



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## **Comité permanent des anciens combattants**

---

ACVA



NUMÉRO 112



1<sup>re</sup> SESSION



42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mercredi 20 mars 2019**

**Président**

M. Neil Ellis



## Comité permanent des anciens combattants

Le mercredi 20 mars 2019

• (1540)

[Traduction]

**Le président (M. Neil Ellis (Baie de Quinte, Lib.)):** Bonjour à tous.

Monsieur McColeman.

**M. Phil McColeman (Brantford—Brant, PCC):** Pour commencer la séance, monsieur le président, j'aimerais présenter une motion. Nous avons invité le ministre à témoigner aujourd'hui, mais comme il est très occupé, je suis certain que le préavis a été trop court. Lors de la dernière séance, j'ai donné avis d'une motion au Comité. La motion se lit maintenant comme suit:

Que le comité invite le ministre des Anciens Combattants, l'hon. Lawrence MacAulay à comparaître sur le Budget supplémentaire des dépenses (B), le 1<sup>er</sup> avril 2019.

C'est la date de notre prochaine séance, après la semaine de relâche. On doit présenter un amendement, et je vais vous demander d'être indulgent pour que cela soit ajouté. Nous pourrons ensuite voter. Doit-on voter deux fois?

**Le président:** Nous pouvons commencer par l'amendement.

Cathay, allez-y.

**Mme Cathay Wagantall (Yorkton—Melville, PCC):** J'aimerais apporter un amendement amical à la motion.

**Le président:** De quoi s'agit-il?

**Mme Cathay Wagantall:** Je voudrais simplement ajouter après « le 1<sup>er</sup> avril 2019 »: « ou le 3 avril 2019, et que la réunion soit télévisée ».

**Le président:** D'accord. On ajoute simplement une autre date et « télévisée ».

**M. Phil McColeman:** On donne ainsi au ministre une autre option.

**Le président:** Nous allons d'abord voter sur la motion d'amendement.

**M. Phil McColeman:** Monsieur le président, j'aimerais ajouter quelque chose avant de voter. J'ai parlé au ministre MacAulay pour l'informer. C'est la deuxième fois que je lui mentionne que nous aimerions qu'il vienne témoigner au sujet du Budget supplémentaire des dépenses, et il a dit qu'il serait heureux de le faire si son horaire le permet.

**Le président:** Très bien. C'est excellent.

Premièrement, question de procédure, l'amendement a été présenté.

Monsieur Samson.

**M. Darrell Samson (Sackville—Preston—Chezzetcook, Lib.):** Y a-t-il deux amendements ou un seul? Au début...

**Le président:** Je considère qu'il n'y en a qu'un seul. Il y a une autre date, pour la réunion suivante, et on ajoute que c'est télévisé.

**M. Darrell Samson:** D'accord. Mais s'agit-il d'un seul amendement à la motion?

**Le président:** Oui.

(L'amendement est adopté. [Voir le procès-verbal])

**M. Darrell Samson:** Je veux simplement m'assurer que l'amendement parlait bien du 1<sup>er</sup> avril ou du 3 avril.

**Le président:** Pour ce qui est des dates, on a ajouté le 3 avril et « télévisée ». Les séances sont habituellement télévisées quand les ministres sont présents.

L'amendement a été adopté. Nous allons maintenant voter sur la motion.

(La motion modifiée est adoptée. [Voir le procès-verbal])

**Le président:** Merci.

Nous allons maintenant entamer la séance. Merci à nos témoins de leur patience.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous poursuivons notre étude sur le cannabis médical et le bien-être des vétérans. Nous accueillons aujourd'hui deux témoins: le Dr Shackelford, médecin, et le Dr Waisglass, directeur médical.

Nous allons commencer par le Dr Waisglass, qui témoigne par vidéoconférence depuis Toronto.

Vous avez 10 minutes. Merci.

**Dr Barry Waisglass (directeur médical, Cliniques de Cannabis Canadiennes):** Mesdames et messieurs les membres du Comité permanent des anciens combattants de la Chambre des communes, bonjour, et merci de votre invitation. C'est un privilège d'être invité à venir vous faire part de mes connaissances et vous donner mon avis sur le cannabis médicinal et le bien-être de nos vétérans.

Je m'excuse de ne pas être là en personne, ce qui aurait été préférable pour tout le monde, mais je ne pouvais pas me rendre à Ottawa en raison d'un conflit d'horaire.

Je m'appelle Barry Waisglass. Je suis directeur médical des Cliniques de cannabis canadiennes, ou CCC, sigle que j'utiliserai dans mon exposé.

Par souci de transparence, je veux que vous sachiez que j'occupe également le poste de directeur médical à Aurora Cannabis, un des plus importants producteurs autorisés de cannabis au Canada.

Avant de réorienter ma carrière vers les produits médicinaux du cannabis il y a 5 ans, j'ai travaillé pendant 40 ans comme médecin de famille dans diverses collectivités en Ontario. J'ai souvent axé ma carrière sur la réussite des traitements proposés à mes patients, mais l'échec des traitements conventionnels et les torts qu'ils causaient sont devenus de plus en plus évidents.

J'ai quelques patients qui, avec mon soutien, ont commencé à explorer des thérapies complémentaires, comme la naturopathie et les plantes médicinales. Certains ont utilisé du cannabis pour soulager divers maux, notamment la douleur chronique, l'asthme, les affections cutanées et l'insomnie. Ils ont souvent fait état d'une amélioration de leur qualité de vie et du rétablissement de certaines fonctions, et certains ont même réussi à réduire, ou même à cesser, leur consommation de médicaments d'ordonnance, et ainsi à réduire leur facture et se débarrasser des effets secondaires désagréables.

En lançant son programme de cannabis médicinal, Santé Canada a légitimé l'utilisation du cannabis comme médicament. Les CCC ont été créées en 2014 pour répondre à la demande croissante des gens souffrant de problèmes de santé chroniques qui voulaient se procurer du cannabis médicinal parce qu'ils ne répondaient pas aux traitements conventionnels. Nous avons alors deux objectifs en tête: faciliter l'accès aux médecins prescrivant du cannabis médicinal et aux éducateurs ou conseillers dans le domaine, et réduire les torts causés par le recours croissant aux opioïdes.

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 maladie valide, la demande a augmenté et de nouvelles cliniques ont rapidement ouvert leurs portes. En 2 ans seulement, au milieu de 2016, les CCC comptaient 17 cliniques en Ontario. Nous en avons maintenant 36 dans 4 provinces: la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec. Depuis la création des CCC il y a 4 ans et demi, nous avons traité plus de 65 000 patients, et nous demeurons à ce jour la plus importante entreprise de cannabis médicinal au Canada.

On trouve surtout dans les cliniques des médecins de famille, mais on y trouve également des médecins d'urgence, des internistes et des psychiatres, qui y travaillent de manière indépendante et qui ne sont redevables qu'à leurs patients et à leurs collègues respectifs. La plupart de nos patients nous sont envoyés par leur médecin parce qu'ils souffrent de douleurs chroniques qui ne répondent pas aux remèdes conventionnels. À la suite d'une évaluation minutieuse, y compris un examen de leur dossier médical, le patient peut se voir prescrire du cannabis médicinal si ce produit est susceptible de donner des résultats pour son problème médical et s'il n'y a aucune contre-indication. Un conseiller en cannabis rencontrera ensuite le patient pour lui fournir l'information nécessaire pour qu'il se procure les meilleurs produits répondant à ses besoins et qu'il les utilise de façon sécuritaire.

● (1545)

Le terme « cannabis médicinal », par opposition à cannabis récréatif, renvoie à un produit qui est recommandé par un professionnel de la santé possédant de l'expertise dans le domaine. Au Canada, il s'agit d'un médecin ou d'une infirmière praticienne. Par expertise, on entend la connaissance des lois applicables et des règlements professionnels, ainsi que des connaissances sur l'utilisation du cannabis comme médicament, y compris les avantages et les risques, et sur les produits offerts dans la région où se trouve le patient.

Le patient se procure ensuite son médicament, son cannabis médicinal, exclusivement auprès d'un producteur canadien autorisé, contrairement au consommateur de cannabis récréatif qui ne reçoit ni ordonnance ni conseil professionnel au moment d'acheter son cannabis, auprès d'une source légale ou non, et, presque sans exception, sans que le producteur soit assujéti à la réglementation de Santé Canada. Les médecins qui connaissent bien le cannabis médicinal mettront en garde les patients ne connaissant pas le cannabis et leur prescriront des chimiotypes à faible teneur en THC. Le consommateur de cannabis récréatif n'est pas si bien informé et court donc plus de risques.

Nous avons constaté que la réponse aux traitements utilisant du cannabis médicinal varie, allant de l'absence d'amélioration à un soulagement phénoménal des maux. Les patients qui souffrent beaucoup et depuis longtemps sont souvent ceux qui semblent y répondre le mieux. C'est le cas de nombreux vétérans. Les recherches scientifiques nous ont aidés à comprendre pourquoi le cannabis suscite des réponses si différentes. Tous les êtres humains possèdent un système endocannabinoïde unique qui est responsable de bon nombre des fonctions régulatrices complexes de notre corps. Lorsque les récepteurs endocannabinoïdes sont exposés aux différents cannabinoïdes des plantes de cannabis, il est normal que les gens réagissent différemment. Selon des chercheurs de renom dans le domaine, et il est important d'en tenir compte, beaucoup de nos maux sont vraisemblablement liés à un dérèglement de notre système endocannabinoïde, et c'est le cas en particulier des processus dégénératifs liés au vieillissement.

Nous avons actuellement, dans les CCC, 1 026 vétérans parmi nos patients, et environ 30 nouveaux viennent s'ajouter chaque mois en moyenne. Presque tous souffrent de douleurs chroniques ou du syndrome de stress post-traumatique. Ils souffrent notamment d'anxiété, de troubles du sommeil, de dépression, de fatigue et de maux de tête. La plupart ont vu leur qualité de vie diminuer de maintes façons, ont des relations dysfonctionnelles et ont des accès de colère. Il s'agit d'un groupe qui réagit très bien au cannabis médicinal, car il réduit leurs symptômes, les aide à mieux fonctionner et réduit leur consommation de médicaments d'ordonnance. De plus, ils ont été nombreux à signaler une amélioration de leur état en consommant du cannabis médicinal plutôt que du cannabis illicite. Diverses études sont venues confirmer nos observations expérientielles: une étude réalisée par S. Chan et son équipe, et une revue de la littérature par Yarnell.

● (1550)

Le Comité a déjà entendu le témoignage de chercheurs et de cliniciens — je fais référence en particulier à ceux que vous avez entendus il y a deux jours — qui travaillent au sein même de nos établissements de santé et qui 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 avantages.

Nous avons des données anthropologiques et historiques qui illustrent la longue histoire de cette plante vénérée qui a été utilisée comme médicament au fil des siècles et presque partout sur la planète. De nos jours, même si les preuves portant sur l'utilisation du cannabis comme médicament reposent principalement sur des études d'observations et des témoignages, il faut savoir que les recherches cliniques solides sur lesquelles insistent des chercheurs avant que l'on approuve l'utilisation du cannabis médicinal sont en cours. De plus, les preuves provenant de milliers d'essais précliniques montrent que nous sommes sur la bonne voie.

Nous pouvons, et nous devons, continuer de recommander avec précaution l'utilisation du cannabis médicinal en attendant que d'autres études cliniques soient réalisées, en raison de ses avantages importants et des risques minimaux qu'il comporte quand on le compare aux autres traitements potentiels.

**Le président:** Docteur Shackelford, allez-y.

**Dr Alan Shackelford (médecin, à titre personnel):** Monsieur le président, madame la vice-présidente, monsieur le vice-président, distingués membres du Comité, c'est un grand privilège et un honneur de venir discuter avec vous des vétérans et du cannabis médicinal, soit du bien-être des vétérans et des effets que ce produit peut avoir sur eux.

Au cours de mes 35 ans de pratique médicale, j'ai eu le privilège de traiter un très grand nombre de vétérans du service militaire dans les hôpitaux pour vétérans pendant ma formation postuniversitaire aux États-Unis et dans ma pratique au Colorado. Même si c'est toujours un privilège de travailler auprès d'eux, c'est aussi frustrant parfois de le faire, en particulier lorsque les thérapies à ma disposition sont moins efficaces qu'espérées. C'est le cas notamment parce que les vétérans présentent pour les médecins un ensemble de problèmes différents des civils. Le service militaire présente en soit des défis particuliers et peut entraîner une variété de problèmes médicaux différents que les produits pharmaceutiques conventionnels n'arrivent pas souvent à traiter adéquatement.

Qui plus est, les vétérans peuvent souffrir de plusieurs problèmes médicaux en même temps — à titre d'exemple, un syndrome de stress post-traumatique peut s'accompagner d'anxiété, de douleurs causées par des blessures musculosquelettiques ou autres et de traumatismes cérébraux causés par les explosions, tout cela simultanément et chez un même patient. Il faut souvent pour soigner de tels troubles concomitants avoir recours à plusieurs médicaments différents dont les effets secondaires peuvent, séparément, ne pas être particulièrement inquiétants, mais dont les effets secondaires combinés peuvent créer de nombreux autres problèmes pour le patient, des problèmes qui viennent s'ajouter aux problèmes qu'on veut traiter. Nous savons maintenant que le simple fait de prendre différents médicaments d'ordonnance fait croître les risques. Des études ont révélé que lorsque le nombre de médicaments d'ordonnance approche huit, les risques d'effets indésirables graves, comme l'hospitalisation ou même la mort, s'accroissent pour atteindre presque 100 %. Il est donc essentiel de rechercher et d'offrir d'autres approches thérapeutiques, en particulier parce que les vétérans du service militaire sont parmi ceux les plus susceptibles de devoir prendre un grand nombre de médicaments d'ordonnance.

Un problème lié, mais encore plus urgent, est le fait que les vétérans du service militaire sont à plus haut risque que les civils de suicide, et plus particulièrement les vétérans canadiens de la guerre en Afghanistan et les vétérans américains des guerres en Afghanistan et en Irak. Et il ne faut pas oublier non plus ceux qui ont servi au Rwanda. Il est à peu près certain que le syndrome du stress post-traumatique, ou SSPT, est la cause sous-jacente de cette épidémie, vraiment, de suicides chez les vétérans, mais comme c'est le cas pour tant d'autres problèmes médicaux liés au service militaire, trouver le problème n'est que le premier pas pour offrir un traitement efficace.

Cela étant dit, j'ai été à même de constater que le cannabis médicinal arrive souvent à soigner remarquablement bien de nombreux troubles, y compris le SSPT, là où les médicaments conventionnels échouent. Nombre de mes patients ont réussi à réduire de beaucoup leurs doses de médicaments d'ordonnance, tandis que beaucoup d'autres ont réussi à les éliminer complètement,

lorsqu'ils ont commencé à introduire le cannabis médicinal dans leur régime thérapeutique. Au cours des 10 dernières années, j'ai vu au total quelque 30 000 patients et j'ai accumulé un corpus d'expériences que viennent appuyer les recherches effectuées dans le domaine. Comme l'a mentionné le Dr Waisglass, d'autres recherches s'imposent de toute évidence, mais il est clair que le cannabis constitue un traitement efficace lorsqu'il est utilisé de façon appropriée.

Cela s'explique par le fait que chacune des quelque 110 différentes substances appelées « cannabinoïdes », uniques à cette plante, produit un effet différent et variant un peu par rapport aux autres cannabinoïdes. Les thérapies à base de cannabinoïdes, dans leur ensemble, peuvent soigner différents problèmes médicaux en ayant moins d'effets secondaires qu'un médicament d'ordonnance à composé unique lorsqu'elles sont administrées en association. Si les traitements novateurs basés sur l'utilisation de médicaments à base de cannabinoïdes peuvent réduire de façon significative les doses requises de certains médicaments sans nuire à leur efficacité, ou même de les éliminer complètement, on devrait, de toute évidence, prendre cela en considération. Ces traitements valent la peine d'être examinés sérieusement.

• (1555)

Toutefois, cela ne veut pas dire que les produits du cannabis médicinal sont parfaits. Les dosages qui sont actuellement approuvés par Santé Canada pour les teintures, les huiles et le cannabis fumé ou vaporisé laissent beaucoup à désirer. Et c'est le cas non seulement au Canada, mais partout où l'utilisation du cannabis médicinal est approuvée.

Je travaille avec un médecin-chef adjoint des Forces armées canadiennes à la retraite et un spécialiste de la préparation des médicaments, qui a établi les équivalences pour Santé Canada et la FDA en Israël, à des études qui, nous en sommes convaincus, permettront de créer des produits dérivés du cannabis novateurs, bien formulés, de qualité pharmaceutique qui seront de loin supérieurs à tout ce qui existe en ce moment.

Pour les anciens combattants et les membres en service actif, le cannabis peut être un traitement efficace là où les traitements conventionnels échouent, ou, dans certains cas, peuvent aboutir à une efficacité comparable en réduisant les effets secondaires, ce qui améliore le profil risques-avantages de nombreux régimes thérapeutiques en médecine militaire.

Nous avons hâte de pouvoir offrir ces produits d'avant-garde aux patients au Canada et aux vétérans du service militaire, dont la résilience face aux maladies physiques et psychologiques est tout à fait remarquable, et dont la détermination à essayer de nouvelles approches thérapeutiques novatrices est à la fois courageuse et stimulante. Je pense que les vétérans du service militaire au Canada, et partout ailleurs, ne méritent rien de moins.

J'ai été honoré de prendre la parole devant vous. Je vous remercie de m'en avoir donné l'occasion, et je serai heureux de répondre à vos questions.

• (1600)

**Le président:** Monsieur McColeman, vous avez six minutes.

**M. Phil McColeman:** Monsieur le président, j'ai une petite faveur à vous demander: pouvez-vous me faire signe quand il me restera une minute, s'il vous plaît?

Merci à vous deux d'être des nôtres aujourd'hui. Je suis ravi d'entendre vos points de vue. Bien évidemment, nous nous sommes entretenus avec d'autres professionnels de la santé pour connaître leur avis.

Docteur Shackelford, pratiquez-vous actuellement la médecine et, si oui, où?

**Dr Alan Shackelford:** Oui. Je pratique la médecine au Colorado.

**M. Phil McColeman:** Vous avez donc fait le voyage depuis le Colorado pour venir nous voir. Merci infiniment.

**Dr Alan Shackelford:** Je suis ravi d'être ici.

**M. Phil McColeman:** Parlons de la distinction entre le cannabis médicinal et un produit consommé à des fins récréatives. Si je vous ai bien compris, et j'aimerais que vous le confirmiez, il existe bel et bien, selon vous deux, une catégorie de cannabis qualifié de « médicinal », et tout le reste serait à usage récréatif. Est-ce exact? Je ne parle pas du produit en tant que tel, mais vous faites mention du cannabis médicinal et vous dites qu'il s'agit d'un médicament. Est-ce bien ce que vous pensez?

**Dr Alan Shackelford:** Oui. Il s'agit clairement d'un médicament. Le cannabis proprement dit peut être utilisé de diverses manières. Lorsqu'il est formulé comme produit médicinal, à des fins thérapeutiques, c'est assurément un médicament.

Depuis toujours, le cannabis est également utilisé à des fins récréatives. Je crois que, dans le passé, bon nombre des gens qui en consommaient à des fins récréatives le faisaient, en réalité, pour traiter un problème médical sous-jacent dont ils n'étaient peut-être pas conscients.

**M. Phil McColeman:** Je vous remercie de votre réponse.

Docteur Waisglass, confirmez-vous qu'il s'agit d'un médicament?

**Dr Barry Waisglass:** Le cannabis peut être utilisé comme médicament, mais il peut aussi servir à transcender notre état de conscience — notre état d'esprit, si vous préférez. Il peut être utilisé comme euphorisant pour provoquer un sentiment de joie. Donc, manifestement, les gens peuvent s'en servir pour se détendre dans un cadre social. Voilà quelques-uns des usages possibles du cannabis, au sens où vous et moi l'entendons, et ce ne serait alors probablement pas un médicament.

Quoi qu'il en soit, le Dr Shackelford a tout à fait raison. Les gens disent souvent qu'ils en consomment à des fins récréatives, mais de toute évidence, c'est pour traiter des états pathologiques, comme l'anxiété.

**M. Phil McColeman:** Bien entendu, nous en parlons dans le contexte des anciens combattants, et j'aimerais que nous nous tenions à cela, dans la mesure du possible.

Y a-t-il d'autres types de médicaments, mis à part le cannabis, que les gens consomment en fumant?

**Dr Barry Waisglass:** Est-ce à moi que vous posez la question?

**M. Phil McColeman:** Oui. Je commencerai par vous, docteur. J'aimerais entendre votre opinion à tous les deux.

**Dr Barry Waisglass:** D'accord.

Le cannabis est une plante. Ce n'est pas une molécule simple, comme ce à quoi nous sommes habitués. Quand on parle de médicament, dans le contexte auquel vous semblez faire allusion, dans le milieu médical et pharmaceutique — depuis maintenant près de 100 ans —, 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 qui travaille avec des plantes — ou un médecin ayurvédique en Inde qui utilise les plantes comme médicaments.

• (1605)

**M. Phil McColeman:** Mon temps étant limité, je suis obligé de procéder rapidement. Si vous pouviez donner une courte réponse, docteur Shackelford, je vous en saurais gré.

**Dr Alan Shackelford:** Je crois que les gens ont coutume de fumer du cannabis à des fins tant récréatives que thérapeutiques, mais je ne pense pas que ce soit le seul mode de consommation, ni d'ailleurs le plus efficace. Les produits dérivés du cannabis que l'on consomme par voie orale — entre autres, sous la forme de comprimés — constituent des options plus appropriées sur le plan médical; selon moi, c'est ce qu'il faudrait mettre de l'avant. Je crois que l'état de développement actuel a limité les usages du cannabis aux méthodes traditionnelles d'inhalation, lesquelles provoquent certains effets secondaires, comme des nausées aiguës chez les patients qui subissent des traitements de chimiothérapie. Cependant, il existe des types de produits plus perfectionnés pour répondre à ce besoin précis, comme un extrait d'huile pouvant être vaporisé dans un dispositif prévu à cette fin.

**M. Phil McColeman:** Il me reste une minute, messieurs.

J'aimerais terminer en vous posant la question que voici. Au Canada, il n'y a pas de distinction entre le cannabis médicinal et récréatif dans le régime fiscal imposé par le gouvernement. Tous les autres produits pharmaceutiques et médicaux au pays ne sont pas assujettis à la taxe s'ils sont considérés comme des médicaments. Au Canada, nous appliquons ce qu'il est convenu d'appeler une taxe d'accise, que beaucoup de gens connaissent sous le nom de taxe sur les vices, comme celle applicable à l'alcool, aux cigarettes et aux produits du tabac. Cette taxe s'ajoute aux deux autres taxes, soit les taxes provinciales et fédérales, plus une dernière taxe sur une taxe.

Êtes-vous d'accord ou non pour dire que le cannabis médicinal devrait être assujetti à la taxe supplémentaire sur les vices, c'est-à-dire la taxe d'accise?

Je cède la parole au Dr Waisglass, à Toronto.

**Dr Barry Waisglass:** Je serais très troublé par la décision du gouvernement d'accabler les patients en appliquant cette taxe supplémentaire. En tout cas, dans mon exposé, j'ai souligné que les gens qui ont le plus besoin de cannabis médicinal et qui en bénéficient le plus sont souvent ceux qui souffrent le plus financièrement et qui sont incapables de travailler et de participer à la société.

Je suis donc d'accord avec vous. Vous semblez insinuer que c'est quelque chose d'horrible et de mesquin, d'où la nécessité d'annuler une telle taxe.

**Le président:** Docteur Shackelford, si vous voulez répondre, nous pouvons vous donner du temps.

**Dr Alan Shackelford:** D'autres administrations, comme le Colorado, font une distinction bien claire entre le cannabis récréatif et le cannabis médicinal, et les deux produits sont taxés tout à fait différemment. À mon avis, il n'est pas correct d'imposer une taxe sur les applications médicales ou les usages médicaux du cannabis au même titre qu'un produit consommé à des fins récréatives.

**M. Phil McColeman:** Merci.

**Le président:** Monsieur Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci à tous les deux de votre présence.

Docteur Waisglass, j'ai remarqué que, dans l'une de vos interventions, vous avez parlé de... Je n'étais pas présent à la dernière séance, mais vous avez fait allusion aux témoins précédents dans le domaine de la recherche médicale et des essais cliniques, en disant qu'ils font partie intégrante du système médical et qu'ils exagèrent les torts, en faisant fi des avantages.

Pour tout vous dire, je suis moi-même médecin. J'ai également passé cinq ans à faire de la recherche médicale avant d'entreprendre des études de médecine.

Lorsqu'on tient compte des niveaux de preuve qui sont requis... Par exemple, s'il y a un nouveau médicament contre l'hypertension, il faut d'abord effectuer de la recherche fondamentale. Viennent ensuite les essais sur les animaux. Enfin, il y a les essais sur les humains, le modèle d'excellence étant les essais cliniques randomisés. Compte tenu des antécédents des gens, en fonction de ces différentes méthodes, quelles preuves y a-t-il pour contester ce qu'ils disent en s'appuyant sur leurs connaissances et leur expérience? Quel est le niveau de preuve pour pouvoir affirmer que ces doses élevées ne sont pas nocives ou que ces bienfaits existent bel et bien, alors que d'autres chercheurs en médecine clinique ne sont pas d'accord?

• (1610)

**Dr Barry Waisglass:** Si nous allons utiliser le même barème de mesure pour une plante médicinale comme pour un médicament pharmaceutique à molécule simple, alors nous avons des problèmes. C'est d'ailleurs ce qui explique le retard à obtenir les données probantes dont nous avons besoin.

Nous effectuons ces études pour deux raisons. Premièrement, c'est pour convaincre Santé Canada ou toute entité chargée d'autoriser la mise en marché d'un nouveau produit que le médicament est efficace, c'est-à-dire qu'il fonctionnera mieux qu'un placebo pour traiter un problème. Deuxièmement, il s'agit d'en démontrer l'innocuité. N'est-ce pas exact?

**M. Doug Eyolfson:** C'est exact.

**Dr Barry Waisglass:** Nous voulons savoir que c'est sans danger. Nous voulons savoir que le produit ne va pas tuer des gens ou leur donner le cancer.

En ce qui concerne le cannabis médicinal, nous devons nous montrer plus patients parce qu'il est très difficile de l'évaluer de la même manière. Je vous répondrai qu'il y a amplement de données scientifiques précliniques pour nous laisser croire... Des milliers d'études sur les animaux, ainsi que des études en sciences cellulaires, biologiques, moléculaires, etc., démontrent que le cannabis n'est pas dangereux. Selon les preuves historiques dont nous disposons, ce produit est sans danger. On l'a utilisé comme médicament pendant des centaines d'années partout en Europe et en Amérique du Nord, ainsi que dans d'autres régions du monde, à des fins thérapeutiques,

de façon assez semblable à ce que nous connaissons, sauf que c'était sous forme de teinture.

Pour l'heure, nous avons des études observationnelles. Nous disposons également d'une gamme d'études de moindre envergure. De nouvelles études sont en cours, et vous pouvez obtenir des rapports préliminaires qui indiquent que le cannabis entraîne relativement peu d'effets secondaires graves, lesquels sont faciles à gérer, et que c'est un produit très efficace dans un grand nombre de traitements et pour le soulagement des symptômes.

Les médecins qui s'y opposent ne connaissent absolument pas les résultats des études observationnelles ou ils ne tardent pas à les discréditer. Une bonne partie des articles négatifs portant sur le cannabis — je le sais, parce que je les ai presque tous parcourus — sont truffés de préjugés. Les préjugés sont omniprésents dans notre société — en particulier, ceux concernant le cannabis —, qu'ils soient d'ordre religieux, culturel, politique ou social. Nous le savons tous, et vous avez probablement entendu, officiellement et officieusement, un certain nombre de personnes qui ont ces préjugés.

De la même manière, il y a des gens qui ont des préjugés en faveur du cannabis — le cannabis ne peut pas faire de tort, et c'est une solution à tous les problèmes. Nous ne pouvons pas nous en remettre à ces gens non plus.

**M. Doug Eyolfson:** Merci.

Docteur Shackelford, avez-vous quelque chose à ajouter?

**Dr Alan Shackelford:** J'ai fait de la recherche médicale lorsque j'étais étudiant en médecine de premier cycle à l'Université de Heidelberg, et j'ai publié cinq articles — qu'il s'agisse de sciences fondamentales ou d'essais sur les animaux et d'études cliniques. J'étais chercheur attaché à la Harvard Medical School durant mes études supérieures, dans le cadre de l'une de mes trois bourses de recherche après ma résidence en médecine interne à Harvard. Je connais donc très bien les recherches de cette nature, et je m'intéresse aux preuves scientifiques qui appuient l'utilisation du cannabis comme traitement.

Il 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 cannabis. Selon une étude réalisée par Donald Abrams et publiée en 2011, l'utilisation du cannabis — sous la forme vaporisée dans le cadre de cette étude précise —, en combinaison avec des analgésiques opioïdes d'ordonnance, a permis de réduire de 25 % la dose des analgésiques narcotiques. C'est, en soi, une façon importante de diminuer le risque auquel sont exposés les patients qui utilisent des opiacés, le soulagement de la douleur étant tout aussi efficace.

D'après les études menées au Canada par le Dr Mark Ware, que vous connaissez sans doute bien, le cannabis inhalé — ou encore fumé — s'est avéré efficace pour le traitement de la douleur neuropathique.

Toutefois, un des problèmes qui entravent la capacité d'effectuer ce genre d'études et que nous connaissons tous trop bien, en tant que médecins et scientifiques, c'est le parti pris institutionnel — surtout aux États-Unis — contre la tenue d'études portant sur le cannabis. Il y a un manque d'intérêt très clair à l'égard des travaux de recherche visant à démontrer tout bienfait médical possible du cannabis, et cette situation a limité notre capacité de mener les études appropriées. Il n'en demeure pas moins que l'étude du Dr Abrams, que je viens de citer, a été réalisée avec l'autorisation du National Institute on Drug Abuse aux États-Unis, et il y a d'autres études qui démontrent également des bienfaits.

En ce qui concerne les risques, les autres études n'ont pas réussi à prouver que la consommation de cannabis est liée au développement de maladies psychiatriques ou physiques.

• (1615)

**M. Doug Eyolfson:** Je suis désolé, mais puis-je vous interrompre? Je pense qu'il ne me reste presque plus de temps.

**Le président:** En effet.

**M. Doug Eyolfson:** J'en suis désolé. Merci beaucoup.

**Le président:** Madame Blaney.

**Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NPD):** Merci beaucoup, à vous deux, d'être des nôtres aujourd'hui.

Je vais commencer par vous, docteur Shackelford, si cela vous convient. Une des choses dont vous avez parlé... Je pense que c'est une question complexe. Nous examinons vraiment la situation des anciens combattants et leur besoin d'obtenir les médicaments qui amélioreront grandement leur vie. Nous savons, au regard des nombreux défis — et vous les avez décrits très clairement — qu'il est tout à fait important de trouver quelque chose qui leur permettra de continuer à vivre parmi nous. Je suis donc ravie du travail qui se fait à cet égard.

Vous avez dit dans votre exposé que vous avez observé des réactions remarquables au cannabis médicinal. Vous avez également mentionné avoir rencontré et consulté 30 000 patients. Tout d'abord, j'aimerais savoir si ces 30 000 patients étaient tous des anciens combattants. De plus, pourriez-vous nous parler de ces réactions remarquables?

Je me demande, entre autres, si la solution consiste à offrir le bon type de cannabis au bon patient. Quelle est l'ampleur du travail que cela représente? À l'heure actuelle, les gens ont droit à trois grammes de cannabis séché. Lorsqu'ils vont s'en procurer dans une clinique ou dans un point de vente, et s'ils utilisent quelque chose d'autre, il faut en déterminer l'équivalence. Je crains que cela ne comble pas vraiment les besoins de nos anciens combattants.

**Dr Alan Shackelford:** Ce sont là d'importantes questions.

Les 30 000 visites dont j'ai parlé sont 30 000 visites individuelles de patients échelonnées sur une période de 10 ans. Beaucoup d'entre eux... je ne sais pas exactement combien d'entre eux étaient des anciens combattants. Évidemment, à partir du moment où les militaires ont commencé à rentrer d'Afghanistan et d'Irak, le nombre d'anciens combattants que je voyais a augmenté. C'est probablement de l'ordre de 10 % ou quelque chose du genre, peut-être moins.

Dans presque tous les cas, les types de problèmes qu'avaient les militaires et les anciens combattants étaient extraordinairement complexes. Beaucoup souffraient du syndrome de stress post-traumatique. Bien sûr, le SSPT n'est pas limité aux membres des forces armées ou aux personnes qui ont assisté à des combats. Le syndrome peut aussi être causé par des accidents d'automobile ou d'autres situations où les gens croient que leur vie est en danger.

Toutefois, en ce qui concerne les anciens combattants, le nombre de produits pharmaceutiques habituellement prescrits oscille entre six et dix, et la complexité du problème... Comme je l'ai dit dans mon exposé, il peut s'agir d'une douleur physique ou d'un syndrome de stress post-traumatique et d'une variété d'autres choses, y compris des traumatismes crâniens, lesquels s'accompagnent d'une série d'autres problèmes. Je dirais que c'est la majorité des membres des forces armées — je vais me limiter au SSPT — qui ont pu s'affranchir de leurs médicaments, redevenir productifs et renouer avec leur vie de famille. Ce scénario n'est pas inhabituel.

Pour ce qui est du type de cannabis utilisé, premièrement, à trois grammes, tout dépend de l'équivalence. S'il s'agit d'un extrait utilisé sous la forme d'huile, c'est un produit différent. Ce n'est pas la même chose que de simplement fumer les trois grammes. Je suis presque absolument certain que c'est une quantité insuffisante sous toutes ses déclinaisons, qu'il soit extrait et administré par voie orale ou fumé.

Je ne pense pas qu'il y ait de preuve réelle et catégorique pour soutenir qu'un type de cannabis ou qu'une souche portant tel ou tel nom particulier est nécessairement plus bénéfique que d'autres. Je pense qu'il s'agit de savoir quelle est la teneur en cannabinoïdes et quels sont les produits chimiques en cause. Par exemple, pour traiter l'anxiété, le CDB est beaucoup plus efficace que le THC. C'est le diagnostic qui devrait dicter le type de traitement à utiliser.

• (1620)

**Mme Rachel Blaney:** Vous avez également mentionné le travail qui se fait en Israël, je crois, au sujet des produits pharmaceutiques à base de cannabis, des produits susceptibles de donner de meilleurs résultats. Comment cela serait-il différent de ce qui est utilisé maintenant? Laquelle des deux solutions est la meilleure?

**Dr Alan Shackelford:** Comme l'a dit le Dr Waisglass, le cannabis botanique est complexe. C'est une plante. Je pense qu'il peut avoir un rôle à jouer, mais je pense aussi que si nous voulons l'appeler cannabis thérapeutique, il faut que ce soit du cannabis thérapeutique. Ce n'est pas forcément une plante médicinale. Il peut prendre la forme d'un produit thérapeutique comme un extrait concentré dans un comprimé, par exemple, ou un extrait liquide qui peut être utilisé sous la langue. Ce qui est vraiment important, c'est la consistance de l'extrait ou du produit lui-même et la quantité connue de cannabinoïdes, qu'il s'agisse de CBD, de THC ou de tout autre composé dont nous savons quelque chose. Il y en a environ 110, dont le CBN, le CBC et le CBG.

Grâce à l'excellent travail qui s'est fait sur les animaux et à certains travaux qui ont été faits sur les humains, nous savons que la complexité des différents cannabinoïdes contenus dans l'extrait tiré de la plante dans son intégrité est plus efficace qu'un seul composé à lui seul. C'est ce qui a été démontré dans les essais entourant la mise au point d'Epidiolex, un antiépileptique à base de CBD qui a récemment été approuvé aux États-Unis. C'est ce qui est à l'étude en Israël, et j'espère que le Canada emboîtera le pas. Je suis à l'affût des possibilités de collaboration. Je suis membre de la Cannabinoid Research Initiative of Saskatchewan de l'Université de la Saskatchewan. Des plans sont en cours pour faire en sorte que le Canada embrasse à son tour ce domaine de recherche.

L'intention est de créer des médicaments à base de cannabinoïdes ou de dérivés de cannabinoïdes, ce qui permettrait d'uniformiser les dosages et d'assurer une certaine cohérence d'un produit à l'autre, l'objectif ultime étant de pouvoir les utiliser comme produits pharmaceutiques. Nous ne sommes pas encore rendus là. Cela ne veut pas dire que nous ne devrions pas consommer de cannabis entretemps. Des études scientifiques effectuées durant les premiers mois et les premières années du siècle dernier ainsi qu'au cours du présent siècle ont en effet démontré leur efficacité. Il y a beaucoup de preuves qui le soutiennent, et c'est sans danger.

En attendant d'avoir ces produits pharmaceutiques, rien n'indique que nous ne devrions pas traiter les gens de façon appropriée et avec les produits qui sont indiqués. Cela signifie simplement que nous avons beaucoup de travail à faire pour rendre ce produit conforme aux normes que nous souhaitons tous voir se concrétiser.

**Le président:** Merci.

Monsieur Bratina, allez-y.

**M. Bob Bratina (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.):** Merci.

Tout d'abord, docteur Waisglass, j'ai été interpellé par cette observation où vous affirmiez que certaines des ordonnances ne semblaient pas être particulièrement efficaces et que cela vous avait incité à recourir aux plantes médicinales et à d'autres choses. La question qu'il convient donc de poser est la suivante: comment utilisons-nous les médicaments qui sont à notre disposition?

Pouvez-vous me donner un exemple de quelque chose qui aurait été prescrit pour traiter un problème de santé donné et qui n'aurait pas fonctionné? Si de tels problèmes surviennent, devrions-nous examiner nos façons de prescrire? Vous ai-je bien compris à ce sujet? Certaines ordonnances qu'avaient reçues certains anciens combattants ne fonctionnaient tout simplement pas, alors que les autres modalités fonctionnaient, si vous voyez ce que je veux dire.

**Dr Barry Waisglass:** Pour m'assurer de bien comprendre votre question, est-ce que vous faites allusion à des médicaments d'ordonnance conventionnels qui n'ont pas bien fonctionné?

**M. Bob Bratina:** Oui. C'est ce que j'ai cru comprendre à partir de votre déclaration.

**Dr Barry Waisglass:** Oui, je serais surpris de savoir que la pièce où vous êtes assis n'est pas remplie de gens qui pourraient donner l'exemple d'une personne qui s'est vue prescrire un médicament, mais qui a dû arrêter de le prendre à cause des effets secondaires. Il se peut aussi que le médicament n'ait été que partiellement efficace. Cela s'applique à toute la gamme de médicaments que nous avons pour toutes les maladies courantes, comme l'hypertension, le diabète, l'arthrite, l'asthme — la liste est longue. Il y a beaucoup de gens qui trouvent les effets secondaires intolérables. Ils peuvent alors décider d'arrêter de prendre le médicament ou retourner voir leur médecin pour l'informer que ça n'a pas bien fonctionné ou que le médicament a eu tel ou tel effet négatif sur eux. Le médecin leur donnera alors une autre ordonnance.

Comme l'a dit le Dr Shackelford, c'est particulièrement vrai dans le cas des anciens combattants — et de nombreux autres, d'ailleurs — qui prennent plusieurs médicaments et chez qui les interactions médicamenteuses ne sont pas rares. C'est là où je voulais en venir lorsque j'ai expliqué pourquoi tant de gens ont recours à la naturopathie, aux plantes médicinales, à l'acupuncture et à toute une série d'autres traitements non conventionnels. Dans une certaine mesure, les compagnies pharmaceutiques et les médecins n'arrivent pas à respecter leurs promesses. Nous constatons maintenant que les solutions de rechange semblent être aussi importantes pour les anciens combattants qu'elles le sont pour le reste d'entre nous.

•(1625)

**M. Bob Bratina:** Je me demande si cela pourrait faire l'objet d'une autre étude, mais restons-en là pour l'instant. Je vous remercie de cette réponse.

Pour ce qui est du SSPT, je suis né pendant la Seconde Guerre mondiale, alors j'ai observé ce qui s'appelait le « traumatisme dû au bombardement ». À cette époque, il arrivait souvent que les voitures pétaradent, et comme il y avait des anciens combattants dans notre rue, je comprends le phénomène.

Mon oncle était sur un porte-avions américain, le *Bunker Hill*. Le bâtiment a été frappé deux fois par des kamikazes, et 600 des 2 600 membres de l'équipage ont été blessés. Je me souviens qu'ils essayaient d'identifier... Il y a eu de terribles incendies sur le pont du hangar. Pour identifier tous les marins qui avaient péri, ils ont dû ramasser les restes et essayer de découvrir à qui appartenaient les différents morceaux. Mon oncle avait de bons souvenirs de sa vie de

marin. Pas de cet épisode, bien entendu, mais de la vie en mer et de tout ce qui vient avec. Je sais que c'est différent pour chacun, mais l'évocation de ses souvenirs de service n'a jamais provoqué de SSPT ou de soubresaut chez lui.

Je me pose la question, c'est tout. Y a-t-il quelque chose de différent entre les expériences vécues lors de la Seconde Guerre mondiale et celles de la séquence Vietnam, Afghanistan, Irak?

**Dr Alan Shackelford:** À n'en point douter, ce sont là des souvenirs extrêmement douloureux pour une bonne partie de l'équipage du *Bunker Hill*. Il y a beaucoup d'exemples de ce genre. On ne sait pas très bien pourquoi une personne est atteinte du SSPT et une autre non ni combien de militaires souffrent de ce syndrome. Les manifestations peuvent survenir rapidement au lendemain d'un incident particulier ou seulement après des décennies. Je ne pense pas qu'il y ait de différence importante en ce qui concerne le vécu militaire en tant que tel, sauf que la possibilité d'obtenir de l'aide ou du soutien, ou le sentiment que la mission en valait la peine a probablement quelque chose à voir là-dedans.

J'ai parlé longuement avec un officier de l'armée canadienne qui était au Rwanda il y a quelques années. Il avait un SSPT très évident. C'était extrêmement difficile pour lui, mais ses camarades qui avaient été dans la même unité que lui et qui avaient vécu exactement dans les mêmes conditions que lui n'avaient pas ces problèmes. Je pense que si nous pouvions cerner ce qui rend un militaire plus résistant qu'un autre, nous serions bien avancés.

Je pense cependant que le prétraitement aux cannabinoïdes... Il y a des preuves que cela pourrait être bénéfique. 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 SSPT. Nous ne le savons pas encore vraiment.

•(1630)

**M. Bob Bratina:** Me reste-t-il du temps? Non?

Merci.

**Mme Karen Ludwig (Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest, Lib.):** Merci à vous deux pour vos exposés d'aujourd'hui. En fait, j'avais les mêmes questions pour vous deux. Je vais commencer par M. Shackelford.

Plus tôt cette semaine, nous avons entendu une recommandation en faveur d'un programme d'éducation sur mesure pour les familles des militaires. Pouvez-vous nous faire des recommandations sur ce à quoi cela pourrait ressembler?

**Dr Alan Shackelford:** Pouvez-vous clarifier un peu, s'il vous plaît? S'agit-il d'un programme sur mesure pour les familles des militaires en ce qui concerne la consommation de cannabis?

**Mme Karen Ludwig:** Oui, c'est ce dont il s'agit.

**Dr Alan Shackelford:** Eh bien, je pense que nous devons commencer par l'idée que le cannabis, lorsqu'il est utilisé correctement, est une intervention médicale. Comme pour toute intervention médicale, quelle que soit la substance thérapeutique utilisée, elle doit être isolée et éloignée des enfants, par exemple.

Je ne sais pas s'il est vraiment nécessaire d'avoir un programme d'éducation particulier pour les familles dont les membres consomment du cannabis, par comparaison, disons, aux familles dont les membres consomment d'autres médicaments sur ordonnance. Je pense que toutes les mêmes mises en garde s'appliquent, mais avec une distinction importante: un enfant qui consomme du cannabis ne risque pas de mourir. Il n'existe pas de dose létale connue pour le cannabis, ce qui n'est pas le cas des médicaments d'ordonnance qui sont souvent utilisés dans le traitement du SSPT ou de tout autre problème médical. Toutes ces mises en garde s'appliquent. Les risques de dépasser la dose, d'abuser du produit ou d'en faire une mauvaise utilisation peuvent être problématiques et nécessiter une intervention médicale, mais ce n'est jamais une question de vie ou de mort.

Je pense que les familles de militaires devraient être informées de garder les médicaments sous clé et d'en bloquer l'accès aux enfants de quelque façon que ce soit. Elles doivent aussi être avisées que les médicaments doivent être utilisés comme prescrit ou en conformité avec les directives reçues et qu'il faut éviter l'automédication. C'est un point extrêmement important. Le médecin qui administre ou autorise la consommation de cannabis — parce que c'est de cela qu'il s'agit — ou de tout autre médicament a l'obligation d'informer le patient de la consommation prévue et du fait qu'il s'attend à ce que ces paramètres soient respectés.

On ne peut pas se contenter de dire à quelqu'un qu'il peut avoir 10 grammes de cannabis et les utiliser comme bon lui plaît... Je crois qu'il ne serait pas correct de procéder de la sorte. Je pense que le médecin doit informer le patient de l'utilisation et de la posologie appropriées, et assurer un suivi régulier afin d'évaluer l'efficacité du traitement et de veiller à ce que le produit soit utilisé de la bonne façon.

**Mme Karen Ludwig:** Avant de passer à notre autre témoin, pourrais-je ajouter quelque chose ou prolonger cette question? Un certain nombre de témoins nous ont dit que la durée moyenne de la formation médicale concernant la prescription ou l'approbation du cannabis est d'environ une heure et demie dans une faculté de médecine. Il semble y avoir pas mal de choses à apprendre.

En votre qualité de conférencier, vous arrive-t-il d'être invité dans le cadre de programmes de médecine, de sciences infirmières ou de programmes d'études supérieures pour les infirmières praticiennes?

**Dr Alan Shackelford:** Oui. C'est précisément pour cette raison que j'ai parlé à la faculté de médecine et aux étudiants de l'université de l'Uruguay il y a quelques années. Je pense qu'il faut que nous ayons des cours pour les étudiants en médecine de premier cycle — mais aussi pour la formation postdoctorale en résidence —, des cours sur l'utilisation appropriée des médicaments à base de cannabinoïdes. Je pense que nous devrions envisager la création d'un programme de formation pour les médecins, tant civils que militaires, sur la bonne façon d'administrer les traitements aux cannabinoïdes.

**Mme Karen Ludwig:** Merci.

Est-ce qu'il me reste du temps? D'accord.

J'aimerais poser les mêmes questions au Dr Waisglass.

**Dr Barry Waisglass:** Je vais commencer par la dernière question. L'éducation médicale des étudiants en médecine, des étudiants en soins infirmiers et de tous les professionnels de la santé est manifestement importante. Ignorer ce fait...

**Mme Karen Ludwig:** Qu'en est-il de ceux qui sont dans la profession depuis 15 ou 20 ans? Sont-ils toujours en train de...

J'allais dire « se mettre à niveau », mais je suis certaine qu'il s'agit simplement d'une formation complémentaire.

**Dr Barry Waisglass:** Votre question comporte maints aspects.

Ici, au Canada, tous nos collègues exigent que les médecins restent « à jour ». Comme vous le savez, ces exigences sont dictées par chaque province ou territoire. Chacun des collègues dicte aux spécialistes et aux médecins de famille — les non-spécialistes — les exigences auxquelles ils doivent s'astreindre en matière de formation permanente. Il y a des moyens de les contourner. Ce n'est pas tout le monde qui obéit, mais les collègues font des contrôles à cet égard. Plus précisément...

• (1635)

**Mme Karen Ludwig:** Je suis désolée. J'ai une autre question à ce sujet avant que vous n'alliez plus loin. Est-ce que toutes les provinces sont sur la même longueur d'onde en ce qui concerne les maladies que leurs médecins doivent connaître?

**Dr Barry Waisglass:** [*Difficultés techniques*] ... uniformité d'une province ou territoire à l'autre pour tout ce qui a trait aux soins de santé. Chaque province modifie un peu les choses comme elle l'entend et s'en approprie un petit peu l'orientation. Cela s'applique également au cannabis.

**Mme Karen Ludwig:** D'accord. Je vous remercie.

**Dr Barry Waisglass:** Comme l'intervenant précédent l'a laissé entendre, l'éducation est extrêmement importante. La consigne pour tout membre de l'industrie, pour tout membre de l'industrie médicale en tant que telle, est « d'observer, de prodiguer et d'enseigner ». Je suis le membre fondateur des Cliniques de Cannabis Canadiennes. J'ai formé les médecins suivants qui souhaitaient travailler avec moi ou dans l'une de nos cliniques avoisinantes. J'ai formulé des recommandations sur la façon dont ils pouvaient recevoir le reste de la formation nécessaire. Vous avez raison. Les écoles de médecine ne préparent pas les médecins à administrer du cannabis médicinal. Ils reçoivent peut-être une heure de formation sur les propriétés de la plante mais, à ma connaissance, aucun programme d'études, à l'exception de ceux offerts en Inde, n'enseigne comment utiliser les plantes pour soigner les gens.

En ce qui concerne votre question à propos du programme d'éducation sur le cannabis offert aux familles des militaires, ma réaction initiale a été semblable à celle de Dr Shackelford. Je me suis demandé pourquoi nous offrions ce programme et quel était son objectif. Mais j'ai eu quelques secondes de plus que lui pour y réfléchir un peu, et j'ai pensé — je précise encore une fois que je ne fais qu'émettre des hypothèses en ce moment — que l'un des motifs sous-jacents du programme correspondait peut-être à ce que font de nombreux médecins lorsqu'ils soignent quelqu'un atteint de problèmes de santé mentale, c'est-à-dire qu'ils invitent un être cher à l'accompagner à toutes ses visites, parce qu'il importe que cet être cher soit au courant de tous les traitements employés, qu'il s'agisse de cannabis ou d'autres choses.

Je déteste accaparer un peu plus votre temps alors que vous en manquez tous tellement, mais j'ajouterais que cela constitue un élément réellement important que j'ai également intégré dans ma pratique de la médecine fondée sur le cannabis. Au cours de la première visite de suivi, disons que j'interrogeais le patient sur ce qui s'était produit lors de son utilisation du cannabis, et je lui demandais si le cannabis avait eu un effet sur ses douleurs. Il répondait que rien n'avait changé, que le cannabis n'avait pas fonctionné. Puis lorsque je l'interrogeais sur son sommeil et son humeur, il me disait que le cannabis n'avait eu aucun effet. Ensuite, je jetais un coup d'œil à son conjoint, et je remarquais qu'il souriait.

Alors j'interrogeais le conjoint sur son mari ou sa femme, quel que soit le cas. Je lui disais: « Votre conjoint ne semble pas avoir bien réagi au cannabis, mais votre expression contredit un peu ce constat. Que se passe-t-il? ». J'entendais alors le conjoint prononcer des paroles comme « Elle a maintenant recommencé à faire le lavage; je n'ai plus besoin de m'en occuper » ou « Il est descendu dans l'atelier. Il n'y était pas allé depuis deux ans, mais il a recommencé à travailler le bois ». Je ne peux pas vous dire combien de fois j'ai été témoin de scénarios de ce genre.

Les gens s'attendent à ce que la médecine fondée sur le cannabis donne des résultats légèrement différents. Si vous renseignez le partenaire le plus important de la famille sur le cannabis, cela revêt une grande importance, tout comme le fait de lui expliquer la vérité à propos des risques et des bienfaits du cannabis. Par exemple, les gens n'ont pas besoin de craindre la fumée secondaire. Elle ne va pas les rendre fous ou psychotiques. Bon nombre de gens ont gobé de nombreux mythes à propos du cannabis — des mensonges, des exagérations et des dangers. Il n'y a encore pas très longtemps, les responsables disaient que le cannabis menait à l'injection d'amphétamines ou d'autres drogues.

**Le président:** Merci. Le temps qui nous était imparti est écoulé.

Monsieur Kitchen.

**M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC):** Merci, monsieur le président.

Messieurs, je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui. Je vous suis grandement reconnaissant de vos témoignages.

Je tiens également à remercier ma collègue, Mme Ludwig, pour les questions qu'elle a posées précédemment, car elle m'a permis de supprimer l'une des questions sur ma liste. Il s'agit précisément de la question qui avait trait à la formation et au fait que nos médecins reçoivent une formation très limitée par rapport à un sujet aussi vaste que celui-ci.

J'ai été incité à présenter une motion visant à amorcer la présente étude en partie en raison de ce que je vous ai entendu dire tous les deux aujourd'hui. Cela s'est produit alors que nous menions une étude sur la méfloquine. Nous entendions les témoignages des vétérans et des membres de leur famille à propos de l'énorme incidence que le cannabis avait eue sur eux, et de la façon dont certains conjoints avaient retrouvé leur partenaire lorsqu'il avait commencé à consommer de la marijuana et à cesser de prendre ses médicaments. Il était formidable d'entendre vos commentaires à cet égard et à propos de la façon d'observer ces preuves.

Le problème que rencontre notre comité, c'est que lorsque nous examinons les faits... et je les étudie d'un point de vue scientifique. Lorsque nous examinons la hiérarchie de preuves, les preuves empiriques figurent au bas de la pyramide, comme vous en êtes bien conscients. Voilà l'énorme défi que nous devons relever lorsque nous siégeons ici en vue d'examiner ces preuves empiriques. Dans le passé, lorsque nous menions des études, nous n'acceptons pas d'émettre des recommandations fondées sur des preuves empiriques. C'est là notre habitude. Par conséquent, comment pouvons-nous aujourd'hui faire volte-face en nous reposant sur des données empiriques pour soutenir que le cannabis est une bonne chose? Même si les témoignages que nous entendons semblent merveilleux, il serait hypocrite de notre part de refuser les preuves empiriques liées à la méfloquine, tout en acceptant celles liées à la marijuana.

J'aimerais entendre vos commentaires à cet égard, en commençant par le Dr Shackelford.

● (1640)

**Dr Alan Shackelford:** Je pense que ce sont d'importantes considérations qui devraient peut-être nous inciter à faire davantage de recherches. Par contre, comme Dr Waisglass l'a indiqué, un très grand nombre d'études ont été menées sur le cannabis en tant que traitement médical potentiel. Je soutiens que nous pouvons, selon moi, tirer des conclusions de l'ensemble des données objectives disponibles afin de justifier et d'autoriser l'utilisation du cannabis comme une option en matière de soins pour les vétérans. Je pense que l'ensemble des données probantes soutient cette utilisation. Je serais heureux — et je suis certain que Dr Waisglass le serait également — de vous fournir une liste des renvois scientifiques à ces études. Je lis les résultats de ces études depuis au moins les 10 dernières années. Votre comité ou quelqu'un d'autre pourrait consulter ces études pour justifier la promotion de l'utilisation du cannabis comme traitement.

Je ne crois pas du tout que ces preuves soient insuffisantes. Je pense que bon nombre d'entre elles sont empiriques, mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a aucune étude objective et bien menée qui appuie son utilisation.

**M. Robert Kitchen:** Docteur Waisglass.

**Dr Barry Waisglass:** Je ne crois pas qu'il faille choisir entre le fait d'appuyer l'utilisation du cannabis médicinal pour soigner les vétérans et le fait de ne pas recommander du tout son utilisation parce que nous disposons seulement de données empiriques. Il y a d'énormes quantités de preuves empiriques disponibles, mais ce n'est pas ce que votre comité doit regarder. Vous devez examiner les études d'observation de grande qualité, qui sont tout à fait légitimes.

Comme le Dr Shackelford l'a mentionné, vous n'avez pas besoin d'être des scientifiques ou de consulter la base de données Medline pour faire vos recherches. Vous pouvez consulter un seul site Web comme [projectcbd.org](http://projectcbd.org) et obtenir probablement tous les renseignements dont vous avez besoin sur l'utilisation légitime du cannabis médicinal pour traiter une foule de maladies différentes. Il existe des études d'observation qui ont été menées de façon très raisonnable et qui fournissent indiscutablement des lignes directrices acceptables que les médecins et les bureaucrates peuvent utiliser pour pouvoir juger des traitements qui conviennent pour les patients ou les citoyens dont ils prennent soin.

Je ne crois pas que le problème soit lié à une insuffisance de preuves. Il y a suffisamment de preuves. Toutefois, il faut être extrêmement critique lorsque l'on examine ces preuves et, parfois, cet examen critique exige un peu d'habitude. J'ai regardé aujourd'hui une étude que quelqu'un m'a envoyée et qui porte sur le TSPT et les vétérans. C'était simplement un ramassis de faussetés. L'étude présentait un mélange très biaisé d'information et confondait le cannabis médicinal et le cannabis à usage récréatif, c'est-à-dire un cannabis à teneur élevée en THC, par opposition à un cannabis prescrit médicalement qui contient du CBD, un cannabinoïde beaucoup moins risqué — et Dieu seul sait quel genre de cannabis la personne consommait. L'étude ne faisait pas la distinction entre le Nabilone, d'autres médicaments d'ordonnance à base de cannabinoïdes ou de pseudo-cannabis et le cannabis en tant que tel.

Si vous déterminez qui finance l'étude et qui rédige ses résultats, vous pouvez faire le tri. C'est ce que je faisais avant de décider de travailler dans ce domaine à temps plein. Vous pourriez vous engager à faire la même chose si vous le souhaitez.

•(1645)

**M. Robert Kitchen:** D'accord. Je comprends ce que vous dites, comme vous devez comprendre... je comprends que nous disposons de preuves liées à des études d'observation. Le problème que posent ces preuves, comparativement à des essais contrôlés aléatoires, c'est que, premièrement, le risque de parti pris est beaucoup plus élevé. De plus, la qualité des preuves est beaucoup plus faible. Voilà les difficultés que vous rencontrez lorsque vous tentez d'utiliser ces preuves. Je partage votre avis à propos de la question d'examiner les auteurs du document et les partis pris qu'ils pourraient avoir. Ils pourraient être affiliés à une organisation ou une autre.

De toute façon, j'aimerais poursuivre un peu, si c'est possible. Je vous suis reconnaissant de vos commentaires à cet égard.

**Dr Barry Waisglass:** Vous me permettez peut-être d'ajouter une autre chose.

**M. Robert Kitchen:** Bien sûr, mais soyez bref.

**Dr Barry Waisglass:** Lorsque vous étudiez cette question, vous ne devez pas oublier que le cannabis est une plante. C'est une herbe. Ce n'est donc pas pareil. Il est très difficile de prendre cela en considération, lorsque l'on évalue les données scientifiques liées au cannabis. Si vous souhaitez étudier les effets du cannabis, examinez les produits pharmaceutiques qui sont dérivés du cannabis ou les extraits purs de cannabis, comme le Nabiximols, et les données scientifiques liées à ces produits. Vous constaterez que ces données sont irréfutables.

**M. Robert Kitchen:** L'aspirine provient de l'écorce d'un arbre. Il est donc aussi tiré d'une plante.

**Dr Barry Waisglass:** Oui.

**Le président:** Monsieur Samson, vous disposez de six minutes.

**M. Darrell Samson:** Je vous remercie tous les deux de vos exposés et des renseignements que vous nous avez fournis jusqu'à maintenant.

Docteur Shackelford, vous avez mentionné avoir remarqué une énorme différence. Une fois que les vétérans ou les autres personnes utilisent le cannabis, la prise d'autres médicaments, opioïdes ou autres, diminue considérablement. Est-ce exact?

**Dr Alan Shackelford:** C'est exact.

**M. Darrell Samson:** Êtes-vous de cet avis, docteur Waisglass?

**Dr Barry Waisglass:** Tout à fait.

**M. Darrell Samson:** Nous remarquons maintenant le recours à des méthodes non conventionnelles — vous avez dit que, pendant 30 à 40 années, vous avez pratiqué une médecine conventionnelle et que, maintenant, vous traitez les gens de façon non conventionnelle —, des méthodes qui étaient employées quand vous pratiquiez une médecine conventionnelle ou peu de temps après. Remarquez-vous que ces méthodes sont utilisées moins fréquemment maintenant et que les gens les remplacent par le cannabis médicinal? En d'autres termes, les gens remplacent-ils les autres traitements non conventionnels par ce nouveau traitement non conventionnel, si on peut l'appeler ainsi?

**Dr Barry Waisglass:** Je ne dispose pas de données à cet égard, mais je peux vous dire que des données probantes existent à ce sujet — en particulier dans l'État où Dr Shackelford travaille et dans d'autres États —, des documents solides qui rendent compte du recul observé dans les chiffres de vente des produits pharmaceutiques et sans doute de l'utilisation réduite de ces produits pharmaceutiques dans les États qui ont légalisé le cannabis médicinal. Autrement dit, des preuves indiquent que, lorsque les gens consomment du

cannabis, ils cessent de prendre leurs hypnotiques, sédatifs et analgésiques d'ordonnance, et les autres produits de ce genre.

**M. Darrell Samson:** Voulez-vous ajouter quelque chose, docteur Shackelford?

**Dr Alan Shackelford:** Oui, merci. Cet argument est extrêmement important. Il y a deux documents, dont un publié en 2016 par la revue *Health Affairs* et un publié également en 2016, je crois, par le *Journal of the American Medical Association*, ou JAMA, qui montrent une diminution très marquée du nombre de médicaments d'ordonnance prescrits par des médecins dans les États américains qui offrent des programmes de cannabis médicinal. Le nombre d'opioïdes prescrits par des médecins a diminué de 1 800 dans les États qui mettent en oeuvre des programmes de cannabis médicinal. L'article du JAMA rend compte du résultat de cette diminution, c'est-à-dire une réduction de 25 % des décès attribuables à des surdoses d'opioïdes dans les États qui mettent en oeuvre des programmes de cannabis médicinal, comparativement au nombre de décès de ce genre enregistrés dans les États qui n'offrent pas de tels programmes.

La réduction du nombre de prescriptions par médecin s'est traduite par une diminution importante du nombre de décès non intentionnels causés par une surdose d'opioïdes. Ces décès sont un énorme problème aux États-Unis. En 2017, je pense que 72 000 personnes sont décédées en raison d'une surdose non intentionnelle d'opioïdes ou d'interactions médicamenteuses. Des médicaments aussi communs qu'une aspirine ou des médicaments non stéroïdiens — l'indométacine étant bien entendu un médicament d'ordonnance très agressif — tuent de 15 000 à 20 000 personnes aux États-Unis. Nous pensons que ces substances sont inoffensives et, pourtant, elles ne le sont pas. Il est très important d'en avoir conscience.

•(1650)

**M. Darrell Samson:** Plus tôt, ma collègue vous a interrogé à propos du bon type de cannabis à prescrire au bon patient ou du bon type de cannabis à prescrire pour soigner le problème de santé qui touche les patients. Si, dans une salle distincte, je demandais à chacun de vous les trois principaux problèmes ou maladies que le cannabis médicinal contribue à soigner, pourriez-vous les désigner? Par exemple, nous remarquons le TSPT. À votre avis, quels sont les trois problèmes que le cannabis médicinal aide les patients à gérer? Pensez-y pendant une seconde, et retenez vos trois réponses. Nous les entendrons à mesure que la séance progressera.

Docteur Shackelford, vous pouvez répondre en premier.

**Dr Alan Shackelford:** Il y a le TSPT, bien entendu. Je vois un grand nombre de vétérans, et ils me renvoient leurs amis. Cependant, 93 % des quelque 88 000 patients qui détiennent maintenant une carte pour se procurer du cannabis médicinal au Colorado utilisent cette carte pour soulager leurs douleurs. L'une des raisons pour lesquelles c'est le cas tient au fait que nous n'offrons pas de très bons traitements pour la douleur et que bon nombre d'entre eux présentent des dangers, comme c'est le cas des opioïdes. J'ai observé un soulagement marqué des douleurs.

Les spasmes musculaires sont aussi l'une des applications approuvées du cannabis médicinal. Fait intéressant, ce n'est pas l'une des applications approuvées au Colorado, même si elle l'est dans d'autres États. Les maladies approuvées à cet effet dans les divers États des États-Unis sont disparates. Dans le cas de l'autisme, une étude menée en Israël montre que le cannabis aide les enfants atteints de cette maladie, dont certains qui sont gravement touchés. J'ai vu quelques patients atteints d'autisme réagir extrêmement bien au cannabis.

Les troubles convulsifs répondent particulièrement bien au cannabis. Il est très intéressant de constater que l'Épidiolex, le dernier médicament composé uniquement de CBD à être approuvé pour traiter les convulsions provoquées par le syndrome de Dravet, est efficace dans seulement 43 % des cas et ne soulage pas du tout les maux épileptiques non convulsifs. Il a été approuvé aux États-Unis comme médicament d'ordonnance, malgré son manque d'efficacité. La plante entière du cannabis est beaucoup plus efficace pour traiter les convulsions.

**M. Darrell Samson:** Merci. Je pense que vous avez ajouté quelques maladies.

Cela accroît la pression exercée sur vous, docteur Waisglass, mais vous pouvez vous lancer. C'est à vous de décider.

**Dr Barry Waisglass:** Cela dépend de l'étude que vous regardez, et je ne crois pas que ce soit important. Le cannabis fonctionne, que ce soit pour le syndrome de stress post-traumatique ou la douleur chronique ou l'insomnie.

J'aimerais répondre à l'autre partie de votre question, au sujet de la spécificité ou de la correspondance. Un de vos collègues a posé cette question également, mais n'a pas entendu ma réponse. Il y a énormément d'activité scientifique en ce moment à l'échelle de la planète. Au Canada seulement, nous avons plus de 50 centres universitaires qui mènent des études liées au cannabis, et cela va de la phytologie aux essais cliniques de produits du cannabis sur des humains. Au sein de notre société seulement, nous avons un peu moins de 50 scientifiques à l'emploi d'Aurora, et nous travaillons en collaboration avec des scientifiques de partout dans le monde.

Permettez-moi de vous dire qu'il y a un tsunami d'activité scientifique en ce moment — aucun doute là-dessus — parce que tous les résultats préliminaires suscitent beaucoup d'enthousiasme. Les scientifiques se penchent en ce moment, à divers niveaux, sur les types de cannabinoïdes, employés seuls ou combinés à d'autres cannabinoïdes, qui produisent un effet. Nous savons que les terpénoïdes et probablement les flavonoïdes de la plante de cannabis sont également des facteurs contributifs.

Cette information va nous arriver au fil des décennies à venir, mais il ne fait aucun doute que rien ne va empêcher l'activité scientifique de donner lieu à de l'information très précise nous permettant de concentrer notre attention sur ces souches particulières et, à tout le moins, de les faire correspondre à certaines affections. Nous le faisons au moyen d'études observationnelles, avec les données des patients, et nous essayons d'établir une correspondance. Nos conseillers ont l'information selon laquelle certaines personnes souffrant de migraines ont de meilleurs résultats avec telle ou telle souche.

•(1655)

**Le président:** Nous allons devoir vous arrêter là. Le temps de M. Samson est écoulé.

**Dr Barry Waisglass:** D'accord.

**Le président:** Nous passons maintenant à Mme Wagantall.

**Mme Cathay Wagantall:** Merci.

Je vous sais gré à tous de vos témoignages. Dans mon travail avec les vétérans, la question de savoir comment et quand ils devraient utiliser ce produit en particulier est un enjeu très important.

J'aimerais parler très brièvement avec vous des réactions indésirables à la méfloquine, et j'aimerais savoir si vous avez un rôle à cet égard. C'est une préoccupation que nos alliés et nous-mêmes avons tous, en ce sens qu'on a administré ce médicament

contre la malaria à des vétérans et que cela leur a causé des problèmes. Nous avons constaté que bon nombre de nos vétérans avaient trouvé le traitement au cannabis très efficace, alors que les produits pharmaceutiques semblaient compliquer le problème du fait qu'il s'agissait de lésions au tronc cérébral et non du SSPT, alors que l'on confond souvent les deux. Avez-vous travaillé avec des vétérans qui souffraient de ce problème en particulier?

**Dr Alan Shackelford:** Non. Je ne connais pas le tableau clinique de cela. Le Dr Waisglass pourrait en dire plus à ce sujet. J'ai travaillé avec des vétérans des forces militaires américaines auxquels on avait administré un vaccin contre l'anthrax et qui avaient eu de graves réactions. Dans bien des cas, c'était de la douleur chronique. Je n'en ai pas vu autant que j'ai vu de vétérans atteints du SSPT, mais ceux qui avaient des douleurs causées par le vaccin contre l'anthrax et qui souffraient notamment de nombreux spasmes musculaires répondaient vraiment bien au cannabis.

**Mme Cathay Wagantall:** Docteur Waisglass, est-ce que vous avez travaillé avec des personnes qui ont eu des réactions indésirables à la méfloquine?

**Dr Barry Waisglass:** Non.

**Mme Cathay Wagantall:** C'est bon. Je voulais simplement m'enquérir à ce sujet.

Concernant la recherche qui se fait et la discussion sur la nécessité de cette recherche, j'ai été ravie de vous entendre mentionner, docteur Shackelford, que vous travaillez avec l'Université de la Saskatchewan. Je suis de la Saskatchewan, et je suis très fière de notre université. De concert avec l'Université de Regina, il se fait énormément de travail relatif aux chiens d'assistance, et il y a une nouvelle étude en ce moment concernant la méfloquine.

Je serais curieuse de connaître votre rôle précisément, et de savoir à quoi ils travaillent. Quelle est l'importance de cette collaboration à l'échelle mondiale pour ce qui est d'obtenir certaines des réponses qu'il nous faut sans que chacun fasse tout le travail de son côté?

**Dr Alan Shackelford:** C'est extrêmement important. Le CRIS, le Cannabinoid Research Initiative of Saskatchewan, a maintenant deux ans. Il y a eu un colloque au mois d'août, et j'ai prononcé une allocution à cette occasion. La recherche scientifique fondamentale qui se fait en Saskatchewan, particulièrement dans le cadre de ce programme, est vraiment importante. Nous avons reçu une délégation de l'Institut Max Planck, en Allemagne. Un Canadien qui travaillait là-bas — originaire de Saskatoon, en fait — a amené son équipe entière composée de 20 chercheurs à Saskatoon pour faire du travail de recherche sur la plante de cannabis. Ce sont des professeurs extraordinairement qualifiés.

Il y a, parmi les gens qui font de la recherche sur les cannabinoïdes, un esprit de collaboration inhabituel, selon mon expérience, par comparaison avec d'autres initiatives de recherche. Parlant de collaboration ou, du moins, de communication entre les établissements de recherche à l'échelle du monde, que ce soit en Israël, aux États-Unis ou ici au Canada, ou même dans des endroits aussi variés que les pays d'Amérique du Sud, dont la Colombie et l'Uruguay, comme le Dr Waisglass l'a dit, l'évolution est fulgurante, dans ce domaine de recherche. On peut s'attendre à des innovations qui seront vraiment très remarquables.

**Mme Cathay Wagantall:** Docteur Waisglass.

**Dr Barry Waisglass:** Je suis désolé, mais j'ai eu des problèmes de volume et je n'ai pas pu entendre la première partie de votre question.

**Mme Cathay Wagantall:** Ma question portait sur la participation d'autres universités ou organisations à la recherche. En ce qui me concerne personnellement, dans ma province, la Saskatchewan, dont la population dépasse légèrement le million de personnes, l'Université de la Saskatchewan accomplit un travail phénoménal dans ce domaine. Je me demande si vous avez une expérience de ces études ou si vous avez collaboré à de telles études réalisées par ces organisations.

• (1700)

**Dr Barry Waisglass:** Aurora a plusieurs propriétés, dont l'une est CanniMed, le premier des producteurs commerciaux autorisés. CanniMed fait partie de notre organisation, alors nous travaillons avec les scientifiques dans ce domaine aussi. Oui, nous collaborons avec des centres universitaires et des centres de recherche de diverses provinces. Je n'ai même pas toutes les adresses: l'Université de l'Alberta, l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université de Toronto, McGill...

**Mme Cathay Wagantall:** D'accord. C'est excellent. Merci.

Docteur Shackelford, notre comité s'est rendu à Washington, et nous avons eu l'occasion de visiter l'hôpital Walter Reed. Dans une aile, si je me souviens bien — vous pouvez me corriger si je me trompe —, ils travaillaient avec des patients ayant subi des traumatismes graves et auxquels on administrait de puissants médicaments contre la douleur.

On cherchait à les amener au point où ils n'auraient plus besoin de ce niveau de produits pharmaceutiques, car il y a manifestement des réactions. Savez-vous si, aux États-Unis, on utilise le cannabis pour des patients ayant subi des blessures traumatiques, afin de les amener au point où ils peuvent reprendre le service ou la vie civile? Est-ce que cela fait partie du processus?

**Dr Alan Shackelford:** Non, car aux États-Unis, le gouvernement estime que le cannabis n'a pas d'utilité médicinale ni d'effets médicaux bénéfiques, et qu'il présente un risque élevé d'utilisation abusive. Cela ne veut pas dire que le cannabis ne suscite pas beaucoup d'intérêt, mais les contraintes qui sont imposées à la Veterans Administration et au domaine militaire sont si importantes que rien ne peut être fait, malgré tout l'intérêt que cela suscite.

La Veterans Administration n'interdit pas aux vétérans de consommer du cannabis à des fins médicales dans les États où il est légal de le faire, mais ni la VA ni le ministère de la Défense n'ont de programme officiel. Je vais vous le dire bien franchement: je pense que les États-Unis pourraient en apprendre beaucoup du Canada à ce sujet et à d'autres égards, et certainement pour ce cas particulier.

Le Canada et Anciens Combattants Canada ont en ce moment l'occasion de faire oeuvre de pionnier, je pense, en offrant le traitement, même s'il est encore à l'état brut, mais aussi en explorant et en mettant sur pied, comme je l'ai dit, des programmes de formation pour les médecins, et peut-être des programmes de recherche qui pourraient se réaliser de concert avec le ministère de la Défense ou...

**Mme Cathay Wagantall:** Eh bien, la situation est en évolution constante ici aussi, car en ce moment, les centres de traitement auxquels les vétérans peuvent s'adresser ne leur permettent pas de s'y rendre s'ils consomment du cannabis. Nous avons donc du travail à faire sur ce plan nous aussi.

**Dr Alan Shackelford:** En effet.

**Le président:** Merci.

Nous allons terminer avec Mme Blaney.

**Mme Rachel Blaney:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je veux éclaircir quelque chose. Vous avez tous les deux dit que les vétérans qui se mettent à consommer du cannabis sont souvent en mesure de cesser de prendre de nombreux produits pharmaceutiques qui ont des répercussions multiples sur leur bien-être. Est-ce qu'il y a de la recherche précisément sur les vétérans qui abandonnent les produits pharmaceutiques pour plutôt utiliser du cannabis, et ce, avec succès? J'aimerais aussi savoir s'ils sont suivis sur une période de temps donnée.

J'aimerais vous entendre en premier, monsieur Waisglass.

**Dr Barry Waisglass:** Nous ne le faisons pas. J'ai posé la question aux gens dans nos sociétés, concernant précisément le suivi de cette information. On ne le fait pas. Il serait nettement préférable de concevoir une étude particulière à ce sujet afin de recueillir cette information. À ma connaissance, personne ne le fait, mais ce serait utile. Tous ceux avec qui j'ai discuté ont dit que ce serait de l'information précieuse.

Je suis d'accord avec vous, mais on ne le fait pas.

**Mme Rachel Blaney:** Merci infiniment.

Docteur Shackelford.

**Dr Alan Shackelford:** Il n'y a rien d'officiel aux États-Unis, mais il y a quatre ans, le Colorado a approuvé un montant d'un peu plus de 2 millions de dollars pour la réalisation d'une étude sur les vétérans et le SSPT, et l'utilisation de plantes de cannabis correspondant à divers profils. La collecte de données pour cette étude est presque terminée.

Nous n'avons pas assez d'information. En fait, je n'ai pas grand-chose à citer, mais il y a une étude qui sera bientôt terminée sur l'utilisation du cannabis pour traiter le SSPT, aux États-Unis. Ce n'est pas officiel, cependant. C'est une étude que nous avons payée au moyen des fonds de l'État, mais elle n'est pas approuvée par le gouvernement des États-Unis.

Israël mène des études sur l'utilisation du cannabis pour les vétérans. Une étude en particulier a porté sur l'équitation thérapeutique qui, fait intéressant, est fort bénéfique. On a constaté que les militaires et les vétérans qui conjuguait l'équitation dans le cadre d'un programme particulier et la consommation de cannabis arrivaient plus efficacement à lutter contre le SSPT que ceux qui ne faisaient que l'un ou l'autre. L'administratrice de ce programme a indiqué qu'elle avait traité environ 60 vétérans dans le cadre du programme, et qu'il n'y avait eu aucun suicide, ce qui est remarquable. Malheureusement, le suicide est la première cause de décès des soldats israéliens.

• (1705)

**Mme Rachel Blaney:** Merci.

Je crois que mon temps est écoulé.

**Le président:** Oui.

Nous avons quelques questions d'ordre administratif à régler. L'analyste a demandé que vous lui transmettiez les études scientifiques que vous avez mentionnées et que vous possédez. Est-ce que vous pourriez les envoyer au greffier?

**Dr Alan Shackelford:** Absolument. Oui.

**Le président:** S'il y a quoi que ce soit que nous n'avons pas eu le temps d'aborder et dont vous aimeriez nous informer dans un mémoire, vous pourriez également soumettre cela au greffier, qui nous l'acheminera.

C'est tout pour les témoignages d'aujourd'hui.

Monsieur McColeman.

**M. Phil McColeman:** Monsieur le président, il nous reste du temps, et il y a des questions complémentaires.

**Le président:** Nous pourrions faire des tours de deux ou trois minutes, si vous le voulez.

**M. Phil McColeman:** Il y a une question que j'aimerais poser pendant que les témoins sont ici.

**Le président:** Est-ce que quelqu'un d'autre aurait des questions? M. Casey, oui.

Je vois que nous avons le consentement unanime. Allons-y, donc.

Nous allons commencer par M. McColeman. Vous avez trois minutes.

**M. Phil McColeman:** Je me demande si vous pouvez faire une chose pour nous. Vous avez manifestement travaillé avec de nombreux vétérans. Vous avez vu des réussites, et vous avez parfois vu des choses qui ne fonctionnaient pas. Pourriez-vous nous donner un exemple de réussite et un exemple d'échec sous la forme de brèves études de cas, s'il est possible de le faire dans le peu de temps que nous avons ici?

Est-ce que chacun de vous peut le faire? Docteur Shackelford, pourriez-vous commencer?

**Dr Alan Shackelford:** La semaine dernière, j'ai vu une jeune femme qui est une de mes patientes depuis quatre ans, je dirais. C'est une vétérane qui souffre d'un SSPT grave. Je pense qu'elle prenait sept médicaments sur ordonnance différents, au début du traitement par le cannabis. La semaine dernière, cela faisait trois ans qu'elle ne prenait plus aucun médicament sur ordonnance. Elle a un bon emploi qui lui plaît, elle est maintenant mariée et n'a plus aucun symptôme du SSPT.

Un homme qui a subi de graves blessures au combat et qui est atteint du SSPT continuait de souffrir de douleurs intenses à cause de ses blessures. Ses symptômes du SSPT se sont atténués, mais je n'ai pas eu le même succès pour le traitement de la douleur au moyen du cannabis seulement, ce que j'aurais préféré. Il a une faible dose de narcotiques qui, combinée au cannabis, est plus efficace que les narcotiques à eux seuls. Ce n'est cependant pas une réussite totale.

**M. Phil McColeman:** D'accord.

Docteur Waisglass.

**Dr Barry Waisglass:** Rien ne me vient à l'esprit comme exemple de cas qui ont fonctionné ou qui n'ont pas fonctionné. Selon mon expérience, il n'y a pas de constance quant à des vétérans ou à d'autres personnes souffrant du SSPT, sur le plan des médicaments qui ont fonctionné ou qui n'ont pas fonctionné. Je parle de médicaments à base de cannabis. Je pourrais vous relater de merveilleuses expériences, mais il faudrait que je me prépare. Je n'ai pas préparé d'études de cas à vous présenter. Je ne vois plus de patients. Mon travail est de mettre sur pied, au pays et à l'étranger, des cliniques où les gens peuvent avoir accès à des médicaments à base de cannabis, et de faire la démonstration des modèles que nous avons et qui fonctionneront dans leur pays...

• (1710)

**M. Phil McColeman:** Puis-je vous interrompre? Je n'ai plus que quelques secondes.

**Dr Barry Waisglass:** Bien sûr.

**M. Phil McColeman:** J'ai une dernière question, sur la concentration de THC par rapport à la concentration de CBD dans l'huile de cannabis. Prenons l'exemple de l'huile. Quelle est la

concentration maximale de THC? Est-ce qu'elle sera aussi élevée qu'il le faut? Est-ce qu'il y a des limites quant à la composante hallucinogène que vous êtes prêt à atteindre? Je sais que les concentrations peuvent varier entre les diverses huiles, et que bien des gens vont faire l'expérience de diverses concentrations afin de trouver ce qui fonctionne pour eux, en particulier chez les vétérans. Avez-vous quelque chose à dire au sujet de la gamme possible de ces deux principaux éléments dont nous discutons quand il est question de ce sujet?

**Le président:** Le temps est écoulé.

Docteur Shackelford, pourriez-vous répondre rapidement?

**Dr Alan Shackelford:** J'ai un patient pédiatrique qui souffre d'un trouble convulsif et qui prend 250 milligrammes de THC par jour avec des résultats extraordinaires et sans aucune psychoactivité — le terme « hallucinogène » est probablement erroné —, et j'ai d'autres patients qui se portent très bien avec 2 milligrammes de THC et 2 milligrammes de CBD. Cela dépend de chacun d'après moi: 250 milligrammes de THC, c'est beaucoup, mais cela fonctionne extrêmement bien pour ce garçon.

**Le président:** Monsieur Waisglass, je peux vous donner de 10 à 20 secondes pour répondre à cette question.

**Dr Barry Waisglass:** Je veux simplement répéter que le THC n'est pas un hallucinogène, et qu'il n'y a pas de formule absolue. Ce qui est intéressant du cannabis, c'est qu'il peut fonctionner à très petites doses. Grâce aux données d'Israël, des Pays-Bas et du Canada, nous savons que la moyenne est respectivement d'environ 1 milligramme, 1,5 milligramme, et 0,67 milligramme selon l'étude néerlandaise. C'est la quantité moyenne de cannabis séché par personne, par jour, mais les vétérans vont souvent en consommer 3 milligrammes. Il y a des gens qui vont consommer 5 ou 10 milligrammes de cannabis.

Les variations entre individus sont très difficiles à saisir, et personne n'a réussi à expliquer la raison de cela. La tolérance est, dans une faible mesure, un facteur contributif. Vous connaissez le mot « tolérance » et savez ce qu'il signifie: si vous vous habituez à quelque chose ou que votre système s'y habitue, il vous en faudra parfois plus.

**Le président:** Merci.

Monsieur Casey, vous avez trois minutes.

**M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Je ne suis pas un membre en titre de ce comité. En fait, j'en étais membre il y a six ans. Cependant, cette discussion m'intéresse beaucoup, surtout en ce qui concerne la façon dont le cannabis médicinal a permis à des patients de cesser de prendre d'autres médicaments.

Docteur Waisglass, vous avez commencé à répondre à une question, mais vous avez été interrompu. J'aimerais revenir à cela, parce que c'est en fait complètement à l'opposé de la discussion que nous avons. Je veux parler du principe voulant que le cannabis soit une drogue d'introduction à la consommation future d'autres drogues. Pendant les débats au Parlement, nous avons entendu pas moins de trois députés dire cela du cannabis — M. Gourde, M. Deltell et M. Dreeshen.

Que dit la documentation sur le cannabis comme drogue d'introduction? Quelle expérience avez-vous à cet égard? J'aimerais entendre le Dr Waisglass en premier, puis le Dr Shackelford.

**Dr Barry Waisglass:** Le cannabis n'est pas une drogue d'introduction. Ce sont des idioties. Il n'y a pas l'ombre d'une preuve légitime de cela sur la planète. Ce sont de vieux discours qui datent de l'époque de la guerre contre les drogues.

En fait, il y a un excellent rapport d'études à ce sujet. Je ne l'ai pas sous la main en ce moment — c'est dommage que je n'aie pas eu les questions à l'avance pour m'y préparer —, mais il est bien démontré que ce n'est pas une drogue d'introduction. C'est tout ce que je peux dire.

**Dr Alan Shackelford:** C'est absolument vrai. Il n'existe aucune preuve scientifique démontrant que c'est une drogue d'introduction. En fait, c'est le fournisseur qui sert d'introduction, à cause de ce qu'il a d'autre dans son arsenal, dans le petit sac qu'il transporte partout, et qui dit: « En passant, pourquoi n'essaies-tu pas ceci? »

Il n'existe aucune preuve scientifique selon laquelle la consommation du cannabis susciterait le désir ou le besoin de passer à d'autres drogues.

**M. Sean Casey:** Merci.

• (1715)

**Le président:** Merci.

Madame Blaney.

**Mme Rachel Blaney:** Très rapidement, je suis députée d'un secteur plutôt rural et éloigné. L'une des difficultés que rencontrent les nombreux vétérans qui viennent dans notre région, c'est l'accès au cannabis de la façon dont ils le souhaitent.

Docteur Waisglass, vous avez de multiples cliniques dans les quatre provinces que vous avez nommées précédemment. Est-ce que vous êtes dans des collectivités rurales et éloignées? Avez-vous de l'information sur les enjeux auxquels ces vétérans en particulier font face?

**Dr Barry Waisglass:** C'est une excellente question sur un sujet vraiment important. Comme vous le savez, l'accès au cannabis occupe entièrement mon esprit depuis cinq ans. Des pays de partout dans le monde m'interrogent continuellement à ce sujet et cherchent à savoir comment résoudre ce problème.

Nous ne pouvons pas installer des cliniques partout. Les secteurs éloignés ne peuvent pas avoir de clinique, mais cela ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas avoir des soins de santé. Partout sur la planète, nous utilisons l'équipement audiovisuel qui est mis à notre disposition et nous réussissons à fournir efficacement des services de soins de santé dans nos régions du Nord, et dans nos collectivités autochtones où les médecins ne peuvent se rendre et où les infirmières praticiennes sont rares. C'est ainsi que nous communiquons avec les patients qui ne peuvent pas aller voir un médecin offrant du cannabis médicinal dans leur collectivité.

**Mme Rachel Blaney:** Merci.

C'est tout.

**Le président:** Nous allons terminer avec M. Bratina.

**M. Bob Bratina:** Merci.

Docteur Shackelford, la très forte consommation de drogue chez les soldats sur le terrain, en particulier depuis l'époque de la guerre du Vietnam, est un phénomène très bien documenté. Est-ce que le médecin serait au courant de la consommation antérieure d'une personne qui est maintenant atteinte du SSPT? Est-ce que vous soupçonneriez un lien entre l'état du patient et les problèmes découlant du champ de bataille et de la consommation de toutes sortes de drogues, apparemment, selon ce que j'ai lu?

**Dr Alan Shackelford:** Au moment d'évaluer un nouveau patient, il convient toujours de s'enquérir de sa consommation antérieure de drogue ou de médicaments d'ordonnance...

**Le président:** Je crois que c'est la sonnerie qui se fait entendre.

**M. Bob Bratina:** Nous pourrions peut-être terminer ceci avant.

**Le président:** Je crois qu'il me faut le consentement unanime pour que nous poursuivions une fois que les lumières se mettent à clignoter.

Est-ce que nous avons le consentement unanime pour que nous poursuivions encore une minute?

**Des députés:** D'accord.

**Le président:** D'accord.

Continuez, je vous prie.

**Dr Alan Shackelford:** La consommation de drogues sur le terrain ou dans d'autres circonstances était probablement d'ordre situationnel, dans la plupart des cas. Je n'ai pas vu de très nombreux anciens combattants de la guerre du Vietnam continuer de consommer des narcotiques, de l'héroïne ou d'autres drogues. C'est inhabituel. Je pense qu'une fois que d'autres traitements leur sont offerts et qu'ils s'en prévalent, tout cela s'arrête vraiment très rapidement. C'est ce qu'on m'a dit. Selon mon expérience, les gens renoncent à cela...

**M. Bob Bratina:** Très rapidement, est-ce que la consommation de cannabis pour le SSPT serait épisodique ou quotidienne?

**Dr Alan Shackelford:** C'est une consommation quotidienne. C'est un régime établi et constant, avec un suivi.

**M. Bob Bratina:** Merci.

**Le président:** Merci.

C'est ce qui met fin aux témoignages d'aujourd'hui.

Je remercie encore une fois nos deux témoins d'être venus et de nous avoir offert leurs témoignages d'experts. Je le répète: si vous avez des preuves scientifiques à fournir, vous pouvez les envoyer aux analystes. Vous pouvez également fournir de l'information plus détaillée en réponse à certaines questions sous forme de mémoire, si vous le souhaitez.

M. Bratina propose la levée de la séance.

(La motion est adoptée.)

**Le président:** Merci.

La séance est levée.







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 : <http://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of  
the House of Commons

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

---

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>