

Obstacles à l'accès au cannabis pour les Canadiens qui en utilisent à des fins médicales

EXTRAITS DE :

Belle-Isle, L., Walsh, Z., Callaway, C., Lucas, P., Capler, R., Kay, R., Holtzman, S., Marshall, J., Stratton, T. et Woodworth, M. (2014).

Barriers to access for Canadians who use cannabis for therapeutic purposes. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 691-699.

Remerciements

Les auteurs remercient les personnes qui ont pris le temps de répondre à l'enquête.

Cette recherche a été financée par une subvention de l'*UBC Institute for Healthy Living and Chronic Disease Prevention* (Institut de l'UBC pour une vie saine et la prévention des maladies chroniques).

La production de ce résumé a été rendu possible par la Société canadienne du sida et est disponible en ligne à

www.cdn aids.ca



Contexte

Au cours des dernières décennies, il y a eu un intérêt croissant pour l'utilisation du cannabis (marijuana) à des fins médicales. Des pays comme le Canada, les Pays-Bas, Israël et certains États des États-Unis ont élaboré des programmes pour permettre l'accès au cannabis à des fins médicales. Au Canada, environ un million de Canadiens utilisent le cannabis pour traiter des affections médicales.

Des affaires judiciaires au Canada ont confirmé le droit constitutionnel des Canadiens de choisir le cannabis comme médicament sans craindre de sanction pénale (p. ex., *R. c. Parker, Wakeford c. Canada, Hitzig et al. c. Canada, R. c. Mernagh, R. c. Smith*). Par suite de ces affaires, le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMFM) a été adopté en 2001 à titre de lignes de conduite pour les Canadiens voulant obtenir une autorisation légale de posséder du cannabis à des fins médicales. En décembre 2012, 28 115 Canadiens avaient obtenu une autorisation de posséder du cannabis à des fins médicales et de l'obtenir d'une source légale, soit moins que 5 % du million de Canadiens estimés utiliser du cannabis à des fins médicales, ce qui suggère l'existence d'obstacles à l'accès au programme fédéral de cannabis médical.



Résultats clés :

- Il est difficile pour les Canadiens de trouver un médecin qui appuie leur demande d'accès au cannabis à des fins médicales.
- Seulement 7 % des répondants à l'enquête ont eu accès à du cannabis à des fins médicales exclusivement de sources autorisées.
- L'accès au cannabis à des fins médicales était plus facile là où il y avait des dispensaires, bien que ceux-ci soient exclus du régime réglementaire (RAMFM et RMFM).
- L'accès au cannabis à des fins médicales variait selon l'affection médicale et la qualité générale de la santé, et les personnes vivant avec le VIH/sida faisant face à moins d'obstacles.
- L'abordabilité du cannabis à des fins médicales est un obstacle significatif à l'accès que les futurs programmes devraient prendre en compte.

Pour obtenir l'autorisation de posséder légalement du cannabis à des fins médicales en vertu du RAMFM, les Canadiens étaient tenus d'obtenir l'aval écrit d'un médecin sur un formulaire de demande, puis de le soumettre à Santé Canada. Ceux qui étaient autorisés pouvaient se procurer du cannabis séché de Santé Canada, produire leur propre cannabis, ou désigner une personne pour produire du cannabis en leur nom. À compter du 1^{er} avril 2014, le RAMFM sera remplacé par le *Règlement sur la marijuana à des fins médicales* (RMFM) en vertu duquel les Canadiens qui désirent utiliser du cannabis à des fins médicales devront obtenir un document médical semblable à une ordonnance directement d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, qu'ils présenteront ensuite à l'un des producteurs commerciaux autorisés par Santé Canada. Aucune distribution ne sera permise sur place. Les commandes seront expédiées aux patients autorisés. Les licences tant personnelles que désignées obtenues en vertu du RAMFM seront éliminées graduellement. Ces changements imminents ont sonné l'heure d'examiner les obstacles de l'accès au cannabis à des fins médicales en vertu du RAMFM, et de voir comment le nouveau programme pourrait réduire ou exacerber les obstacles existants.

Outre les sources autorisées, les dispensaires de cannabis médical, qui portent le nom de clubs de compassion, représentent une source parallèle de cannabis, qui offrent du cannabis et les services connexes à plus de 40 000 Canadiens. Les dispensaires de cannabis médical sont apparus au Canada en 1997, en réponse à la demande d'une source de cannabis communautaire, sûre, et de qualité contrôlée à des fins médicales. Les dispensaires sont antérieurs au RAMFM qui ne les reconnaît pas officiellement, et ils fonctionnent en vertu d'un statut juridique ambigu. De plus, nombre de Canadiens ont accès au cannabis à des fins médicales par des amis, une autoproduction illicite, et le marché des drogues de rue.

Ce résumé présente les résultats de la plus grande enquête menée auprès des Canadiens qui utilisent du cannabis à des fins médicales à ce jour, l'Enquête sur l'accès au cannabis à des fins médicales. Il offre également de l'information utile sur le nouveau RMFM et ses implications pour les Canadiens qui utilisent du cannabis à des fins médicales.

Méthodes

La Société canadienne du sida a collaboré avec des chercheurs de l'Université de la Colombie-Britannique, à Kelowna, Colombie-Britannique, du Centre de recherche sur les dépendances de la Colombie-Britannique à l'Université de Victoria, l'Association canadienne de dispensaires de cannabis médical, des personnes qui utilisent du cannabis à des fins médicales, et des défenseurs du cannabis médical de l'Enquête sur l'accès au cannabis à des fins médicales. L'étude a été approuvée par le conseil d'éthique de la recherche comportementale de l'Université de la Colombie-Britannique.

L'étude a procédé d'une approche participative; l'équipe de recherche se composait de chercheurs universitaires, de représentants d'organismes communautaires et non gouvernementaux, et de personnes qui utilisent du cannabis à des fins médicales. Nous avons colligé 628 sondages en ligne d'utilisateurs actuels de cannabis à des fins médicales dans tout le Canada, en 2011-2012. Des organismes et médias qui servent les gens utilisant du cannabis à des fins médicales ainsi que des dispensaires ont aidé à promouvoir l'enquête nationale (p. ex., la Société canadienne du sida, le Réseau canadien autochtone du sida, les médias sociaux). Aucune donnée d'identification (c.-à-d., les adresses IP) n'ont été recueillies, pour préserver la confidentialité.

L'enquête comprenait des questions sur les données démographiques, l'utilisation détaillée du cannabis à des fins médicales, les communications avec les prestataires de soins de santé, l'accès au programme fédéral de cannabis à des fins médicales, les expériences au sein de celui-ci et l'offre de cannabis à des fins médicales, et la santé générale et le bien-être. Tous les pourcentages mentionnés sont basés sur le nombre de réponses à chaque question, indiqué entre parenthèses.

Les obstacles à l'accès au cannabis à des fins médicales ont été définis comme étant des zones de mauvaise concordance entre les personnes qui utilisent du cannabis à des fins médicales et le programme fédéral de cannabis médical qui permet l'accès légal. Nous avons étudié l'accès à l'autorisation de posséder du cannabis à des fins médicales, ainsi que l'accès à une source de cannabis à des fins médicales, sous l'angle de l'*accommodation*, l'*accessibilité*, la *disponibilité*, l'*abordabilité*, et l'*acceptabilité*.

Pour l'*accommodation*, nous avons utilisé les réponses aux questions qui représentent généralement la mesure dans laquelle les besoins d'accès des répondants étaient comblés par le programme en mettant l'accent sur les obstacles généraux, l'accès à un médecin, le processus de demande et une source de cannabis à des fins médicales. Pour analyser l'*accessibilité*, nous avons comparé les utilisateurs de cannabis à des fins médicales de toutes les régions provinciales et types de collectivité (urbaine, de banlieue et rurale). Afin d'analyser les différences de *disponibilité*, nous avons examiné la variabilité de l'accès selon les affections médicales et l'état de santé général. Pour analyser l'*abordabilité* du cannabis à des fins médicales, nous avons comparé l'accès dans les groupes de revenu et examiné la mesure dans laquelle l'effet des obstacles liés au coût variait en fonction de l'état de santé général. Finalement, pour examiner l'*acceptabilité*, nous avons décrit comment les répondants percevaient les attitudes et la communication des prestataires de soins de santé.

Résultat

Qui a répondu

Les 628 répondants étaient à 71 % masculins, à 29 % féminins et à 0,5 % transgenres et autres genres, à 92 % Blancs et à 7 % Premières nations et Métis. L'âge moyen était de 39 ans. Le revenu du ménage moyen variait entre 30 000 \$ et 39 999 \$. La plupart (96 %) avaient terminé leur cours secondaire et 58 % avaient fait des études post-secondaires. Les réponses ont été obtenues dans les dix provinces du Canada et l'un des trois territoires, et les répondants ont indiqué vivre dans des régions urbaines (47 %), de banlieue (32 %), et rurales ou éloignées (22 %). Les répondants ont déclaré utiliser du cannabis pour l'anxiété et la dépression, la douleur, l'arthrite, la douleur au dos, le VIH/sida, la sclérose en plaques, le cancer, l'épilepsie et une variété d'autres maladies. Ils utilisaient du cannabis pour contrôler les symptômes comme la douleur, la nausée, l'humeur, la spasticité et autres.

Accommodation

L'accommodation désigne la pertinence du programme fédéral de cannabis médical (en vertu du RAMFM en vigueur au moment de l'étude) pour répondre aux besoins des personnes qui utilisent du cannabis à des fins médicales. La majorité des répondants ont fait face à des obstacles pour accéder au cannabis à des fins médicales. Ils ont dit que ces obstacles influaient sur leur humeur, leur joie de vivre, leur sommeil, leur activité générale, leur travail normal à la maison et à l'extérieur, et leurs relations.

La plupart des répondants ont déclaré avoir discuté de l'utilisation du cannabis à des fins médicales avec un médecin, et presque le tiers d'entre eux ont dit avoir cherché un nouveau médecin relativement à leur utilisation du cannabis à des fins médicales, et la majorité de ceux-ci ont changé de médecin plus d'une fois. Plus d'un quart des répondants qui ont discuté du cannabis à des fins médicales avec leur médecin ont déclaré que celui-ci leur recommandait d'accéder au cannabis à des fins médicales mais refusait d'appuyer leur demande d'accès autorisé.

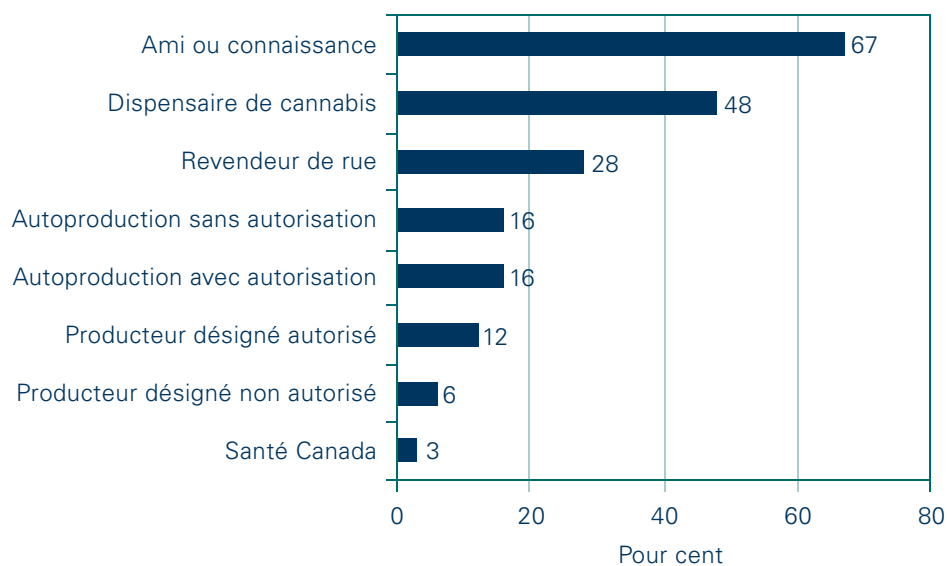
La plupart des répondants ont déclaré avoir discuté de l'utilisation du cannabis à des fins médicales avec un médecin... la majorité de ceux-ci ont changé de médecin plus d'une fois.

... seulement 7 % des répondants ont eu accès au cannabis à des fins médicales exclusivement par des sources autorisées.

Près de la moitié des répondants avaient fait une demande d'autorisation fédérale à posséder du cannabis à des fins médicales, et parmi eux, les deux tiers avaient reçu une autorisation au moment de l'enquête. Parmi les demandeurs d'autorisation au programme fédéral de cannabis médical, plus de la moitié ont trouvé le processus difficile ou très difficile, et près de la moitié se sont dits plus ou moins ou tout à fait insatisfaits du programme.

En vertu du RAMFM, seulement 7 % des répondants ont eu accès au cannabis à des fins médicales exclusivement par des sources autorisées. Le programme fédéral n'offrait qu'une seule souche de cannabis séché, alors que presque chaque répondant identifiait que l'accès à une souche spécifique préférée, une variété de souches, et/ou d'autres produits de cannabis (p. ex., pâtisseries, teintures) étaient des options importantes. En fait, moins d'un tiers des répondants avaient accès à du cannabis à des fins médicales de sources autorisées (c.-à-d., autoproduction autorisée, producteur désigné autorisé, achat en direct du programme fédéral), et plus des trois quarts des répondants qui avaient accès à des sources autorisées avaient également accès à du cannabis à des fins médicales de sources non autorisées (c.-à-d., dispensaire, ami, rue, autoproduction non autorisée, producteur désigné non autorisé) (Figure 1).

Figure 1 : Sources déclarées de cannabis à des fins médicales en vertu du RAMFM



Presque un tiers des répondants ont déclaré produire leur propre cannabis à des fins médicales, et la moitié de ceux-ci étaient autorisés à le faire pour leur usage personnel. Près du tiers des auto-producteurs disaient qu'il est difficile ou très difficile d'apprendre à cultiver le cannabis. D'autres déclaraient des difficultés liées à l'autoproduction, dont l'arrestation et les cambriolages. La raison la plus importante de l'autoproduction était la qualité, puis le prix, l'évitement du marché noir, la sélection d'une souche de cannabis spécifique, et la sécurité. Parmi ceux qui ont répondu que quelqu'un d'autre produisait du cannabis à des fins médicales pour eux, les deux tiers avaient des producteurs désignés qui étaient autorisés. Plus d'un tiers d'entre eux disaient avoir des difficultés à trouver un producteur désigné.

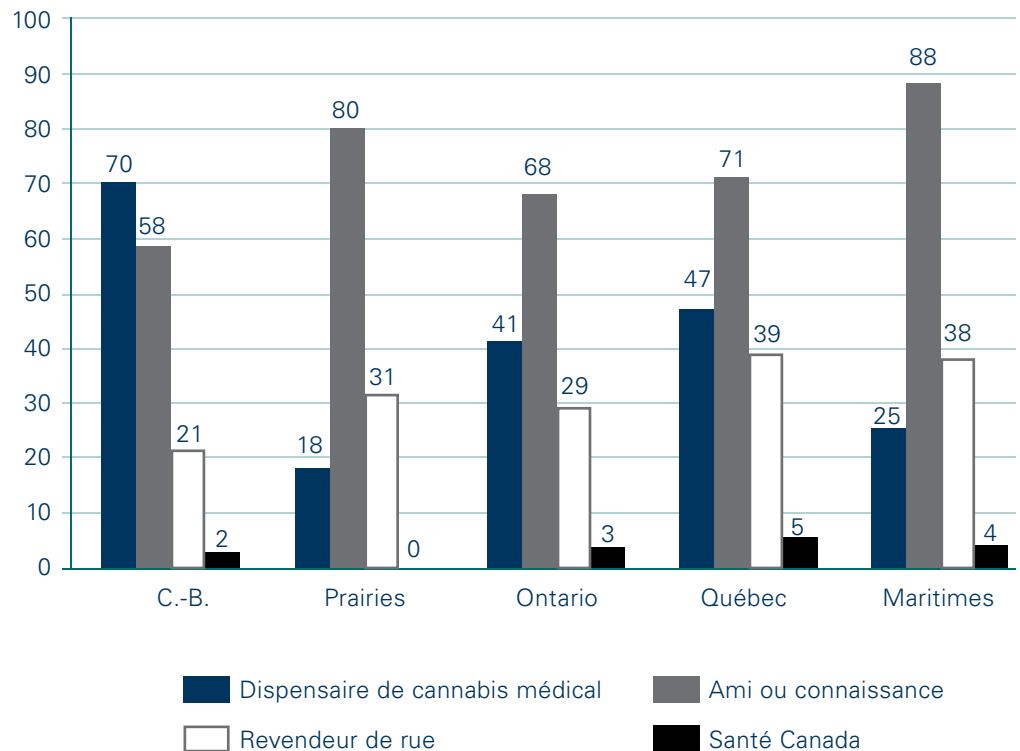
Accessibilité

Nous avons étudié l'accessibilité à la fois aux médecins pour obtenir un appui et être autorisé à posséder du cannabis à des fins médicales, et à une source de cannabis en fonction de la région provinciale de résidence et du type de collectivité (c.-à-d., rurale, de banlieue et urbaine). Le taux des obstacles rencontrés à l'accès au cannabis à des fins médicales ne différait pas selon la région provinciale ou le type de collectivité. La proportion de ceux qui avaient parlé à un médecin de l'utilisation du cannabis à des fins médicales variait selon la région, le taux le plus élevé étant en Colombie-Britannique et le plus faible, dans les Maritimes. Les répondants des régions rurales étaient plus susceptibles que les répondants de zones urbaines ou de banlieue de discuter de l'utilisation de cannabis à des fins médicales avec des médecins. La proportion de répondants qui déclaraient changer de médecin pour des raisons liées à l'utilisation de cannabis à des fins médicales ne variait pas entre les régions provinciales et les types de collectivité. Les résidents ruraux étaient plus susceptibles de déclarer avoir reçu l'autorisation fédérale de posséder du cannabis à des fins médicales comparativement aux résidents urbains et de banlieue.

La proportion de ceux qui avaient parlé à un médecin de l'utilisation du cannabis à des fins médicales variait selon la région, le taux le plus élevé étant en Colombie-Britannique et le plus faible, dans les Maritimes.

En ce qui concerne l'accès aux sources de cannabis à des fins médicales, il y avait des différences régionales dans la proportion de répondants qui avaient accès à des dispensaires de cannabis médical, les taux les plus élevés étant en Colombie-Britannique et en Ontario, et les plus faibles, dans les Prairies et les Maritimes. Sans surprise, plus de résidents des Prairies et des Maritimes obtenaient du cannabis d'un ami ou d'une connaissance, mais moins en Colombie-Britannique. La Figure 2 offre une répartition détaillée des sources de cannabis par région provinciale. L'autoproduction de cannabis différait par type de collectivité, le taux le plus élevé d'autoproduction se situant parmi les répondants des régions rurales, suivi par les résidents urbains et de banlieue.

Figure 2 : Sources de cannabis acheté à des fins médicales par région provinciale



... il y avait des différences régionales dans la proportion de répondants qui avaient accès à des dispensaires de cannabis médical, les taux les plus élevés étant en Colombie-Britannique et en Ontario, et les plus faibles, dans les Prairies et les Maritimes.

Une plus grande proportion de personnes vivant avec le VIH/sida et l'arthrite ont discuté de l'utilisation du cannabis à des fins médicales avec des médecins, alors que les répondants souffrant d'anxiété/dépression comme affection principale étaient moins susceptibles de le faire.

Les répondants qui déclaraient une santé *moyenne à mauvaise* étaient plus susceptibles que ceux qui avaient déclaré une santé générale *bonne à excellente* de discuter de l'utilisation de cannabis à des fins médicales avec un médecin, d'avoir obtenu une autorisation fédérale, et d'avoir accès au cannabis à des fins médicales par des moyens autorisés.

Disponibilité

Nous avons examiné comment les affections médicales et la qualité générale de la santé influent sur la disponibilité des médecins pour appuyer les demandes d'accès au cannabis à des fins médicales, sur la réceptivité du processus administratif du gouvernement fédéral, et sur la disponibilité des sources de cannabis à des fins médicales. Le taux des obstacles rencontrés pour accéder au cannabis à des fins médicales différait selon les affections médicales, de telle sorte que les personnes qui identifiaient le VIH/sida comme étant leur principale affection étaient moins susceptibles de déclarer des obstacles. Une plus grande proportion de personnes vivant avec le VIH/sida et l'arthrite ont discuté de l'utilisation du cannabis à des fins médicales avec des médecins, alors que les répondants souffrant d'anxiété/dépression comme affection principale étaient moins susceptibles de le faire. Les répondants vivant avec le VIH/sida étaient aussi relativement moins susceptibles que d'autres patients de changer de médecin pour des raisons liées à l'utilisation de cannabis à des fins médicales. Avoir affaire à des médecins qui recommandent le cannabis à des fins médicales mais qui refusent d'appuyer les demandes d'accès autorisé était moins prévalent chez les répondants vivant avec le VIH/sida, et plus fréquent chez les répondants souffrant de douleur chronique attribuable à une blessure au dos ou à l'arthrite.

Les répondants qui déclaraient une santé *moyenne à mauvaise* étaient plus susceptibles que ceux qui avaient déclaré une santé générale *bonne à excellente* de discuter de l'utilisation de cannabis à des fins médicales avec un médecin, d'avoir obtenu une autorisation fédérale, et d'avoir accès au cannabis à des fins médicales par des moyens autorisés. Cependant, les comparaisons d'après la santé générale des répondants n'identifiaient aucune différence en ce qui concerne les obstacles rencontrés, le changement de médecin relatif à l'utilisation de cannabis à des fins médicales, ou le fait d'avoir un médecin recommander le cannabis à des fins médicales mais refuser d'appuyer une demande d'autorisation.

À l'égard des sources de cannabis à des fins médicales, la proportion d'auto-producteurs autorisés contre non autorisés était semblable parmi les affections médicales. Toutefois, les auto-producteurs qui déclaraient une santé générale *moyenne à mauvaise* étaient plus susceptibles d'être autorisés que ceux qui déclaraient une santé générale *bonne à excellente*. La proportion d'auto-producteurs qui déclaraient une difficulté à apprendre à cultiver était semblable parmi les affections médicales et la qualité de la santé générale. La proportion de répondants déclarant leurs difficultés à trouver un producteur désigné était stable parmi les affections médicales et la qualité de la santé.

Abordabilité

L'abordabilité désigne les coûts associés au cannabis à des fins médicales et la capacité de payer d'après le revenu. Les coûts de l'accès au cannabis à des fins médicales sont liés tant au processus d'obtenir le soutien d'un médecin pour l'autorisation de posséder qu'à l'obtention d'une provision de cannabis. De nombreux demandeurs ont dû payer leur médecin (de 10 \$ à 800 \$) pour faire remplir leur demande. Une proportion relativement plus modeste du groupe à faible revenu et une proportion plus importante du groupe au revenu de 40 000-60 000 \$/an ont dû payer.

De nombreux demandeurs ont dû payer leur médecin (de 10 \$ à 800 \$) pour faire remplir leur demande.

Plus de la moitié des répondants ont dit qu'ils étaient *parfois ou jamais* capables de se payer une quantité suffisante de cannabis pour soulager leurs symptômes, et approximativement un tiers ont déclaré qu'ils choisissent souvent ou toujours entre le cannabis et d'autres nécessités (p. ex., nourriture, loyer, autres médicaments) en raison du manque d'argent.

Parmi les participants qui ont dit acheter du cannabis à des fins médicales, le montant moyen dépensé était de 200 \$ par mois. Plus de la moitié des répondants ont dit qu'ils étaient *parfois ou jamais* capables de se payer une quantité suffisante de cannabis pour soulager leurs symptômes, et approximativement un tiers ont déclaré qu'ils choisissent souvent ou toujours entre le cannabis et d'autres nécessités (p. ex., nourriture, loyer, autres médicaments) en raison du manque d'argent.

Environ deux tiers des répondants qui ont déclaré une santé générale *moyenne à mauvaise* étaient *parfois ou jamais* capables de se payer une quantité suffisante de cannabis à des fins médicales, comparativement à presque la moitié des répondants qui ont déclaré une santé *bonne à excellente*. Les répondants déclarant une moins bonne santé étaient aussi presque deux fois plus susceptibles de déclarer choisir entre le cannabis à des fins médicales et d'autres nécessités.


Une proportion plus élevée de répondants du groupe à faible revenu annuel ont obtenu l'autorisation de posséder du cannabis à des fins médicales comparativement à ceux des groupes au revenu plus élevé. Le revenu n'était pas associé à la discussion sur l'utilisation de cannabis à des fins médicales avec un médecin, ni avec le fait de changer de médecin pour des raisons liées à l'utilisation de cannabis à des fins médicales. Le revenu n'était pas non plus associé à l'accès au cannabis d'une source autorisée.

Acceptabilité

L'acceptabilité fait référence aux perceptions des patients de l'attitude des médecins à l'égard du cannabis à des fins médicales et du programme fédéral, ainsi qu'à la communication entre patient et médecin. Les répondants ont signalé une certaine réticence de la communication avec les médecins relativement au cannabis à des fins médicales. Environ la moitié des répondants ont dit avoir voulu à un certain moment discuter de cannabis à des fins médicales avec un médecin mais ne pas l'avoir fait. Parmi les répondants qui voulaient discuter de cannabis à des fins médicales mais ne l'ont pas fait, plus d'un tiers n'avaient pas discuté de cannabis à des fins médicales avec *aucun* médecin. La raison la plus souvent évoquée pour s'abstenir malgré le désir de le faire était « je ne me sens pas à l'aise », suivie de « illégal » et « je n'ai pas les moyens de me payer du cannabis ».

Même si les répondants étaient des utilisateurs *actuels* de cannabis à des fins médicales, nous les avons interrogés sur leur évitement *passé* du cannabis à des fins médicales. Les répondants ont indiqué leurs préoccupations face aux réactions potentielles des médecins et autres. La raison la plus souvent citée pour éviter le cannabis à des fins médicales était « je pourrais faire l'objet de discrimination », suivie de « les médecins peuvent être ennuyés par les demandes au sujet du cannabis », « discuter de cannabis pourrait déranger un médecin » et « cela pourrait me rendre somnolent ».

Les réponses à une question ouverte sur la réaction négative perçue des médecins au cannabis à des fins médicales incluaient : « Après de nombreuses réponses négatives du docteur, j'ai cessé d'aborder le sujet »; « Il me faisait taire chaque fois que j'en parlais. » Plusieurs réponses indiquaient aussi un souci de ce que discuter de cannabis à des fins médicales avec un médecin pouvait avoir un mauvais effet sur la relation patient/médecin : « peur de n'obtenir aucun traitement »; « peur de perdre mon médecin »; « j'ai peur de me retrouver sur la liste noire des patients et de ne pas avoir accès aux soins de santé! ». Comparativement à leur



Nos résultats révèlent que trouver un médecin pour appuyer une demande d'accès au cannabis à des fins médicales est un problème pour de nombreux répondants.

communication avec leur médecin pour d'autres questions médicales, la moitié des répondants étaient moins satisfaits de leur communication au sujet de l'utilisation de cannabis à des fins médicales, et près du tiers ont signalé se sentir souvent ou toujours faire l'objet de discrimination par leur médecin en raison de leur utilisation de cannabis à des fins médicales.

Discussion

Nos résultats suggèrent qu'en vertu du RAMFM, les Canadiens font face à des obstacles substantiels à l'autorisation légale de posséder du cannabis à des fins médicales et d'avoir accès à une source de cannabis à des fins médicales. En outre, selon nos résultats, nous concluons que nombre de ces obstacles ne semblent pas être pris en compte par le nouveau RMFM, et que le RMFM peut exacerber des obstacles à l'accès, particulièrement à l'égard de l'abordabilité.

Nos résultats révèlent que trouver un médecin pour appuyer une demande d'accès au cannabis à des fins médicales est un problème pour de nombreux répondants. Malgré l'existence d'un cadre légal, un nombre imposant de Canadiens chroniquement et sérieusement malades continuent d'accéder au cannabis à des fins médicales sans autorisation légale et de sources illicites. En vertu du RAMFM, le programme fédéral de cannabis médical ne semble pas être taillé pour répondre aux besoins des Canadiens qui utilisent le cannabis à des fins médicales.

En vertu du nouveau RMFM, les Canadiens devront obtenir un document médical, semblable à une ordonnance, d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, pour avoir l'accès légal au cannabis à des fins médicales. Étant donné les réserves qu'ont manifestées les médecins pour signer une déclaration médicale sur le formulaire de demande en vertu du RAMFM, il est possible que les médecins soient encore plus réticents à prescrire du cannabis à des fins médicales dans le nouveau cadre réglementaire, comme l'a énoncé récemment l'Association médicale canadienne, citant l'insuffisance de données probantes au sujet de l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Nos résultats confirment le besoin d'élaborer un ensemble plus convaincant de données probantes concernant les utilisations médicales appropriées du cannabis pour des affections spécifiques, ainsi que le besoin de mieux informer les médecins des données probantes *qui existent*. Les infirmières praticiennes seront autorisées à prescrire du cannabis à des fins médicales en vertu du RMFM dans les administrations où elles peuvent prescrire, mais reste à voir si cela donnera un meilleur accès au cannabis à des fins médicales.

Le système actuel ne parvient pas non plus à organiser l'accès à une source légale de cannabis à des fins médicales. Parmi les sujets de notre échantillon qui ont réussi à obtenir l'accès à des sources autorisées de cannabis à des fins médicales en vertu du RAMFM (achat direct de Santé Canada, autoproduction autorisée ou production désignée autorisée), seulement 7 % d'entre eux ont eu accès à du cannabis à des fins médicales exclusivement de sources autorisées. Cette situation suggère des obstacles substantiels à un accès autorisé efficace et acceptable à une source de cannabis.

Le RAMFM n'incluait pas les dispensaires de cannabis médical dans le régime réglementaire, et le nouveau RMFM non plus. L'omission des dispensaires du cadre réglementaire révisé peut contribuer à maintenir les obstacles à l'accès. Nos résultats suggèrent que l'accès au cannabis à des fins médicales était associé

à la présence de dispensaires de cannabis médical. En Colombie-Britannique et en Ontario, où se trouvent de nombreux dispensaires de cannabis médical, les résidents étaient plus susceptibles d'accéder à du cannabis à des fins médicales par un dispensaire, sans surprise. Spécifiquement, la C.-B. a la plus grande densité de dispensaires et depuis le plus longtemps, et les résidents de la C.-B. étaient plus susceptibles d'avoir discuté de cannabis à des fins médicales avec un médecin, et moins susceptibles d'acheter du cannabis à des fins médicales d'un ami ou une connaissance. Ces résultats suggèrent que les services offerts par les dispensaires de cannabis médical peuvent réduire les obstacles en augmentant les options de sources de cannabis à des fins médicales, les souches et produits offerts, l'*accessibilité* en ce qui concerne l'emplacement géographique et les services au comptoir, et l'*acceptabilité* pour ce qui est d'accroître les consultations d'un médecin au sujet du cannabis à des fins médicales et de réduire la prévalence de l'accès illégal par des amis et connaissances.

... l'accès au cannabis à des fins médicales était associé à la présence de dispensaires de cannabis médical.

... répondants vivant avec le VIH/sida rencontraient moins d'obstacles, étaient plus susceptibles de discuter de cannabis à des fins médicales avec des médecins, et moins susceptibles de changer de médecin relativement au cannabis à des fins médicales, et moins susceptibles de se faire recommander le cannabis à des fins médicales par un médecin qui refuserait ensuite d'appuyer leur autorisation.

L'accès au cannabis à des fins médicales variait selon l'affection médicale et la qualité générale de la santé. En particulier, nos résultats indiquent que les répondants vivant avec le VIH/sida rencontraient moins d'obstacles, étaient plus susceptibles de discuter de cannabis à des fins médicales avec des médecins, et moins susceptibles de changer de médecin relativement au cannabis à des fins médicales, et moins susceptibles de se faire recommander le cannabis à des fins médicales par un médecin qui refuserait ensuite d'appuyer leur autorisation. Les niveaux relativement plus faibles des obstacles rencontrés par les personnes vivant avec le VIH/sida peuvent être attribués à plusieurs facteurs, notamment l'efficacité relativement plus établie des usages thérapeutiques du cannabis pour le contrôle des symptômes liés au VIH/sida, les antécédents de longue date de l'action revendicatrice de masse du mouvement du VIH/sida, et l'alliance potentiellement plus solide entre les prestataires de soins de santé et les personnes vivant avec le VIH/sida. D'autres recherches des facteurs qui ont facilité l'accès au cannabis à des fins médicales chez les personnes vivant avec le VIH/sida pourraient aider à mettre au point des stratégies afin d'améliorer l'accès pour les autres groupes.

Les personnes qui ont identifié l'anxiété et/ou la dépression comme principales raisons d'utiliser le cannabis à des fins médicales étaient moins susceptibles d'en discuter l'utilisation avec des médecins. Cette différence peut refléter les caractéristiques de ces affections, comme la timidité et l'anxiété sociale, et la communication restreinte peut être associée à la dépression et à l'anxiété. Elle peut aussi refléter les stigmates associés à la maladie mentale et à l'utilisation de cannabis, qui peuvent faire obstacle à une communication ouverte entre patient et soignant. Par ailleurs, ce résultat peut refléter la réticence perçue de la part des médecins à recommander le cannabis pour traiter les symptômes psychiatriques. Étant donné la prévalence de l'anxiété et de la dépression dans la population générale, et les problèmes substantiels avec les traitements pharmacologiques actuels comme les benzodiazépines et les ISRS, les niveaux élevés constatés d'utilisation non autorisée du cannabis pour traiter ces affections suggèrent qu'il faut plus d'initiatives pour mieux déterminer les propriétés antidépessives et anxiolytiques du cannabis.

La mauvaise santé était associée à des taux élevés de communication avec un médecin et d'accès autorisé. Ce résultat indique peut-être que les Canadiens attendent d'avoir un besoin urgent d'options thérapeutiques, quand les autres options ont échoué, avant de trouver le courage de parler à leur médecin de l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Peut-être que les médecins sont plus à l'aise d'appuyer l'utilisation du cannabis à des fins médicales pour les Canadiens

L'abordabilité du cannabis à des fins médicales est un important obstacle à l'accès pour beaucoup.

La pression financière largement décriée qu'exerce le cannabis à des fins médicales souligne le besoin d'élaborer des approches pour atténuer les obstacles financiers et intégrer le cannabis à des fins médicales dans un cadre de médicaments subventionnés, ce qui est d'autant plus important en vertu du RMFM, puisque les Canadiens qui utilisent du cannabis à des fins médicales ne disposent plus des options économiques de produire leur propre cannabis ou d'obtenir un producteur désigné.

qui sont en mauvaise santé. Plus de recherche pourrait éclairer ce résultat. D'après l'état de santé général, aucune différence n'a été observée en ce qui concerne les obstacles à l'accès rencontrés, le changement de médecin relatif au cannabis à des fins médicales, et les médecins qui recommandent le cannabis à des fins médicales mais qui refusent d'appuyer les demandes d'accès autorisé. Néanmoins, nos résultats indiquent que plus d'un quart des patients en mauvaise santé ont eu affaire à des médecins qui recommandaient le cannabis à des fins médicales mais refusaient d'aider à l'autorisation. Ce résultat indique le besoin de plus d'éducation pour éliminer la réticence des médecins à aider les patients à obtenir un accès légal au cannabis à des fins médicales.

L'abordabilité du cannabis à des fins médicales est un important obstacle à l'accès pour beaucoup. En vertu du RAMFM, Santé Canada offrait son cannabis à 5 \$CAN le gramme, plus les taxes en vigueur. Le cannabis du marché des drogues de rue varie entre aussi peu que 7 \$ le gramme et aussi cher que 28 \$ le gramme dans la région la plus au nord du Canada. Les dispensaires de cannabis médical tendent à suivre les prix du marché des drogues de rue ou offrent le cannabis à un coût légèrement inférieur, parfois avec une échelle mobile des prix ou des dons limités aux clients à faible revenu. Les nouveaux producteurs commerciaux autorisés offrent le cannabis à entre 6 \$ et 12 \$ le gramme, ce qui confirme que le prix du cannabis à des fins médicales a augmenté, comme l'indique le Résumé de l'étude d'impact de la réglementation du gouvernement sur le nouveau RMFM.

Nos résultats révèlent que plus de la moitié des répondants ont signalé que les considérations financières font obstacle à leur capacité de traiter leurs symptômes avec du cannabis. Les personnes à faible revenu étaient les plus vulnérables à cet obstacle, car près de la moitié des participants du groupe au revenu le plus faible disaient avoir à choisir entre le cannabis à des fins médicales et d'autres nécessités. Toutefois, même le tiers du groupe au revenu le plus élevé a déclaré avoir de la difficulté à se payer le cannabis à des fins médicales. L'abordabilité semblait affecter de façon disproportionnée les patients les plus sérieusement malades, de telle sorte que le groupe qui déclarait une santé moyenne à mauvaise était deux fois plus susceptible que les patients en meilleure santé de déclarer avoir à choisir entre le cannabis à des fins médicales et d'autres nécessités. Étonnamment, le groupe au revenu le plus faible était plus susceptible d'avoir obtenu l'autorisation de posséder, ce qui suggère que c'est le coût du cannabis en soi, plutôt que celui d'obtenir une autorisation, qui présente le principal obstacle à l'abordabilité. La pression financière largement décriée qu'exerce le cannabis à des fins médicales souligne le besoin d'élaborer des approches pour atténuer les obstacles financiers et intégrer le cannabis à des fins médicales dans un cadre de médicaments subventionnés, ce qui est d'autant plus important en vertu du RMFM, puisque les Canadiens qui utilisent du cannabis à des fins médicales ne disposent plus des options économiques de produire leur propre cannabis ou d'obtenir un producteur désigné.

Finalement, les obstacles à l'acceptabilité attribuables aux stigmates et à la controverse qui entoure l'utilisation du cannabis à des fins médicales doivent être examinés. À la lumière de ces stigmates et de cette controverse, et des données probantes d'études sur les médecins qui se disent mal à l'aise avec l'utilisation de cannabis à des fins médicales, nous n'avons pas été étonnés que la perception des patients de l'attitude des prestataires de soins de santé à l'endroit des personnes qui utilisent du cannabis à des fins médicales constitue un obstacle substantiel à l'*acceptabilité* des services. Nos résultats laissent voir des obstacles à des discussions franches et ouvertes sur le cannabis à des fins médicales, et un effet négatif sur la continuité des soins.

En fait, près de la moitié des répondants avaient déjà voulu discuter de cannabis à des fins médicales avec un médecin mais avaient évité de le faire, prétextant le plus souvent la peur de la discrimination et des impressions de malaise. Les études sur l'interaction patient-médecin suggèrent que ces craintes pourraient être fondées. La moitié des répondants étaient relativement moins satisfaits des interactions avec le médecin liées au cannabis à des fins médicales que des interactions ayant trait à d'autres questions de santé, et près du tiers d'entre eux ont dit faire l'objet de discrimination liée au cannabis de la part des médecins. La grande proportion de patients qui ont changé de médecin pour avoir accès au cannabis à des fins médicales, et qui ont déclaré que les médecins recommandaient le cannabis à des fins médicales sans vouloir signer d'autorisations officielles, représente une preuve supplémentaire du malaise toujours présent relativement au cannabis à des fins médicales de la part de certains médecins. Ce malaise peut provenir de leur manque de connaissances avoué sur l'utilisation médicale du cannabis et de leur désapprobation du fait de fumer comme voie d'administration de tout traitement. Il peut également provenir de leurs opinions personnelles sur l'utilisation du cannabis, ce qui peut être un sujet intéressant de futures études. Des organisations comme le Consortium canadien pour l'investigation des cannabinoïdes ont mis au point des programmes pour aider à l'éducation des médecins sur les dommages et bénéfices relatifs du cannabis à des fins médicales, et on a assisté dans les dix dernières années à un accroissement notable de l'acceptation du potentiel thérapeutique du cannabis. Cette légitimité accrue, conjointement avec les efforts concertés des défenseurs et éducateurs, peut jouer un rôle utile pour contribuer à réduire les obstacles liés à l'acceptabilité des services.

Limitations de l'étude

Notre étude avait plusieurs limitations. Cette étude unique ne nous permet pas de tirer des conclusions de cause à effet. Il est aussi possible que des facteurs non mesurés puissent jouer un rôle important pour déterminer l'accès au cannabis à des fins médicales. Notre échantillon se composait majoritairement de répondants masculins, Blancs et très instruits, et nos résultats ne reflètent peut-être pas la situation d'autres Canadiens qui utilisent du cannabis à des fins médicales. Les répondants qui ont choisi de participer à l'étude, ainsi que ceux qui ont été recrutés dans des organismes soutenant les personnes qui utilisent du cannabis à des fins médicales, peuvent biaiser les résultats et ne pas représenter tous les Canadiens qui utilisent du cannabis à des fins médicales. Notre échantillon peut représenter à outrance les personnes qui sont résolument engagées à accroître l'accès au cannabis à des fins médicales. À l'inverse, les obstacles de l'accès au cannabis à des fins médicales peuvent être plus coriaces pour ceux qui n'ont peut-être pas accès à des ressources en ligne ou à des organismes soutenant les personnes qui utilisent du cannabis à des fins médicales. Nous avons aussi mis l'accent sur les obstacles à l'accès pour ceux qui utilisent du cannabis à des fins médicales et nous n'avons pas insisté sur les obstacles pour les gens qui aimeraient utiliser du cannabis à des fins médicales mais qui ne sont pas capables de surmonter les obstacles à l'accès. Une approche plus systématique du recrutement serait nécessaire pour déterminer irréfutablement la mesure dans laquelle les répondants de notre échantillon représentent l'ensemble de la communauté de Canadiens qui utilisent du cannabis à des fins médicales.

Forces de l'étude

Notre échantillon national de taille relativement grande se composait d'utilisateurs autorisés et non autorisés de cannabis à des fins médicales pour divers états de santé et affections médicales. La participation d'experts communautaires et universitaires à la construction et à la diffusion de l'étude en a accru la portée, la pertinence et la validité. Notre examen des enjeux liés à l'accès au cannabis à des fins médicales a également été guidé par un cadre analytique théorique.

Conclusions

Il faut élaborer des stratégies pour encourager une recherche plus scientifique de l'utilisation du cannabis à des fins médicales et traiter des obstacles à l'accès ainsi que des stigmates et de la controverse qui entourent l'utilisation du cannabis à des fins médicales et nuisent aux relations patient-médecin.

L'interdiction actuelle du cannabis et les messages anti-cannabis connexes en ont terni la réputation comme option thérapeutique potentiellement bénéfique et sûre, en plus d'avoir contrecarré la recherche scientifique et stigmatisé tant la plante que ses utilisateurs. Peut-être que le climat international actuel de réforme des politiques sur le cannabis va changer la manière de réglementer le cannabis et ouvrir lentement la porte à une recherche plus rationnelle et raisonnable, et à une éducation sur ses usages thérapeutiques.

Lynne Belle-Isle

Tél. : +1 613 230 3580 poste 114

Adresse courriel : lynneb@cdnaids.ca

Zach Walsh

Tél. : +1 250 807 9373

Adresse courriel : zachary.walsh@ubc.ca

www.cdnaids.ca