Une fois la documentation médicale remplie et envoyée, on leur a donné un rendez-vous de suivi un an plus tard.⁸³ » Selon lui, il est impératif de mieux préciser les lignes directrices pour les médecins qui autorisent le cannabis à des fins médicales.

Connaissant les risques importants liés à l'usage de cannabis à teneur élevée en THC pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, le Comité recommande :

Recommandation 2

Qu'Anciens Combattants Canada, en consultation avec Santé Canada, examine la pertinence de modifier sa politique de remboursement du cannabis à des fins médicales de manière à limiter l'usage de cannabis à haute teneur en THC.

80 D^r Barry Waisglass (directeur médical, Cliniques de Cannabis Canadiennes), *Témoignages*, ACVA, 20 mars 2019, 1540.

81 M. Max Gaboriault (à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 27 février 2019, 1650.

82 D^r Didier Jutras-Aswad (psychiatre spécialisé en toxicomanie et chercheur, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1610.

83 D^r Ramesh Zacharias (directeur médical, Hamilton Health Sciences, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1650.



Recommandation 3

Que Santé Canada, en collaboration avec les Instituts canadiens de recherche sur la santé et les experts sur le cannabis provenant de tous les domaines scientifiques, définisse des lignes directrices précises afin d'appuyer les médecins qui autorisent le cannabis à des fins médicales.

Recommandation 4

Qu'Anciens Combattants Canada mette en œuvre des communications conçues expressément pour les vétérans qui vivent en région rurale ou éloignée de manière à ce que ceux-ci jouissent du même accès que les autres vétérans à l'information sur le cannabis utilisé à des fins médicales et à des autorisations de cannabis à des fins médicales.

Quelques témoins ont évoqué le risque d'une pénurie des variétés de cannabis faibles en THC, en raison de l'entrée en vigueur de la *Loi sur le cannabis*. Selon le D^r MacKillop, « puisque le marché du cannabis récréatif sera nécessairement beaucoup plus étendu que le marché du cannabis thérapeutique, il est possible que les produits utilisés principalement à des fins thérapeutiques deviennent de moins en moins faciles à trouver⁸⁴ ». Le Comité recommande donc :

Recommandation 5

Qu'Anciens Combattants Canada, en collaboration avec Santé Canada, les experts sur le cannabis provenant de tous les domaines scientifiques, ainsi que les producteurs autorisés, s'assure que les variétés de produits du cannabis les plus susceptibles d'être utilisées à des fins médicales, dont celles avec une haute teneur en CBD, demeurent accessibles et abordables.

Régime fiscal applicable au cannabis à des fins médicales

Au Canada, le même régime fiscal s'applique à tous les produits du cannabis, qu'ils soient ou non utilisés à des fins médicales. La taxe sur les produits et les services (TPS) ou la taxe de vente harmonisée (TVH) s'applique donc à tous les produits du cannabis, ainsi qu'un droit d'accise qui varie selon les produits, et qui équivaut, dans le cas du cannabis séché, à environ 1 \$ du gramme acheté au prix maximum remboursable de 8,50 \$⁸⁵.

84 D^r James MacKillop (Peter Boris Chair in Addictions Research, St. Joseph's Healthcare Hamilton, McMaster University, à titre personnel), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1605.

85 M. Andrew Baldwin-Brown (cofondateur, Spartan Wellness), *Témoignages*, ACVA, 18 mars 2019, 1625.

Le gouvernement a suivi en cela l'avis de l'Association médicale canadienne (AMC) qui appuie le traitement fiscal unique tant que les recherches n'auront pas permis « de mieux comprendre les indications thérapeutiques possibles du cannabis, ainsi que les risques liés à cette substance⁸⁶ ». Dans son mémoire, l'AMC a également évoqué la situation du Colorado où deux régimes fiscaux distincts ont eu comme résultat que des personnes ont tenté d'obtenir une autorisation médicale afin de profiter du taux de taxation moins élevé.

M. Freedman, qui fut conseiller du gouverneur du Colorado lors de la légalisation du cannabis, a expliqué que l'état a imposé une taxe de vente de 2,9 % au cannabis, en plus d'une taxe d'accise de 10 % et d'une taxe de vente supplémentaire de 10 %. Pour le cannabis à des fins médicales, seul la taxe de 2,9 % s'applique⁸⁷. Il a affirmé que cela a permis aux personnes qui utilisaient le cannabis à des fins médicales de ne pas décider de s'approvisionner elles-mêmes hors du système d'autorisations médicales. Il a cependant confirmé les craintes évoquées par l'AMC, et a dit regretter que « ceux qui sont les plus susceptibles de devenir dépendants de la substance demandent souvent des cartes médicales pour pouvoir s'en procurer à moindre coût⁸⁸ ».

Quelques témoins ont déploré que le cannabis utilisé à des fins médicales soit soumis à la taxe de vente ainsi qu'à une taxe d'accise⁸⁹. Pour la TPS/TVH, il est raisonnable de penser que, tant que l'usage pour lequel le cannabis est autorisé n'est pas approuvé par Santé Canada, la plante doit être traitée sur le plan fiscal comme un produit naturel.

Quant à l'imposition des droits d'accise selon un régime similaire à celui imposé au tabac et à l'alcool, elle se défendrait bien si on connaissait clairement les effets nocifs du cannabis sur la santé, ce qui fait encore l'objet de nombreux débats. Dans l'état d'incertitude où se trouve la recherche à ce sujet, il y a donc peut-être place au compromis. Le point de départ de ce compromis pourrait être la décision prise par le gouvernement du Canada, dans son Budget 2019, de fixer les paramètres fiscaux qui s'appliqueraient aux produits comestibles du cannabis, en tenant compte de leur concentration en THC. En effet, au [chapitre 4 du Plan budgétaire](#), on peut lire « Certains produits à faible teneur en THC (p. ex., les huiles de cannabis) seront [...] assujettis de façon générale à des droits d'accise plus faibles qu'auparavant, ce qui offrira un

86 Association médicale canadienne, [Mémoire présenté au gouvernement du Canada dans le contexte de sa consultation sur la Proposition de cadre du droit d'accise sur les produits du cannabis](#), 7 décembre 2017, p. 4.

87 M. Andrew Freedman (directeur, Freedman and Koski inc.), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1625.

88 M. Andrew Freedman (directeur, Freedman and Koski inc.), *Témoignages*, ACVA, 20 février 2019, 1630.

89 Voir, par exemple, le témoignage de M. Philippe Lucas (vice-président, Recherche mondiale et services d'accès aux patients, Tilray), *Témoignages*, ACVA, 25 février 2019, 1635.



allègement fiscal accru relatif aux produits du cannabis utilisés habituellement par les particuliers à des fins médicales. »

Autrement dit, le gouvernement du Canada a déjà choisi de moduler l'imposition de la taxe d'accise, dès le 1^{er} avril 2019, de manière à en limiter la portée pour les produits du cannabis qui sont les plus susceptibles d'une utilisation à des fins médicales. Il est également indiqué que « pour la plupart des produits, notamment le cannabis frais et le cannabis séché, ainsi que les graines et les semis, il n'y aura pas de changement au cadre actuel du droit d'accise ». Le gouvernement n'a pas fourni les raisons justifiant de diminuer l'impact de la taxe d'accise sur les produits comestibles, mais non sur le cannabis frais ou séché. Le Comité recommande donc :

Recommandation 6

Qu'Anciens Combattants Canada, en collaboration avec Santé Canada et l'Agence du revenu du Canada, examine les moyens les plus appropriés de soustraire les produits à faible teneur en THC de l'application de la taxe d'accise, lorsqu'ils sont utilisés par les vétérans à des fins médicales.

CONCLUSION

Le constat le plus important à ressortir de l'ensemble des témoignages présentés au Comité est que nul ne connaît aujourd'hui suffisamment le cannabis pour tirer des conclusions définitives, tant sur les bienfaits que sur les risques d'en consommer. C'est pourquoi la nécessité de poursuivre les recherches est impérieuse, avant de pouvoir identifier, parmi les dizaines d'agents actifs de la plante, ceux qui pourront être isolés et combinés afin de devenir des médicaments et servir à des fins médicales sur une base solide. S'il existe peu de recherches sur le cannabis en général, les recherches sur l'utilisation du cannabis chez les vétérans est tout simplement inexistante. C'est pourquoi le soutien à la recherche constitue la recommandation principale du présent rapport.

Il est également important de rappeler que le cannabis n'est pas un médicament. C'est une plante, et en tant que tel, pour en consommer à des fins médicales, les médecins ne fournissent pas une « ordonnance » comme ils le font pour les médicaments. Ce que les médecins fournissent est une autorisation donnée à leurs patients de se procurer du cannabis auprès d'un fournisseur autorisé par Santé Canada. Cela leur permet de se faire rembourser une partie ou la totalité des coûts d'achat du cannabis par leur régime provincial d'assurance santé, leur régime d'assurance ou par toute autre institution, comme Anciens Combattants Canada, qui autorise le remboursement de telles dépenses. Cela ne fait pas du cannabis un « médicament »,

mais il est facile de succomber à ce glissement de sens puisque, à bien des égards, le cannabis est traité « comme si » c'était un médicament. En vertu de la politique d'ACC à cet égard, tous les médecins peuvent fournir une telle autorisation aux vétérans, mais très peu acceptent de le faire, étant donné l'absence de conclusions claires sur les bienfaits de la plante dans le traitement de certaines conditions médicales dont la prévalence est plus importante chez les vétérans, comme la douleur chronique et certains troubles de santé mentale.

Selon une recension très étendue de la littérature scientifique, menée par l'organisme mandaté par le Congrès américain pour lui fournir des analyses et des avis, les *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* ont conclu qu'il y avait « des preuves substantielles » de l'efficacité du cannabis dans le traitement de la douleur chronique chez les adultes. Dans le cas des troubles anxieux et du trouble de stress post-traumatique (TSPT), l'organisme a jugé que les preuves étaient « limitées ». Pour ces deux conditions, on ignore cependant à peu près tout du dosage et de la proportion des agents actifs qui sont responsables des bienfaits lorsqu'ils existent.

Quant aux risques, on sait qu'ils sont importants chez les personnes qui souffrent d'un trouble de santé mentale, surtout lorsque la variété de cannabis consommé contient une teneur élevée en THC. Le risque d'accoutumance augmente également avec la teneur en THC et avec la quantité consommée, mais semble faible lorsque la teneur en CBD est élevée.

Même à ce niveau d'incertitude, les bienfaits vraisemblables de l'utilisation du cannabis à forte teneur en CBD, en particulier pour le traitement de la douleur chronique, semblent surpasser les risques. Il n'y a donc pas lieu de remettre en question la pertinence pour ACC d'en rembourser une quantité raisonnable. En l'absence de données scientifiques concluantes, la définition de cette quantité raisonnable doit toutefois être dictée par la prudence. À la lumière des connaissances actuelles, la décision d'ACC de faire passer de 10 à 3 grammes par jour la quantité maximale de cannabis remboursable apparaît donc raisonnable. Pour les vétérans qui, avec l'avis de leur médecin, pourraient être brimés par cette décision, le ministère a mis en place une procédure d'exception qui permet d'excéder la limite quotidienne de 3 grammes sur la recommandation d'un médecin spécialiste.

Suivant l'avis de l'Association médicale canadienne, le gouvernement du Canada a choisi de ne pas créer deux régimes fiscaux distincts pour le cannabis consommé à des fins récréatives et le cannabis consommé à des fins médicales. Tant que les recherches scientifiques ne permettent d'isoler les cannabinoïdes actifs dans le traitement de certaines conditions médicales particulières, et donc d'en faire un médicament à



proprement parler, le cannabis doit continuer d'être traité comme un produit naturel, et être sujet à la TPS/TVH. Dans le cas des droits d'accise, la question est plus nuancée, car, comme le gouvernement l'a reconnu dans son application de la taxe d'accise aux produits de cannabis comestibles, un allègement pourrait être consenti dans le cas des variétés de cannabis dont l'efficacité à des fins médicales est la mieux reconnue, c'est-à-dire le cannabis à forte teneur en CBD. Le Comité recommande donc que le gouvernement étende cet allègement de la taxe d'accise à tous les produits du cannabis à forte teneur en CBD utilisés à des fins médicales.

Les Canadiens et Canadiennes peuvent consommer du cannabis à des fins médicales depuis vingt ans, et, depuis 2008, les vétérans peuvent, avec une autorisation médicale, se faire rembourser une partie des dépenses liées à cette consommation. Cette approche, à la fois ouverte aux besoins exprimés par les vétérans, et responsable face aux exigences d'appuyer cette ouverture sur les recherches scientifiques les plus fiables, a permis au Canada d'être à l'avant-garde des soins offerts aux vétérans. Selon le Comité, cette approche équilibrée, prudente et généreuse, doit continuer d'orienter les décisions du gouvernement du Canada touchant l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les vétérans.

ANNEXE A LISTE DES TÉMOINS

Le tableau ci-dessous présente les témoins qui ont comparu devant le Comité lors des réunions se rapportant au présent rapport. Les transcriptions de toutes les séances publiques reliées à ce rapport sont affichées sur la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Organismes et individus	Date	Réunion
<p>Ministère des Anciens Combattants</p> <p>Cyd Courchesne, directrice générale Direction générale des professionnels de la santé, médecin-chef</p> <p>Alexandra Heber, chef de la psychiatrie Division des professionnels de la santé</p>	2018/11/20	99
<p>À titre personnel</p> <p>Dr Jason Busse, professeur agrégé McMaster University</p> <p>Jacob Cohen, étudiant à la maîtrise en sciences et vétéran (libération honorable) Département de pharmacologie et psychiatrie, University of Saskatchewan</p> <p>Dr Yanbo Zhang, professeur adjoint Département de psychiatrie, University of Saskatchewan</p>	2018/11/22	100
<p>À titre personnel</p> <p>Kyle Atkinson</p> <p>James MacKillop, Peter Boris Chair in Addictions Research St. Joseph's Healthcare Hamilton, McMaster University</p>	2019/02/20	108
<p>Freedman and Koski inc.</p> <p>Andrew Freedman, directeur</p>	2019/02/20	108
<p>À titre personnel</p> <p>Tony P. George, professeur en psychiatrie University of Toronto</p> <p>Ramesh Zacharias, directeur médical Hamilton Health Sciences</p>	2019/02/25	109

Organismes et individus	Date	Réunion
GenCanBio Inc. Mark James, vice-président	2019/02/25	109
Tilray Philippe Lucas, vice-président Recherche mondiale et services d'accès aux patients	2019/02/25	109
À titre personnel Marcel Bonn-Miller, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania Max Gaboriault Zach Walsh, professeur agrégé University of British Columbia	2019/02/27	110
Sleep Wake Awareness Program Celeste Thirlwell, directrice	2019/02/27	110
À titre personnel Dr Oyedeji Ayonrinde, professeur agrégé Département de psychiatrie, Queen's University Yasmin Hurd, professeure Psychiatrie, Neurosciences, Icahn School of Medicine at Mount Sinai Dr Didier Jutras-Aswad, psychiatre spécialisé en toxicomanie et chercheur Centre hospitalier de l'Université de Montréal	2019/03/18	111
Spartan Wellness Andrew Baldwin-Brown, cofondateur	2019/03/18	111
À titre personnel Dr Alan Shackelford, médecin	2019/03/20	112
Cliniques de Cannabis Canadiennes Dr Barry Waisglass, directeur médical	2019/03/20	112

ANNEXE B LISTE DES MÉMOIRES

Ce qui suit est une liste alphabétique des organisations et des personnes qui ont présenté au Comité des mémoires reliés au présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la [page Web du Comité sur cette étude](#).

Aphria

Robert Laprairie

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents (réunions n^{os} 99, 100, 108 à 112 et 120) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,
Neil R. Ellis

Cannabis médical et bien-être des vétérans

Rapport supplémentaire du Nouveau Parti Démocratique (NPD)

Le NPD est d'accord avec les recommandations dans le rapport, mais pense qu'il manque encore quelques points essentiels. Nous ne croyons pas que les politiciens ni les bureaucrates du gouvernement se trouvent dans une position pour décider les sortes de traitement et le dosage qu'un Ancien combattant devrait recevoir. Ces décisions devraient être basées sur la science, et non sujet de politique partisane.

La deuxième recommandation du rapport est que le département d'Ancien Combattant modifie ses politiques pour réduire l'utilisation des produits de cannabis à haute teneur en THC.

Alors que le NPD respecte la nécessité de limiter la consommation de produits de cannabis à haute teneur en THC, plusieurs témoins ont relevé l'impact négatif que ce celui-ci pose pour ceux et celles atteints de troubles mentaux incapacitants. Le NPD croit que cette recommandation n'aborde pas la limite de trois grammes qui a été imposé par le département d'Ancien Combattant. Les témoins qui ont abordé ce sujet en comité ont rapporté que ce changement a été fait afin de s'aligner avec les directives du Collège des médecins de famille du Canada. Cependant, ces directives ont été conçues pour la population entière, et non pour les anciens combattants qui ont des maladies et blessures liées au service. Lorsque Dr. Celeste Thirlwell a été posé une question concernant le dosage requis pour les anciens combattants, elle a répondu :

Nous parlons de grammes de fleurs séchées. Je fais référence à ce que j'essayais de faire valoir au début de mon exposé. Disons que le cerveau d'un civil tourne tout au plus à 400 ou à 500 kilomètres à l'heure.

Trois grammes par jour sont adéquats dans ce cas-là, mais ce n'est pas pour le cerveau d'un militaire ou le cerveau d'une personne qui a subi des traumatismes. Ces gens ont besoin d'au moins cinq à huit grammes, une fois que leur état est stabilisé. Tout comme on administre de fortes doses de morphine après une chirurgie et qu'on les diminue par la suite, pendant la phase initiale de stabilisation, les anciens combattants doivent pouvoir obtenir de huit à dix grammes régulièrement afin de ne pas ressentir de symptômes de TSPT d'anxiété parce qu'ils craignent de manquer de médicaments ou que leur traitement prenne fin.¹

Le NPD n'est pas d'accord avec la déclaration qui réfère que le changement à trois grammes par jour était justifié.

Le NPD croit fortement que la majorité des membres du comité, députés, et fonctionnaires n'ont pas l'expérience ni l'éducation nécessaire pour effectuer des décisions qui portent sur les options de traitements disponibles pour les anciens combattants. Ces décisions devraient être exclusivement entre les mains des fournisseurs de soins de santé pour les anciens combattants. Par conséquent, le NPD recommande :

Qu'Anciens Combattants Canada modifie sa Politique de Remboursement du Cannabis à des Fins Médicales afin de payer le coût total de cannabis médicale recommandé par les fournisseurs de soins de la santé des anciens combattants.

La majorité des témoins ont relevé une nécessité d'élaborer plus de recherche. Ceci est illustré dans la première recommandation du rapport. De plus amples recherches sont requises afin d'assurer que les anciens combattants reçoivent le meilleur traitement disponible. Pour que cette recherche représente la vie des anciens combattants, le NPD recommande :

Qu'Anciens Combattants Canada examine toutes les politiques relatives au cannabis médical chaque fois qu'une recherche approfondie sur le sujet, examinée par des pairs, devient disponible, et qu'il modifie ces politiques au besoin en fonction des preuves les plus récentes.

¹ Dr. Celeste Thirlwell (Directrice, Sleep Wake Awareness Program), Témoignages, ACVA, 27 Février 2019, 1640.