

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida :

« Notre droit, notre choix »

Rédigé par : Lynne Belle-Isle, Conseillère de projet, en consultation avec :

Juriste-conseil

Alan N. Young, avocat et procureur

Membres du Comité directeur national (par ordre alphabétique) :

Lynne Belle-Isle (présidente)	Société canadienne du sida
Raymond Berger	Représentant régional du Québec
Glenn Betteridge	Réseau juridique canadien VIH-sida
Nathalie Bouchard	Représentante de la communauté du cannabis
Claire Checkland	Société canadienne du sida
Charles Dawson	Représentant régional de l'Atlantique
Laurie Edmiston	Réseau canadien d'info-traitements sida
Luc Gagnon	Représentant des utilisateurs aux fns médicinales
Brent Lewandoski	Représentant régional des Prairies
Philippe Lucas	Représentant des clubs de compassion
Dre Glenda MacDonald	Pharmacienne
Eric Nash	Représentant de la communauté du cannabis
Richard Neron	Comité canadien de surveillance et d'accès aux traitements
Robert Newman	Représentant régional de l'Ontario
Ron Reid	Représentant des utilisateurs aux fns médicinales
Trevor Stratton	Réseau canadien autochtone du sida
Dr Mark Ware	Médecin-chercheur
Jason Wilcox	Représentant régional du Pacifique

Membres de droit du Comité directeur national

Valerie Lasher Directrice, Division de l'accès médical à la marijuana, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada

Kevin Muise Conseiller des programmes, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH-sida, Agence de santé publique du Canada

Traduction : Claire Laberge

Pour plus de détails sur ce document, veuillez communiquer avec : Société canadienne du sida
ISBN: 0-921906-53-6 190, rue O'Connor, bureau 800
Ottawa ON K2P 2R3
Tél. : 1-800-499-1986
1-613-230-3580
Site internet : <www.cdn aids.ca/lecannabis>

Remerciements : La Société canadienne du sida tient à remercier tous les participants aux groupes de discussion et les personnes qui ont rempli le questionnaire de consultation pour y partager leur histoire. Nous voulons aussi remercier le juriste-conseil et les membres, ainsi que les membres d'office du Comité de direction national pour le temps considérable et la passion qu'ils ont consacrés à ce projet. Nous remercions également tous les intervenants clés de leur apport en entrevue. Nous sommes reconnaissants envers les personnes et organisations suivantes, pour leur contribution à cette tâche : Jim Wakeford, Enrico Mandarino, Jari Dvorak, Philip Lundrigan, Shari Margolese, Paul Lapierre, Kim Thomas, Holly Wagg, Ainsley Chapman, Jes Smith, Jay Wagner, Barb Gibson, Murray Jose, Jo-Ann Woloshyniuk, Marco Renda, Dr Ethan Russo, Mike Foster, Alain Villeneuve, Élise Beaudin, Hilary Black, Dom Cramer, Boris St-Maurice, la Coalition canadienne du cannabis, Rielle Capler, Randall Oulton, Michael McCulloch, Horace Josephs, Linda Dabros, Jason Rovito, Andy Hathaway, et tous ceux qui oeuvrent en coulisse.

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de santé publique du Canada, ni celles de Santé Canada. La Société canadienne du sida remercie Solvay Pharma de sa contribution au projet.

Solvay
Pharma



PRÉFACE

Voix de personnes vivant avec le VIH-sida sur l'utilisation de cannabis à des fins médicinales

« Je suis séropositif depuis 1983, alors j'utilise la marijuana depuis un bon bout de temps, surtout pour stimuler l'appétit. Mes médicaments ont changé avec les années, et vous savez, [l'utilisation de la marijuana à des fins médicinales] est une question qui me tient à cœur, parce que j'ai vu à quel point tant de gens souffrent et ça semble être la seule chose qui puisse enrayer la douleur et améliorer un peu la vie. »

« J'utilise la marijuana pour l'appétit, parce que quand j'ai été diagnostiquée, on m'a dit que j'avais une pneumocystose et que je n'avais plus que 16 cellules de combat. Les médicaments étaient infernaux pour moi pendant les trois premiers mois où je les ai pris, et si je n'avais pas fumé de marijuana. . . Mon mari devait toujours être à ma disposition, et c'était au point où mon enfant de 2 ans me tendait la poubelle en disant : "Maman va être malade encore". C'était comme ça ou je courais aux toilettes, vous savez, à cause de la diarrhée, alors la salle de bain est presque devenue mon condominium, aussi horrible que ce soit. Puis, qui peut bien vouloir manger quand on vomit 2 à 3 fois par jour. Je ne veux pas manger après, c'est un vrai problème pour moi et j'en suis déprimée. Je me mets à pleurer, et je suis vraiment en colère, et la marijuana est la seule chose qui m'aide. J'en ai parlé à mon médecin de famille, et elle m'a répondu : "Je suis ouverte à cela, mais je trouve que vous semblez bien maintenant, et lorsque vous serez prête à me revenir, disons que vous aurez perdu beaucoup de poids comme quand vous aviez la pneumocystose, alors on pourrait en parler à ce moment-là." J'ai donc l'impression qu'elle dit que je dois attendre jusqu'à ce que je sois presque morte pour en avoir. Et je ne crois pas que ce soit juste. »

« Les personnes que nous avons rencontrées qui croient que ce n'est que pour se geler comprennent souvent mal qu'être gelé soulage souvent les larmes, la douleur, le stress de vivre avec une maladie terminale, et un tas d'autres choses de notre vie quotidienne. C'est une plante très spéciale que la nature nous offre. D'une manière ou d'une autre, la société doit en venir à libérer la nature pour la personne. »

« J'aimerais aussi qu'elle soit payée ou remboursée, parce que nous la soustrayons du budget alimentaire Ils pourraient au moins remplacer le budget alimentaire ou nous donner l'argent. Ce serait bien. »

« Je veux être capable d'acheter un produit constant. Je veux le faire en toute sécurité. . . S'il y a une meilleure façon d'en avoir les moyens et de faire ça légalement. . . Je me soucie de qui va le savoir, vais-je me faire prendre, vous savez, surtout que je vis dans une petite ville. »

« Je crois que la question est l'accessibilité et la capacité de payer. Si vous l'utilisez à des fins médicinales, eh bien, comme tous mes autres médicaments, mes médicaments pour le VIH sont couverts, tout ce dont j'ai besoin pour les effets secondaires est couvert. . . Alors si nous parlons de cannabis médicinal, traitons-le donc comme tout autre médicament que nous prenons. »

« Je crois fermement au droit des humains d'avoir accès à ce que la nature fournit. . . Ce n'est pas pour tout le monde, mais c'est pour moi. »

TABLE DES MATIÈRES

Préface	i
Sommaire	v
Introduction	1
Bref survol de la méthodologie	5
A. But du projet	5
B. Principes directeurs	5
C. Méthodologie	6
i. Comité directeur national	6
ii. Analyse juridique	6
iii. Consultations	7
a. Groupes de discussion	7
b. Questionnaire de consultation	7
iv. Entrevues des intervenants clés	8
Bref survol de la science	9
A. Traitement des symptômes liés au VIH-sida	9
i. Perte d'appétit	9
ii. Nausée et vomissements	9
iii. Douleur neuropathique	10
B. Cannabis végétal et produits pharmaceutiques	10
C. Observance de la pharmacothérapie	11
D. Effets à long terme du cannabis	11
i. Effets sur les poumons	12
ii. Effets du cannabis contaminé	12
iii. Effets sur le système immunitaire	13
E. Le cannabis comme traitement pour les personnes vivant avec le VIH-sida	13
Accès légal au cannabis à des fins médicales au Canada	17
A. La Constitution canadienne	17
B. La création du Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM)	18
C. Les médecins comme protecteurs du programme	22
D. La réforme du RAMM	22
E. L'état actuel du RAMM	25
Considérations politiques et recommandations	29
A. Évaluation et imputabilité du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales	29
B. Participation des intervenants clés au dialogue politique	31
C. Manque de sensibilisation et désinformation au sujet du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales	32
D. Processus de demande et de renouvellement du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales	33
E) Réticence des médecins à participer au programme	35

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

i. Le cannabis n'est pas un médicament approuvé	36
ii. Innocuité et efficacité du cannabis	38
iii. Communications des associations médicales aux médecins	40
iv. Attitudes et connaissances des médecins en matière d'utilisation du cannabis à des fins médicales	41
F. Stigmates et discrimination	42
G. Empêchements de la recherche	44
H. Empêchements de l'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales	47
I. Accès à une source de cannabis	48
i. Le cannabis cultivé pour le gouvernement	49
ii. Licences personnelles de production de cannabis à des fins médicales	50
a. Coûts d'installation, sans indemnité	50
b. Aucune autre option légale, si la culture échoue	51
c. Aucun accès à des tests d'innocuité du cannabis	51
d. Questions d'assurance-habitation	52
e. Calculs du RAMM pour la limite du nombre de plants	52
f. Efforts locaux de réprimer les cultures	53
iii. Licence de production de la personne désignées	54
iv. Le plan du gouvernement pour supprimer graduellement les licences de production	55
v. Les clubs de compassion	57
vi. Innocuité et qualité du produit	60
vii. Coût du cannabis à des fins médicales	62
L'avenir du cannabis à des fins médicales au Canada	69
A. Le cannabis végétal et le développement des produits pharmaceutiques à base de cannabis	69
B. La distribution en pharmacie proposée	69
i. Entrevue avec Santé Canada	70
ii. Entrevue avec une pharmacienne	71
iii. La distribution en pharmacie fonctionnera-t-elle?	71
C. Exploration d'autres modèles de distribution	72
i. Le jardin communautaire proposé	72
D. Le cannabis comme thérapie complémentaire	72
i. Le recours aux thérapies complémentaires par les personnes vivant avec le VIH-sida	72
ii. Le statut des docteurs en naturopathie	74
iii. Le cannabis comme produit de santé naturel	75
Conclusion et recommandations	79
A. Sommaire des recommandations	79
B. Mot de la fin	84
Annexes	A-1
Annexe A — Liste des entrevues avec les intervenants clés	A-1
Annexe B — Extraits clés de la décision <i>R. c. Parker</i> (2000)	A-2
Annexe C — Extraits clés de la décision <i>Hitzig et. al c. Canada</i> (2003)	A-5

SOMMAIRE

Qui nous sommes

La Société canadienne du sida est une coalition nationale de 125 organismes communautaires de lutte contre le VIH-sida de toutes les régions du Canada. Notre mission est de renforcer la réponse au VIH-sida dans tous les secteurs de la société et d'enrichir la vie des personnes et des communautés touchées par cette maladie.

Description du projet

Nous avons reçu du financement de l'Agence de santé publique du Canada pour étudier les obstacles à l'accès au cannabis à des fins médicales pour les personnes vivant avec le VIH-sida. Nous avons mené une consultation exhaustive auprès des personnes vivant avec le VIH-sida de tout le Canada par l'entremise de groupes de discussion et d'un questionnaire bien distribué. Ce sommaire offre un aperçu du rapport complet¹ qui souligne les obstacles à l'accès au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, à une source légale de cannabis, et à l'information et aux services adéquats. Des recommandations sont faites pour surmonter ces obstacles de sorte que les personnes vivant avec le VIH-sida puissent se traiter elles-mêmes sans craindre une poursuite criminelle, avec une source de cannabis sûre et abordable, avec l'information adéquate pour prendre des décisions éclairées, et avec le soutien nécessaire à une meilleure santé.

« Notre droit »

Complexités légales, réglementaires et politiques

Au Canada, le cannabis (marijuana) demeure une substance contrôlée régie par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, qui en interdit la possession, la culture, le trafic, la possession en vue d'en faire le trafic, l'importation et l'exportation.

Le cannabis est une plante et serait normalement considéré comme étant un produit de santé naturel, régi par le *Règlement sur les produits de santé naturels*, si ce n'était qu'il est désigné substance contrôlée. La réforme de la loi sur l'utilisation personnelle du cannabis par les adultes a été envisagée au Canada, mais rien de concret n'en est encore issu. La seule autre option qui permettrait que le cannabis soit largement disponible à des fins médicales serait de le soumettre au processus d'approbation des médicaments. S'il était approuvé comme médicament, le cannabis pourrait être prescrit par les médecins, et le remboursement des frais aux Canadiens gravement malades pourrait être envisagé en vertu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments.

Cependant, l'approbation du cannabis comme médicament est peu probable tant que l'interdiction criminelle sera maintenue. Le processus d'approbation des médicaments est régi par le *Règlement sur les aliments et drogues* (RAD). Le processus d'approbation habituel par lequel les nouveaux médicaments arrivent sur le marché thérapeutique fait appel à un « commanditaire du médicament » qui a identifié un composé moléculaire éventuellement thérapeutique, dont il espère en fin de compte tirer profit. Introduire un nouveau médicament sur le marché est coûteux, et tant le droit criminel que le droit de la propriété intellectuelle (c.-à-d., les brevets sur les produits végétaux) ont découragé les commanditaires d'entreprendre l'élaboration et l'approbation du médicament.

« Je crois fermement au droit des humains d'avoir accès à ce que la nature fournit. . . Ce n'est pas pour tout le monde, mais c'est pour moi. »

« Je crois que nous avons tous droit à notre propre traitement, qu'il s'agisse de marijuana médicale ou de narcotiques prescrits par nos médecins. »

– Participants aux groupes de discussion

Cependant, certaines compagnies pharmaceutiques se sont montrées intéressées à mettre au point des produits à base de cannabis. La recherche et le développement ont porté sur des dérivés synthétiques, et dans la prochaine décennie, on espère voir arriver une variété de médicaments synthétiques à base de cannabis sur le marché. Mais même avec l'offre de produits pharmaceutiques dérivés du cannabis, certains Canadiens gravement malades vont continuer d'opter pour le cannabis végétal, d'où l'importance d'éliminer les obstacles au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales.

L'utilisation du cannabis à des fins médicales

De 14 % à 37 % des personnes vivant avec le VIH-sida utilisent le cannabis pour contribuer à traiter les symptômes comme la perte d'appétit, la cachexie, la nausée et les vomissements, la douleur, l'anxiété, la dépression et le stress, entre autres. On estime également que plusieurs milliers de Canadiens utilisent le cannabis à des fins médicales pour d'autres affections comme la sclérose en plaques, les effets secondaires de la chimiothérapie pour le cancer, les douleurs aiguës causées par l'arthrite ou un traumatisme ou une maladie de la colonne vertébrale, les crises d'épilepsie, et bien d'autres.

Le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales

Dans le cadre d'une poursuite judiciaire, nos tribunaux ont jugé qu'une personne a le droit constitutionnel d'avoir accès au cannabis à des fins médicales sans craindre de sanction criminelle, et qu'une personne est libre de prendre des décisions qui sont d'une importance personnelle fondamentale sans intervention de l'État. En réponse à ce jugement, Santé Canada a présenté le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM) en 2001, pour accorder un accès compatissant au cannabis aux personnes qui souffrent de maladies graves et des symptômes qui y sont liés. Le Canada compte parmi les quelques pays qui ont donné accès au cannabis à leurs citoyens gravement malades. La courbe d'apprentissage a été abrupte et révolutionnaire.

Obstacles à l'accès légal

Malgré les estimations que des milliers de Canadiens gravement malades utilisent le cannabis à des fins médicales, seulement 1 399 personnes sont présentement légalement autorisées à posséder du cannabis à des fins médicales. Seulement 26% des personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales que nous avons consultées ont obtenu l'autorisation de posséder du cannabis à des fins médicales. L'accès au programme fédéral demeure obstrué par des obstacles tels que le manque de connaissance que le programme existe, un manque de confiance dans le gouvernement, de la fausse information au sujet du programme, et de la difficulté à trouver un médecin pour appuyer leur demande. Des milliers de Canadiens gravement malades doivent par conséquent choisir entre enfreindre la loi pour utiliser le traitement de leur choix, ou s'en passer, ce qui dans bien des cas compromet leur bien-être et leur qualité de vie.

L'accès à une source légale, sûre et abordable de cannabis est aussi gravement obstrué, en raison des options limitées offertes aux personnes qui obtiennent l'autorisation légale de posséder du cannabis à des fins médicales. L'accès à l'information et aux services adéquats liés à ce traitement va de minime à inexistant, ce qui rend difficile pour les gens de prendre des décisions éclairées à propos de leur traitement et de maximiser leurs soins.

La participation réticente de la profession médicale

Le milieu médical hésite à participer au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales en raison du manque d'information sur l'utilisation médicale du cannabis. Jusqu'à ce que des recherches adéquates soient menées et que le difficile processus d'approbation des médicaments soit entrepris, la participation des médecins au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales demeurera bien mince. L'approbation des médicaments inciterait davantage les médecins à appuyer l'utilisation du cannabis, l'accès au cannabis à des fins médicales et le remboursement des frais pour les utilisateurs médicaux.

Il est crucial d'entreprendre des recherches cliniques sinon le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales demeurera un programme d'accès spécial, empêtré d'obstacles réglementaires et bureaucratiques inutiles. Des programmes d'accès spécial sont largement utilisés afin que les médecins obtiennent des médicaments expérimentaux pour les personnes vivant avec le VIH-sida. Ils sont conçus pour permettre aux médecins d'administrer des médicaments non approuvés aux patients gravement malades. Le processus d'application exige du médecin d'expliquer pourquoi le médicament non approuvé est le « meilleur choix » et si d'autres traitements ont été « envisagés, exclus et/ou ne se sont pas révélés un choix adéquat ». Le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales est conçu de la même façon.

Empêchements de la recherche

La prohibition a empêché la recherche sur les propriétés thérapeutiques du cannabis sous sa forme végétale. Les chercheurs étaient réticents à initier des études en raison du lourd processus réglementaire et bureaucratique qu'il faut traverser pour obtenir l'accès à une source légale de cannabis pour mener leur recherche, et aussi en raison des stigmates associés à l'utilisation du cannabis, surtout fumé.

Il existe un besoin de recherche sur le traitement des symptômes liés au VIH-sida avec le cannabis, sur le cannabis comparé aux produits pharmaceutiques, sur l'adhérence à la thérapie anti-rétrovirale, et sur les effets à long terme de l'utilisation du cannabis. Il est clairement nécessaire qu'il y a un besoin d'initier des études sur l'utilisation du cannabis fumé ou vaporisé. Des études à long terme sur les effets du cannabis sur le système immunitaire et sur les médicaments anti-rétroviraux, ainsi que des études sur les effets directs des cannabinoïdes sur la numération de CD4 et sur la charge virale doivent être initiées afin de déterminer la sécurité à long terme de l'utilisation du cannabis pour les personnes vivant avec le VIH-sida. Les effets des différentes variétés de cannabis doivent aussi être étudiés.

La recherche peut grandement être améliorée en incluant des groupes ou organismes communautaires tels que les organismes de lutte contre le VIH-sida

ou les clubs de compassion, du développement du protocole de recherche jusqu'à la dissémination des résultats d'un essai clinique. Une approche innovatrice aux essais cliniques consiste à créer un comité consultatif communautaire afin d'obtenir des commentaires directement de la population que l'on veut étudier. Un tel comité peut aussi aider avec le recrutement. La recherche communautaire joue aussi un rôle important et contribue au développement des connaissances.

« Notre choix »

Choix de produit limités

Malgré l'existence du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et du RAMM, les choix légaux pour une personne autorisée d'accéder à une source sûre et abordable de cannabis demeurent gravement limités : elles peuvent acheter du cannabis cultivé par le gouvernement, elles peuvent acheter des graines du gouvernement et cultiver leur propre cannabis, ou elles peuvent désigner une personne qui en cultive pour elles et personne d'autre. La majorité des personnes que nous avons consulté se fient sur des sources illégales pour se fournir en cannabis à des fins médicales : 62.5% des personnes sondées obtiennent leur cannabis d'un ami ou d'une personne qu'elles connaissent, 35.9% d'un club de compassion, 30.8% d'un « dealer », et 8.5% produisent leur propre cannabis sans licence. Veuillez noter que presque que la moitié des personnes sondées rapportent qu'elles obtiennent du cannabis de plus d'une source.

Le cannabis du gouvernement

Le cannabis cultivé en vertu d'un contrat pour le gouvernement a reçu beaucoup d'attention des médias et a été l'objet d'une abondante critique. Des changements sont constamment apportés au produit d'après les commentaires reçus des gens qui l'utilisent. Le nombre de personnes qui commandent du cannabis du gouvernement demeure faible. Seulement 1.7% des personnes sondées qui utilisent le cannabis à des fins médicales rapportent qu'elles l'obtiennent du gouvernement. Étant donné la perception actuelle du public et le fait que le gouvernement ne fournit qu'une souche de cannabis aux personnes autorisées, et vu l'intention exprimée du gouvernement d'éli-

miner graduellement les licences de production, nous craignons que les personnes vivant avec le VIH-sida ne doivent continuer à enfreindre la loi pour s'approvisionner en cannabis à des fins médicales, encore plus que maintenant. Nous sommes en faveur de fournir aux personnes autorisées une variété d'options et de produits légaux. N'offrir qu'une source légale et une seule souche de cannabis aux Canadiens autorisés n'est peut-être pas une solution de rechange constitutionnellement adéquate aux diverses sources d'approvisionnement présentement disponibles par les licences de production, par le moyen des clubs de compassion non autorisés ou par le marché noir.

Licences de production

Notre consultation a révélé que 8.5% des personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales ont obtenu une licence de production, et 4.3% ont une personne désignée qui cultive pour eux. Santé Canada a déclaré son intention d'éliminer graduellement les licences de production du cannabis à des fins médicales, et d'offrir le cannabis du gouvernement dans les pharmacies du pays. Nous appuyons le développement de la distribution du cannabis à des fins médicales dans les pharmacies, mais nous nous opposons à l'élimination d'options légales pour les personnes autorisées. Nous soutenons le choix d'une personne de la manière qu'elle privilégie pour obtenir du cannabis pour ses besoins médicaux, selon ce qui convient le mieux à ses besoins individuels.

Pour bon nombre, le choix de cultiver leur propre cannabis est purement économique, et ils continueront probablement à cultiver leur propre cannabis jusqu'à ce que d'autres dispositions soient prises pour alléger les coûts. En produisant leur propre cannabis, ces personnes peuvent donc choisir les variétés qui fonctionnent pour eux et elles peuvent aussi contrôler les conditions dans lesquelles le cannabis est cultivé. Certaines personnes nous disent qu'elles vont simplement continuer à cultiver du cannabis pour elles, peu importe qu'elles puissent obtenir une licence ou pas, ce qui nous inquiète aussi. Les Canadiens gravement malades ne devraient pas être obligés de se cacher et d'être dans la « clandestinité » pour être capable d'avoir accès au traitement de leur choix. Limiter davantage les options légales des Canadiens gravement malades sans compensation financière est

un recul, comparativement à assurer un accès légal au traitement de leur choix sans crainte de poursuite, et nous nous interrogeons sur la constitutionnalité de cette mesure.

La distribution communautaire du cannabis

Éventuellement, le Canada doit mettre au point un modèle adéquat de distribution du cannabis à des fins médicales sûr, légal et abordable, pour faire en sorte que les Canadiens gravement malades ne se fient plus au marché noir comme source de cannabis. Selon nos principes d'action communautaire² d'habilitation, de soutien communautaire, d'entraide, d'approche holistique, d'imputabilité, de réduction des méfaits et de participation accrue des personnes vivant avec le VIH-sida, nous favorisons un modèle communautaire sans but lucratif de distribution de cannabis à des fins médicales, et des services qui s'y rapportent. Certains clubs de compassion (dispensaires de cannabis à des fins médicales) au Canada satisfont à ces principes, et les clubs plus établis ont élaboré des lignes directrices des normes opérationnelles que tous les clubs peuvent observer volontairement. Ces organismes offrent aussi un nombre de différentes variétés de cannabis ainsi que des alternatives au fumage, et ils servent présentement plus de 10 000 Canadiens. D'autres modèles tels que des jardins communautaires gérés par et pour les personnes qui utilisent le cannabis comme thérapie pourraient aussi être considérés. Nous continuerons de plaider en faveur des normes opérationnelles des clubs de compassion, surtout en ce qui concerne le contrôle de la qualité du cannabis qu'ils fournissent, et leur inclusion dans un système légal de distribution de cannabis à des fins médicales. Nous n'excluons pas d'autres manières de distribuer du cannabis à des fins médicales, par exemple, le modèle de distribution en pharmacie proposé par Santé Canada. Nous croyons cependant à fournir aux gens des options qui conviennent le mieux à leurs besoins.

Un choix éclairé

La Société canadienne du sida repose sur des principes d'action communautaire. Les personnes vivant avec le VIH-sida doivent participer directement aux décisions qui influent sur leur vie et aux organisations qui les desservent. Les Canadiens ont déclaré au commissaire Romanow³ qu'ils veulent prendre en

charge leurs soins de santé. Nous devons leur fournir les ressources pour faire des choix éclairés, avec des produits sûrs et abordables.

« Plusieurs personnes sont dans une situation où elles doivent enfreindre les règlements pour pouvoir s'approvisionner. »

—Participant aux groupes de discussion

À l'instar de toutes les activités qui sont poussées à la clandestinité, la prohibition du cannabis a causé le silence de la société à ce sujet. Les gens ne discutent pas ouvertement de l'utilisation du cannabis, sauf dans des cercles fermés, par crainte d'une poursuite criminelle. La prohibition a visiblement un effet sur la vie quotidienne d'une personne qui utilise le cannabis à des fins médicales. Le silence qui entoure l'utilisation du cannabis entraîne un manque d'information pour les gens qui l'utilisent à des fins médicales.

Les personnes que nous avons consultées énoncent clairement leurs besoins d'information sur tous les aspects liés à l'utilisation du cannabis à des fins médicales : des données probantes scientifiques et médicales des effets thérapeutiques du cannabis, la façon d'accéder au cannabis à des fins médicales, le RAMM et le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, les modes autres que fumer et les stratégies de réduction des méfaits, et d'autres.

Nous avons répondu à cet appel pour plus d'information en produisant une série de feuillets d'information sur « Le cannabis et le VIH-sida ». Cette série est disponible au <www.cdnaids.ca/lecannabis>.

Stigmates et discrimination

L'utilisation du cannabis est associée à des stigmates dans notre société. Les utilisateurs à des fins médicales font souvent l'objet de moqueries et de scepticisme, ou de réactions négatives, ce qui peut avoir des conséquences défavorables sur leur vie quotidienne. Le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et les cartes d'identité qui sont délivrées aux personnes autorisées ont favorisé l'acceptation de l'utilisation médicale du cannabis, et y ont conféré une certaine crédibilité et légitimité.

L'image d'être un criminel parce qu'on utilise une substance illégale s'en est trouvée réduite. Ces aspects positifs de la permission d'un accès légal au cannabis à des fins médicales changent lentement la perception des Canadiens de l'utilisation du cannabis à des fins médicales, ce qui en retour contribue à la qualité de vie des personnes qui s'en servent.

Toutefois, de trop nombreux Canadiens gravement malades sont encore marginalisés à cause de l'utilisation médicale du cannabis. Quand les gens sont obligés de se cacher par crainte de la stigmatisation ou des répercussions criminelles, alors le non-dit devient un nuage noir planant au-dessus de leur vie. La prohibition de l'utilisation du cannabis a donné lieu à un climat de peur qui assombrit encore la situation. Rompre ce silence et encourager le dialogue peut être stimulant, et peut faire beaucoup pour dissiper l'écran de fumée.

Durant nos consultations, certains ont donné des exemples où ils se sentent faire l'objet de discrimination à cause de leur utilisation du cannabis à des fins médicales, autant par leurs pairs qui n'utilisent pas de cannabis que par le système médical en général. Priver une personne gravement malade de services de santé est non seulement immoral, mais viole aussi l'essence même de notre système de santé universel. Dans certains cas, les gens peuvent se protéger légalement contre certaines formes de discrimination.

La Société canadienne du sida s'est engagée à diffuser l'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales, à faire entendre la voix des personnes vivant avec le VIH-sida ainsi que les réalités auxquelles elles font face quand elles choisissent le cannabis pour leur traitement, et à encourager le dialogue sur ces questions. Nous invitons tous les intervenants clés, y compris le gouvernement, à se joindre à nos efforts.

Objectif de cet exposé de principe

La Société canadienne du sida est toujours disposée à participer à des consultations avec le gouvernement et autres intervenants clés. Nous continuons de collaborer avec Santé Canada et de fournir notre apport

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales pour qu'il puisse mieux répondre aux besoins des Canadiens gravement malades, selon nos consultations permanentes avec les personnes vivant avec le VIH-sida.

Cet article est notre appel à l'action à tous les intervenants clés. Comme collectivité, nous devons trouver un moyen d'éliminer les obstacles qui empêchent les Canadiens gravement malades, si c'est leur choix éclairé, d'avoir accès au cannabis pour leurs besoins médicaux, sans crainte de poursuite, car tel est leur droit.

1 La Société canadienne du sida. Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec la VIH-sida : « Notre droit, notre choix ». Le rapport complet est disponible à <www.cdnaids.ca/lecannabis>.

2 Société canadienne du sida. Principes d'action communautaire de la SCS. Adoptés par le Conseil d'administration en mai 1991. Modifiés en décembre 2005. Consulter l'adresse <www.cdnaids.ca/web/casmisc.nsf/cl/cas-gen-0051>.

3 Romanow, Roy J. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final, novembre 2002.

INTRODUCTION

Bon nombre (de 14 % à 37 %) de personnes vivant avec le VIH-sida utilisent du cannabis¹ (marijuana) pour contribuer à traiter les symptômes comme la perte d'appétit, la cachexie, la nausée et les vomissements, la douleur, l'anxiété, la dépression et le stress^{2,3,4,5}. Au Canada, comme il y a quelque 58 000 personnes vivant avec le VIH-sida⁶, cela représente à peu près 8 000 à 21 000 personnes. D'autres sondages révèlent que de 14 % à 16 % des personnes souffrant de sclérose en plaques^{7,8}, qu'environ 10 % des personnes vivant avec des douleurs chroniques⁹, et que 21 % des personnes souffrant d'épilepsie¹⁰ utilisent du cannabis dans le cadre de leur traitement. Certaines personnes souffrant d'arthrite aiguë et d'autres subissant une chimiothérapie pour le cancer tirent aussi avantage de l'utilisation du cannabis. On mentionne souvent qu'il y a environ 400 000 Canadiens qui utilisent actuellement du cannabis à des fins thérapeutiques¹¹.

Le cannabis demeure une substance contrôlée assujettie à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, qui en interdit la possession, la culture, le trafic, la possession en vue d'en faire le trafic, l'importation et l'exportation. Le gouvernement canadien a proposé un projet de loi qui stipulait que la possession de moins de 15 grammes de cannabis ne serait punie que d'une amende, mais le projet de loi n'a jamais été adopté et le gouvernement conservateur actuel n'a aucune intention de refondre les lois sur le cannabis.

Nos tribunaux ont statué qu'une personne a le droit constitutionnel d'accéder à un traitement médical pour une affection représentant un danger pour sa vie ou sa santé, sans craindre de sanction criminelle et qu'une personne est libre de prendre des décisions d'une importance personnelle fondamentale sans ingérence de l'État¹². En réponse à un arrêt de la cour dans *R. c. Parker*¹³, Santé Canada a introduit le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM), qui a été créé pour permettre un accès compatissant au cannabis aux personnes souffrant de maladies graves et des symptômes qui

y sont liés, et pour répondre aux besoins constitutionnels. Le Canada est le premier pays à établir un tel programme et fait partie des quelques pays qui ont mis le cannabis à la disposition de leurs citoyens gravement malades. La courbe d'apprentissage a été abrupte et révolutionnaire.

Malgré le fait que le gouvernement canadien a mis en place un processus grâce auquel les gens peuvent faire la demande d'utiliser légalement le cannabis pour leurs besoins médicaux¹⁴, l'accès au programme fédéral et à une source légale de cannabis demeure obstrué par des obstacles. L'accès à l'information et aux services adéquats liés à ce traitement va de minime à inexistant, ce qui rend difficile pour les gens de prendre des décisions éclairées à propos de leur traitement et de maximiser leurs soins. Seulement 1 399 personnes sont présentement autorisées à posséder du cannabis grâce au programme fédéral, et de ce nombre, il y a des personnes vivant avec le VIH-sida¹⁵. La plupart des gens qui utilisent du cannabis à des fins médicales n'ont pas encore fait la demande d'adhérer au programme pour diverses raisons, que nous présenterons dans ce document.

Malgré l'existence du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et du RAMM, les choix légaux pour une personne autorisée d'accéder à une source sûre, légale et abordable de cannabis demeurent gravement limités : elles peuvent acheter du cannabis cultivé par le gouvernement, elles peuvent acheter des graines du gouvernement et cultiver leur propre cannabis, ou elles peuvent désigner une personne qui en cultive pour elles et personne d'autre. Le gouvernement n'offre qu'une souche de cannabis et entend supprimer graduellement les licences de production, limitant ainsi encore davantage les options légales pour les personnes autorisées. L'approvisionnement en cannabis du gouvernement demeure faible. Les clubs de cannabis (clubs de compassion) ne sont pas reconnus comme faisant partie du système de distribution légale du cannabis, malgré le fait qu'ils fournissent actuellement quelque 10 000 personnes. La plupart des utilisateurs du cannabis à

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

des fins médicales, qu'ils soient autorisés en vertu du RAMM ou pas, continuent de se fier au marché noir pour leur source de cannabis. Il s'agit là d'une source inacceptable pour leur traitement de choix, car elle les place à risque pour leur sécurité personnelle et les poursuites criminelles.

Nous, la Société canadienne du sida, sommes une coalition nationale de 126 organismes communautaires de lutte contre le VIH-sida de partout au Canada. Nous nous consacrons à renforcer la réponse au VIH-sida dans tous les secteurs de la société et à enrichir la vie des personnes et des communautés touchées par cette maladie. Nous observons des principes d'action communautaire d'habilitation, de soutien communautaire, d'entraide, d'approche holistique, d'imputabilité, de réduction des méfaits et de participation accrue des personnes vivant avec le VIH-sida¹⁶. Nous étions membre du Comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales de Santé Canada, mis sur pied en octobre 2002 pour fournir à son Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées des conseils opportuns sur des questions médicales, scientifiques, réglementaires, politiques et opérationnelles liées au cannabis à des fins médicales. Le Comité était formé de représentants des patients, de professionnels de la santé, d'agents de la paix et de chercheurs, et examinait les règlements et politiques liés au RAMM. Des changements ont été apportés au programme fédéral par suite de ces consultations.

Malheureusement, Santé Canada a dissous le Comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales en octobre 2005, alléguant que le mandat du comité avait été rempli, car le RAMM avait été revu et modifié. Notre Comité directeur national pour ce projet a dit être très inquiet de ne plus avoir de tribune où fournir son apport aux questions réglementaires, politiques et opérationnelles de Santé Canada relativement au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales. Cette inquiétude s'aggrave du fait que la plupart des développements du programme ont eu lieu par suite de litige dans les tribunaux plutôt que de consultations avec le gouvernement, ce qui n'est pas un procédé efficace pour élaborer des politiques publiques.

Nous avons entrepris un voyage d'un océan à l'autre pour parler directement aux personnes vivant avec le VIH-sida au sujet de l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Nous avons mené une consultation exhaustive pour comprendre au premier degré la situation des personnes vivant avec le VIH-sida au Canada, quand elles choisissent d'utiliser du cannabis dans le cadre de leur traitement, et documenter leurs histoires. Cet exposé de principe donne une voix aux personnes vivant avec le VIH-sida qui utilisent ou veulent utiliser le cannabis comme traitement, et présente la perspective d'autres intervenants clés. Plus particulièrement, il souligne les obstacles à l'accès au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, à une source légale de cannabis, et à l'information et aux services nécessaires. Des recommandations sont faites pour surmonter ces obstacles de sorte que les personnes vivant avec le VIH-sida puissent se traiter elles-mêmes sans craindre une poursuite criminelle, avoir accès à une source légale, sûre et abordable de cannabis, avec l'information adéquate pour prendre des décisions éclairées, et avec le soutien nécessaire à une meilleure santé.

Que vous soyez une personne vivant avec le VIH-sida, un travailleur de première ligne au sein d'un organisme de lutte contre le sida, un bénévole dans un organisme communautaire, un décideur, un agent de la paix, un professionnel de la santé, un fonctionnaire, un représentant élu, un avocat ou une personne simplement intéressée à cette question, nous croyons que ce document sera utile à vos fins. Plus largement, ce document est un appel à l'action à tous les intervenants clés. Comme collectivité, nous devons trouver un moyen d'éliminer les obstacles qui empêchent les Canadiens gravement malades, si c'est leur choix éclairé, d'avoir accès au cannabis pour leurs besoins médicaux, sans crainte de poursuite, car tel est leur droit.

1 Les termes « cannabis » et « marijuana » sont utilisés de façon interchangeable dans ce document. Santé Canada utilise le terme « marihuana ». Cette orthographe est utilisée pour les documents ou les communications de Santé Canada. Nous préférons le terme « cannabis » car c'est le nom de la plante.

- 2 Furler MD, Einarson TR, Millson M, Walmsley S, Bhandari R. « Medicinal and Recreational Marijuana Use by Patients Infected with HIV ». *AIDS Patient Care and STDs*. 2004; 18(4):215-28.
- 3 Braitstein P, Kendall T, Chan K, Wood E, Montaner JS, O'Shaughnessy MV, Hogg RS. « Mary-Jane and her patients: sociodemographic and clinical characteristics of HIV-positive individuals using medicinal marijuana and antiretroviral agents ». *AIDS*. 2001 Mar 9; 15(4):532-3.
- 4 Ware M, Rueda S, Singer J, Kilby D. « Cannabis use by persons living with HIV/AIDS: Patterns and prevalence of use ». *Journal of Cannabis Therapeutics*. 2003; 2:3-15.
- 5 Wesner B. « The medicinal marijuana issue among PWAS: Reports of therapeutic use and attitudes towards legal reform ». Working Paper No.3, Working Paper Series. Drug Research Unit, Social Science Institute, University of Hawaii, Manoa; 1996; Dansak DA. « Medical use of recreational drugs by AIDS patients ». *J Addict Dis*. 1997; 16(3):25-30; Fairfield KM, Eisenberg DM, Davis RB, Libman H, Phillips RS. « Patterns of use, expenditures, and perceived efficacy of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients ». *Arch Intern Med*. 1998 Nov 9; 158(20):2257-64; Sidney S, Quesenberry CP Jr, Friedman GD, Tekawa IS. « Marijuana use and cancer incidence » (California, United States). *Cancer Causes Control*. 1997 Sep.; 8(5):722-8; Prentiss D, Power R, Balmas G, Tzuang G, Israelski DM. « Patterns of marijuana use among patients with HIV/AIDS followed in a public health care setting ». *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Jan 1; 35(1):38-45.
- 6 Agence de santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2004. Avril 2005.
- 7 Clark AJ, Ware MA, Yazer E, Murray TJ, Lynch ME. « Patterns of cannabis use among patients with multiple sclerosis ». *Neurology*. 2004 Jun 8; 62(11):2098-100.
- 8 Page SA, Verhoef MJ, Stebbins RA, Metz LM, Levy JC. « Utilisation du Cannabis par les patients atteints de sclérose en plaques ». *Can J Neurol Sci*. 2003 Aug.; 30(3):181-2.
- 9 Ware MA, Doyle CR, Woods R, Lynch ME, Clark AJ. « Cannabis use for chronic non-cancer pain: results of a prospective study ». *Pain*. 2003 Mar; 102(1-2):211-6.
- 10 Gross DW, Hamm J, Ashworth NL, Quigley D. « Marijuana use and epilepsy: prevalence in patients of a tertiary care epilepsy centre ». *Neurology*. 2004 Jun 8; 62(11):1924-5.
- 11 Cette estimation se base sur une étude menée en Ontario, où 1,9 % de la population de 18 ans et plus ont déclaré utiliser de la marijuana à des fins médicales (Ogborne AC, Smart RG, Adlaf EM. « Self-reported medical use of marijuana: a survey of the general population ». *CMAJ*. 2000 Jun 13; 162(12):1685-6). Il s'agit probablement d'une sous-estimation. En Colombie-Britannique seulement, on estime que quelque 7 %, ou 290 000 personnes, utilisent le cannabis à des fins thérapeutiques (Robin O'Brien, Membre du Comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales de Santé Canada, communication personnelle, février 2004).
- 12 R. c. *Morgentaler* (1988), 37 C.C.C. (3^e) 449, 485 (R.C.S.)
- 13 R. c. *Parker* (1997), 12 C.R. (5^e) 251 (Cour de justice de l'Ontario).
- 14 Dans ce document, le terme « médicinal » est utilisé au sens « d'ayant la propriété de guérir, d'aider et de soulager ». Le terme « médical » désigne ce qui a trait à la science et à l'art de la médecine. Certes, ces termes sont utilisés de façon interchangeable.
- 15 Les seules statistiques fournies par le programme de cannabis à des fins médicales du gouvernement indiquent que les gens vivant avec le VIH-sida représentent le groupe de patients le plus nombreux en vertu de l'ancienne catégorie 1 (maladie terminale) du programme (38 %), et que les personnes vivant avec le VIH-sida formaient le deuxième groupe le plus nombreux en vertu de l'ancienne catégorie 2 (diverses maladies et symptômes connexes) à 24 %, les personnes souffrant de sclérose en plaques représentent 27 %.
- 16 **Société canadienne du sida. Principes d'action communautaire de la SCS.** Adoptés par le Conseil d'administration en mai 1991. Modifiés en décembre 2005. Consulter l'adresse <<http://www.cdnaids.ca/web/casmisc.nsf/cl/cas-gen-0051>>.

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

BREF SURVOL DE LA MÉTHODOLOGIE

A. But du projet

En vertu de la Stratégie canadienne sur le VIH-sida (maintenant appelée l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH-sida au Canada), un « Fonds pour les questions juridiques, éthiques et de droits de la personne » a été constitué pour financer les projets qui prônent la justice sociale par des approches juridiques et politiques du VIH-sida qui respectent, protègent et réalisent les droits des personnes vivant avec le VIH-sida, et qui facilitent la prévention, les soins, le traitement et le soutien. Ce projet sur le cannabis comme thérapie examine les questions juridiques, éthiques et de droits de la personne liées à l'accès au cannabis à des fins médicales, ainsi que les effets du climat réglementaire actuel sur la vie quotidienne des personnes vivant avec le VIH-sida. Les résultats de ce travail contribueront à la conception de programmes qui sont élaborés selon le continuum des soins préventifs pour les personnes vivant avec le VIH-sida.

Ce projet donne aux personnes vivant avec le VIH-sida une voix pour exprimer les réalités auxquelles elles font face quant aux facilitateurs et aux obstacles, quand elles choisissent d'utiliser le cannabis dans le cadre de leur traitement et de leurs soins. Ses objectifs sont :

- examiner les problèmes liés à l'utilisation du cannabis comme traitement auxquels font face les personnes vivant avec le VIH-sida, et faire des recommandations pour traiter ces problèmes par des initiatives législatives et politiques connexes;
- élaborer une ressource à l'usage des personnes vivant avec le VIH-sida et de la communauté du VIH-sida, présentant les règlements actuels sur l'accès au cannabis à des fins médicales, d'après les lois et règlements nationaux et internationaux en vigueur.

Pour atteindre ces objectifs, la Société canadienne du sida, en collaboration avec le Comité directeur national et le juriste-conseil, ont utilisé l'information recueillie pour :

- produire un rapport sur les questions juridiques, éthiques et de droits de la personne liées à l'accès au cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida;
- rédiger une série de feuillets d'information à l'intention des personnes vivant avec le VIH-sida, qui seront aussi utiles pour nourrir la capacité des organismes membres de la SCS d'offrir de l'information aux personnes vivant avec le VIH-sida, au sujet de l'utilisation du cannabis comme thérapie;
- élaborer un plan d'action pour surmonter les obstacles à l'accès et les effets du climat réglementaire actuel sur les personnes vivant avec le VIH-sida.

B. Principes directeurs

Au cœur de ses principes, la Société canadienne du sida croit que les personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir accès au cannabis à des fins thérapeutiques dans le traitement du VIH-sida¹, sans craindre de poursuite. Du point de vue des droits constitutionnels, il n'est pas nécessaire de trouver des recherches cliniques approfondies prouvant que le cannabis est efficace sur le plan thérapeutique, bien que les preuves de l'efficacité du cannabis dans le traitement des symptômes liés au VIH-sida se multiplient. Il suffit que le choix d'une personne soit raisonnable². La garantie des droits de la personne et de la sécurité personnelle est essentielle à l'acquisition et au maintien d'une bonne santé³.

Nous concevons la santé autrement que la seule absence de symptômes ou de maladie. Une bonne santé englobe le bien-être physique, émotionnel, mental et spirituel, et est une dimension importante de la qualité de vie ainsi qu'une ressource majeure pour le développement social, économique et personnel des individus. Certains usages du cannabis peuvent être thérapeutiques ou profitables pour la personne qui l'utilise, mais ne sont peut-être pas encore reconnus par le milieu médical.

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

Nous croyons que les personnes vivant avec le VIH-sida ont le droit de participer directement à toutes les décisions qui touchent leur vie. À ce titre, il est de l'intérêt de chacun d'obtenir de l'information exacte, au meilleur des connaissances disponibles, à propos des propriétés thérapeutiques du cannabis et des risques éventuels d'en utiliser. Chaque personne doit évaluer les avantages à obtenir et les risques à courir quand il s'agit d'utiliser du cannabis. Offrir aux gens des outils pour cette auto-évaluation s'inscrit dans une approche de réduction des méfaits et d'optimisation de la santé que favorise la Société canadienne du sida.

Nous croyons que chacun doit avoir également accès aux thérapies et services qu'il croit pouvoir lui offrir les meilleurs avantages, et que cet accès doit être exempt de toute forme de discrimination et d'obstacle. L'accès au cannabis à des fins thérapeutiques est empêtré d'obstacles à cause des complexités législatives et politiques.

Nous observons des principes d'action communautaire d'habilitation, de soutien communautaire, d'entraide, d'approche holistique, d'imputabilité, de réduction des méfaits et de participation accrue des personnes vivant avec le VIH-sida⁴. Les personnes vivant avec le VIH-sida doivent participer directement à toutes les décisions qui touchent leur vie et aux organisations qui répondent à leurs besoins. Nous acceptons et endossons les principes de la participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH-sida (GIPA) comme ils sont énoncés dans la définition de l'ONUSIDA⁵. Nous avons consulté des personnes vivant avec le VIH-sida dans le contexte de ce projet et nous prévoyons leur participation continue aux futures actions posées pour surmonter les obstacles à l'accès au cannabis à des fins médicales.

Comme membres du secteur bénévole, nous sommes engagés à aider le gouvernement fédéral à identifier les enjeux et à atteindre ses objectifs de politique publique, conformément à *l'Accord entre le gouvernement du Canada et le secteur bénévole et communautaire*⁶. Nous reconnaissons l'importance du dialogue entre les deux secteurs et avons inclus des

représentants du gouvernement dans nos consultations et, à titre de membres de droit, de notre Comité directeur national, pour ce projet.

En gardant à l'esprit ces principes directeurs, la Société canadienne du sida a relevé le défi d'examiner les questions juridiques, éthiques et de droits de la personne liées à l'accès au cannabis à des fins médicales, ainsi que les questions liées à la réglementation du cannabis médicinal. Nous formulons des recommandations à prendre en compte concernant les processus législatif et politique.

C. Méthodologie

i. Comité directeur national

Un Comité directeur national a été mis sur pied pour rassembler les représentants des groupes d'intervenants clés. Il se composait de 5 représentants régionaux (Pacifique, Prairies, Ontario, Québec et Atlantique), d'un représentant d'un club de compassion⁷, de représentants de la communauté du cannabis, de deux utilisateurs de cannabis à des fins médicales, d'un avocat, d'un médecin, d'une pharmacienne et de deux membres de droit. Certains de ces représentants étaient membres de nos partenaires nationaux : le Réseau juridique canadien VIH, le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements et le Réseau canadien autochtone du sida. Les membres de droit comprenaient un représentant de la Division de l'accès médical à la marijuana de Santé Canada et un représentant de la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH-sida de l'Agence de santé publique du Canada. Les organismes d'application de la loi étaient également invités mais n'ont pas envoyé de représentant. Le mandat du Comité directeur national était de diriger et de fournir des recommandations sur le développement et le contenu de tous les aspects du projet.

ii. Analyse juridique

Un juriste-conseil a été embauché sous contrat pour mener une étude et une analyse juridiques et politiques du contexte légal actuel où doivent évoluer les personnes vivant avec le VIH-sida pour prendre des décisions à propos de leurs soins et de leur traitement. L'analyse comprenait des orientations et des recommandations stratégiques en vue d'éventuelles

actions que pourrait poser la Société canadienne du sida afin de surmonter certains obstacles à l'accès au cannabis à des fins médicales pour les personnes vivant avec le VIH-sida. Les recommandations du juriste-conseil ont été prises en considération quand la Société canadienne du sida a formulé ses recommandations, et des extraits du rapport du juriste sont inclus dans ce document.

iii. Consultations

Les personnes vivant avec le VIH-sida ont été consultées partout par l'intermédiaire de groupes de discussion et d'un questionnaire de consultation. Cette consultation avait pour but de :

- identifier les obstacles à l'accès au cannabis à des fins médicales et les effets de la réglementation du cannabis sur la vie quotidienne;
- documenter les réalités auxquelles font face les personnes vivant avec le VIH-sida concernant l'utilisation du cannabis dans le cadre de leur traitement;
- discerner leurs besoins d'information à propos de l'utilisation du cannabis à des fins médicales.

Un rapport des consultations contenant les résultats détaillés des questionnaires et des consultations auprès des groupes de discussion est offert comme complément de cet énoncé de position.

a. Groupes de discussion

Des groupes de discussion ont été formés dans les villes des 5 régions du Canada : Victoria, Saskatoon, Toronto, Montréal et Halifax, ainsi qu'à la Tribune annuelle des personnes vivant avec le VIH-sida, qui a eu lieu à Ottawa. Au sein des groupes de discussion, on a fait venir des personnes de l'extérieur des villes visitées pour obtenir une meilleure représentation hors des centres urbains. Les groupes de discussion étaient conçus pour une seule catégorie, selon laquelle les participants devaient être des personnes vivant avec le VIH-sida. En tout, 42 personnes y ont participé. La plupart étaient des utilisateurs de cannabis à des fins médicales, sauf quelques-uns.

Les séances des groupes de discussion étaient animées et enregistrées aux fins de transcription. La méthode interrogative utilisée pour mener la discussion comprenait des questions sur :

- la façon dont ils utilisaient le cannabis à des fins médicales;
- comment ils avaient obtenu ce cannabis;
- s'ils avaient fait une demande au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et comment ça c'était passé pour eux;
- s'ils avaient songé à obtenir du cannabis de la source du gouvernement;
- ce qu'ils pensent du projet du gouvernement de distribuer du cannabis dans les pharmacies;
- ce qu'ils pensent du nouveau produit « Sativex® »;
- s'ils ont discuté de l'utilisation du cannabis à des fins médicales avec leur médecin;
- comment les gens réagissent à leur utilisation du cannabis à des fins médicales;
- comment les lois sur le cannabis influent sur leur vie quotidienne;
- s'il y a un aspect social, culturel ou spirituel à leur utilisation; et
- ce qu'ils croient que pourrait être un système idéal de cannabis à des fins médicales au Canada.

Les discussions ont été transcrites et analysées par la conseillère de projet, avec l'apport du Comité directeur national. Les principaux messages extraits de ces groupes de discussion ont inspiré l'élaboration de ce projet.

b. Questionnaire de consultation

Un questionnaire a été mis au point pour recueillir de l'information sur l'utilisation pancanadienne de cannabis à des fins médicales, pour obtenir une meilleure représentation des opinions, et pour joindre les personnes vivant avec le VIH-sida qui n'utilisent pas présentement le cannabis à des fins médicales. Le questionnaire servait aussi à identifier les obstacles qui pouvaient les empêcher d'utiliser du cannabis si elles le souhaitaient, afin de traiter de ces obstacles dans notre plan d'action.

Le questionnaire a été distribué partout aux organismes membres de la SCS, aux participants à la Tribune annuelle des personnes vivant avec le VIH-sida, aux clubs de compassion de tout le Canada, aux listes de courriel qui s'occupent de cannabis à des fins

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

médicinales, et aux listes de courriel qui s'occupent de questions liées au VIH-sida. Il a aussi été posté et on pouvait le consulter au site Web de la SCS. Un article a paru dans le magazine *Cannabis Health*, décrivant le projet et invitant les gens à participer aux groupes de discussion ou à remplir le questionnaire. Chaque participant aux groupes de discussion a aussi rempli le questionnaire. Des médecins ont mis le questionnaire à la disposition de leurs patients, à leur gré. Nous avons dépouillé un total de 197 questionnaires remplis. Nous ne prétendons pas avoir un échantillon aléatoire de personnes vivant avec le VIH-sida. Nous avons consulté autant de gens que possible, par un échantillon de commodité et dans les contraintes de nos ressources. On pouvait aussi consulter le questionnaire en ligne. Les résultats en ont été analysés à l'aide du logiciel SPSS 13.0 pour Windows, pour produire des proportions et mener des tabulations recoupées. Les transcriptions des groupes de discussion ont servi à compléter les données recueillies par le questionnaire. Les transcriptions ajoutaient de la profondeur et des histoires vécues aux enjeux, et identifiaient certaines autres questions qui avaient échappé au questionnaire.

iv. Entrevues des intervenants clés

Les intervenants clés dans le contexte du cannabis à des fins médicales pour les personnes vivant avec le VIH-sida ont été repérés et interviewés. La liste des personnes interviewées se trouve à l'annexe A. Des questions propres à chaque intervenant ont été formulées. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites, et ont été prises en considération dans l'élaboration de nos recommandations. Certains extraits des entrevues sont inclus au présent document.

4 Société canadienne du sida. Principes d'action communautaire de la SCS. Consulter l'adresse <www.cdnaids.ca/web/casmisc.nsf/cl/cas-gen-0051---Fre>.

5 ONUSIDA. De la théorie à la pratique : une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH-sida – le concept GIPA. Septembre 1999.

6 L'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire (Canada). Code de bonnes pratiques pour le dialogue sur les politiques : Pour donner suite à l'*Accord entre le gouvernement du Canada et le secteur bénévole et communautaire*. Octobre 2002.

7 Les clubs de compassion ou clubs de cannabis sont créés pour fournir du cannabis à des fins médicales aux Canadiens gravement malades, habituellement avec une preuve de diagnostic et/ou la signature d'un médecin sur le formulaire de demande. Ces clubs varient de taille, de structure organisationnelle et de services rendus. Présentement, ils ne sont pas reconnus et ce ne sont pas des établissements légaux, bien que les clubs qui observent certaines procédures n'ont pas encore fait l'objet de poursuites fructueuses.

1 Société canadienne du sida. Énoncé de position sur le VIH-sida et l'usage thérapeutique du cannabis. Le 20 mai 2004. Consulter l'adresse <www.cdnaids.ca/web/position.nsf/pages/cas-pp-0021---Fre>.

2 *Wakeford c. Ontario* (1998) 166 D.L.R. (4^e) 131, 135-6, 138-9 (Ont.Gen.Div).

3 Société canadienne du sida. Valeurs et croyances fondamentales. Consulter l'adresse <www.cdnaids.ca/web/casmisc.nsf/cl/cas-gen-0050---Fre>.

BREF SURVOL DE LA SCIENCE

Le cannabis sert depuis des millénaires à diverses fins médicinales. La preuve bien documentée la plus ancienne de l'utilisation du cannabis remonte à 4000 ans avant notre ère. Dans les pays d'Asie et du Moyen-Orient, on utilise le cannabis depuis au moins 2 500 ans. Il a été introduit dans la médecine occidentale à la fin des années 1830. Le cannabis a été largement utilisé comme remède jusqu'à ce que la révolution pharmaceutique du 20^e siècle, combinée avec une interdiction criminelle, n'occulte les avantages thérapeutiques de la plante. La criminalisation du cannabis au Canada en 1923 a effectivement mis fin aux applications médicales de cette plante, et sa criminalisation continue a empêché la recherche sur ses effets, à l'exception de la recherche destinée à explorer les aspects nocifs supposés de la plante, dans l'espoir d'en justifier la prohibition. Cependant, depuis les années 1970, il y a eu un renouveau de l'intérêt pour l'utilisation du cannabis comme médicament, car les gens ont commencé à découvrir sa capacité de contrôler certains des symptômes associés avec les principales maladies débilitantes¹.

A. Traitement des symptômes liés au VIH-sida

La documentation scientifique explorant le potentiel thérapeutique du cannabis dans le contexte du traitement des symptômes liés au VIH-sida est en croissance. Nous présentons un sommaire de la documentation scientifique actuelle sur l'utilisation du cannabis par les personnes vivant avec le VIH-sida relativement à la stimulation de l'appétit, à la nausée et à la douleur neuropathique. Il ne s'agit absolument pas d'une revue exhaustive, elle ne veut que donner au lecteur un certain contexte. Pour le sommaire le plus récent des études publiées sur le cannabis et les cannabinoïdes² de la documentation internationale, nous vous invitons à consulter le site Web du Canadian Consortium for the Investigation of Cannabinoids, à l'adresse <www.ccicnewsletter.com>.

i. Perte d'appétit

La perte d'appétit provient souvent du VIH-sida même, ou des médicaments. La perte d'appétit grave peut mener à une perte de poids significative et à la cachexie. Le syndrome de cachexie est une des principales causes de décès des personnes souffrant du sida. Il se définit comme étant la perte involontaire de plus de 10 % du poids de départ résultant de la cachexie (amaigrissement), ce qui cause une perte disproportionnée de la masse de tissus maigres et l'inanition attribuable à la privation d'aliments ou de nutriments. En 1991, une étude ouverte pilote a été publiée qui révélait que le Marinol® (THC synthétique) entraînait une prise de poids accrue chez la majorité des sujets³. Ces résultats ont été soutenus par un essai contrôlé auprès de 88 personnes souffrant du sida qui ont observé que le Marinol® était significativement supérieur au placebo pour améliorer l'appétit, avec une tendance à la prise de poids, et 75 % des effets indésirables tombant dans la catégorie bénin à modéré⁴.

Malgré une foule de témoignages anecdotiques suggérant que le cannabis fumé stimule l'appétit (c.-à-d. « les fringales »), peu d'études scientifiques ont été menées sur cette relation. Les études qui ont été publiées se limitent à des milieux de laboratoire avec peu de patients, et ont constaté des accroissements significatifs du poids, de l'appétit et de la prise de nourriture⁵. L'Ontario HIV Treatment Network (OHTN) a récemment financé une étude sur les effets du cannabis fumé sur le poids, la prise de nourriture et la stimulation de l'appétit chez les personnes vivant avec le VIH-sida. Les chercheurs ont suggéré une étude ouverte, à un seul volet et à titrage de dose. Depuis l'approbation de l'OHTN, l'importance de mener des essais cliniques plus importants a mené les chercheurs à revoir le protocole⁶.

ii. Nausée et vomissements

La gravité du syndrome de cachexie du sida est doublée du fait que les inhibiteurs de protéase (mé-

dicaments antirétroviraux), qui sont partie intégrante du traitement actuel de la maladie, mènent souvent à des épisodes extrêmes de nausée et de vomissements, semblables à ceux que connaissent les patients cancéreux après une chimiothérapie. Le cannabis s'est révélé un agent anti-émétique efficace. En fait, dans une étude de 1991, Doblin a observé que 44 % des oncologues interrogés avaient recommandé l'utilisation du cannabis comme traitement contre la nausée⁷. Dans une revue de six études distinctes menée aux É.-U., le cannabis s'est révélé « efficace pour réduire ou éliminer la nausée et les vomissements après la chimiothérapie du cancer »⁸. En outre, les études ont démontré que le cannabis fumé était aussi ou plus efficace que le Marinol® dans cette indication. De même, dans un essai non aléatoire avec évaluation subjective de la nausée et des vomissements, le cannabis fumé a été estimé très efficace (34 %) ou modérément efficace (44 %)⁹.

iii. Douleur neuropathique

Les témoignages anecdotiques appuient l'opinion voulant que le cannabis ait des effets positifs pour la douleur neuropathique. Cette forme de douleur est décrite comme suit :

La douleur neuropathique survient quand les nerfs mêmes subissent une blessure. Elle est souvent ressentie comme une sensation de brûlure qui se produit en réaction à un toucher même léger. La douleur neuropathique ne répond habituellement pas aux analgésiques narcotiques, qui peuvent soulager d'autres types de douleur. Les antidépresseurs et les anticonvulsivants, et certaines interventions chirurgicales peuvent améliorer certains cas de neuropathie¹⁰.

Comme on l'a noté à un atelier sur le cannabis à des fins médicales du National Institute on Drug Abuse (NIDA), en 1997 : « La douleur neuropathique représente un problème de traitement pour lequel les analgésiques présentement offerts sont, au mieux, marginalement efficaces. Puisque le delta-9-THC n'agit pas selon les mêmes mécanismes que les opioïdes ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens, il peut être utile pour ce type de douleur inadéquatement traitée »¹¹. Une étude a constaté que le Marinol® (THC synthétique) était largement inefficace pour traiter les patients souffrant de neuropathie réfrac-

taire¹², mais elle a été critiquée pour le fait qu'elle ne prenait pas en compte l'effet thérapeutique possible des autres cannabinoïdes.

Dans cette veine, une série d'essais croisés à double insu, aléatoires, contrôlés contre placebo à un seul patient qui comparaient trois extraits différents de plantes entières avec un placebo pour des patients présentant des symptômes neuropathiques rebelles ont conclu que les extraits de cannabis peuvent améliorer les symptômes neuropathiques qui ne répondent pas aux traitements réguliers, avec des effets indésirables bien tolérés¹³. D'autres études à court terme récentes ont conclu à des résultats prometteurs semblables avec Sativex® pour les douleurs neuropathiques¹⁴. En outre, une récente étude de deux semaines d'un cannabinoïde fabriqué synthétiquement (CT-3) a prouvé son efficacité pour traiter les douleurs neuropathiques, ce qui est significatif, car ce cannabinoïde en particulier a été conçu pour agir sans effets psychotropes¹⁵.

Une étude récemment achevée par le Dr Donald Abrams, dont les résultats sont en cours d'analyse, examinait l'effet du cannabis fumé sur 16 personnes vivant avec le VIH-sida et souffrant d'atteintes nerveuses douloureuses aux mains et aux pieds. Abrams a rapporté que les résultats préliminaires « suggèrent fortement qu'il y a un avantage à la marijuana fumée »¹⁶

B. Cannabis végétal et produits pharmaceutiques

Le THC synthétique, sous forme de Marinol® (dronabinol) et de Cesamet® (nabilone), a été indiqué pour la nausée et les vomissements consécutifs à la chimiothérapie. De plus, le Marinol® a été aussi indiqué pour la stimulation de l'appétit dans le traitement du syndrome de cachexie du sida. Nombre des premières études sur les propriétés anti-émétiques et stimulatrices de l'appétit du cannabis ont été menées seulement avec du Marinol®. Toutefois, plus récemment, dans un climat plus sympathique, des études se sont penchées sur l'innocuité et l'efficacité du cannabis fumé, par lui-même et en relation avec le Marinol® et d'autres médicaments classiques.

Bien que les études aient montré que le Marinol® et le cannabis fumé soient semblablement efficaces pour traiter la nausée et stimuler l'appétit, les personnes vivant avec le VIH-sida ont clairement indiqué leur préférence pour le cannabis fumé¹⁷. Dans un récent questionnaire d'étude administré à 160 patients d'une clinique du VIH et à 19 membres de clubs de compassion à Toronto, Ottawa et Montréal, 93 % des patients qui prenaient Marinol® et du cannabis (n = 57) ont déclaré préférer le cannabis¹⁸. Un certain nombre de raisons de cette préférence ont été exprimées, dont :

- le coût élevé du Marinol® relativement à celui du cannabis, qui rend l'utilisation à long terme financièrement impossible¹⁹;
- la capacité des patients de titrer leurs doses quand ils utilisent du cannabis²⁰;
- l'action plus rapide de fumer plutôt que de prendre un médicament par la bouche;
- la difficulté d'avaler le Marinol® durant les épisodes de nausée²¹;
- l'effet synergique possible de la plante entière de cannabis, avec l'interaction de ses nombreux cannabinoïdes, particulièrement le cannabidiol (CBD), qui est absent du Marinol® à base de THC seulement²².

Une différence essentielle entre les applications thérapeutiques de la marijuana et celles du Marinol® réside dans le mode d'administration. Fumer du cannabis comporte l'avantage d'une action rapide et d'une biodisponibilité efficace. L'action rapide est très désirable quand il s'agit de lutter contre des vagues de nausée. Surtout, le Marinol® est absorbé par voie gastro-intestinale, ce qui présente certains problèmes pour les patients en ce qui concerne la biodisponibilité variable et la métabolisation du THC en une substance plus psychotrope qui tend à induire la dysphorie chez les patients²³.

C. Observance de la pharmacothérapie

L'observance des médicaments est d'une importance capitale pour les personnes séropositives afin d'assurer la suppression du virus à long terme. Comme la médication s'accompagne souvent d'effets secondaires désagréables, respecter un régime posologique

peut faire problème pour un malade chronique. Les témoignages anecdotiques sur l'observance accrue avec l'aide du cannabis sont nombreuses²⁴.

Ce domaine a fait l'objet de recherches. La santé mentale, l'utilisation de substance et l'observance des médicaments sont étroitement liées. Une étude a conclu que les personnes vivant avec le VIH-sida qui sont déprimées, qui souffrent d'un trouble anxieux ou de panique, et qui ont consommé des drogues comme la cocaïne, le cannabis, les amphétamines ou les sédatifs étaient plus susceptibles de ne pas observer leur médication antirétrovirale que celles qui n'ont pas ces problèmes de santé mentale²⁵. Parallèlement, une autre étude a montré que les personnes qui prennent des médicaments antirétroviraux et qui avaient manqué au moins une dose de leur médication dans la semaine écoulée avaient des scores significativement plus élevés à une échelle de désespoir, et déclaraient plus d'utilisation courante de cannabis²⁶. Cependant, ces études ne portaient pas sur les personnes vivant avec le VIH-sida qui utilisent spécifiquement le cannabis pour soulager les effets secondaires de leur médication. Une autre étude cherchait précisément à identifier les effets de l'utilisation du cannabis sur l'observance du traitement antirétroviral (TAR). Elle concluait que « l'utilisation de la marijuana à des fins médicinales peut faciliter, plutôt qu'entraver, l'observance du TAR pour les patients souffrant de nausée, contrairement à l'utilisation d'autres substances illégales, qui étaient associées à un taux plus faible d'observance du TAR »²⁷. Ces résultats suggèrent que l'utilisation du cannabis fumé spécifiquement aux fins de calmer la nausée peut être associée à l'observance du TAR chez les personnes vivant avec le VIH-sida.

D. Effets à long terme du cannabis

Les scientifiques ont passé énormément de temps à chercher les dommages soupçonnés associés à l'utilisation du cannabis afin de fournir des fondements aux politiques actuelles de prohibition, et la propagande utilisée pour justifier la guerre à la drogue a fait qu'il est difficile de distinguer entre les études scientifiques légitimes et biaisées. Sans aucun doute, les chercheurs ont pu trouver des malaises et des maladies chez des rats exposés à de grandes quan-

tités de cannabis, mais plus souvent qu'autrement, ces résultats ne sont pas reproduits dans les études de population humaine, ni ne sont refétés dans les données probantes épidémiologiques sur une population vieillissante de fumeurs de cannabis²⁸.

Le fait qu'il puisse y avoir des dommages associés à l'utilisation du cannabis n'empêcherait pas que le cannabis soit estimé comme étant un médicament important. Tous les médicaments ont des effets secondaires et dans toute la médecine, la question essentielle est de savoir si les inconvénients l'emportent sur les avantages. Étant donné la nature politique du débat, aucun consensus n'a été dégagé à l'égard des dommages associés au cannabis. Disons simplement que même si l'on accepte les diverses allégations sur les dommages pour leur valeur apparente, il est clair que le cannabis a une large marge d'innocuité. Il n'y a jamais eu de décès déclaré directement attribuable à l'utilisation du cannabis, et la plupart des effets secondaires documentés ne sont pas assez graves pour rendre le cannabis impropre à une utilisation médicale. En fait, il n'y a pas de dose fatale connue de cannabis ou de ses principaux éléments chez les humains^{29,30,31,32,33}. On estime qu'il faudrait consommer 1 500 livres de cannabis en 15 minutes pour en mourir, ce qui n'a jamais été prouvé.

i. Effets sur les poumons

Cependant, il y a deux dommages soupçonnés qu'il faut explorer plus à fond : les effets sur le système pulmonaire, et la dégradation du système immunitaire. Les données probantes à l'appui de des allégations sont ténues et spéculatives. Il faudra plus de recherche pour prouver que ces soupçons ne sont pas fondés. Le besoin de recherche confirmatoire est particulièrement pertinent en ce qui concerne les effets sur le système immunitaire et l'effet potentiel de l'utilisation du cannabis sur les personnes souffrant déjà d'un système immunitaire déprimé.

Quant aux risques pulmonaires, il y a des preuves documentées que fumer du cannabis de façon chronique entraîne une déficience bronchiale; toutefois, il n'y a pas de données probantes tangibles d'emphysème ou de cancer du poumon³⁴. La plupart des études sur les dommages pulmonaires ont été menées par le Dr Tashkin à l'UCLA, et il vient de terminer une étude

où il a examiné plus de 64 000 dossiers de patients et conclu que les utilisateurs de cannabis ne développaient pas de cancer du poumon à un taux plus élevé ni ne mouraient plus tôt que les non-utilisateurs. L'article est à paraître. À l'assemblée de juillet 2005 de l'International Cannabinoid Research Society, le Dr Tashkin a présenté ses résultats, soit que même l'usage à long terme de cannabis ne cause pas le cancer du poumon, des voies respiratoires supérieures ou de l'œsophage³⁵. Les résultats de Tashkin font écho à ceux d'une étude à grande échelle de 2004 qui n'observait aucun risque accru de cancer de la bouche chez les fumeurs de cannabis³⁶.

Même si le cancer n'est pas une conséquence de l'utilisation à long terme du cannabis, les formes non cancéreuses de déficience pulmonaire attribuables à fumer à long terme présentent quand même un risque pour les personnes vivant avec le VIH-sida. L'utilisation fréquente peut endommager les voies respiratoires, causer l'inflammation des poumons et diminuer la défense contre les infections, ce qui peut être sérieux pour des personnes immunodéprimées³⁷.

Les risques pulmonaires s'accroissent lorsque les cannabinoïdes sont libérés par combustion et en fumant. Cependant, il y a des mesures de réduction des méfaits pour ceux qui choisissent de fumer du cannabis. Une option intéressante consiste à utiliser des vaporisateurs, qui libèrent les cannabinoïdes en chauffant le cannabis à une température près de celle de la combustion, éliminant ou réduisant substantiellement ainsi les toxines nocives qui sont présentes dans la fumée de cannabis^{38,39}.

ii. Effets du cannabis contaminé

Le risque d'infection pulmonaire est accru quand les patients fument du cannabis qui peut contenir des contaminants microbiologiques, des champignons opportunistes et d'autres adjuvants⁴⁰. La contamination microbiologique est une considération importante durant la culture du cannabis. Certaines mesures existent pour prévenir la croissance de contaminants microbiologiques.

iii. Effets sur le système immunitaire

Relativement aux risques pour le système immunitaire de fumer du cannabis, un commentateur a fait remarquer que « malgré les nombreuses allégations que la marijuana supprime le système immunitaire humain, les effets sur la santé de l'immunomodulation induite par la marijuana ne sont pas encore définis »⁴¹. En ce qui concerne les personnes vivant avec le VIH-sida, la question de la suppression immunitaire doit être étudiée davantage si le cannabis doit être utilisé à des fins médicales. Le VIH-sida entraîne une préoccupation additionnelle au sujet de l'interaction médicamenteuse entre le cannabis et les inhibiteurs de la protéase utilisés dans le traitement du VIH-sida, puisque les deux médicaments sont métabolisés par les mêmes systèmes dans le foie⁴².

Cependant, dans l'étude la plus exhaustive sur la question⁴³, où 62 sujets prenaient des inhibiteurs de protéase (indinavir ou nelfinavir), le Dr Abrams a constaté que ces patients n'avaient pas d'effets virologiques significatifs attribuables au traitement aux cannabinoïdes (fumés ou oraux) durant les trois semaines de l'étude. « Notre essai clinique de courte durée suggère une innocuité acceptable dans une population vulnérable de patients immunodéprimés. » En outre, les patients qui étaient traités aux cannabinoïdes ont pris plus de poids que ceux qui prenaient un placebo. Dans des études concomitantes, Bredt⁴⁴ a observé qu'il n'y avait pas de changement des phénotypes ou des fonctions du système immunitaire, et Kosel⁴⁵ n'a vu aucun effet sur le métabolisme des inhibiteurs de protéase. Des études oncologiques sont arrivées aux mêmes conclusions en analysant les marqueurs immunologiques chez les utilisateurs de cannabis⁴⁶. Néanmoins, malgré ces premiers résultats positifs, tous les auteurs ont donné l'avis qu'il fallait des études à plus long terme.

Bien que certains scientifiques continuent d'exprimer leurs craintes au sujet du cannabis et de la suppression immunitaire, d'autres concluent que le cannabis est vraiment devenu un élément indispensable du traitement pour maintenir un taux d'observance élevé des régimes de médicaments antirétroviraux qui sont nécessaires pour supprimer les charges virales. Malheureusement, l'observance du régime de médicaments est difficile pour de nombreux patients.

Comme le note Bayer, « les patients souffrant du sida trouvent souvent que les médicaments qu'il leur faut pour soutenir leur vie produisent des effets secondaires tellement intolérables qu'ils deviennent récalcitrants à maintenir leur traitement, ou ne le prennent pas régulièrement »⁴⁷. Une étude de 160 patients de cliniques du VIH a conclu que 71,3 % souffraient d'effets indésirables de leurs médicaments antirétroviraux, et que 14,4 % d'entre eux sautaient des doses en conséquence. Cependant, 27,5 % des patients ont déclaré utiliser du cannabis ou du dronabinol pour contrer ces effets indésirables⁴⁸. Dans une enquête menée dans un système de santé publique pour le VIH-sida au nord de la Californie, de Jong a conclu que les patients qui souffraient de nausée de modérée à grave et qui utilisaient du cannabis étaient plus enclins à observer leur régime de médicaments que les patients qui souffraient de nausée semblable mais qui n'utilisaient pas de cannabis⁴⁹. Cela est particulièrement significatif puisque la nausée et l'anorexie sont fréquemment citées comme raisons de retarder ou de sauter des doses ou de cesser le traitement antirétroviral⁵⁰.

E. Le cannabis comme traitement pour les personnes vivant avec le VIH-sida

De toutes ces études, il apparaît que le cannabis pourrait être un complément essentiel du traitement du VIH-sida, en raison de ses propriétés anti-émétiques, stimulatrices de l'appétit, analgésiques et autres – à tel point que le rapport de 1999 sur le cannabis à des fins médicales de l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis déclarait que :

« Pour des patients comme ceux qui souffrent du sida ou qui subissent une chimiothérapie, et qui souffrent simultanément de douleurs graves, de nausée et de perte d'appétit, les drogues cannabinoïdes peuvent apporter un soulagement à large spectre qu'aucun autre médicament ne peut offrir⁵¹ ».

Cependant, l'accès ouvert au cannabis comme traitement demeurera sous-développé jusqu'à ce que la recherche clinique nécessaire ne soit menée pour découvrir les façons dont le cannabis est thérapeutiquement actif et efficace. Tant les antécédents his-

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

toriques que la connaissance scientifique actuelle appuie l'assertion que le cannabis a une certaine valeur thérapeutique. Toutefois, il y a divergence d'opinions à savoir si le cannabis est un traitement supérieur, inférieur ou même également efficace pour la perte d'appétit, la nausée, la cachexie ou la douleur neuropathique, quand on le compare à d'autres médicaments conventionnels. Même si l'intérêt renouvelé pour les propriétés thérapeutiques des cannabinoïdes est prometteur, d'importants écarts demeurent dans la recherche, en particulier quand il s'agit des effets thérapeutiques du cannabis fumé.

1 Russo, E. « History of cannabis as a medicine ». Dans Guy GW, Whittle BA, Robson PJ, directeurs de rédaction. *The Medicinal Use of Cannabis and Cannabinoids*. London: Pharmaceutical Press; 2004.

2 Les cannabinoïdes sont les composés actifs du cannabis.

3 Plasse TF, Gorter RW, Krasnow SH, Lane M, Shepard KV, Wadleigh RG. « Recent clinical experience with Dronabinol ». *Pharmacol Biochem Behav*. 1991 Nov; 40(3):695-700. Étude.

4 Beal JE, Olson R, Laubenstein L, Morales JO, Bellman P, Yangco B, Lefkowitz L, Plasse TF, Shepard KV. « Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS ». *J Pain Symptom Manage*. 1995 Feb; 10(2):89-97.

5 Foltin RW, Brady JV, Fischman MW. « Behavioural analysis of marijuana effects on food intake in humans ». *Pharmacol Biochem Behav*. 1986 Sep; 25(3):577-82; Foltin RW, Fischman MW, Byrne MF. « Effects of smoked marijuana on food intake and body weight of humans living in a residential laboratory ». *Appetite*. 1988 Aug; 11(1):1-14; Mattes RD, Engelman K, Shaw LM, Elshohly MA. « Cannabinoids and Appetite Stimulation ». *Pharmacol Biochem Behav*. 1994 Sep; 49(1):187-95.

6 Sergio Rueda, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario. Communication personnelle, 25 janvier 2006.

7 Doblin RE, Kleiman MA. « Marijuana as an antiemetic medicine: A survey of oncologists' experiences and attitudes ». *J Clin Oncol*. 1991 Jul; 9(7):1314-9.

8 Musty R, Rossi R. « Effects of smoked cannabis and oral delta-9-tetrahydrocannabinol on nausea and emesis after cancer chemotherapy: A review of state clinical trials ». *Journal of Cannabis Therapeutics*. 2001; 1:29.

9 Vinciguerra V, Moore T, Brennan E. « Inhalation marijuana as an antiemetic for cancer chemotherapy ». *N Y State J Med*. 1988 Oct; 88(10):525-7.

10 Mack A, Joy J. *Marijuana as Medicine: The science beyond the controversy*. Washington, DC: National Academy Press; 2001, p. 78.

11 Robson PJ, Guy GW. « Clinical Studies of Cannabis-Based Medicines ». Dans Guy GW, Whittle BA, Robson PJ. *The Medicinal Uses of Cannabis and Cannabinoids*. London: Pharmaceutical Press; 2004, 233.

12 Clermont-Gnamien S, Atlani S, Attal N, Le Mercier F, Guirimand F, Brasseur L. « Utilisation thérapeutique du delta-9-tétrahydrocannabinol (dronabinol) dans les douleurs neuropathiques réfractaires ». [Article en français] *Presse Med*. 2002 décembre; 31(39 Pt 1):1840-5.

13 Wade DT, Robson P, House H, Makela P, Aram J. « A preliminary controlled study to determine whether whole-plant cannabis extracts can improve intractable neurogenic symptoms ». *Clin Rehabil*. 2003 Feb; 17(1):21-9.

14 Berman JS, Symonds C, Birch R. « Efficacy of two cannabis based medicinal extracts for relief of central neuropathic pain from brachial plexus avulsion: Results of a randomized controlled trial ». *Pain*. 2004 Dec; 112(3):299-306; Rog D, Young C. Presentation to the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis. Milan, 20 September 2003; Notcutt W, Price M, Miller R, Newport S, Phillips C, Simmons S, Sansom C. « Initial experiences with medicinal extracts of cannabis for chronic pain: results from 'N of 1' studies ». *Anaesthesia*. 2004 May; 59(5):440-52.

15 Karst M, Salim K, Burstein S, Conrad I, Hoy L, Schneider U. « Analgesic effects of the synthetic cannabinoid CT-3 on chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial ». *JAMA*. 2003 Oct 1; 290(13):1757-62.

16 « Bay Area Researcher Breaks New Ground in Pot Study », CBS5.com. San Francisco. Consulter l'adresse <cbs5.com/health/local_story_157190102.html>.

17 Grinspoon L, Bakalar J. *Marihuana: The forbidden medicine*. New Haven, CT: Yale University Press; 1997.

18 Ware MA, Doyle CR, Woods R, Lynch ME, Clark AJ. « Cannabis use for chronic non-cancer pain: Results of a prospective study ». *Pain*. 2003 Mar; 102(1-2):211-6.

19 Bayer R. « Therapeutic Cannabis (Marijuana) as an Antiemetic and Appetite Stimulant in Persons with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) ». Dans Russo E, editor. *Cannabis therapeutics in HIV/AIDS*. New York: Haworth Integrative Healing Press; 2001, 8.

20 Sallan SE, Zinberg NE, Frei E 3rd. « Antiemetic effect of delta-9-tetrahydrocannabinol in patients receiving cancer chemotherapy ». *N Engl J Med*. 1975 Oct 16; 293(16):795-7.

21 Werner C. « Medical Marijuana and the AIDS Crisis ». Dans Russo E, editor. *Cannabis Therapeutics in HIV/AIDS*. New York: Haworth Press; 2001, 26.

22 Bayer R. *supra*, 8.

- 23 National Institute of Health, Ad Hoc Groups of Experts. National Institute of Health -Workshop on the Medical Utility of Marijuana. Feb.19-20, 1997, 10.
- 24 Krampf W. « AIDS and the wasting syndrome ». Dans Mathre M, editor. *Cannabis in medical practice: A legal, historical, and pharmacological overview of the therapeutic use of cannabis*. Jefferson, N.C.: McFarland & Co.; 1997; et Grinspoon L, Bakalar J. *Marihuana: The forbidden medicine*. New Haven, CT: Yale University Press; 1997; et Zimmerman B, et al. *Is marijuana the right medicine for you? A factual guide to medical uses of marijuana*. New Canaan, CT. Keats Publishing, Inc; 1998.
- 25 Tucker JS, Burnam MA, Sherbourne CD, Kung FY, Gifford AL. « Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection ». *Am J Med*. 2003 May; 114(7):573-80.
- 26 Kalichman SC, Rompa D. « HIV treatment adherence and unprotected sex practices in people receiving antiretroviral therapy ». *Sex Transm Infect* 2003; 79:59-61.
- 27 de Jong BC, Prentiss D, McFarland W, Machekano R, Israelski DM. « Marijuana Use and Its Association With Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV-Infected Persons With Moderate to Severe Nausea ». *J Acquir Immune Defic Syndr*, Jan 1 2005; 38(1):43-46.
- 28 Pour un relevé et un sommaire des études sur les effets indésirables de la marijuana sur la santé, consultez Zimmer L, Morgan J. *Marijuana Myths - Marijuana Facts*. New York: The Lindesmith Center; 1997. Pour un sommaire plus réservé et prudent des études existantes, consultez Kalant H, et al. *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: ARF Books; 1999.
- 29 Grinspoon L, Bakalar JB. *Marihuana, the forbidden medicine*. Rév. et exp. ed. New Haven: Yale University Press; 1997.
- 30 Mikuriya TH. « Historical aspects of Cannabis sativa in Western medicine ». *New Physician*. 1969; 18(Nov):902-908.
- 31 « Marihuana and society ». *JAMA*. Jun 24 1968; 204(13):1181-1182.
- 32 Loewe S. « Studies on the pharmacology and acute toxicity of compounds with marijuana activity ». *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 1946; 88:154-161.
- 33 Loewe S. [The active principals of cannabis and the pharmacology of the cannabinoids.] [article en allemand] *Archiv fur Experimentelle Pathologie und Pharmakologie*. 1950; 211:175-193.
- 34 Tashkin DP, Simmons MS, Sherrill DL, Coulson AH. « Heavy Habitual Marijuana Smoking does not cause an Accelerated Decline in FEV with Age ». *Am J Respir Crit Care Med*. 1997 Jan; 155(1):141-8.; Hashibe M, Ford DE, Zhang ZF. « Marijuana Smoking and Head and Neck Cancer ». *J Clin Pharmacol*. 2002 Nov; 42(11 Suppl):103S-107S. Review.; Fung M, Gallagher C, Machtay M. « Lung and Aero-Digestive Cancers in Young Marijuana Smokers ». *Tumori*. 1999 Mar-Apr; 85(2):140-2; Sidney S, Quesenberry CP Jr, Friedman GD, Tekawa IS. « Marijuana Use and Cancer Incidence ». (Californie, États-Unis). *Cancer Causes Control*. 1997 Sep; 8(5):722-8. Comme mentionné dans Zimmer L, Morgan J. *Marijuana Myths and Marijuana Facts*. New York: Lindesmith Society; 1997.
- 35 Tashkin DP, et al. « Marijuana Use and Cancers of the Lung and Upper Aerodigestive Tract: Results of a Case-Control Study ». Présenté au 15^e Annual Symposium on the Cannabinoids, 24-27 juin 2005.
- 36 Rosenblatt KA, Daling JR, Chen C, Sherman KJ, Schwartz SM. « Marijuana use and risk of oral squamous cell carcinoma ». *Cancer Res*. 2004 Jun 1; 64(11):4049-54.
- 37 Tashkin DP. « Effects of Smoked Marijuana on the Lung and Its Immune Defenses: Implications for Medicinal Use in HIV-Infected Patients ». *J Cannabis Ther* 2001(3/4):87-102.
- 38 Gieringer DH. « Cannabis “Vaporization”: A Promising Strategy for Smoke Harm Reduction ». *J Cannabis Ther* 2001(3/4):153-170.; Grotenhermen F. « Harm Reduction Associated with Inhalation and Oral Administration of Cannabis and THC ». Dans Russo E, editor. *Cannabis Therapeutics in HIV/AIDS*. New York: Haworth Press; 2001.
- 39 Gieringer D, St. Laurent J, Goodrich S. « Cannabis Vaporizer Combines Efficient Delivery of THC with Effective Suppression of Pyrolytic Compounds ». *J Cannabis Ther*. 2004; 4(1):7-27.
- 40 Extrait d'un affidavit présenté par le Dr John McPartland dans *Wakeford* de 1998 – aux dossiers du juriste-conseil. Consulter aussi McPartland JM. « Microbiological Contaminants of Marijuana ». *Journal of the International Hemp Association*. 1994; 1:41.
- 41 Institute of Medicine. *Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base*. Washington: National Academy Press; 1999, 109.
- 42 Nahas GG, Suci-Foca N, Armand JP, Morishima A. « Inhibition of cellular mediated immunity in marihuana smokers ». *Science*. 1974 Feb 1; 183(123):419-20; Wallace JM, Tashkin DP, Oishi JS, Barbers RG. « Peripheral blood lymphocyte subpopulations and mitogen responsiveness in tobacco and marijuana smokers ». *J Psychoactive Drugs*. 1988 Jan-Mar; 20(1):9-14. Hollister LE. « Hunger and appetite after single doses of marihuana, alcohol, and dextroamphetamine ». *Clin Pharmacol Ther*. 1971 Jan-Feb; 12(1):44-9; Friedman H, Klein TW, Newton C, Daaka Y. « Marijuana, receptors and immunomodulation » *Adv Exp Med Biol*. 1995; 373:103-13. Review.
- 43 Abrams DI, Hilton JF, Leiser RJ, Shade SB, Elbeik TA, Aweeka FT, et al. « Short-term effects of cannabinoids in patients with HIV-1 infection ». *Ann Intern Med*. 2003 Aug 19; 139(4):258-66.

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

44 Bredt BM, Higuera-Alhino D, Shade SB, Hebert SJ, McCune JM, Abrams DI. « Short-term effects of cannabinoids on immune phenotype and function in HIV-1 infected patients ». *J Clin Pharmacol*. 2002 Nov; 42(11 Suppl):82S-89S.

45 Kosel BW, Aweeka FT, Benowitz NL, Shade SB, Hilton JF, Lizak PS, Abrams DI. « The effects of cannabinoids on the pharmacokinetics of indinavir and nelfinavir ». *AIDS*. 2002 Mar 8; 16(4):543-50.

46 Kaslow RA, Blackwelder WC, Ostrow DG, Yerg D, Pale-nicek J, Coulson AH, Valdiserri RO. « No evidence for a role of alcohol or other psychoactive drugs in accelerating immunodeficiency in HIV-1-positive individuals ». *JAMA*. 1989 Jun 16; 261(23):3424-9.; Furler MD, Einarson TR, Millson M, Walmsley S, Bendayan R. « Medicinal and Recreational Marijuana Use by Patients Infected with HIV ». *AIDS Patient Care STDS*. 2004 Apr; 18(4):215-28.

47 Bayer R. « Therapeutic Cannabis (Marijuana) as an Antiemetic and Appetite Stimulant in Persons with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) ». Dans Russo E. *Cannabis therapeutics in HIV/AIDS*. New York: Haworth Integrative Healing Press; 2001, 7.

48 Ware MA, Rueda S, Singer J, Kilby D. « Cannabis use by persons living with HIV/AIDS: Patterns and prevalence of use ». *J Cannabis Ther* 2003(1):1-2.

49 de Jong FA, Engels FK, Mathijssen RH, van Zuylen L, Verweij J, Peters RP, Sparreboom A. « Marijuana Use and its association with adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons with moderate to severe nausea ». *J Clin Oncol*. 2005 May 1; 23(13):2886-91.

50 Ickovics JR, Meisler AW. « Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care ». *J Clin Epidemiol*. 1997 Apr; 50(4):385-91. Review.; Gallant JE, Block DS. « Adherence to antiretroviral regimens in HIV-infected patients: results of a survey among physicians and patients ». *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 1998 May; 4(5):32-5.; Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, Benotsch EG, McAuliffe TL. « Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease ». *Health Psychol*. 2000 Mar; 19(2):124-33.

51 Mack A, Joy J. *Marijuana as Medicine: The science beyond the controversy*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

ACCÈS LÉGAL AU CANNABIS À DES FINS MÉDICALES AU CANADA

Au Canada, les personnes gravement malades peuvent faire la demande au gouvernement fédéral d'obtenir l'autorisation légale de posséder et de cultiver du cannabis à des fins médicales. Comme le Canada est le meneur pour ce qui est d'accorder l'accès légal au cannabis à des fins médicales, nous présentons en détail comment le programme fédéral a vu le jour. L'accès au cannabis à des fins médicales a principalement été ébauché dans les tribunaux canadiens. À ce titre, nous présentons l'histoire juridique qui a donné lieu aux politiques et règlements actuels. Ce chapitre plante le décor du milieu réglementaire et politique où doivent manœuvrer les gens pour pouvoir utiliser légalement le cannabis dans le cadre de leur traitement.

A. La Constitution canadienne

La Constitution canadienne ne garantit pas explicitement un « droit à la santé » ou un « droit aux soins de santé » comme le font de nombreux traités et conventions internationaux. Néanmoins, priver quelqu'un de soins de santé constitue une violation des droits à l'égalité en vertu de l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, et une violation du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité garanti par l'article 7 de la *Charte*. À ce jour, on a peu réussi à utiliser la *Charte canadienne des droits et libertés* pour assurer le droit aux soins de santé; toutefois, à la fin des années 1990, des personnes gravement malades ont réussi à obtenir un droit constitutionnel d'utiliser le cannabis comme thérapie.

Avant la percée du cannabis à des fins médicales de la fin des années 1990, la jurisprudence qui se développait en vertu de la *Charte* ne jetait pas de bases prometteuses au droit d'utiliser le cannabis comme traitement. Sans un nouveau droit constitutionnel à la santé, la stratégie des causes de cannabis à des fins médicales était de développer un « droit de choisir le traitement médical », d'après les notions d'autonomie et de dignité déjà reconnues en common law et dans la jurisprudence constitutionnelle. Dans la

common law, la doctrine du consentement éclairé se fonde sur la notion selon laquelle les patients doivent avoir droit à l'autodétermination en ce qui concerne le traitement, et les médecins ont la fonction de fournir l'information requise pour faciliter un choix indépendant du patient. À la limite, le patient peut faire un choix insensé, tant que le médecin lui a fourni une divulgation complète des risques et avantages du traitement proposé.

Cette conception de l'autonomie profondément enracinée dans la common law s'est cristallisée en un droit constitutionnel en vertu de l'article 7. L'autonomie dans le choix d'un traitement médical engage la considération du « droit à la sécurité » qui est garanti par l'article 7. L'inclusion, dans le droit de sécurité de la personne de l'article 7, du droit de prendre des décisions autonomes qui sont liées à l'intégrité physique a été appuyée par la Cour suprême du Canada. Dans l'arrêt *Rodriguez*, qui traite de la constitutionnalité de l'interdiction du suicide assisté, la Cour a statué :

La sécurité de la personne selon l'art. 7 englobe des notions d'autonomie personnelle (du moins en ce qui concerne le droit de faire des choix concernant sa propre personne), de contrôle sur son intégrité physique et mentale sans ingérence de l'État, et de dignité humaine fondamentale¹.

Dans l'arrêt *Morgentaler*, traitant de constitutionnalité de l'interdiction de l'avortement, la Cour a statué :

L'expression « sécurité de la personne », au sens de l'art. 7 de la *Charte*, **doit inclure le droit au traitement médical d'un état dangereux pour la vie ou la santé, sans menace de répression pénale** (*caractères gras ajoutés*)².

Le choix autonome du traitement médical tombe aussi sous la protection d'une conception élargie du droit à la sécurité contenu à l'art. 7 de la *Charte*. Cette conception élargie a été caractérisée comme

étant une liberté de prendre des décisions d'importance personnelle fondamentale sans ingérence de l'État. La Cour suprême du Canada a défini cette conception élargie comme suit :

La liberté de l'individu de faire ce qu'il entend doit, dans toute société organisée, être assujettie à de nombreuses contraintes au nom de l'intérêt commun. L'État a certes le droit d'imposer de nombreuses formes de restrictions au comportement individuel et ce ne sont pas toutes les restrictions qui feront l'objet d'un examen fondé sur la *Charte*. D'autre part, la liberté ne signifie pas simplement l'absence de toute contrainte physique. Dans une société libre et démocratique, **l'individu doit avoir suffisamment d'autonomie personnelle pour vivre sa propre vie et prendre des décisions qui sont d'importance fondamentale pour sa personne.** (*caractères gras ajoutés*)³.

En élevant le droit de la common law de prendre des décisions autonomes concernant l'intégrité de son propre corps à un droit à la liberté et/ou à la sécurité enchâssé dans la constitution, il est évident que l'État doit maintenant avoir une raison impérieuse d'annuler le choix de traitement autonome d'une personne. Bien qu'on ait peu réussi à élever un droit général à des soins de santé efficaces au niveau d'un droit constitutionnel, l'éclaircissement du droit à la « liberté » et à la « sécurité » de l'art. 7 de la *Charte* a jeté de solides bases pour la constitutionnalisation du droit à s'automédicament au moyen du cannabis. (choix des soins médicaux) sans ingérence injustifiée du gouvernement (c.-à-d., accusations criminelles), et la sécurité a été définie comme étant le droit d'être exempt du stress psychologique induit par l'État (c.-à-d., la crainte que le choix de son propre traitement n'occasionne une punition de l'État). Si le cannabis demeurait une substance contrôlée, les gens qui l'utilisent à des fins médicales risqueraient la possibilité que leur choix fasse l'objet de sanctions criminelles, et il est clair que cette ingérence de l'État constituait une violation tant de la liberté que de la sécurité. La seule incertitude qui restait concernait la question de savoir si cette violation était « conforme aux principes de justice fondamentale ».

B. La création du Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM)

En 1997, dans *Clay*, la première revendication liée aux dimensions constitutionnelles de l'utilisation de cannabis à des fins médicales a été amenée dans le contexte d'une contestation constitutionnelle plus large que la prohibition du cannabis. Le juge de première instance a refusé de prendre en compte les arguments constitutionnels concernant l'usage médical, parce que le demandeur dans cette cause n'était pas un utilisateur à des fins médicales. Cependant, le juge a décidé :

Par ailleurs, le Parlement peut vouloir envisager sérieusement d'alléger les restrictions qui s'appliquent à l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, comme il est mentionné ci-dessus, et pour soulager certains symptômes associés à la sclérose en plaques, comme les douleurs et les spasmes musculaires. L'allégation répandue selon laquelle la marijuana n'aurait aucune valeur thérapeutique semble sans mérite⁴.

La même année, un juge de la cour de l'Ontario a émis un sursis de l'instance relativement aux accusations de culture et de possession portées contre un épileptique, Terry Parker, qui avait utilisé du cannabis à des fins thérapeutiques⁵. Pour remédier à la violation constitutionnelle des droits de l'art. 7 de Parker, le juge a « lu » dans la loi une exemption constitutionnelle pour les personnes possédant et cultivant du cannabis pour leur usage médical personnel. Chose certaine, la cause a été une victoire éclatante pour les défenseurs du cannabis à des fins médicales; cependant, un appel a rapidement été interjeté et le statut de la décision a été laissé en doute.

Entre-temps, le 8 septembre 1998, un juge de la Cour supérieure de l'Ontario a rejeté une demande de James Wakeford, une personne vivant avec le VIH-sida, qui cherchait à obtenir une exemption constitutionnelle pour lui permettre d'utiliser le cannabis à des fins médicales. Ce juge a convenu avec le juge de première instance de *Parker* que la criminalisation de l'usage médical du cannabis n'était pas conforme aux principes de justice fondamentale⁶. Néanmoins, le juge de *Wakeford* a rejeté la demande sous prétexte que la

Couronne avait déclaré qu'il y avait un processus par lequel Wakeford pouvait obtenir une exemption à des fins médicales. La Couronne a adopté la position que l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS) fournissait un processus d'exemption valide pour lui permettre de posséder légalement du cannabis à des fins médicales, et que M. Wakeford ne s'était pas prévalu de cette possibilité. Le juge a accepté l'affirmation de la Couronne, malgré l'argument de Wakeford que le processus d'exemption de l'art. 56 n'était qu'une illusion. Bien qu'il ait rejeté la première demande de Wakeford, le juge a écrit :

Il devrait être évident aujourd'hui que notre société doit commencer à songer sérieusement aux bienfaits médicaux de la marijuana. Les preuves et les opinions médicales, bien qu'incomplètes, indiquent clairement que le temps est venu d'examiner cela sincèrement. Dans la présente affaire, des données non scientifiques ont été déposées qui tendent à démontrer les nombreuses façons dont la marijuana a apporté une aide médicale et un soulagement aux personnes souffrant de maladies débilitantes et mortelles. Ces données provenaient d'éminents professionnels et d'autres qui souffrent du cancer, du sida et d'épilepsie, pour n'en nommer que quelques-uns. Tous mentionnent le soulagement et les avantages obtenus de la marijuana fumée durant leur maladie et leur traitement, qui sont tous décrits comme douloureux et affaiblissants jusque-là. À cet égard, ils expriment la même crainte que M. Wakeford quant à la disponibilité de marijuana « propre » et abordable. Toutes ces préoccupations sont, à mon avis, valides et devraient être prises en considération par le Parlement, s'il ne l'a pas fait ou ne le fait pas présentement. Si tel n'est pas le cas, les cours de ce pays continueront, sans aucun doute, à être sollicitées et censées apporter une solution à cette question très urgente et fondamentalement importante. Contrairement au gouvernement, les cours n'ont pas le luxe de reporter cette question difficile et délicate à un moment qui conviendrait mieux. Notre devoir est de décider de telles questions comme elles nous sont présentées, au cas par cas. Cette approche, à

mon avis, ne peut être satisfaisante ni servir au mieux les intérêts de notre société⁷.

Six mois plus tard, en mars 1999, Wakeford a cherché à obtenir une nouvelle audience de sa première demande, sous prétexte que le juge avait été trompé par la Couronne à propos de la pertinence et du fonctionnement de l'art. 56 de la LRCIDAS. Après avoir entendu les nouvelles preuves de Wakeford, le juge a conclu que le processus d'exemption de l'art. 56 était véritablement illusoire. Il a dit :

Au moment où M. Wakeford a déposé sa première demande en cette affaire, à savoir en février 1998, il n'y avait pas de processus par lequel le ministre de la Santé aurait pu lui accorder une exemption. C'était encore le cas le 8 septembre 1998, quand j'ai rendu ma décision... Ce qui est clair est que : (i) aucun processus n'existait au ministère de la Santé pour faire en sorte qu'une demande d'exemption par une personne dans la situation de M. Wakeford ait pu être examinée au moment de l'audience originale en cette affaire; et (ii) si M. Wakeford avait officiellement fait une demande d'exemption, le ministre de la Santé n'avait aucun moyen réel et valable d'étudier sa demande⁸.

Le juge a conclu que le processus d'exemption en vertu de l'art. 56 était seulement maintenant en cours d'élaboration, par suite de la demande originale déposée par Wakeford; c'est-à-dire que c'est en réponse à la demande de Wakeford que le « Document d'orientation provisoire » a été créé. Ce document présentait une procédure rudimentaire par laquelle un médecin soumettrait les dossiers médicaux d'un patient à Santé Canada pour évaluation. Le médecin ne faisait pas nécessairement de recommandation et les médecins examinateurs de Santé Canada, au nom du ministre de la Santé, allaient déterminer s'il était médicalement fondé d'autoriser la personne à utiliser le cannabis à des fins médicales. Le juge a ordonné d'accorder à Wakeford une exemption constitutionnelle provisoire pendant que sa demande d'exemption était traitée en vertu des critères du Document d'orientation provisoire nouvellement créé. Le juge a noté : « Je ne suis toujours pas en mesure de décider si le processus est réel au sens où il est conforme aux principes de justice fondamentale. »

Le 9 juin 1999, M. Wakeford est devenu le premier récipiendaire d'une exemption en vertu de l'art. 56. À compter de ce moment, Wakeford a commencé à demander à répétition que Santé Canada lui fournisse une provision de cannabis à des fins médicales, et que le gouvernement exempte ses soignants de l'effet de la loi criminelle. Le 1^{er} mai 2000, le juge Wright de la Cour supérieure de l'Ontario a rejeté une demande de réparation de Wakeford en vertu de l'art. 24(1) de la *Charte*. Le juge a rejeté la demande à partir de ce que les droits de l'art. 7 de Wakeford n'avaient pas été violés, parce que Wakeford avait toujours pu s'assurer un approvisionnement de médicaments. Le juge a statué :

Eu égard au fait que le gouvernement n'a pas, au Canada, de source de marijuana licite, et que le gouvernement procède à un rythme raisonnable à fournir des essais cliniques sur la marijuana, et que la marijuana n'est pas le seul moyen par lequel M. Wakeford peut améliorer sa qualité de vie, les principes de justice fondamentale ne sont pas enfreints par le défaut du gouvernement de fournir de la marijuana directement à M. Wakeford⁹.

En élaborant le premier régime de réglementation, Santé Canada a mené des consultations à intervenants multiples. À la première consultation de février 2000, les questions suivantes ont été classées priorités :

1. l'obtention d'une source légale de marijuana par les personnes exemptées en vertu de l'art. 56;
2. des exemptions pour les soignants;
3. répondre au besoin de plus d'information sur l'utilisation de la marijuana à des fins médicales;
4. répondre aux préoccupations des autorités de police;
5. l'amélioration du processus et des moyens pour les demandes en vertu de l'art. 56;
6. la communication à propos du processus de l'art. 56 et des activités de Santé Canada en ce qui concerne la marijuana

à des fins médicales¹⁰.

Malgré la priorité déclarée de l'obtention d'une source légale, la question soulevée sans succès dans l'arrêt *Wakeford*, le RAMM était muet à ce sujet. Même si le nouveau régime permettait aux personnes exemptées de cultiver leur propre cannabis, ou de désigner un producteur pour ce faire sans rémunération, le système de réglementation n'autorisait aucune autre forme de distribution organisée. Bien que M. Wakeford n'ait pas réussi à obtenir une ordonnance de la cour pour que le gouvernement distribue le cannabis à des fins médicales, sa cause a poussé le ministre de la Santé, en décembre 2000, à octroyer un contrat à Prairie Plant Systems (PPS), en faisant ainsi le seul fournisseur licencié autorisé à produire une source domestique de cannabis. Cependant, Santé Canada a pris position que cette source était destinée uniquement aux fins de recherche et non pas à l'utilisation à des fins médicales par les personnes autorisées en vertu du RAMM.

Pendant que M. Wakeford traitait de questions liées à l'accès et à l'approvisionnement, l'appel de l'affaire *Parker* avait finalement été réglé. En juillet 2000, la Cour d'appel a confirmé qu'un droit constitutionnel de choisir le cannabis comme médicament existait vraiment, même si les contours précis de ce droit demeureraient encore matière à débat. Le gouvernement a choisi de ne pas en appeler de cette décision et *Parker* est devenu l'arrêt faisant autorité sur les dimensions constitutionnelles du choix thérapeutique d'utiliser le cannabis comme moyen de traiter les maladies graves. À la lumière du précédent significatif de ce jugement, ce rapport présente des extraits de la décision sur les éléments clés de l'arrêt *R. c. Parker* (2000) à l'annexe B.

Dans l'arrêt *Parker*, la Cour d'appel a convenu que les droits d'un patient médical étaient violés en criminalisant le choix du patient, mais la Cour n'était pas d'accord avec le juge de première instance de *Parker*, ni avec le juge de la demande de *Wakeford*, que le recours approprié était une exemption constitutionnelle pour la personne plaidant à la cour. La Cour a plutôt soutenu qu'il doit y avoir un programme efficace du gouvernement par lequel tous les patients puissent demander une exemption de la loi afin d'être autorisés à utiliser du cannabis comme médicament. Sans

programme médical efficace, la Cour a déclaré que le gouvernement perdrait le pouvoir constitutionnel de maintenir l'interdiction criminelle sur l'utilisation du cannabis. Autrement dit, si les utilisateurs à des fins médicales n'étaient pas adéquatement protégés contre la loi criminelle, alors celle-ci cesse de s'appliquer à *tous* les utilisateurs, à des fins médicales ou récréatives.

La Cour d'appel a aussi conclu que le programme existant régi par le Document d'orientation provisoire était inconstitutionnel parce qu'il manquait de directives concrètes et qu'il accordait trop de pouvoir discrétionnaire au ministre de la Santé. Avec l'invalidation du Document d'orientation provisoire, le gouvernement était forcé de mettre sur pied un programme d'exemption valide. La Cour a suspendu son jugement, offrant ainsi au gouvernement un an pour bâtir un programme efficace, et le 1^{er} août 2001, le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM)¹¹ est entré en vigueur. Malgré l'invalidation du Document d'orientation provisoire sur l'art. 56, on a continué d'accorder des exemptions à des patients en vertu de l'art. 56, indépendamment du RAMM; cependant, Santé Canada éliminera graduellement les demandes de l'art. 56 en dirigeant tous les demandeurs à faire des demandes aux conditions du RAMM.

Ainsi, le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* a été préparé par le gouvernement directement en réponse à une décision de la Cour d'appel de l'Ontario, dans *Regina c. Parker*. Le but avoué du gouvernement pour créer le règlement était d'apporter plus de clarté et de transparence au processus d'exemption de l'utilisation de cannabis à des fins médicales. En vertu de l'ancien régime (Document d'orientation provisoire), une exemption de possession et/ou de production de cannabis à des fins médicales selon l'art. 56 reposait sur le pouvoir discrétionnaire absolu du ministre. Au nom de leurs patients, les médecins fournissaient au ministre de l'information démontrant qu'un patient avait souffert d'une maladie grave et que les traitements médicaux conventionnels s'étaient révélés inefficaces. D'après l'information fournie par le médecin, le ministre rendait ensuite une décision sur les mérites de la demande d'exemption du patient. En vertu du nouveau régime, toutefois, les médecins produisent

simplement des déclarations signées à propos de la nécessité médicale sans avoir à fournir toute documentation à l'appui au ministre. Une fois ces déclarations faites, le ministre doit accorder l'autorisation, sous réserve de certaines exceptions très étroites. Essentiellement, les critères pour accorder une exemption en vertu du régime du RAMM sont semblables aux critères de l'ancien régime (établi dans le Document d'orientation provisoire de l'art.56), mais le nouveau régime de réglementation a investi le médecin du demandeur, plutôt que le ministre, du pouvoir décisionnel.

Dans la version originale du RAMM, chaque demandeur qui voulait obtenir une autorisation de possession devait fournir des déclarations médicales à l'appui de la demande. La nature de ces déclarations médicales obligatoires dépendait de la catégorie particulière où se situait chaque demandeur. La catégorie 1 couvrait les maladies terminales pour lesquelles le pronostic de décès est de moins de 12 mois. La catégorie 2 englobait les maladies graves comme le cancer, le VIH-sida, la sclérose en plaques, une lésion ou maladie de la moelle épinière, l'épilepsie, les formes graves d'arthrite et les symptômes associés à toutes ces maladies. La catégorie 3 comprenait les autres maladies et/ou symptômes qui n'étaient pas spécifiquement énumérés dans les autres catégories. Un demandeur en vertu de la catégorie 1 devait avoir une déclaration de son médecin, tandis que ceux de la catégorie 2 devaient produire une déclaration d'un médecin et d'un spécialiste, et ceux de la catégorie 3, d'un médecin et de deux spécialistes.

Pour chaque catégorie, les déclarations médicales étaient nécessaires pour affirmer que tous les traitements conventionnels des symptômes avaient été mis à l'essai ou du moins, envisagés. Dans le cas des demandeurs de la catégorie 2, la déclaration médicale devait énoncer que *tous* les traitements conventionnels étaient médicalement inadéquats pour des raisons spécifiées dans le *Règlement*. Les demandeurs de la catégorie 3 devaient fournir plus d'explications d'un spécialiste à savoir pourquoi tous les autres traitements étaient jugés médicalement inadéquats. En outre, il fallait qu'un autre spécialiste examine le dossier médical du demandeur et qu'il discute du cas du demandeur avec le premier spécialiste. Les patients autorisés en vertu du programme avaient la

permission de produire leur propre cannabis ou de recruter les services d'un producteur désigné. Ce dernier n'était autorisé à cultiver que pour un seul patient et ce service ne pouvait pas être rémunéré.

C. Les médecins comme protecteurs du programme

Avant la promulgation du RAMM, il est devenu apparent que les médecins s'opposaient fortement au règlement proposé. En fait, le 7 mai 2001, l'Association médicale canadienne a écrit au ministre de la Santé et a signifié clairement que « l'on ne doit pas s'attendre à ce que les médecins agissent comme protecteurs de ce traitement »¹², et pourtant, c'est précisément le rôle que Santé Canada leur avait confié. En général, les médecins du pays ont été avertis par leurs associations professionnelles de ne pas offrir leur soutien au processus d'autorisation en raison du manque perçu de preuves scientifiques confirmant les bienfaits médicaux du cannabis. En particulier, l'association médicale de l'Alberta conseillait à ses médecins de ne pas remplir les formulaires nécessaires pour prescrire du cannabis à des fins médicales. Dans sa lettre de président, en date du 27 juillet 2001, le Dr Clayne A. Steed conseillait aux médecins albertains d'y « penser à deux fois » avant de remplir tout formulaire pour l'utilisation du cannabis¹³. Les associations du Québec et du Manitoba ont servi des avertissements semblables, et l'association médicale de l'Ontario a conseillé à ses médecins de ne pas remplir les formulaires requis par leurs patients afin d'obtenir légalement du cannabis à des fins médicales.

Pour embrouiller encore la situation, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM – l'assureur de la profession médicale) a publié un feuillet d'information, daté d'octobre 2001, conseillant aux médecins de ne pas remplir les déclarations requises par le RAMM à moins qu'ils n'aient une « connaissance détaillée » de ce qui se rapporte au cannabis. L'ACPM représente 60 000 médecins canadiens, dont près de 95 % exercent au Canada. Le 8 novembre 2001, l'Association a écrit au ministre de la Santé, exprimant ses inquiétudes sur « les difficultés médico-légales que peuvent rencontrer les membres qui choisissent de suivre le *Règlement sur*

l'accès à la marijuana à des fins médicales de Santé Canada »¹⁴. En conséquence, certains médecins ont refusé de même considérer les mérites d'une demande simplement à cause des remontrances de leur association médicale et de leur assureur. Ainsi, dès le début, la résistance de la profession médicale a posé problème à l'application efficace du RAMM et aux personnes voulant obtenir un accès légal au cannabis à leurs fins médicales.

D. La réforme du RAMM

L'arrêt *Parker* a établi que l'art. 7 de la *Charte* inclut un droit constitutionnel de choisir d'autres formes de médicament sans ingérence injustifiée de l'État. Il a aussi établi que le Parlement perd le pouvoir constitutionnel d'interdire la possession (et peut-être la production) du cannabis en l'absence d'un processus d'exemption constitutionnellement valide pour permettre aux Canadiens gravement malades d'avoir accès au cannabis à des fins médicales sans craindre de poursuite criminelle. Cependant, avec la promulgation du RAMM, de nouvelles questions ont été soulevées que n'abordait pas *Parker*. En particulier, on s'inquiétait de ce que le RAMM constituait une « exemption illusoire » et qu'ainsi, il ne se qualifiait pas à titre de système d'exemption constitutionnellement valide. Cette analyse se fondait sur deux critiques distinctes du système : a) il contenait d'inutiles restrictions administratives et de procédure qui le rendaient « presque inaccessible » à de nombreuses personnes gravement malades, et b) il ne fournissait aucun mécanisme d'accès à une provision légale de cannabis à des fins médicales, pour les Canadiens gravement malades qui ne peuvent pas cultiver leur propre cannabis.

En un an, l'insatisfaction croissante envers le RAMM a entraîné une autre contestation judiciaire. Dans *Hitzig*, un certain nombre de patients et de soignants ont revendiqué l'invalidation du RAMM (et conséquemment, de l'interdiction de la LRCDas de posséder du cannabis, d'après l'arrêt *Parker*) parce que le régime de réglementation imposait de nombreux obstacles arbitraires aux personnes demandant l'autorisation d'utiliser le cannabis comme traitement. En résumé, l'exigence d'obtenir l'assentiment d'un ou deux spécialistes, combinée avec la

résistance avouée des associations médicales rendait presque impossible pour beaucoup, sinon pour la plupart, d'adhérer au programme. En outre, au-delà des obstacles imposés à l'admissibilité au programme, ceux qui obtenaient une autorisation étaient toujours sans provision légale et sûre de cannabis, à moins d'être capables d'en cultiver eux-mêmes ou de trouver une personne désignée pour le cultiver, sans rémunération.

Ainsi, dans *Hitzig*, on a allégué que les dispositions législatives et réglementaires du RAMM nuisaient aux décisions d'importance personnelle fondamentale (le droit à la « liberté ») et à la capacité d'accéder à un traitement médical efficace (le droit à la « sécurité de la personne »). En outre, ces restrictions n'étaient pas en accord avec les principes de justice fondamentale, puisque les restrictions du RAMM concernant l'accès au traitement médical étaient arbitraires et ne jouaient en la faveur d'aucun intérêt impérieux de l'État. En fait, dans *Parker*, la Cour d'appel de l'Ontario a noté que « une structure administrative composée de règles inutiles qui aboutissent à un risque additionnel pour la santé de la personne est manifestement injuste et n'est pas conforme aux principes de justice fondamentale »¹⁵. En effet, le régime de réglementation fonctionnait comme une exemption illusoire parce que ses restrictions d'accès au cannabis médicinal excluaient un large secteur de Canadiens gravement malades admissibles qui étaient encore exposés au risque de poursuite criminelle pour l'utilisation thérapeutique du cannabis. De plus, on a allégué que le régime de réglementation était aussi illusoire parce que, tout en autorisant présumément le choix de certains Canadiens gravement malades d'utiliser le cannabis à des fins médicales, le régime leur refusait l'accès à une source sûre et légale de cannabis.

L'affaire *Hitzig* a gagné en force le 4 septembre 2002, avec la publication du *Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites*. Dans son rapport, le Comité arrivait à des conclusions à l'égard du programme de cannabis à des fins médicales de Santé Canada qui exprimaient parfaitement la position adoptée par les demandeurs de *Hitzig*. Le Sénat a conclu :

Le RAMM ne constitue pas le cadre humanitaire qu'elle se proposait d'être et restreint inutilement la disponibilité de la marijuana pour les patients qui pourraient en bénéficier.

Le fait que la communauté médicale refuse de jouer le rôle de « gardien » du cannabis thérapeutique et qu'il est impossible d'avoir accès à des sources légales de cannabis semble rendre le présent cadre réglementaire d'exemption « illusoire », soulevant ainsi à nouveau des questions quant aux dispositions de la Charte¹⁶.

En janvier 2003, la décision *Hitzig* a été rendue par la Cour supérieure de l'Ontario. Le juge n'a pas accepté que les restrictions d'admissibilité représentent une violation constitutionnelle. Il a énoncé que :

bien que le processus de demande défini dans le RAMM puisse être encombrant, et que l'exigence d'un spécialiste puisse être onéreuse pour bien des demandeurs gravement malades, surtout à la lumière de la position des associations médicales, je ne crois pas que ces aspects du RAMM soient non conformes aux principes de justice fondamentale¹⁷.

Cependant, il a jugé que les restrictions d'accès légal relevaient de la Constitution et a conclu que :

il n'est pas conforme aux principes de justice fondamentale de refuser une source légale de marijuana aux personnes à qui on a accordé l'autorisation de possession... Les lois qui placent les personnes gravement malades, vulnérables dans une position où elles doivent traiter avec le monde interlope pour obtenir le médicament qu'elles ont été autorisées à prendre violent le droit constitutionnel à la sécurité de la personne. Le RAMM expose les demandeurs, qui souffrent tous de graves affections médicales, à risquer davantage leur sécurité personnelle. Non seulement courent-ils les risques associés à frayer avec les criminels, et à la possibilité d'une poursuite s'ils devaient enfreindre les conditions de leur licence de possession ou de production, mais ils doivent aussi conjuguer avec la qualité incertaine du produit qu'ils achètent dans la rue¹⁸.

À la lumière de cette violation de l'art. 7 de la Charte, le juge a invalidé le RAMM au complet, mais a suspendu l'invalidation pour six mois (jusqu'au 9 juillet

2003) pour donner au gouvernement la possibilité de combler la lacune concernant l'accès à un approvisionnement légal. Le gouvernement a interjeté appel de cette décision, et a ensuite tenté d'obtenir un sursis de dernière heure en demandant à la Cour une suspension de l'exécution du jugement, ce qu'a refusé la Cour d'appel¹⁹. Conformément, le 8 juillet 2003, Santé Canada a annoncé une politique provisoire en vertu de laquelle les Canadiens autorisés pouvaient acheter le médicament du seul fournisseur autorisé, Prairie Plant Systems. De plus, le changement de la réglementation permettait aux patients désireux de produire leur propre médicament d'acheter des graines de Prairie Plant Systems. À la même date, un règlement a aussi été adopté exemptant le cannabis produit par le fournisseur licencié et par les producteurs désignés de l'effet de la *Loi sur les aliments et drogues*, de sorte que ce produit puisse être distribué et vendu sans d'abord obtenir l'approbation des médicaments²⁰.

La conclusion du juge, que le défaut de fournir une source légale violait les droits constitutionnels, a été inspirée par la Cour d'appel de l'Alberta, quelques mois plus tôt. Dans une cause impliquant un épileptique, Grant Kreiger, qui produisait du cannabis à ses fins médicales, et avait été accusé de production illégale, la Cour a annulé l'infraction de production de la LRCDas, en partant de ce que la loi empêchait les personnes gravement malades de produire leur propre médicament, malgré l'absence d'un approvisionnement légal du gouvernement. Le juge de première instance a énoncé :

L'obtention d'une exemption de l'art. 56 du ministre de la Santé entraîne l'absurdité qu'une personne à qui on a accordé une exemption a le droit reconnu par la loi de produire, posséder et utiliser du cannabis marijuana. Cependant, afin de se procurer le produit, cette personne doit participer à un acte illégal, puisque quiconque vend à la personne exemptée le cannabis brut ou les graines pour cultiver le sien, le fait en violation de l'art. 52 de la LRCDas... Je ne crois pas que l'absurdité que j'ai mentionnée ci-dessus ait été adéquatement abordée. À mon avis, quand un ministre a le pouvoir discrétionnaire d'accorder à quelqu'un l'exemption de produire et d'utiliser une substance à des fins médicales appropriées, cette substance

doit être disponible pour la personne par des moyens légaux, au moment où l'exemption est accordée. Comme une exemption de l'art. 56 n'a aucune utilité pratique sans une source légale de cannabis marijuana, l'art. 56 ne peut servir à délimiter les frontières des droits de l'art. 7 du demandeur ou à justifier la violation de ces frontières. [Note : L'art. 56 renvoie au régime que régit le Document d'orientation provisoire, puisqu'à l'époque de cette cause, le RAMM n'avait pas encore été promulgué]²¹.

En présentant un raisonnement semblable à *Parker*, où la Cour avait jugé le délit de possession constitutionnellement trop général en n'exemptant pas de sa portée les utilisateurs à des fins médicales, la Cour d'appel de l'Alberta a déclaré que le délit de production était aussi trop général, puisque de nombreux utilisateurs à des fins médicales étaient forcés de produire illégalement, parce que le gouvernement n'avait pas établi une source d'approvisionnement légale pour l'utilisateur à des fins médicales. La Cour a statué :

Nous convenons avec le juge de première instance que l'art. 56 (LRCDas) crée une absurdité parce qu'il n'y avait pas de source légale de cannabis. Cette absurdité n'est pas éliminée par le fait que l'intimé avait une source personnelle au moment où l'accusation a été portée. Il n'y avait pas de preuve sur la durée de cette source ni sur la durée de l'exemption potentielle de l'art.56²².

Le 7 octobre 2003, la Cour d'appel de l'Ontario a rendu sa décision dans *Hitzig*²³. La Cour a conclu que l'exigence de la catégorie 3 voulant que les patients obtiennent des déclarations de deux spécialistes était une violation de l'art. 7 de la *Charte*, et elle a aussi convenu avec le juge de première instance que le défaut de fournir une source légale violait l'art. 7. Cependant, la Cour n'a pas accepté que la solution appropriée fût d'invalider le RAMM au complet, mais a plutôt choisi d'invalider des dispositions fautives spécifiques. Conformément, la Cour a invalidé les dispositions exigeant l'approbation d'un deuxième spécialiste pour les patients de la catégorie 3, ainsi que les dispositions qui empêchaient les producteurs désignés de recevoir une rémunération, de cultiver pour plus qu'une personne autorisée, et de cultiver

conjointement avec plus que deux autres producteurs désignés. En invalidant ces dispositions attaquées, la Cour a conclu que les dispositions restantes du RAMM pouvaient continuer de fonctionner de manière constitutionnellement valide. Comme l'arrêt *Hitzig* représente aujourd'hui le dernier mot d'une cour d'appel sur la portée du droit de choisir le cannabis comme traitement, ce rapport présente des extraits de la décision de *Hitzig et al. c. Canada* (2003) à l'annexe C.

E. L'état actuel du RAMM

Santé Canada a répondu aux demandes constitutionnelles de *Hitzig* en deux phases. Dans la première phase de la modification du règlement²⁴, en décembre 2003, le ministère a réalisé trois objectifs :

1. il a supprimé l'exigence du deuxième spécialiste pour les patients de la catégorie 3;
2. la politique provisoire de distribution de la marijuana du gouvernement a été enchâssée et réformée;
3. il a rétabli les restrictions pour les producteurs désignés que la Cour d'appel de l'Ontario avait précisément invalidées comme étant des obstacles anticonstitutionnels à l'accès et à l'approvisionnement.

Dans la deuxième phase de la modification du règlement²⁵, en juin 2005, Santé Canada a modifié davantage le RAMM en rationalisant le processus de demande et en pavant la voie à la distribution du cannabis à des fins médicales dans les pharmacies. Santé Canada a alors formulé, dans son Résumé de l'étude d'impact de la réglementation, sa vision de l'orientation future du programme :

Afin d'améliorer la santé et la sécurité des Canadiens, l'orientation stratégique de Santé Canada pour le programme de marijuana à des fins médicales envisage que le programme prenne, dans la mesure du possible, les caractéristiques du modèle de soins de santé traditionnel employé par les autres

agents médicaux disponibles au Canada. D'après ce modèle, il y aurait :

- un appui continu qui serait donné à la recherche et à l'inscription des patients à des essais cliniques ou des essais ouverts comme première considération pour les patients et les médecins;
- une source centralisée de marijuana qui serait en conformité avec des normes de produits accompagnée à plus long terme par une diminution de la culture à des fins personnelles;
- une distribution de la marijuana à des fins médicales à des personnes autorisées, par l'entremise de pharmacies;
- des renseignements mis à jour qui découlent de la recherche sur les risques et les avantages de la marijuana quand elle sert à des fins médicales, et une éducation des patients et des médecins;
- une meilleure surveillance de la consommation afin de contrôler l'innocuité et l'efficacité de la marijuana utilisée à des fins médicales²⁶.

Le programme, tel qu'il a été modifié dans les deux dernières années, semble mieux répondre aux besoins des patients; cependant, certaines caractéristiques épineuses demeurent dans le programme modifié. En ce qui concerne les critères d'admissibilité (en vigueur en juin 2005), les modifications ont tenu compte de la lettre et de l'esprit de l'arrêt *Hitzig* de façon significative. D'abord, les anciennes catégories 1 et 2 ont été fondues en une seule (voir le Tableau 1), de sorte

Tableau 1. Symptômes de la catégorie 1

Symptôme	État pathologique
soins palliatifs	
violente nausée	cancer, VIH-sida
cachexie, anorexie, perte de poids	cancer, VIH-sida
spasmes musculaires persistants	sclérose en plaques, lésion ou maladie de la moelle épinière
convulsions	épilepsie
douleur aiguë	cancer, VIH-sida, sclérose en plaques, lésion ou maladie de la moelle épinière, forme grave d'arthrite

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

que les maladies énumérées aux catégories 1 et 2 font maintenant partie de la catégorie 1, et l'autorisation pour ces maladies citées peut être obtenue grâce à la déclaration d'un médecin de famille.

La nouvelle catégorie 2 traite des états débilitants et des symptômes connexes qui ne sont pas spécifiquement énumérés dans la catégorie 1, pour lesquels une autorisation peut être obtenue grâce à la déclaration d'un médecin de famille. Il n'est plus nécessaire d'obtenir la déclaration d'un spécialiste pour la catégorie 2; cependant, le cas doit être évalué par un spécialiste conjointement avec le médecin signataire. En outre, le processus a été rationalisé en réduisant la portée et la nature définitive de la déclaration du médecin. Comme le mentionne le Résumé de l'étude d'impact de la réglementation :

Les médecins ne sont plus tenus dans leurs déclarations d'expliquer de façon définitive que les avantages dépassent les risques ni de faire des recommandations particulières en ce qui concerne la posologie quotidienne de marijuana devant être utilisée par le demandeur. De plus, les renseignements que le médecin est tenu de fournir dans la déclaration médicale ont été réduits aux éléments essentiels pour confirmer que le demandeur souffre d'une grave maladie et que les traitements traditionnels ne lui conviennent pas ou sont inefficaces. Par exemple, les médecins ne sont plus tenus d'énumérer les thérapies traditionnelles qui ont été essayées ou prises en considération ni de fournir les motifs qu'il y a de conclure que ces thérapies sont inefficaces ou ne conviennent pas au demandeur²⁷.

Bien que ces modifications de l'admissibilité doivent être vues comme étant un progrès, la réponse de Santé Canada à la question de l'accès et de l'approvisionnement est plus problématique. Contrairement à la direction prise par la Cour d'appel de l'Ontario dans *Hitzig*, Santé Canada a rétabli la plupart des restrictions initialement imposées aux producteurs désignés. Les producteurs peuvent désormais être rémunérés pour leurs travaux, mais ils ne peuvent pas cultiver pour plus qu'une personne autorisée ni conjointement avec plus que deux autres producteurs désignés. Dans le Résumé de l'étude d'impact de la réglementation, accompagnant la phase 1 des

modifications de 2003, Santé Canada donne quatre raisons pour rétablir les restrictions des producteurs désignés :

Ces limites sur la production de marijuana sont nécessaires pour :

- maintenir le contrôle sur la distribution d'une drogue non approuvée, dont la conformité aux exigences de la LAD et du RAD n'a pas encore été démontrée;
- minimiser le risque de détournement de la marijuana à des fins non médicales;
- être compatible avec les obligations du Canada comme signataire de la *Convention unique sur les stupéfiants* des Nations Unies de 1961, telle que modifiée en 1972 (la convention de 1961), concernant la culture et la distribution de cannabis; et
- maintenir une approche qui est compatible avec le mouvement vers un modèle d'approvisionnement selon lequel la marijuana à des fins médicales serait assujettie à des normes du produit, serait produite sous des conditions réglementées et serait distribuée par les pharmacies, sur avis des médecins, aux patients gravement malades lorsque les thérapies conventionnelles échouent. Un tel modèle comprend également un programme d'éducation et la surveillance du marché²⁸.

Une bonne partie du raisonnement derrière la restriction des options des producteurs désignés réside dans l'interprétation de Santé Canada de ses obligations en vertu de la *Convention unique sur les stupéfiants* des Nations Unies de 1961. Le ministère a formulé comme suit sa compréhension des obligations du traité :

Si l'on supprime les limites quant au nombre de détenteurs d'une autorisation de possession, pour lesquels un détenteur de licence de production à titre de personne désignée peut produire et si l'on permet le regroupement de multiples producteurs, cela aurait pour effet d'étendre la production et la distribution de marijuana à un degré auquel, combiné à la déclaration de l'invalidité de la restriction des détenteurs de licence de production à titre de personne désignée d'obtenir une contrepartie, faciliterait le développement

d'une activité commerciale qui éloignerait le Canada de la conformité à ses obligations internationales en vertu de la Convention de 1961 des Nations Unies. Les articles 23 et 28 de la convention exigent que les pays signataires qui permettent la culture de la marijuana établissent un organisme gouvernemental national qui a le droit exclusif d'importer, exporter, vendre en gros et maintenir des stocks de marijuana. Les dispositions de l'article 23, appliquées au cannabis (marijuana) comprennent des obligations, par exemple l'exigence que tous les producteurs de marijuana livrent toute leur production de marijuana à l'organisme pour distribution. Le gouvernement du Canada a été contraint par les tribunaux à développer un système pour fournir un approvisionnement légal de marijuana à des fins médicales. Ce faisant, le gouvernement a fait tous les efforts pour mettre en oeuvre un système qui lui permettra de s'acquitter de ses obligations internationales le mieux possible. En permettant seulement une production limitée de marijuana par les personnes autorisées à posséder à des fins médicales ou une production limitée de marijuana par une personne désignée pour leur compte, produite selon les conditions de leur permis de produire, l'approvisionnement de marijuana à des fins médicales au Canada n'est pas incompatible avec l'intention de la convention de prévenir le commerce illicite de la marijuana. Augmenter le nombre de détenteurs d'une autorisation de possession pour lesquels une personne désignée peut produire au-delà du ratio 1:1 actuel obligerait le gouvernement à mettre en oeuvre un système pour collecter toute la marijuana produite afin de se conformer à la convention de 1961²⁹.

Reconnaissant que le rétablissement des restrictions des producteurs désignés aurait pour effet d'obstruer l'accès à un approvisionnement légal, Santé Canada devait fournir une solution de rechange acceptable pour l'accès et l'approvisionnement. Le ministère a donc inscrit sa politique provisoire de distribution de cannabis à des fins médicales produit par un fournisseur licencié comme option privilégiée de distribution. Le fournisseur licencié a reçu l'autorité de distribuer, selon le principe de la récupération des coûts, des graines de cannabis à ceux qui désirent produire le leur, et du cannabis séché à ceux qui ne peuvent pas produire le leur. Les personnes autorisées

Accès légal au cannabis à des fins médicales au Canada

qui achètent des graines pour leur propre production ont aussi droit d'acheter une provision intérimaire de 4 mois de cannabis séché, jusqu'à leur première récolte. Le cannabis séché est expédié par messenger directement à la personne autorisée ou à son médecin. En bout de ligne, Santé Canada envisage d'expédier le produit aux pharmacies locales, et de supprimer graduellement les licences de production. Les statistiques les plus récentes sur le fonctionnement du RAMM, au 7 avril 2006, sont les suivantes :

- **Possession de marijuana séchée**

1 399 personnes sont actuellement autorisées à posséder la marijuana à des fins médicales

↳ 1 391 détiennent une *Autorisation de possession* de marijuana séchée en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM)

↳ 8 détiennent une exemption de possession en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS)

- **Culture/Production de marijuana**

1 005 personnes sont actuellement autorisées à cultiver/produire de la marijuana à des fins médicales

↳ 890 détiennent une Licence de production à des fins personnelles en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM)

↳ 109 détiennent une Licence de production à titre de personne désignée en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM)

↳ 5 détiennent une exemption de culture/production en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS)

↳ 1 détient une exemption à titre de personne désignée de culture/production en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS)

- **Distribution de la marijuana séchée et des graines de marijuana**

266 personnes ont accès à la marijuana séchée

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

à des fins médicales en vertu de la *Politique sur l'approvisionnement en graines de marijuana et en marijuana séchée à des fins médicales*

↳ 190 personnes ont reçu des graines de marijuana à des fins médicales en vertu de la *Politique sur l'approvisionnement en graines de marijuana et en marijuana séchée à des fins médicales*

↳ 72 personnes reçoivent de la marijuana séchée (pour une période maximale de quatre (4) mois) et ont reçu des graines de marijuana à des fins médicales en vertu de la *Politique sur l'approvisionnement en graines de marijuana et en marijuana séchée à des fins médicales*³⁰.

1 *Rodriguez c. C.-B.* (A.G.) (1993), 85 C.C.C. (3d) 15, 63 (R.C.S).

2 *R. c. Morgentaler* (1988), 37 C.C.C. (3d) 449, 485 (R.C.S).

3 *B. (R.) c. Children's Aid* [1995] 1 R.C.S. 315, 340.

4 *R. v. Clay* (1997), 9 C.R. (5th) 349, 363 (Ont. Gen. Div.).

5 *R. v. Parker* (1997), 12 C.R. (5th) 251 (Ont. Prov. Ct.).

6 *Wakeford v. Canada* (1998), 166 D.L.R. (4th) 131, 147 (Ont. Gen. Div.).

7 *Wakeford v. Canada* (1998), 166 D.L.R. (4th) 131, 151 (Ont. Gen. Div.).

8 *Wakeford v. Canada* (1999), 173 D.L.R. (4th) 726, 731-732 (Ont. Sup. Ct.).

9 *Wakeford v. Canada* (2000), 187 D.L.R. (4th) 175, 185 (Ont. Sup. Ct.). Le 17 janvier 2002, la Cour d'appel de l'Ontario a rejeté l'appel de M. Wakeford, essentiellement pour les raisons données par le juge de première instance - *Wakeford v. Canada* (2002), 162 C.C.C. (3d) 51, (Ont. C.A.).

10 *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*. Résumé de l'étude d'impact de la réglementation. Gazette du Canada, 2001 4 juil; 135(14). DORS/2001-227

11 *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*. Résumé de l'étude d'impact de la réglementation. Gazette du Canada, 2001 4 juil; 135(14). DORS/2001-227.

12 Lettre datée du 7 mai 2001, du Dr P. Barrett au ministre de la Santé Alan Rock. Cette lettre faisait partie du dossier du tribunal dans *R. c. Hitzig* – Lettre aux dossiers du juriste-conseil.

13 Lettre datée du 27 juillet 2001, du Dr Clayne A. Steed - Cette lettre faisait partie du dossier du tribunal dans *R. c. Hitzig* – Lettre aux dossiers du juriste-conseil.

14 Feuillet d'information de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), octobre 2001 - Cette lettre faisait partie du dossier du tribunal dans *R. c. Hitzig* – Lettre aux dossiers du juriste-conseil.

15 *R. v. Parker* (2000), 49 O.R. (3d) 481, 521 (Ont. C.A.).

16 Nolin PC, Kenny C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, septembre 2002. Consulter l'adresse <<http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/ille-f/rep-f/repfnalvol2-f.htm>>.

17 *Hitzig et. al. v. Canada* (2003), 171 C.C.C. (3d) 18, (Ont. S.C.).

18 *Ibid.* à 58.

19 *R. v. Parker et. al.* [2003] O.J. No. 5966.

20 DORS/2003-261.

21 *R. v. Krieger* (2000), 225 D.L.R. (4th) 164, 178-179 (Alta. Q.B.).

22 *R. v. Krieger* (2002) AJ No. 44 at para. 5 (Alta. C.A.).

23 *Hitzig et. al. v. Canada* (2003), 177 C.C.C. (3d) 449, (Ont. C.A.).

24 DORS/2003-387.

25 DORS/2005-177.

26 *Règlement modifiant le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*. P.C. 2005-1124 7 juin 2005. Résumé de l'étude d'impact de la réglementation, 2. Gazette du Canada, Partie II. 29 juin 2005; 139(13). DORS/2005-177.

27 *Ibid.* à 3.

28 Résumé de l'étude d'impact de la réglementation, 1. Gazette du Canada, Partie II 17 décembre 2003, 137 (26), DORS/2003-387.

29 Résumé de l'étude d'impact de la réglementation, 1. Gazette du Canada, Partie II 17 décembre 2003, 137 (26), DORS/2003-387.

30 Valerie Lasher, directrice, Division de l'accès médical à la marijuana, Santé Canada. Communication personnelle, le 12 avril 2006. Consulter l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/stat/2006/april-avril_f.html>.

CONSIDÉRATIONS POLITIQUES ET RECOMMANDATIONS

Nous présentons les considérations et recommandations suivantes à tous les intervenants clés, pour réfléchir à la question du cannabis comme thérapie. Vu que le cannabis est une substance contrôlée, l'accès légal au cannabis à des fins médicales a nécessité l'élaboration de règlements afin de créer un cadre qui permette un accès pour des motifs humanitaires. Le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM)* a été établi par suite d'un jugement de cour. Nous préférierions voir s'élaborer les lois, règlements et politiques par suite d'un dialogue entre le gouvernement et les intervenants clés, plutôt que par l'entremise des tribunaux canadiens. Nous continuerons de collaborer avec le gouvernement pour apporter notre point de vue au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales.

Malgré le fait que le Canada dispose d'un processus par lequel les gens peuvent obtenir une autorisation légale de posséder et de cultiver du cannabis à des fins médicales, l'accès au programme fédéral et à une source légale de cannabis demeure obstrué par des obstacles. L'accès à l'information et aux services liés à ce traitement est minimal ou inexistant, ce qui rend difficile pour les gens de prendre des décisions éclairées à propos de leur traitement et de maximiser leurs soins. La plupart des personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales n'ont pas encore fait de demande d'adhésion au programme. Par conséquent, des milliers de Canadiens ne sont présentement pas protégés contre la loi pour utiliser le traitement de leur choix, ni n'ont accès à une source de cannabis légale, sûre, fiable et abordable, ou à de l'information et des services adéquats. Nos consultations ont révélé une série d'obstacles qu'explorent le présent chapitre du rapport.

A. Évaluation et imputabilité du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales

Santé Canada a investi plus de 24 millions de dollars¹ dans le programme du RAMM, y compris un contrat estimé à 5 751 250 \$ avec un fournisseur licencié pour produire du cannabis à des fins médicales². Ce contrat a expiré depuis, et l'on prévoit une dépense en capital du gouvernement en ce domaine dans un avenir rapproché. Il n'y a présentement que 1 399 personnes autorisées à posséder du cannabis à des fins médicales en vertu du RAMM, soit une fraction des milliers d'utilisateurs de cannabis à des fins médicales estimés au Canada. Quelque 14 % d'entre elles seulement ont commandé leur cannabis du gouvernement.

Nous savons que les personnes vivant avec le VIH-sida représentent le groupe le plus nombreux de personnes gravement malades qui utilisent le cannabis dans le cadre de leur traitement. Par exemple, les personnes vivant avec le VIH-sida représentaient le groupe le plus nombreux en vertu de l'ancienne catégorie 1 (maladie terminale) du programme fédéral (38 %), et formaient le deuxième groupe le plus nombreux en vertu de l'ancienne catégorie 2 (diverses maladies et symptômes connexes) à 24 %. En consultation avec quelques clubs de compassion, qui desservent plus de 6 450 personnes, il est apparu que pour certains clubs, les personnes vivant avec le VIH-sida représentent autant que 58 % de leur clientèle. Nous savons aussi que quelque 14 % à 37 % des personnes vivant avec le VIH-sida utilisent le cannabis dans le cadre de leur traitement pour contrôler la perte d'appétit, la cachexie, la nausée et les vomissements, la douleur, l'anxiété, la dépression et le soulagement du stress, entre autres^{3,4,5,6}. Cependant, seulement 36 % des personnes que nous avons consultées ont déclaré avoir fait une demande au programme fédéral, malgré le fait que près de deux tiers d'entre elles utilisent du

« Le fait d'avoir une exemption du gouvernement, ce serait comme une sécurité. Je me sentirais plus en sécurité au sens où si la police m'arrêtait, je pourrais avoir un casier judiciaire. Un casier judiciaire, bien, ça ne m'intéresse pas vraiment. »

« J'avais 7 cellules l'an dernier. Depuis que mon docteur m'a exempté, me permettant d'être moins anxieux de fumer du pot, et que j'ai quelques plants chez moi et que je n'ai plus peur que la police défonce ma porte, je me suis retrouvé à 140 [livres] la semaine dernière. Ma charge virale est passée d'un million à indétectable. »

« Je veux me débarrasser de la culpabilité, des stigmates et de la peur. . . Je me dis que je fais ça illégalement, et ça empire tout. »

— Participants aux groupes de discussion

cannabis dans le cadre de leur traitement. Seulement 26 % des répondants de notre questionnaire avaient obtenu leur autorisation de possession.

Selon la vision du gouvernement conservateur, la réforme de la loi sur le cannabis ne sera pas une option. Nous craignons que les personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales ne fassent de plus en plus l'objet de l'attention des forces de l'ordre. Le gouvernement ne peut pas abroger le RAMM et éliminer le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, car cela se traduirait par l'inconstitutionnalité de l'interdiction du cannabis⁷. Le RAMM continuera d'être le seul moyen légal dont disposent les Canadiens gravement malades pour obtenir un accès légal au cannabis à des fins médicales. Nous prévoyons que les demandes d'adhésion au programme du RAMM vont augmenter considérablement car les gens craignent des répercussions criminelles. À ce titre, le gouvernement du Canada devra faire en sorte que des ressources adéquates sont allouées au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales pour répondre à l'accroissement prévu des demandes et des renouvellements en cours, et pour mieux combler les besoins des Canadiens gravement malades.

Investir dans ce programme contribuera à la santé et au bien-être des Canadiens. Les personnes que nous avons consultées qui ont obtenu une autorisation de possession expriment des sentiments de protection, de sécurité et de stabilité. Elles déclarent aussi qu'une autorisation du gouvernement confère une certaine reconnaissance, légitimité et crédibilité à leur utili-

sation médicinale du cannabis, réduisant ainsi certains stigmates dont elles font l'objet à cause de leur utilisation du cannabis.

En outre, la question des sources légales de cannabis pour les personnes autorisées devra être mieux discutée. Les personnes autorisées disposent présentement de trois options légales en vertu du RAMM : elles peuvent commander le cannabis du gouvernement, elles peuvent cultiver le leur, ou désigner une personne qui le fera pour elles. Le gouvernement veut supprimer graduellement les licences de production. Le nombre de personnes autorisées qui commandent actuellement du cannabis du gouvernement demeure faible. Sur les 1 399 personnes présentement autorisées à posséder du cannabis à des fins médicales, seulement 266 le commandent du gouvernement, ce qui représente moins que 20 % des personnes autorisées. Ce nombre comprend 72 personnes qui commandent temporairement du cannabis séché du gouvernement pendant qu'elles attendent que leur première culture soit prête à récolter. Essentiellement, quelque 14 % des personnes autorisées commandent du cannabis du gouvernement comme leur principale source d'approvisionnement.

Nous remettons en question la dépense d'un contrat de multimillions de dollars pour fournir relativement peu de personnes autorisées, et nous croyons que celles-ci seraient mieux servies si les restrictions des licences de production étaient levées. Nombre de personnes autorisées accèdent encore à d'autres sources de cannabis qui est largement disponible dans le marché noir du Canada. L'institut Fraser, un organisme canadien indépendant de recherche et d'édu-

cation économique et sociale, estime que les Canadiens ont dépensé entre 1,8 milliard et 4,4 milliards de dollars en cannabis en 2000 (comparativement à 2,3 milliards de dollars en tabac)⁸. Ils écrivent :

L'analyse révèle à quel point l'utilisation de la marijuana est répandue au Canada... Par conséquent, la grande question sociale concerne moins notre approbation ou désapprobation de la production locale, mais plutôt à qui ira la part du gâteau. À l'heure actuelle, les producteurs et distributeurs paient une partie des frais et récoltent tous les profits de l'industrie multimilliardaire de la marijuana, alors que le contribuable qui ne fume pas de marijuana n'en voit que les coûts. – L'institut Fraser, 2004

Le gouvernement doit explorer des options de distribution du cannabis médicinal, pour faire en sorte que l'argent des contribuables soit dépensé efficacement. Les sondages révèlent que de 90 % à 92 % des Canadiens approuvent l'utilisation du cannabis à des fins médicales⁹. Le parti conservateur du Canada a fait du rétablissement de l'imputabilité du gouvernement une priorité politique absolue. Dans une tentative de gagner la confiance des Canadiens à propos des impôts dépensés à bon escient, le nouveau gouvernement croit ce qui suit :

« Donner plus de pouvoir et de muscle aux surveillants indépendants comme la vérificatrice générale et le commissaire à l'éthique, protéger les dénonciateurs des représailles, et renforcer les lois d'accès à l'information pour donner aux citoyens le droit de savoir »¹⁰.

Nous demandons à la vérificatrice générale de mener une vérification du rendement de tous les aspects de l'actuel programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, y compris la Division de l'accès médical à la marijuana de Santé Canada et le contrat avec l'actuel fournisseur licencié qui produit le cannabis pour le gouvernement. Cette enquête a déjà été demandée par l'honorable Libby Davies, député de Vancouver Est, et par le sénateur Pierre Claude Nolin, dans une lettre à la vérificatrice générale et au ministre de la Santé d'alors, Ujjal Dosanjh¹¹.

Recommandation

Nous recommandons que la vérificatrice générale mène une vérification du rendement des tous les aspects de l'actuel programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, y compris la Division de l'accès médical à la marijuana de Santé Canada et le contrat avec le fournisseur licencié actuel qui produit le cannabis pour le gouvernement, pour faire en sorte que les ressources sont adéquatement allouées en vue de répondre aux besoins des Canadiens gravement malades.

B. Participation des intervenants clés au dialogue politique

La Société canadienne du sida était membre du Comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales de Santé Canada, mis sur pied en octobre 2002 pour fournir au Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées des conseils opportuns sur des questions médicales, scientifiques, réglementaires, politiques et opérationnelles liées au cannabis à des fins médicales. Ce comité procurait une tribune au dialogue politique entre le secteur bénévole et le gouvernement du Canada. Malheureusement, Santé Canada a dissous le Comité. Le gouvernement doit envisager de remettre sur pied un tel comité. Nous préférons voir un dialogue politique permanent entre le gouvernement et les intervenants clés plutôt que des changements fragmentés au programme issus de litiges dans les tribunaux.

Mesure de la Société canadienne du sida

Nous allons continuer de collaborer avec Santé Canada et de fournir notre apport au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales pour qu'il puisse mieux répondre aux besoins des Canadiens gravement malades, selon nos consultations permanentes avec les personnes vivant avec le VIH-sida. Nous allons continuer à sensibiliser davantage les gens à l'existence du programme de sorte que les personnes vivant avec le VIH-sida qui utilisent le cannabis à des fins médicales puissent être à l'abri des poursuites criminelles dans un contexte d'application renforcée des lois sur le cannabis.

Recommandation

Nous recommandons que le gouvernement remette sur pied un Comité consultatif des intervenants sur le cannabis à des fins médicales, pour offrir à tous les intervenants clés¹² une tribune afin d'échanger de l'information et d'apporter continuellement des idées au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et aux politiques, règlements et lois qui le régissent.

C. Manque de sensibilisation et désinformation au sujet du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales

Nos consultations ont révélé que certaines personnes vivant avec le VIH-sida n'étaient pas au courant ou étaient mal informées de l'existence du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales. Tout au long de nos consultations, presque 9 % des participants ont déclaré n'être pas conscients de l'existence du programme, ou ne pas savoir quoi faire pour demander l'accès légal. Tout indiquait qu'il existait aussi une certaine désinformation au sujet du programme et des questions juridiques concernant l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Par exemple, certaines personnes ont l'impression que les clubs de compassion font partie du programme fédéral. Ce n'est pas le cas, puisque l'accès au cannabis par l'entremise de ces clubs est encore illégal. Une autre idée fautive parmi les personnes vivant

avec le VIH-sida est que certaines croient qu'elles ne peuvent pas faire de demande au programme fédéral si elles ont un casier judiciaire. Ce n'est pas le cas, car un casier judiciaire n'exclut pas les besoins médicaux d'une personne. Ce manque de sensibilisation et cette désinformation sur le programme font que les gens ne font pas de demande, et par conséquent, qu'ils ne profitent pas d'un accès au cannabis à des fins médicales sans crainte de poursuite criminelle.

Certaines personnes choisissent de ne pas faire de demande au programme fédéral en raison de leur peur ou de leur méfiance envers le gouvernement en général. Elles ne souhaitent pas être identifiées par le gouvernement comme étant des utilisateurs de cannabis à des fins médicales. D'autres s'inquiètent des répercussions de fournir ces renseignements au gouvernement s'ils voyagent à l'étranger ou s'ils désirent obtenir la citoyenneté canadienne. Ils craignent que ces renseignements ne tombent pas entre bonnes mains ou qu'ils servent à cibler les gens qui utilisent du cannabis à des fins médicales.

Certaines personnes vivant avec le VIH-sida ne ressentent pas le besoin d'obtenir une autorisation de possession de cannabis à des fins médicales car elles y ont accès par leurs propres moyens depuis des années et n'ont éprouvé aucune difficulté avec les autorités. Elles ne voient donc aucun avantage à ce faire, et ne veulent pas s'embarasser du processus de demande. D'autres croient que l'utilisation du cannabis à des fins médicales est leur droit et

« Non, je n'ai pas fait de demande au programme du gouvernement. Il y a un manque d'information, bien sûr, et pour moi, je ne voyais pas ce que ça changerait. Je n'ai jamais été arrêté par la police, j'ai toujours eu facilement accès. Les formulaires sont trop compliqués, trop longs. Je ne voulais pas non plus m'identifier au gouvernement. C'était nouveau. Je craignais qu'on ne m'étiquette toxicomane. »

« Vous obtenez l'exemption pour la marijuana. Qu'est-ce que ça va faire quand vous voulez obtenir votre passeport et sortir du pays? Ils ne peuvent pas vous refuser votre passeport parce que vous êtes canadien, mais avec qui ont-ils échangé cette information? Quand vous traversez la frontière, qu'arrive-t-il alors? »

« Je m'autorise moi-même à posséder et mon réseau social le facilite. Le gouvernement gaspille l'argent des contribuables. Le fédéral devrait légaliser et passer à des enjeux plus importants comme le sida en Afrique et la dette du tiers monde. »

— Participants aux groupes de discussion

demandent que le gouvernement réexamine l'interdiction du cannabis. Bien que les risques perçus d'une poursuite en justice puissent ne pas suffire à convaincre certaines personnes de demander l'autorisation de possession légale de cannabis à des fins médicales, il n'en reste pas moins qu'il est présentement illégal de posséder du cannabis à des fins médicales sans une autorisation de possession, au Canada. Nous nous inquiétons du climat politique actuel au pays, et de la réticence du nouveau gouvernement conservateur à envisager des solutions de rechange à la législation du cannabis¹³. Cela peut avoir un effet négatif sérieux sur les personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales sans autorisation légale de ce faire. Le gouvernement a la responsabilité de diffuser à grande échelle l'information sur le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, pour faire en sorte que le droit constitutionnel des Canadiens gravement malades d'avoir accès au traitement de leur choix sans crainte de poursuite criminelle soit respecté.

Mesure de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida demeure engagée à sensibiliser les personnes vivant avec le VIH-sida au Canada à propos du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, et à nourrir la capacité de ses organisations membres à répondre aux demandes d'information et à aider les personnes vivant avec le VIH-sida pour le processus de demande. À cette fin, nous offrons des ateliers et du matériel, en affichant cette information à notre site Web, et en la présentant dans des endroits où se rassemblent les personnes vivant avec le VIH-sida (congrès, symposiums, etc.), dans les limites des ressources disponibles. La diffusion de cette information atteindra plus de gens, contribuera à réduire la désinformation et les craintes au sein de la communauté du VIH-sida, et se traduira par un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH-sida qui seront protégées contre les répercussions en justice.

Recommandation

Nous recommandons que Santé Canada et les organismes comme la Société canadienne de la sclérose en

plaques, la Société d'arthrite, la Société canadienne du cancer et autres diffusent de l'information exacte et à jour à propos du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* aux personnes qu'ils desservent, et qu'ils nourrissent la capacité de leurs organisations membres, le cas échéant, à répondre aux demandes d'information et à aider les personnes pour le processus de demande. Nous sommes ouverts à la collaboration dans ces tâches, dans les limites des ressources disponibles.

D. Processus de demande et de renouvellement du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales

La raison la plus fréquemment mentionnée de ne pas faire de demande au programme était le processus de demande astreignant. Presque 16 % des répondants de notre questionnaire croient qu'il est compliqué, intimidant et ardu, et qu'il y a trop de paperasserie. Ils croient que le processus est trop long, souvent avec des écarts et des délais lors du suivi. Les renouvellements annuels sont jugés inutiles et encombrants pour les personnes qui vivent avec une maladie continue. Le processus de demande peut être déconcertant pour bon nombre, surtout si leur santé est mauvaise. Obtenir les formulaires et déchiffrer lesquels s'appliquent à une situation individuelle, les remplir, obtenir des photos et les signatures nécessaires d'un médecin sont des activités qui prennent du temps et nécessitent planification, coordination, programmation et parfois, soutien et assistance. Certains frais sont engagés pour les photos, les déplacements aux rendez-vous, et parfois, pour que le médecin remplisse la déclaration médicale, et l'affranchissement postal, sans indemnité pour le demandeur. Les renouvellements annuels nécessitent planification et préméditation pour laisser suffisamment de temps au traitement de la demande avant l'expiration de l'autorisation ou de la licence. Les délais et les périodes entre les demandes peuvent être très stressants pour les gens quand expire leur autorisation ou leur licence, et ont parfois abouti à une intervention de la police, malgré les efforts des gens de se conformer à la loi et au processus.

Soulignons que nos consultations ont eu lieu en mai et juin 2005, juste avant que le RAMM soit modifié, le 29 juin 2005. Santé Canada a simplifié les nouveaux formulaires de sorte qu'ils sont un peu plus conviviaux. Une fois que tous les participants du programme auront fait leur demande ou leur renouvellement d'autorisation en vertu du nouveau RAMM, le processus de renouvellement sera plus simple car Santé Canada déclare que le nouveau formulaire de renouvellement tiendra en une page et qu'il ne nécessitera que les signatures du demandeur et du médecin, si la situation du demandeur est inchangée. Malgré les nouveaux formulaires, le fait est que la plupart des gens sont simplement dépassés par un tel processus bureaucratique, ce qui les empêche de faire la demande. Nos consultations révèlent également de nombreuses mentions de retard de traitement des formulaires, et le programme ne sert présentement que 1 399 personnes. L'accroissement prévu des demandes aggravera la situation.

En vertu du RAMM, les autorisations de possession et les licences de production doivent être renouvelées chaque année, et il y a parfois des délais entre l'expiration des cartes et la réception des cartes renouvelées. Le RAMM a fourni un cadre dans lequel les Canadiens gravement malades peuvent avoir un accès légal au cannabis à des fins médicales. Les cartes d'identité fournies par le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales permettent à la police de vérifier si une personne est autorisée

à posséder et licenciée à produire du cannabis à des fins médicales. Elles fournissent des renseignements sur la quantité de cannabis qu'une personne est autorisée à posséder, et sur le nombre de plants qu'elle a l'autorisation de cultiver. La police a également accès à Santé Canada pour vérifier la validité de ces cartes, lorsqu'elle fait enquête sur quelqu'un.

Lorsqu'il y a des délais dans le traitement des demandes ou des renouvellements d'autorisation de possession ou de licence de production d'une personne, celle-ci vit dans des conditions de stress parce qu'elle n'est pas protégée par la loi. Le potentiel d'une intervention de la police existe durant cette période. Quand il s'agit de cultiver leur propre cannabis, certaines personnes sont contraintes de décider de continuer à cultiver pendant qu'elles attendent leur carte d'identité renouvelée, ou de détruire le jardin dans lequel elles ont investi et qu'elles ont travaillé dur à établir, et ne courir aucun risque. Si la police intervenait, les agents seraient placés dans la position inconfortable d'appliquer la lettre de la loi ou d'observer l'esprit de la loi. Les nouvelles demandes doivent être traitées rapidement pour maximiser la protection contre la loi et minimiser les effets nuisibles sur la santé des Canadiens gravement malades. Les personnes autorisées qui observent le processus et font en sorte de soumettre leur demande de renouvellement à temps doivent être protégées en vertu de la loi et ne doivent pas être exposées à des répercussions légales en raison de retards bureaucratiques. Ce processus doit être amélioré pour devenir impeccable.

« Entre-temps, je pense que mon exemption ne sert à rien maintenant, et j'ai encore 20 plants qui poussent. . . Je m'inquiète de tout maintenant. Je suis très stressé à cause de ça, mais je suis certain qu'ils ne feraient probablement rien tant que je continue à faire ce que j'ai fait. J'ai reçu une lettre, j'ai tout ça ici, mes exemptions et tout. Et quand on essaie de téléphoner à Santé Canada, ça prend comme 2 semaines même avant d'avoir une réponse. Et ils disent "Bien, nous devons communiquer avec votre médecin" ou quoi que ce soit. Ils sont très lents là-bas. »

— Participant aux groupes de discussion

Mesure de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida va continuer de diffuser de l'information sur le RAMM, les exigences du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et ses processus aussi largement que possible à ses membres et aux personnes vivant avec le VIH-sida. Nous fournirons de l'information exacte et à jour pour faire en sorte que nos intervenants connaissent les procédures et puissent les respecter et éviter des situations problématiques avec la police.

Recommandation

Nous recommandons que Santé Canada évalue ses besoins de ressources pour faire en sorte que les demandes et les renouvellements soient traités en temps opportun, afin que l'autorisation légale d'une personne de posséder et de produire du cannabis soit continuellement valide.

Nous recommandons que Santé Canada s'occupe des délais de renouvellement des autorisations de possession et des licences de production en émettant un accusé de réception de la demande de renouvellement, qui pourrait temporairement prolonger la période d'autorisation jusqu'à ce qu'une nouvelle autorisation et une nouvelle licence soient délivrées.

E) Réticence des médecins à participer au programme

Durant nos consultations, la majorité des gens (68,9 %) ont dit que leur médecin appuyait leur utilisation du cannabis à des fins médicales, alors que 16 % ont déclaré le contraire. Certains médecins ne sont pas à l'aise avec le fait de fumer comme mode d'administration d'un médicament, ou ont d'autres inquiétudes au sujet de l'utilisation du cannabis, comme les effets du cannabis sur la dépression ou sur le système immunitaire. Certains participants ont mentionné que leur médecin s'inquiétait des répercussions de la part des associations médicales. Il ressort nettement des témoignages des participants et de nos propres discussions avec les médecins que le manque d'information disponible pour les médecins, surtout provenant d'essais cliniques, est un problème.

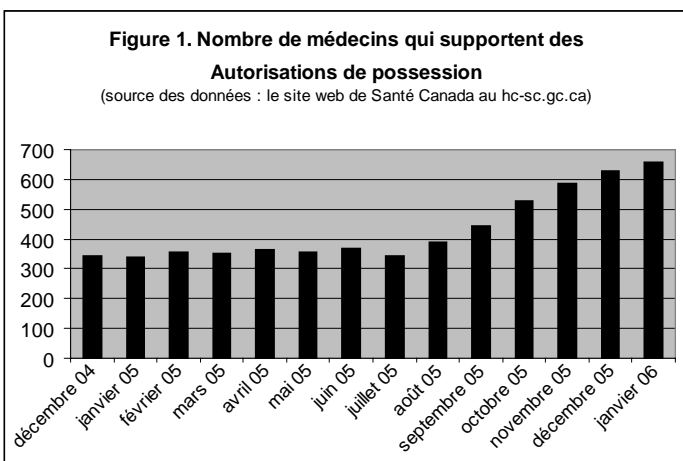
Parmi les répondants, 9 % ont mentionné que leur médecin avait refusé de signer leur formulaire de demande. Quand un médecin refuse de signer un formulaire de demande pour un patient qui désire avoir un accès légal au cannabis à des fins médicales, il se place en position de pouvoir sur la décision de la plus grande importance personnelle pour ce patient, ce qui entre en conflit avec l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (consulter le chapitre 4A du rapport). Bien que nous soutenions le besoin des personnes vivant avec le VIH-sida de discuter de tout traitement avec leur médecin, nous réitérons qu'une personne a un droit constitutionnel au traitement de son choix sans crainte de poursuite, et de prendre des décisions d'importance personnelle fondamentale. Les gens déclarent que le refus d'un médecin entraîne le « magasinage » d'un autre médecin, et que les gens trouvent des médecins compatissants par le bouche à oreille, s'ils sont en position de choisir parmi plusieurs médecins, où ils habitent. Ce magasinage nous préoccupe. Idéalement, nous aimerions voir une continuité des soins et voir à ce que les médecins aient la quantité maximale d'information sur leur patient, pour qu'ils lui fournissent les meilleurs soins. Nous réalisons aussi que les médecins sont les gardiens du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et que ce dernier est le seul recours légal pour les personnes vivant avec le VIH-sida qui désirent utiliser du cannabis pour traiter leurs symptômes.

Il faut noter que depuis les modifications du RAMM de juin 2005, et les changements qui permettent désormais aux médecins de famille plutôt qu'à un spécialiste de signer les formulaires de demande, le nombre de médecins qui approuvent les demandes de

« Et j'ai parlé à mon médecin de famille à propos de [mon utilisation de marijuana] et elle m'a répondu : "Je suis ouverte à cette idée, mais je crois que vous semblez bien maintenant, et quand vous serez prêt à revenir me voir, disons quand vous aurez perdu beaucoup de poids comme lorsque vous aviez la pneumocystose, alors nous en reparlerons. Mais d'ici là, je ne crois pas qu'il en soit question pour vous ou que vous deviez vous en préoccuper maintenant." Alors j'ai l'impression qu'elle dit que je dois attendre d'être à l'article de la mort pour en obtenir. Et je ne crois pas que ce soit juste. »

— Participant aux groupes de discussion

leurs patients s'accroît graduellement (voir la Figure 1). Cela est peut-être aussi attribuable au passage de la responsabilité du médecin au patient, en ce qui concerne les déclarations exigées aux formulaires de demande (consulter le chapitre 4E). Quelle qu'en soit la raison, la hausse du soutien coïncide avec les modifications qui ont eu lieu en juin 2005, indiquant un meilleur accès au programme pour les Canadiens gravement malades. Cela est encourageant, car les médecins sont les gardiens de l'accès à ce programme. Leur participation est essentielle.



Cependant, la réticence des médecins à signer les formulaires de demande de leurs patients pour le programme fédéral demeure l'un des obstacles les plus importants de l'accès au programme. Un des producteurs désignés, qui a aussi aidé les gens à faire leur demande au RAMM, indique qu'il a reçu plus de 2 500 courriels de la part de personnes ayant besoin d'aide, et que quelque 40 % de ce nombre étaient des demandes d'aide pour trouver un médecin qui appuierait leur demande¹⁴. Ce chapitre présente donc les divers facteurs qui contribuent à la réticence des médecins : le cannabis n'est pas approuvé comme médicament, ils manquent d'information sur l'innocuité et l'efficacité du cannabis, ils ont reçu des mises en garde de leurs associations médicales, et ils ont leurs propres attitudes et connaissances à l'égard de l'utilisation du cannabis à des fins médicales.

Dans un monde idéal, la décision d'essayer le cannabis à des fins thérapeutiques serait une décision à prendre uniquement par la personne gravement malade et un professionnel de la santé; cependant, à la lumière du fait que le cannabis est encore une

substance illégale non approuvée, il y aura des restrictions d'admissibilité qui n'existeraient pas pour la plupart des autres options de traitement.

i. Le cannabis n'est pas un médicament approuvé

La plupart des restrictions d'admissibilité et d'accès au programme de cannabis à des fins médicales proviennent du fait que le cannabis n'est pas une substance approuvée. Malgré la vaste utilisation thérapeutique de longue date du cannabis au cours des siècles derniers, le droit criminel et le droit de propriété intellectuelle ont servi à dissuader l'initiation d'essais cliniques nécessaires au développement et à l'approbation du médicament.

Sur les formulaires de demande du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, la déclaration médicale correspond au programme général d'accès à tous les médicaments non approuvés. Le Programme d'accès spécial (PAS) est destiné à permettre aux médecins de procurer des médicaments non approuvés aux patients gravement malades, et ce programme a beaucoup servi aux médecins afin d'obtenir des médicaments expérimentaux pour les personnes vivant avec le VIH-sida. Le processus de demande du PAS exige que le médecin explique pourquoi le médicament non approuvé est le « meilleur choix » et si les autres traitements ont été « envisagés, éliminés ou se sont révélés inefficaces ». On ne peut donc pas dire que le gouvernement a établi de plus grandes restrictions à l'accès au cannabis qu'il ne l'a fait pour d'autres médicaments non approuvés.

Le Dr Isra Levy, directeur du Bureau de la santé publique de l'Association médicale canadienne, mentionne que les médecins se trouvent dans un dilemme particulier à l'égard du cannabis. Ils se fient à des revues médicales et scientifiques révisées par les pairs pour déterminer l'ensemble de données probantes, quand il s'agit de l'innocuité et de l'efficacité d'un produit. Le processus par lequel les autorités de réglementation approuvent les médicaments, et les avis de conformité qui les accompagnent, fournit aux médecins de l'information qu'ils peuvent utiliser pour déterminer l'innocuité et l'efficacité d'un produit, et de bonnes méthodes de fabrication.

« Voici un médecin clinicien qui doit faire face à ce ... produit naturel qui a fait l'objet d'allégations de santé et au sujet duquel subsiste un doute raisonnable quant aux dommages éventuels liés à son utilisation, et l'agence de réglementation n'a pas fait son travail. En gros, c'est l'essentiel. »

— Isra Levy, directeur du Bureau de la santé publique de l'Association médicale canadienne

Le processus d'approbation des médicaments est régi par le *Règlement sur les aliments et drogues* (RAD). Le processus d'approbation habituel par lequel les nouveaux médicaments arrivent sur le marché thérapeutique fait appel à un « commanditaire du médicament » qui a identifié un composé moléculaire éventuellement thérapeutique, dont il espère en bout de ligne tirer profit. Le commanditaire entreprend ensuite trois phases d'essais cliniques avant de soumettre sa demande d'approbation du médicament à Santé Canada. Le ministère n'a pas de rôle proactif dans ce processus et révisé simplement les conclusions et les résultats des commanditaires, autrement dit, Santé Canada n'initie ni ne participe à la recherche sur le médicament. On a dit que lancer un nouveau médicament sur le marché pouvait prendre jusqu'à 15 ans et coûter au commanditaire en moyenne 1,3 milliard de dollars par médicament¹⁵.

Il y a peut-être beaucoup de recherche et de développement en cours pour les dérivés des cannabinoïdes synthétiques, mais peu de recherche a lieu au Canada sur le cannabis végétal. Malgré le programme du RAMM, il n'y a pas de commanditaires de médicament qui sont présentement enclins à faire une demande pour une telle approbation du cannabis végétal. Jusqu'à ce que ce processus ardu soit entrepris, la chance que les médecins adoptent totalement le programme et qu'éventuellement les participants au RAMM reçoivent des indemnités pour leur médicament demeure sérieusement compromise. L'approbation du médicament faciliterait le soutien des médecins, l'accès au cannabis à des fins médicales et le remboursement des frais pour les utilisateurs à des fins médicales. Il est peu probable que, dans un avenir rapproché, apparaissent de nombreux commanditaires de médicament prêts à entreprendre le

processus clinique pour le cannabis végétal, surtout celui du gouvernement. Néanmoins, il est primordial de développer une certaine recherche clinique, ou le programme d'accès au cannabis à des fins médicales demeurera toujours un programme d'accès spécial encombré d'obstacles réglementaires et bureaucratiques inutiles.

Comme le cannabis n'est pas un médicament approuvé, il n'a ni Avis de conformité (AC) ni Avis de conformité avec conditions (AC-C). Un Avis de conformité complet exige des essais cliniques approfondis tant de l'innocuité que de l'efficacité, tandis qu'un Avis de conformité avec conditions ne requiert que des données probantes prometteuses de l'efficacité clinique. L'AC-C vise à expédier le processus par lequel les nouveaux médicaments sont offerts à la distribution. L'énoncé de principe du gouvernement sur la classification de l'AC-C mentionne que son objectif est de : (a) fournir aux patients souffrant de maladies ou d'affections graves, mortelles ou gravement débilitantes un accès précoce à de nouveaux médicaments prometteurs, et de (b) créer un mécanisme pour faire en sorte qu'un fabricant dont le médicament est approuvé en vertu de cette politique mène des études confirmatoires pour vérifier le bienfait clinique du médicament et établir mieux le profil d'innocuité.

Ainsi, afin de permettre un accès pour des raisons humanitaires, le gouvernement fédéral a entrepris la distribution de cannabis produit pour lui par contrat, après des modifications apportées au RAD. Le gouvernement a exempté ce cannabis produit pour lui de certaines exigences du *Règlement sur les aliments et drogues* – une exemption qui permettait la distribution de cannabis à des fins médicales sans la nécessité de posséder toutes les données exigées en vertu du processus d'approbation des médicaments requis par la loi.

La seule option ouverte pour que le cannabis obtienne un AC-C serait que le seul fournisseur licencié actuellement sous contrat avec Santé Canada fasse une demande d'AC-C de ce produit à Santé Canada. Cependant, le fournisseur actuellement licencié ne possède pas le cannabis qu'il cultive, et une demande d'obtention d'un AC-C exigerait que Santé Canada prenne l'initiative d'entamer ce processus. Toutefois,

comme nous l'avons mentionné ci-dessus, Santé Canada n'initie ni ne participe à ce processus. Manifestement, quelque chose doit changer pour faire avancer le processus.

Recommandation

Nous demandons au gouvernement et aux milieux médical et scientifique de prendre les mesures nécessaires pour faciliter le processus d'obtention de l'approbation des médicaments, ou d'une approbation conditionnelle d'un médicament, pour le cannabis afin qu'il puisse être prescrit par les médecins, et que l'on envisage de couvrir les coûts du produit en vertu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments.

ii. Innocuité et efficacité du cannabis

Les médecins veulent voir des données cliniques, préférablement d'essais cliniques aléatoires, sur l'innocuité et l'efficacité du cannabis à des fins médicales. Ce sont les données probantes dont ils ont besoin pour sentir qu'ils peuvent aider leurs patients dans leurs décisions de soins de santé. Ils veulent aussi certaines données probantes sur les effets à long terme de l'utilisation du cannabis, surtout fumé, pour déterminer si les avantages surpassent les risques pour leurs patients. Si le cannabis était un médicament approuvé, cette information serait facilement disponible pour les médecins.

Pour que le cannabis végétal soit approuvé comme médicament, il doit être testé rigoureusement tant pour l'innocuité que l'efficacité par des essais cliniques. Les essais sur les humains menés pour obtenir une autorisation de mise en marché sont habituellement effectués en trois phases. Les essais de la phase I

sont les premiers « essais sur les humains » dans lesquels un médicament expérimental est administré à un petit nombre de volontaires en santé. Le but de la phase I est de déterminer comment le médicament est absorbé, libéré dans l'organisme, métabolisé et excrété, ainsi que d'estimer l'innocuité et la tolérabilité initiales du médicament à différentes doses. La phase II comporte les premiers essais pour évaluer l'efficacité chez les patients, pour une indication spécifique. En raison de leur nature préliminaire, on les appelle aussi les essais thérapeutiques exploratoires. Certaines des données obtenues dans les essais de la phase II comprennent la meilleure dose et posologie du médicament, la population cible (soit ceux souffrant de maladie bénigne ou grave) et les meilleures mesures des résultats pour évaluer l'efficacité. L'objectif des essais de la phase III, aussi appelés « essais thérapeutiques exploratoires », consiste à démontrer l'innocuité et l'efficacité du médicament chez la population de patients ciblée selon les conditions d'utilisation déterminées.

Les essais cliniques de la phase IV, qui tendent à être des études ouvertes, sont traditionnellement entrepris après l'approbation du médicament, comme moyen de mener une vaste étude d'innocuité et de déterminer si le médicament approuvé peut avoir d'autres applications médicales. Santé Canada a suggéré continuellement qu'un essai de la phase IV serait approprié pour le cannabis, et cette concession ouvre la porte à la production et à la distribution à grande échelle. Peut-être que Santé Canada croit que les phases initiales de l'approbation d'un médicament sont répétitives, parce qu'il existe déjà un ensemble de données probantes pour répondre aux objectifs. Comme le Dr Mark Ware en a témoigné devant le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites,

« ... nous sommes des policiers, d'accord? Alors, si la collectivité médicale nous dit que c'est un médicament qui va aider les gens qui souffrent de maladies, il ne nous appartient pas de dire que ce n'est pas correct. Notre crainte porte davantage sur la façon de mettre en place un système qui ne permet pas la déjudiciarisation illégale d'une drogue illicite... Nous avons des problèmes avec la façon dont le système est organisé. Si c'est un médicament qui peut aider les patients, il devrait être distribué comme tous les autres médicaments, à notre avis, dans les pharmacies. »

— Chef adjoint Christopher McNeil, chef adjoint des opérations à Halifax, et président du Comité sur l'abus des drogues de l'Association canadienne des chefs de police

« l'innocuité du cannabis chez les humains a fait l'objet d'études approfondies, grâce en partie à la vaste cohorte occidentale de volontaires humains en santé des dernières 40 années. Le cannabis a peut-être subi les essais cliniques de la phase I les plus approfondis et les plus inorthodoxes de toute l'histoire des médicaments »¹⁶.

Par conséquent, il est important de comprendre et d'étudier l'efficacité médicale à la lumière des risques connus d'innocuité. Les essais cliniques ouverts offrent l'occasion idéale de parvenir à une distribution à grande échelle du produit avec beaucoup moins d'exigences officielles qu'il ne serait nécessaire pour la plupart des essais cliniques. Un essai clinique ouvert est défini comme étant un essai « servant à exposer un médicament à une vaste population de patients, afin d'obtenir de l'information sur l'efficacité et l'innocuité du médicament dans les situations où il sera utilisé »¹⁷. Un essai de cette nature se rapproche étroitement du traitement médical classique parce qu'il n'y a pas de groupe témoin, pas de placebo, et l'étude n'est pas à l'insu (c.à-d., toutes les parties connaissent l'identité de la substance).

La notion d'un essai clinique ouvert a été soulevée la première fois dans le cadre de l'explication de Santé Canada à l'effet qu'il refusait à l'origine de distribuer le cannabis cultivé pour le ministère sous contrat aux fins d'utilisation médicale directe. Santé Canada a expliqué qu'il était essentiel de mener d'abord des essais cliniques avant de commencer toute forme de distribution médicale. Cependant, dans une tentative de répondre aux besoins médicaux de personnes déjà autorisées à utiliser le cannabis, Santé Canada a déclaré qu'il encouragerait et faciliterait les essais cliniques ouverts si des chercheurs privés prenaient les devants avec des protocoles appropriés. Comme les essais cliniques ouverts se rapprochent le plus de l'utilisation médicale ordinaire, sans les restrictions accompagnant communément la participation aux études randomisées contrôlées, Santé Canada a conclu que les essais ouverts pourraient satisfaire les besoins médicaux des patients tout en produisant des données cliniques, comme les patients sont surveillés par leur médecin¹⁸.

Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont fait des efforts, dans le cadre du

Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales pour stimuler cette recherche – une initiative qui offrait aux candidats choisis la possibilité d'un financement de 1,5 million de dollars par année, pour une durée maximum de trois ans, pour mener des essais cliniques ouverts. Dans leur Appel de demandes, les IRSC énonçaient :

Étant donné l'absence de partenaire commercial, les chercheurs potentiels doivent assumer toute la responsabilité quant à l'élaboration de la documentation réglementaire requise pour la conduite d'études cliniques. Santé Canada reconnaît que c'est un fardeau onéreux pour les chercheurs et en tient compte dans le cadre de l'Initiative d'étude ouverte sur l'innocuité de la marijuana¹⁹.

Nous savons maintenant que cet Appel de demandes a suscité très peu d'intérêt, car un seul candidat a été approuvé. Le Dr Mark Ware, du centre de la douleur de McGill, explore présentement l'innocuité et l'efficacité du cannabis fumé sur la douleur neuropathique chez les personnes vivant avec la sclérose en plaques. L'existence du programme a montré que le gouvernement était convaincu de ce type de recherche à grande échelle. Cependant, le financement de ce programme de recherche n'est plus disponible. Reste à voir s'il sera réinstauré.

Dans une entrevue avec la Société canadienne du sida, Beth Pieterston, directrice générale du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, déclare :

« Nous n'avons pas encouragé autant de recherche que nous l'aurions aimé. Il n'y a pas eu beaucoup de mise en œuvre de la recherche, mais nous n'avons pas abandonné... Nous allouons des fonds à la recherche chaque année. Nous allons essayer de faire plus de recherche sous contrat, de sorte qu'elle soit plus ciblée. Nous sollicitons et invitons les gens, et nous aurions des protocoles élaborés ou nous ferions plus de recherche fondamentale pour répondre à nos besoins plutôt que de ne s'adresser qu'aux IRSC. »

Un essai clinique ouvert est à la fois nécessaire et désirable pour l'usage du cannabis fumé dans le traitement et le contrôle des symptômes liés au VIH-sida. Premièrement, les patients auront immédia-

« Alors si on parle du cannabis à des fins médicales, traitons-le comme tout autre médicament que nous prenons. »

« Heureusement, je peux me le permettre, mais je crois véritablement que ce ne devrait pas être un problème pour les gens, même s'ils en ont les moyens. Ce n'est pas ainsi que fonctionne notre système de santé. Ce n'est pas juste de fournir des médicaments à certaines personnes et pas à d'autres. »

« J'aimerais aussi qu'il soit payé ou remboursé, parce que nous le soustrayons du budget alimentaire. »

– Participants aux groupes de discussion

tement accès au cannabis sans s'inscrire au RAMM et il est concevable que cet accès soit financé pour les participants à l'essai. Deuxièmement, l'essai ouvert offre l'occasion idéale d'enseignement au médecin. Troisièmement, la surveillance modeste qui accompagne ces essais pourrait fournir une résolution définitive aux questions essentielles sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Quel que soit le mécanisme qui sert à ce que cette recherche se fasse, il est d'une importance capitale qu'elle ait lieu.

Recommandation

Nous recommandons que les Instituts de recherche en santé du Canada, par l'intermédiaire du Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales, émettent un Appel de demandes pour une Initiative d'étude ouverte sur l'innocuité de la marijuana, en vue d'un essai pour évaluer l'innocuité et l'efficacité du cannabis fumé sur la stimulation de l'appétit, la nausée et les vomissements, la douleur et d'autres symptômes liés au VIH-sida.

Si l'intérêt des chercheurs est encore faible ou inexistant, nous recommandons que Santé Canada sollicite activement la recherche dans ce domaine par des contrats ciblés.

iii. Communications des associations médicales aux médecins

Les associations médicales ont activement exprimé leurs préoccupations au sujet des médecins participant au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales. En fait, le 7 mai 2001, l'Association médicale canadienne a écrit au ministre de la Santé et a énoncé clairement que « l'on ne doit pas s'attendre à ce que les médecins agissent comme gar-

diens de ce traitement »²⁰. Elles croient qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes cliniques pour que les médecins puissent conseiller judicieusement leurs patients sur l'usage du cannabis à des fins médicales, car le cannabis n'a pas fait l'objet des essais cliniques rigoureux nécessaires à l'approbation d'un médicament. En outre, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), l'assureur de la profession médicale, a publié un feuillet d'information, daté d'octobre 2001, conseillant aux médecins de ne pas remplir les déclarations requises par le RAMM à moins qu'ils n'aient une « connaissance détaillée » de ce qui se rapporte au cannabis. L'ACPM représente 60 000 médecins canadiens, dont près de 95 % exercent au Canada. Le 8 novembre 2001, l'Association a écrit au ministre de la Santé, exprimant ses inquiétudes sur « les difficultés médico-légales que peuvent rencontrer les membres qui choisissent de suivre le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* »²¹. Ces avertissements ont découragé bien des médecins qui craignent des représailles et ne croient pas avoir les connaissances nécessaires pour appuyer les demandes de leurs patients. Il y a 1 399 personnes inscrites au RAMM, et à la lumière des estimations de centaines de milliers d'utilisateurs à des fins médicales²², il est évident que la plupart des utilisateurs à des fins médicales ont soit choisi de ne pas s'inscrire, soit été incapables de trouver un médecin prêt à autoriser leur utilisation du cannabis à des fins médicales.

L'Association canadienne de protection médicale a récemment offert une option aux médecins pour traiter des préoccupations de responsabilité. Ils ont mis à leur disposition un Formulaire de quittance pour les médecins²³. Ils ont recommandé que les médecins qui remplissent la déclaration médicale de la demande d'un patient au programme fédéral d'accès

au cannabis à des fins médicales demandent au patient de signer ce dégageant de responsabilité, et qu'ils conservent des copies de ce formulaire pour un usage futur.

Mesure de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida saisira toute occasion possible de diffuser aux personnes vivant avec le VIH-sida de l'information à propos de l'utilisation du cannabis à des fins médicales et du *Règlement sur l'accès médical à la marijuana*. Parmi une série de feuillets d'information rédigés dans le cadre de ce projet, il y en a un qui s'adresse aux médecins, et les patients peuvent l'apporter à leur médecin. Il comprend des renseignements sur les modifications du RAMM, et des renseignements pratiques sur l'utilisation du cannabis qui peuvent faire que les médecins se sentent plus à l'aise d'appuyer la demande d'un patient. Il comprend également de l'information sur les Formulaires de quittance pour les médecins de l'Association canadienne de protection médicale.

Recommandations

Si ce n'est déjà fait, nous recommandons que l'Association médicale canadienne et d'autres associations médicales communiquent les changements apportés au RAMM aux médecins membres pour faire en sorte qu'ils aient l'information la plus récente et qu'ils sachent que les médecins de famille peuvent dorénavant signer les formulaires de demande de leurs patients, et que la responsabilité incombe maintenant au patient plutôt qu'au médecin d'accepter les risques et avantages potentiels de l'utilisation du cannabis à des fins médicales.

Si ce n'est déjà fait, nous recommandons que l'Association canadienne de protection médicale communique avec les médecins membres pour les informer à propos du Formulaire de quittance pour les médecins et de son objectif de responsabilité.

iv. Attitudes et connaissances des médecins en matière d'utilisation du cannabis à des fins médicales

Certaines personnes que nous avons consultées déclarent des réactions négatives de la part de leurs mé-

decins quand elles ont abordé le sujet du cannabis à des fins médicales. D'autres craignent les réactions de leur médecin et n'ont donc pas discuté de leur utilisation du cannabis avec lui. Dans certains cas, discuter de ce sujet a provoqué des relations patient-médecin tendues. Nous croyons que l'interdiction du cannabis et les messages dominants à l'endroit de l'utilisation des drogues et des « drogués » ont contribué à cet obstacle. La diffusion de l'information aux médecins sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales est cruciale.

Comme le cannabis n'est pas un médicament approuvé et qu'il ne fait pas partie de la pharmacopée actuelle, les médecins n'ont pas accès à de l'information sur les applications thérapeutiques et sur l'innocuité et l'efficacité du cannabis, comme nous l'avons mentionné. À ce titre, ils ne croient pas être en position d'aider leurs patients dans leur demande au RAMM. Afin d'assurer que les Canadiens gravement malades sont protégés en vertu de la loi, quand ils utilisent du cannabis dans le cadre de leur traitement, le soutien du médecin est nécessaire. Les médecins devront être informés. Les besoins des médecins en matière d'éducation et d'information devront être évalués pour mettre au point les instruments appropriés afin de traiter des attitudes générales et des lacunes d'information.

« Je ne me soucie absolument pas de ce que pensent les gens, sauf les personnes qui peuvent influencer sur ma vie, [comme] mon docteur, il n'approuve pas, alors je ne lui dis pas et cela veut dire que je le prive, que je me prive d'avoir un médecin qui connaît à fond les médicaments que j'utilise. Je me prive d'un médecin qui accepte de me traiter dans mon intégrité avec le VIH. C'est malheureux. C'est un médecin excellent et compatissant de tant d'autres façons. Mais je ne lui dis pas que je fume parce que je sais quels sont ses problèmes, alors je ne pourrais pas m'adresser à lui pour signer la licence et je ne peux pas lui dire toute l'étendue du médicament que j'utilise. Et c'est ainsi que cela m'affecte. »

— Participant aux groupes de discussion

Mesure de la Société canadienne du sida

Nous explorerons la possibilité d'élaborer et de gérer une liste de renvoi des médecins pour les personnes vivant avec le VIH-sida cherchant des médecins qui sont prêts à signer des demandes au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales. Pour ce faire, il nous faut plus d'information sur le consentement des médecins à faire partie de cette liste. Nous consulterons les collègues des médecins pour déterminer le rôle qu'ils pourraient jouer dans l'élaboration de cette liste.

Recommandations

Nous recommandons que les chercheurs mènent une enquête auprès des médecins pour obtenir des données sur leur attitude à l'égard de l'utilisation du cannabis à des fins médicales, et pour évaluer leurs connaissances en ce qui concerne les applications médicales du cannabis dans le contexte du traitement et de la gestion des symptômes du VIH-sida. Ce type de recherche devrait être sollicité par l'entremise du Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales des IRSC, ou d'autres organismes subventionnaires. Quand cette information sera disponible, un module de formation continue pourrait être créé pour offrir une formation adéquate aux médecins sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales.

Nous recommandons que, dans le cadre de l'enquête sur les attitudes et les connaissances des médecins relativement à l'utilisation du cannabis à des fins médicales, l'on interroge les médecins sur leur disposition à être inclus sur une liste de renvoi pour les patients qui cherchent des médecins qui soutiennent les demandes au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales.

F. Stigmates et discrimination

Les stigmates sont définis comme étant une marque défavorable apposée à une personne ou à un groupe, et sont « faits d'attitudes, de croyances et de politiques dirigées vers une personne ou un groupe par les autres en raison d'une caractéristique perçue de la personne ou du groupe »²⁴. L'utilisation du can-

nabis est associée à des stigmates dans notre société. Les utilisateurs de cannabis à des fins médicales font souvent l'objet de moqueries et de scepticisme, ou de réactions négatives, ce qui peut avoir des conséquences défavorables sur leur vie quotidienne. Le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et les cartes d'identité qui sont délivrées aux personnes autorisées ont favorisé l'acceptation de l'utilisation médicinale du cannabis, et y ont conféré une certaine crédibilité et légitimité. L'image d'être un criminel parce qu'on utilise une substance illégale s'en est trouvée réduite. Ces aspects positifs de la permission d'un accès légal au cannabis à des fins médicales changent lentement la perception des Canadiens de l'utilisation du cannabis à des fins médicales, ce qui en retour contribue à la qualité de vie des personnes qui s'en servent.

Quand une société perpétue des attitudes négatives et critiques à l'endroit d'un groupe quelconque, surtout en ce qui concerne leurs valeurs, croyances et modes de vie différents, c'est opprimant. Cette oppression fait que les gens sont stigmatisés, marginalisés et ostracisés pour leurs croyances et leurs actions. Les gens internalisent ensuite l'oppression

« Certaines personnes... sont très soupçonneuses quand on leur dit qu'il y a des avantages à en utiliser et que ce n'est pas seulement pour se geler. [Avec une autorisation de possession], peut-être qu'elles ne verraient pas les choses de la même façon. Ce n'est pas tant pour moi que pour comment les autres le perçoivent. »

« Je crois que les stigmates sociaux à l'endroit de quiconque utilise du cannabis sont tout simplement horribles. Étant moi-même un parent, je subis ces stigmates deux fois en faisant affaire avec la commission scolaire etc., et je tente de faire tomber quelques obstacles, et j'essaie d'éduquer le public à propos de la position du gouvernement sur le cannabis comme thérapie... s'ils acceptent ça, je crois qu'ils devraient éduquer le public un peu mieux, ce qui réduirait les stigmates. »

— Participants aux groupes de discussion

« Le plus dur, pour moi, c'est d'avoir encore à le payer et à endurer toute la discrimination parce que c'est mon médicament de choix. Ce choix subit la discrimination du système fiscal, de la société en général, du système médical et de tout le monde. »

« Je veux seulement répéter à quel point je suis en colère que ce soit si long de démêler tout ça et à quel point je ressens de la discrimination à mon égard. Ressentir cette discrimination parce qu'on est séropositif est déjà assez blessant, mais se taper tous ces embêtements pour essayer d'obtenir son médicament, et la dépense additionnelle, c'est ridicule que nous ayons à passer au travers de tout ça pour aboutir à une tentative foireuse de nous fournir notre médicament. J'en suis vraiment écoeuré. »

« On pourrait me refuser une greffe du foie parce que j'utilise le cannabis à des fins médicales. Ça entre en jeu quand on veut une greffe d'organe. Ils ne vous grefferont pas si vous fumez ou que vous prenez des drogues, ou certaines choses. Nous sommes donc devant des obstacles qui, selon moi, sont probablement à notre insu et que nous découvrons à peine, et qui vont vraiment nous empêcher d'être francs et d'en parler à tout le monde. » "

« Aussi, je crois que quand on fume de la marijuana médicinale, selon mon expérience, je ne suis pas traité de la même façon à l'hôpital. Mes douleurs ne sont pas prises au sérieux. . . À certains moments, j'ai besoin d'un supplément et on ne me le donne pas. Ils ne me donneront rien qui ait tout effet analgésique conjointement avec ma marijuana médicinale, alors le seul qui le fera est mon spécialiste qui a signé mon formulaire, c'est vraiment une impasse dans certains cas. »

« J'ai dû changer de médecin de famille et quand j'ai essayé d'en trouver un autre, on m'a carrément refusé le service précisément parce que j'utilise la marijuana à des fins médicales, m'a-t-on prétexté textuellement. Ce que j'ai d'ailleurs rapporté au Collège des médecins et chirurgiens parce que je croyais que c'était discriminatoire. »

– Participants aux groupes de discussion

dont ils font l'objet, ce qui cause des sentiments de peur, de haine de soi et de honte. Le manque de compréhension ou de conscience des réalités du groupe marginalisé contribue aux stigmates. Quand les gens sont contraints de se cacher de peur de répercussions criminelles, alors le non-dit devient un nuage noir planant au-dessus de leur vie. Pour les personnes vivant avec le VIH-sida, les stigmates ne sont malheureusement rien de nouveau parce qu'elles utilisent du cannabis à des fins médicales. La prohibition de l'utilisation du cannabis a donné lieu à un climat de peur qui assombrit encore la situation. Rompre ce silence et encourager le dialogue peut être stimulant, et peut faire beaucoup pour dissiper l'écran de fumée, pour ainsi dire.

La discrimination a lieu quand une personne est traitée inéquitablement ou injustement sous prétexte qu'elle appartient ou qu'elle est perçue appartenir à un groupe particulier²⁵. Durant nos consultations, cer-

tains ont donné des exemples où ils se sentent faire l'objet de discrimination. Ils ressentent de la discrimination envers leur choix de traitement, autant par leurs pairs qui n'utilisent pas de cannabis que par le système médical en général. Priver une personne gravement malade de services de santé est non seulement immoral, mais viole aussi l'essence même de notre système de santé universel. Dans certains cas, les gens peuvent se protéger légalement contre certaines formes de discrimination.

Mesure de la Société canadienne du sida

La société canadienne du sida s'est engagée à diffuser l'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales, à faire entendre la voix des personnes vivant avec le VIH-sida ainsi que les réalités auxquelles elles font face quand elles choisissent le cannabis pour leur traitement, et à encourager le dialogue sur ces questions. Nous continuerons à offrir

des ateliers, des groupes de discussion et des présentations, et nous tâcherons d'assurer une présence à des événements utiles, dans les limites de nos ressources. Nous avons rédigé « Le stigmate et la discrimination liés à l'utilisation du cannabis » dans le cadre de notre série de feuillets d'information. Nous présentons de l'information sur la façon dont les gens peuvent conjuguer avec diverses situations de stigmate ou de discrimination, ainsi que de l'information sur les endroits où peuvent s'adresser les gens pour instituer une action, s'ils font l'objet de discrimination à cause de leur usage de cannabis à des fins médicales. Nous diffuserons ce rapport et les feuillets d'information à grande échelle, et nous continuerons à plaider en faveur des personnes vivant avec le VIH-sida qui utilisent le cannabis à des fins médicales.

Recommandations

Nous recommandons que tous les intervenants clés, y compris le gouvernement, se joignent à nous pour diffuser de l'information sur l'utilisation médicinale du cannabis et le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, et qu'ils saisissent l'occasion d'en faire participer d'autres au dialogue sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales, en vue de réduire les stigmates qui y sont associés.

Nous demandons aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux milieux médical et scientifique de prendre des mesures pour faire en sorte que la recherche, la diffusion de l'information et les services connexes soient adéquats, et que les Canadiens gravement malades obtiennent des normes de soins pour le traitement de leur choix, sans discrimination.

G. Empêchements de la recherche

En 1972, la Commission LeDain a terminé son examen et son évaluation de la politique prohibitive à l'égard du cannabis et, en recommandant que le gouvernement décriminalise l'usage du cannabis, la Commission a aussi recommandé que des recherches soient menées sur le potentiel thérapeutique de la plante²⁷. Les efforts pour évaluer les préférences thérapeutiques des utilisateurs de cannabis à

des fins médicales ont été soutenus en 1988, quand des chercheurs ont découvert la base biologique du mécanisme d'action du cannabis. La découverte de deux récepteurs distincts des cannabinoïdes dans le système nerveux central et les systèmes organiques périphériques a réussi à implanter le cannabis thérapeutique dans le paradigme médical occidental et s'est traduit par une explosion de recherche sur le potentiel médical de la plante. En conséquence, ces découvertes ont « rétabli la base du rétablissement du cannabis comme médicament »²⁸. En 2002, le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites a réitéré le besoin de recherche sur les applications thérapeutiques du cannabis et a recommandé que le gouvernement du Canada crée un fonds national à cette fin²⁹.

Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada ont créé un Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales, un fonds de recherche à concurrence de 7,5 millions de dollars, pour encourager la recherche sur l'innocuité et l'efficacité du cannabis fumé et non fumé, et des cannabinoïdes. Un seul projet de recherche a reçu du financement, sous la direction du Dr Mark Ware, du centre de la douleur de McGill à l'Hôpital général de Montréal, du Centre universitaire de santé McGill. L'étude examinera l'innocuité et l'efficacité du cannabis fumé sur la douleur neuropathique chronique. La période de financement de ce programme a échoué depuis et il n'est pas certain qu'elle sera réinstaurée.

Pour les chercheurs, le climat est encore très affecté par la réglementation actuelle. Un chercheur sur le cannabis, le Dr Mark Ware, parle des problèmes que rencontrent les chercheurs qui veulent mener des recherches sur le cannabis :

« Comme chercheur, les défis consistaient à convaincre les organismes subventionnaires que c'est un domaine valable à étudier et que les méthodes des projets pouvaient être assez valides pour être financées... Il y a beaucoup d'amertume à propos de l'incapacité des arbitres des subventions de reconnaître le besoin de ce qui doit être fait... il est frustrant d'avoir à attendre aussi longtemps des approbations pour obtenir des licences et des

« Le cannabis est remarquablement sûr. Bien qu'il ne soit pas inoffensif, il est certainement moins toxique que la plupart des médicaments conventionnels qu'il pourrait remplacer s'il était légalement disponible. Malgré que des millions de gens en utilisent depuis des milliers d'années, le cannabis n'a jamais causé de décès par surdose. La crainte la plus sérieuse est le dommage au système respiratoire du fait de fumer, mais cela peut se régler facilement en augmentant la puissance du cannabis et en élaborant la technologie pour séparer les particules de la fumée de cannabis de ses ingrédients actifs, les cannabinoïdes. Une fois que le cannabis aura regagné sa place dans la [pharmacopée], il sera parmi les substances les moins toxiques de ce compendium. Présentement, le plus grand danger de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales est l'illégalité qui impose beaucoup d'anxiété et de frais à des personnes qui souffrent déjà »²⁶.

—Dr Lester Grinspoon, le 1^{er} octobre 1997

permis, et d'aller de comité en comité pour pouvoir lancer les projets. »

Il est regrettable que l'interdiction criminelle du cannabis ait beaucoup limité la recherche médicale jusqu'ici, parce qu'il y a plus de 60 éléments actifs, appelés cannabinoïdes, présents dans le cannabis et les scientifiques en savent très peu sur l'activité de la plupart de ces éléments. À ce jour, la recherche s'est principalement concentrée sur le THC (delta-9-tétrahydrocannabinol) et le cannabidiol (CBD). Les chercheurs scientifiques connaissent peu l'interaction des 60 cannabinoïdes et d'autres éléments uniques qu'on trouve dans le cannabis. Certains scientifiques ne croient pas que l'effet thérapeutique complet du cannabis se trouve seulement dans l'interaction des deux principaux cannabinoïdes (THC et CBD), et il a été soutenu qu'il existe une interaction synergétique parmi les cannabinoïdes³⁰, en ce que le tout est supérieur à la somme de ses parties. Différentes souches de cannabis ont des profils de cannabinoïdes différents, et « l'effet de l'entourage » sur les plantes médicinales (c.-à-d., l'effet médical dérivé de l'interaction synergétique) indiquerait que ces différentes souches ont des applications thérapeutiques distinctes. La recherche préliminaire a indiqué que les différents cannabinoïdes peuvent en effet avoir des applications thérapeutiques distinctes. Par exemple, il est maintenant assez clair que les propriétés anticonvulsives et antispasmodiques du cannabis peuvent relever davantage du cannabinoïde CBD que de la présence du THC. Comme l'a noté le professeur Richard Musty : « Jusqu'ici, les ratios de THC et de CBD ont été administrés à un ratio maximum de 1:1, pourtant, les

études citées ci-dessus suggèrent que d'autres ratios de CBD:THC devraient être testés pour leur action pharmacologique et clinique³¹ ». Il faudra mener beaucoup de recherches pour explorer l'interaction des divers profils de cannabinoïdes qui se trouvent dans les différentes souches de cannabis, afin d'obtenir une meilleure compréhension scientifique du potentiel médical et des propriétés du cannabis.

En conséquence, la teneur de la recherche contemporaine sur le cannabis concerne la production d'une multitude de souches diverses avec des profils de cannabinoïdes variés, afin de contribuer à sélectionner une souche ayant le plus grand potentiel thérapeutique pour le contrôle des symptômes. Il est évident que le THC et le CBD ne sont pas les seules composantes pharmacologiquement actives et que la présence de ces autres éléments constitutifs peut modifier l'effet global du cannabis. Comme l'ont noté Wilkinson *et al.* :

Cette étude suggérait que les préparations médicinales de cannabis devraient être caractérisées chimiquement à un degré plus élevé que de simplement spécifier la concentration de THC et de CBD, pour maximiser l'efficacité et minimiser les effets secondaires... Elle suggère aussi que les autres composantes non psychoactives pourraient être découvertes, et qu'en choisissant un ratio de constituants convenable, il pourrait aussi être possible de minimiser les effets secondaires et d'accroître l'efficacité. Il est donc probable que des préparations contenant différents ratios de cannabinoïdes seront développées

« Sans la marijuana à des fins médicales, j'aurais beaucoup de difficultés à manger une quantité de nourriture substantielle sans avoir la nausée, simplement à cause de la chaleur, de l'odeur, du goût. »

« Il élimine la nausée causée par les médicaments et me permet d'avoir de l'appétit et de respecter mon régime de médicaments. Et certaines souches fonctionnent mieux pour la douleur. »

« Les médicaments m'enlèvent l'appétit et me rendent léthargique, alors le cannabis m'aide à vouloir manger et me donne l'entrain pour sortir. »

« Cela me permet d'avoir une bien meilleure qualité de vie. Je peux manger comme un cheval et ma numération des CD4 est passée d'un faible 20 (quand j'ai reçu le diagnostic de sida déclaré) à quelque 500 aujourd'hui. »

– Participants aux groupes de discussion

pour différentes applications thérapeutiques à l'avenir, mais en déterminer la composition efficace nécessitera plus de recherche fondamentale, en plus de la recherche clinique³².

En conséquence, il y a un débat irrésolu à savoir 1) si le médicament à base de cannabis devrait être administré comme produit de la plante entière, sous forme d'extrait ou végétale, et 2) si les centaines de diverses souches de cannabis disponibles dans le marché noir ont toutes des effets thérapeutiques différents, comme le suggèrent les utilisateurs. Beaucoup de recherches cliniques ont été menées à l'aide de dérivés synthétiques de cannabinoïdes, mais peu de recherche a été faite en fumant ou ingérant le produit de la plante entière, pour déterminer s'il y a une réponse thérapeutique propre à la souche. Il est essentiel de résoudre cette question, parce qu'une des grandes déficiences du programme d'accès au cannabis du gouvernement est qu'il adopte une approche uniformisée et n'offre qu'une souche de cannabis.

Nous avons déjà présenté un bref aperçu de la recherche en cours en ce qui concerne le contrôle des symptômes liés au VIH-sida avec du cannabis, le cannabis et les produits pharmaceutiques, l'observation de la thérapie antirétrovirale et les effets à long terme de l'utilisation du cannabis (voir le chapitre 3). Il est évident qu'il faut plus de recherche sur l'utilisation du cannabis fumé ou vaporisé. Il faut mener des études à long terme sur les effets du cannabis sur le système immunitaire et sur la médication antirétrovirale, ainsi que des études sur les effets directs des cannabinoïdes sur l'énumération des CD4 et les charges virales, pour déterminer l'innocuité à

long terme de l'utilisation du cannabis par les personnes vivant avec le VIH-sida. Il faut aussi aborder la question des différentes souches.

La recherche pourrait grandement bénéficier de la participation de groupes ou organismes communautaires, à partir du développement de protocoles de recherche jusqu'à la dissémination des résultats d'un essai clinique. Une approche innovatrice aux essais cliniques consiste à créer un comité consultatif communautaire afin d'obtenir des commentaires directement de la population que l'on désire étudier. Un tel comité peut aussi aider avec le recrutement. La recherche communautaire joue aussi un rôle important et contribue aux connaissances.

Mesure de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida a fourni des lettres d'appui et a siégé à des comités consultatifs communautaires, pour quelques propositions de recherche soumises en vue de financement. Nous sommes disposés à collaborer à l'élaboration des protocoles de recherche et au recrutement des participants, dans les limites de nos ressources.

Recommandations

Nous recommandons que les organismes subventionnaires comme les Instituts canadiens de recherche en santé, ou Santé Canada directement, sollicitent des propositions de recherche dans les domaines suivants :

- des essais aléatoires contrôlés comparant le cannabis fumé et vaporisé avec les produits pharmaceutiques présentement en vente pour stimuler l'appétit, contrôler la nausée et les vomissements, et traiter la douleur;
- les effets à long terme du cannabis sur le système immunitaire et sur la médication antirétrovirale;
- les effets thérapeutiques de diverses souches de cannabis et les profils des cannabinoïdes sur des symptômes spécifiques;
- la recherche sur les effets directs des cannabinoïdes sur la numération des CD4 et la charge virale;
- la recherche sur des modes d'administration de rechange, comme les vaporisateurs;
- la recherche communautaire.

H. Empêchements de l'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales

À l'instar de toutes les activités qui sont poussées à la clandestinité, la prohibition du cannabis a causé la stigmatisation de son utilisation et le silence de la société à ce sujet. Les gens ne discutent pas ouvertement de l'utilisation du cannabis, sauf dans des cercles fermés, par crainte d'être jugés ou d'une poursuite criminelle. La prohibition a visiblement un effet sur la vie quotidienne d'une personne qui utilise le cannabis à des fins médicales. Le silence qui entoure l'utilisation du cannabis entraîne un manque d'information pour les gens qui l'utilisent à des fins médicales.

Nous avons demandé aux participants aux consultations à quel type d'information ils aimeraient avoir accès en ce qui concerne l'utilisation du cannabis à

des fins médicales. Le tableau 2 montre les principales catégories des besoins d'information identifiés.

Dans la catégorie « Données probantes scientifiques et médicales », les gens demandent de l'information sur les avantages pour la santé, l'efficacité, les risques pour la santé, les questions d'innocuité, les effets à long terme, les souches, les études scientifiques, les essais cliniques, la recherche, les interactions avec les médicaments, le mode d'utilisation du cannabis à des fins médicales, les doses, les questions de santé liées à la production du cannabis, les modèles de dépendance, et les épargnes attribuables aux médicaments non utilisés à cause de l'utilisation de cannabis. Sous « Accès au cannabis/à l'information sur le cannabis », les gens veulent de l'information sur la disponibilité, où et quand en obtenir facilement et en sécurité, les coûts, comment en obtenir à un coût abordable, comment cultiver le cannabis, la puissance et le pourcentage de THC, la police d'assurance-santé, la qualité, et comment manipuler et entreposer le cannabis. Ils cherchent de l'information générale : toute l'information et n'importe quelle information, les sites Web, de l'information plus accessible et publique, des témoignages d'utilisateurs, des renseignements en français, et la vérité! En ce qui concerne le RAMM, ils cherchent de l'information sur le programme fédéral, les questions juridiques, la compréhension de la loi et des règlements, comment obtenir l'autorisation ou l'accès légalement si le médecin ne veut pas signer, la liste des médecins ouverts à l'idée de signer des formulaires, la distribution en pharmacie, et comment faire signer l'autorisation par le médecin. Quant à la réduction des méfaits, ils veulent de l'information sur les solutions de rechange à fumer du cannabis et comment le cuisiner, et de l'information sur les options pharmaceutiques.

Tableau 2. Besoins d'information des personnes vivant avec le VIH-sida

Besoin d'information identifié	Nombre de réponses	Pourcentage
Données probantes scientifiques et médicales	74	42,5
Accès au cannabis/à l'information sur le cannabis	36	20,7
Information générale	23	13,2
Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales	22	12,6
Aucun besoin d'information – satisfait de l'information existante	11	6,3
Réduction des méfaits – Solutions de rechange au fait de fumer	8	4,6
Solutions de rechange aux options légales actuelles	2	1,1

Et pour ce qui est des solutions de rechange aux options légales actuelles, ils veulent de l'information sur les licences commerciales à des fins médicales, et comment démarrer un club de compassion.

Les personnes que nous avons consultées énoncent clairement leurs besoins d'information sur tous les aspects liés à l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Elles ont besoin d'information sur les données probantes scientifiques et médicales des effets thérapeutiques du cannabis, sur la façon d'accéder au cannabis à des fins médicales, sur le RAMM et le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, sur les modes autres que fumer et les stratégies de réduction des méfaits, et d'autres.

Mesure de la Société canadienne du sida

Pour répondre aux nombreux besoins d'information exprimés par les personnes vivant avec le VIH-sida que nous avons consultées, la Société canadienne du sida a rédigé une série de feuillets d'information³³ pour renseigner les gens sur les divers aspects de l'utilisation du cannabis à des fins médicales, et dressé une liste des ressources où trouver cette information. Ces feuillets seront distribués à tous nos membres et lors de divers événements liés aux personnes vivant avec le VIH-sida, dans les limites de nos ressources.

Nous demandons à nos organisations membres de nous aider à diffuser les feuillets d'information sur le cannabis et le VIH-sida, de rédiger des énoncés de principe sur l'utilisation du cannabis comme traitement pour les personnes vivant avec le VIH-sida, et de soutenir nos initiatives de représentation concernant l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les personnes vivant avec le VIH-sida.

Recommandation

Nous recommandons que tous les intervenants clés, y compris Santé Canada, s'engagent à recueillir et à diffuser de l'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales aux personnes vivant avec le VIH-sida, et aux autres Canadiens gravement malades.

I. Accès à une source de cannabis

Le questionnaire de consultation demandait aux répondants où ils obtenaient présentement leur cannabis à des fins médicales. La source de loin la plus fréquemment déclarée, par 62,5 % des répondants, était « un ami ou une connaissance », sous-entendant le vaste réseau qui existe pour obtenir du cannabis au Canada. La deuxième source la plus commune, pour 35,9 % des répondants, était un club de compassion, suivie des vendeurs de rue (30,8 %). Certains cultivaient leur propre cannabis (17 %) ou avaient quelqu'un qui en cultivait pour eux (4,3 %). La moitié des gens qui cultivaient le leur (8,5 %) avaient obtenu une licence à cette fin. La source la moins fréquemment déclarée était le produit du gouvernement (1,7 %). Beaucoup (44,4 %) de répondants ont mentionné qu'ils obtenaient du cannabis de plus d'une source.

« Bien des gens se trouvent dans une situation où ils doivent enfreindre les règles pour être capables de s'approvisionner. »

— Participant aux groupes de discussion

Quand une personne obtient une autorisation de possession de cannabis à des fins médicales, elle a trois options légales d'en obtenir. Elle peut commander le cannabis produit sous contrat pour le gouvernement, obtenir une licence de production personnelle de cannabis, ou désigner une personne pour en produire pour elle. Cette personne désignée doit obtenir une licence de production de personne désignée. Les producteurs désignés sont également restreints à ne cultiver que pour une personne autorisée, ce qui signifie que chaque personne autorisée doit trouver son propre producteur désigné, si elle exerce ce choix. De nombreuses personnes ne sont pas en position de cultiver du cannabis, et elles ne connaissent peut-être personne qui soit disposé à le faire pour elles.

Cette partie explore l'accès au cannabis à des fins médicales par diverses sources et présente des recommandations qui contribuent à faire en sorte que les Canadiens gravement malades qui utilisent du cannabis dans le cadre de leur traitement disposent de choix légaux plus nombreux pour s'approvisionner.

i. Le cannabis cultivé pour le gouvernement

Le gouvernement a un fournisseur licencié, sous contrat, pour produire du cannabis à des fins médicales. Ce cannabis est vendu à des personnes autorisées. Le produit a reçu beaucoup d'attention des médias et a fait l'objet de critique. Le produit a été continuellement modifié, d'après des commentaires reçus des personnes qui l'utilisent. Le cannabis produit pour le gouvernement est vendu aux personnes autorisées moyennant 5 \$ le gramme, taxes en sus.

Le nombre de personnes qui commandent du cannabis du gouvernement demeure faible. Sur les 1 399 personnes présentement autorisées à posséder du cannabis à des fins médicales, seulement 266 le commandent du gouvernement, ce qui représente moins que 20 % des personnes autorisées. Ce nombre comprend 72 personnes qui ont une licence de production et commandent temporairement du cannabis séché du gouvernement pendant qu'elles attendent que leur première culture soit prête à récolter. Donc, seulement 14 % des personnes autorisées commandent du cannabis du gouvernement comme leur principale source de cannabis à des fins médicales.

Il ressort clairement de nos consultations que les gens avaient entendu des commentaires défavorables sur le cannabis à des fins médicales produit par le gouvernement. Très peu des personnes que nous avons consultées avaient bel et bien essayé le produit, et encore moins commandaient leur cannabis du gouvernement. Les personnes qui ont essayé ce dernier déclaraient le plus souvent que le produit était trop sec et moulu trop fin. Le gouvernement a apporté des améliorations à la mouture et au degré d'humidité de son produit. Malgré les efforts de Santé Canada d'améliorer le produit suivant les commentaires reçus des personnes qui l'utilisent, un nombre toujours faible de personnes autorisées s'en prévalent. C'est préoccupant, surtout si le gouvernement penche pour faire de son produit la seule source légale de cannabis à des fins médicales, vu qu'il entend éliminer graduellement les licences de production et éventuellement distribuer son cannabis dans les pharmacies. Nous nous opposons fermement à cette intention de supprimer graduellement les licences de production

car ce ne serait pas dans l'intérêt des Canadiens gravement malades qui utilisent le cannabis à des fins médicales. Les gens nous ont dit que si le gouvernement passait à l'élimination graduelle des licences de production, ils chercheraient d'autres sources, ce qui veut dire qu'ils recourront de nouveau au marché noir, ou qu'ils continueront à produire leur propre cannabis sans licence.

Étant donné la perception actuelle du public et le fait que le gouvernement ne fournit qu'une souche aux personnes autorisées, et étant donné l'intention du gouvernement d'éliminer graduellement les licences de production, nous craignons que les personnes vivant avec le VIH-sida ne doivent enfreindre la loi pour s'approvisionner en cannabis à des fins médicales, encore plus que maintenant. Nous sommes en faveur de fournir aux personnes autorisées une variété d'options et de produits légaux.

Cela dit, le gouvernement devra prendre des mesures pour accroître l'intérêt des personnes autorisées. Pour contrer la perception négative qui existe présentement à l'égard du cannabis du gouvernement, les gens devront l'essayer eux-mêmes. Nous suggérons que Santé Canada distribue de petits échantillons, peut-être 5 grammes, de son produit aux personnes nouvellement autorisées, pour leur permettre de l'essayer et de déterminer par elles-mêmes s'il est efficace pour contrôler leurs symptômes. Cette pratique est très répandue dans les bureaux des médecins, quand les patients se font prescrire des médicaments.

Recommandation

Étant donné le peu d'adeptes du cannabis du gouvernement parmi les personnes autorisées, nous recommandons que Santé Canada procure des échantillons de 5 g de cannabis aux personnes nouvellement autorisées, pour encourager un plus grand nombre de personnes autorisées à essayer le produit du gouvernement et à en commander subséquemment, afin de minimiser le nombre de personnes autorisées qui dépendent de sources de cannabis illégales.

ii. Licences personnelles de production de cannabis à des fins médicales

Idéalement, les personnes autorisées devraient avoir un accès légal à une source sûre et abordable de cannabis à des fins médicales. Le Canada a rencontré des difficultés pour fournir un accès adéquat à une source légale de cannabis à des fins médicales, en manoeuvrant au travers de questions juridiques complexes. Il ne fait pas de doute que fournir à une personne autorisée une licence de production de cannabis à des fins médicales lui facilite l'accès. Bon nombre aiment le fait de pouvoir cultiver légalement leur propre cannabis. Cela leur laisse le contrôle du choix de souche et des conditions où le cannabis est cultivé, et cela coupe les prix d'acquisition du cannabis, une fois leur culture établie et stable. Il faut encore s'occuper de certains obstacles aux licences personnelles de production.

a. Coûts d'installation, sans indemnité

Comme en font part bien des gens, les coûts initiaux d'installation d'une culture maison peuvent être

« Au début, c'était vraiment difficile parce que je n'avais pas d'idée de la façon d'en cultiver et de le faire adéquatement. Alors j'ai procédé à quelques essais et j'avais des amis qui en avaient déjà fait pousser à l'intérieur. Ils sont venus et nous avons acheté le matériel. Le pire, c'est d'acheter le matériel... [c'est] très coûteux et ensuite, ce que vous êtes obligé de faire, c'est 1) prendre le temps de le faire pousser, et 2) payer le matériel, alors il faut pas mal de temps avant de récupérer les frais. Il faut au moins deux récoltes pour rembourser le coût du matériel. Mais une fois que la production roule, vous épargnez beaucoup d'argent, mais c'est beaucoup d'embêtements. Entre autres, ça peut détruire votre maison si vous n'avez pas la ventilation adéquate, ce qui coûte beaucoup de sous. Je dois acheter la bonne souche qui me satisfera. »

— Participant aux groupes de discussion

élevés. Les coûts pour obtenir tout le matériel adéquat et les fournitures peuvent constituer un obstacle pour certains voulant produire pour eux-mêmes. La courbe d'apprentissage est aussi assez abrupte pour des gens qui n'ont jamais cultivé de cannabis.

En mars 2005, dans son budget de 2005, le gouvernement fédéral a annoncé qu'un crédit d'impôt pour frais médicaux (CIFM) avait été accordé aux médicaments achetés en vertu du programme d'accès spécial de Santé Canada, et au cannabis à des fins médicales. Ces deux types de médicaments ne sont disponibles que sur recommandation d'un médecin. Cependant, pour être une dépense admissible au CIFM, le cannabis à des fins médicales doit être acheté de Santé Canada ou d'un producteur désigné par une personne autorisée à utiliser du cannabis à des fins médicales en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* de Santé Canada ou à cause d'une exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*.

Pour les personnes autorisées qui cultivent leur propre cannabis avec une licence personnelle de production, les coûts de production ne sont pas admissibles au CIFM, à l'exception du coût des graines achetées de Santé Canada. Selon le gouvernement, les personnes qui ont des frais médicaux admissibles (incluant maintenant le cannabis à des fins médicales) excédant un certain seuil (la moindre somme entre 3 % de leur revenu net aux fins d'impôt et 1 844 \$) peuvent réclamer ces frais et recevoir un allègement fiscal de jusqu'à 16 % de ces frais. Le crédit d'impôt pour frais médicaux n'est pas destiné à rembourser les frais engagés par les personnes, mais plutôt à reconnaître leur capacité réduite de payer l'impôt par suite d'avoir engagé ces frais. La Société canadienne du sida a demandé au gouvernement fédéral la raison d'être de l'exclusion des frais engagés par les personnes autorisées qui ont une licence de production du cannabis à des fins médicales. On nous a dit que le ministre des Finances a pris la décision de ne pas accorder de crédit d'impôt aux personnes qui cultivent leur propre cannabis à des fins médicales car il serait presque impossible de calculer les frais de la culture du cannabis³⁴. Nous remettons en question cette explication, car il serait simple pour les détenteurs des

licences de production de déposer les reçus de leurs dépenses, comme ils le feraient pour tout autre frais médical.

Recommandation

Nous recommandons que le ministre des Finances révisé le crédit d'impôt pour frais médicaux afin de permettre aux personnes autorisées titulaires d'une licence de production de cannabis à des fins médicales de réclamer les frais engagés dans la production du cannabis à des fins médicales. Ces frais comprennent une partie de leurs comptes d'électricité, selon la superficie de l'aire de production, les frais d'équipement et de fournitures acquis pour démarrer et maintenir leur production de cannabis à des fins médicales, et les coûts des graines nécessaires à leur culture maison. Tous ces frais devraient être admissibles au crédit d'impôt.

b. Aucune autre option légale, si la culture échoue

Présentement, les personnes autorisées ont trois options légales d'obtenir du cannabis à des fins médicales. Elles peuvent acheter le produit du gouvernement, cultiver le leur, ou désigner une personne pour le faire pour elles. Les personnes autorisées ne peuvent exercer plus d'une de ces options à la fois. Certaines dispositions du RAMM permettent à une personne de commander du cannabis du gouvernement pour une période de quatre mois pendant qu'elle démarre sa culture. Cependant, si la culture échoue, ou qu'elle ne donne pas la quantité escomptée de cannabis nécessaire, ou si la culture est détruite par des parasites, une invasion de domicile ou une intervention de la police, une personne autorisée n'a aucune option légale immédiatement disponible. Il faut mettre en place un mécanisme pour prendre en compte ces situations où quelqu'un se retrouve sans accès immédiat à une source légale de cannabis.

Recommandation

Nous recommandons que Santé Canada mette au point un mécanisme au moyen duquel une personne puisse déclarer une perte de récolte et obtenir l'auto-

Considérations politiques et recommandations

risation d'avoir accès au produit du gouvernement jusqu'à ce qu'elle soit capable de s'approvisionner adéquatement à même ses plants maison.

c. Aucun accès à des tests d'innocuité du cannabis

Cultiver du cannabis exige certaines connaissances et compétences. Les plants de cannabis ne sont pas nécessairement si différents d'autres plantes de maison. Toutefois, il faut plus de soins et de connaissances pour cultiver des plants utilisés à des fins médicales. Il y a des considérations spécifiques pour faire en sorte qu'une culture est exempte de contamination microbiologique ou par les métaux lourds.

Il n'y a actuellement aucun moyen légal pour une personne qui cultive du cannabis à des fins médicales de faire tester son cannabis pour en vérifier la puissance du contenu de THC ou pour s'assurer qu'il est apte à la consommation. Comme le dit Richard Viau, directeur du Service d'analyse des drogues de Santé Canada :

« C'est encore à l'acheteur de prendre garde, parce que l'acheteur n'a aucun moyen de vérifier que [le produit est sûr]... Parce que cultiver de la marijuana est illégal, ceux qui le font le font de manière dissimulée, et aucune autorité ne vérifie ce qu'ils font... il faut une licence pour tester une substance contrôlée comme la marijuana et Santé Canada est l'organisme qui délivre des licences. Nous n'avons reçu aucune demande de quelque laboratoire reconnu que ce soit pour tester la marijuana... Ailleurs qu'à Santé Canada, aucun laboratoire canadien n'est présentement autorisé à tester du cannabis³⁵ .»

Les tests d'un laboratoire licencié pour la contamination par les métaux lourds ou les impuretés biologiques doivent être autorisés pour que toutes les personnes autorisées en vertu du RAMM obtiennent le maximum d'information sur l'innocuité de leur cannabis, peu importe de quelle source elles l'ont obtenu.

Mesures de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida s'efforce de procurer de l'information utile sur la santé aux personnes vivant

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

avec le VIH-sida et à ses organisations membres qui dispensent des services aux personnes vivant avec le VIH-sida. Parmi les feuillets d'information rédigés sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales, il y en a un intitulé « Conseils pour cultiver le cannabis de manière sécuritaire », qui présente de l'information sur la façon d'éviter la croissance de contaminants microbiologiques, de même qu'où trouver des ressources sur la façon de cultiver le cannabis à des fins médicales.

Recommandation

Nous recommandons que Santé Canada, en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, licencie certains laboratoires canadiens pour mener des tests sur le cannabis cultivé à des fins médicales par des personnes qui détiennent une autorisation de possession et/ou une licence de production par le RAMM, sans égard à l'endroit où la personne autorisée a obtenu le cannabis.

d. Questions d'assurance-habitation

Durant nos consultations, certaines personnes ont mentionné les difficultés qu'elles ont à contracter une assurance-habitation quand elles cultivent du cannabis à des fins médicales. La Société canadienne du sida s'est adressée au Bureau d'assurance du Canada pour savoir comment mieux conseiller les gens à ce sujet³⁶. Le Bureau d'assurance du Canada distribue des énoncés de politique aux compagnies d'assurances du Canada, qu'elles peuvent inclure dans leurs polices d'assurances.

Les polices d'assurance-habitation ont une clause d'exclusion concernant la production de drogues, comme par exemple : « Cette police ne garantit pas contre la perte ou les dommages directement ou indirectement causés, en tout ou en partie, par une exploitation de drogue illégale. » Le mot clé à surveiller dans une police d'assurance est « illégal ». Si une personne produit du cannabis légalement, avec une licence de production délivrée par Santé Canada, alors sa police d'assurance devrait être valide en cas de réclamation. Si toutefois la clause d'exclusion ne spécifie pas la production « illégale » de drogues, alors il est préférable de chercher une police qui le fait, afin d'être couvert en cas de réclamation. Le

Bureau d'assurance du Canada n'a pas de politique officielle concernant la production légale de cannabis à des fins médicales. Ils sont conscients de cette situation et envisagent de mettre sur pied un groupe de travail pour étudier la question.

Mesure de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida a rédigé des feuillets d'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales pour les personnes vivant avec le VIH-sida. Un de ces feuillets est intitulé « Conseils pour cultiver le cannabis de manière sécuritaire », qui présente de l'information sur ce que les gens devraient rechercher dans une police d'assurance.

Recommandation

Nous recommandons que le Bureau d'assurance du Canada élabore une politique officielle concernant la protection d'une personne légalement licenciée pour produire du cannabis à des fins médicales, et qu'il diffuse cette information aux compagnies d'assurances pancanadiennes.

e. Calculs du RAMM pour la limite du nombre de plants

Afin de calculer le nombre de plants qu'une personne peut être licenciée à produire, le RAMM utilise une équation qui prend en compte la dose quotidienne de cannabis, en grammes, de la personne autorisée, si les plants sont cultivés à l'intérieur ou dehors, le nombre de cycles de croissance par année, et la récolte escomptée de cannabis séché par plant. Elle compte aussi une certaine perte de récolte.

De nombreuses variables influent sur la quantité de cannabis que produira un jardin. Il est connu qu'il existe une grande variabilité dans la quantité moyenne de cannabis séché qu'un plant produira, selon la souche, les conditions de culture, et l'expérience du producteur. Il est aussi d'usage commun, quand on cultive à l'intérieur, de « cloner » le plant pour poursuivre le cycle de croissance. Cela se fait simplement en prenant des boutures de la plante mère et en les plantant pour faire de nouveaux plants. Le clonage est un art et les clones ne prennent pas souvent racine. Par conséquent, les personnes licen-

l'équation qui est présentement utilisée pour calculer le nombre de plants qu'une personne détentrice d'une licence de production est autorisée à cultiver.

« J'ai bien d'autres choses à me soucier que d'avoir la police à ma porte, de toute façon. Je me soucie de rester en vie avec mes pilules et de cultiver le bon nombre de plants. Encore là, c'est difficile à faire. Je fais des clones et autre chose, et c'est pas facile à suivre. Que se passera-t-il s'ils viennent un jour, et que j'ai 21 plants alors que j'ai droit à 19 seulement? Les arrachent-ils tous ou quoi? Qui sait. »

– Participant aux groupes de discussion

ciées se retrouvent souvent avec l'apparence d'avoir plus de plants que ne l'indique leur licence, afin de compenser pour les clones qu'elles perdront sans doute. Observer le nombre de plants permis peut être un problème pour les gens qui produisent du cannabis, et cela pourrait se traduire par une poursuite criminelle s'il y avait une enquête de la police découvrant que la personne a un excédent de plants.

Le défi consiste à trouver une méthode qui peut estimer au mieux si le jardin de cannabis répond aux besoins médicaux d'une personne autorisée. Une méthode, basée sur la taille du couvert³⁷ que l'on cultive, est censée offrir un calcul plus précis de la quantité de cannabis qu'un jardin produit, tout en procurant à la personne autorisée diverses options de disposition du jardin. En principe, 100 pieds carrés de couvert mature de jardin extérieur produit habituellement trois livres (ou 1 361 grammes) de bourgeons traités par année³⁸. Présentement, en vertu du RAMM, quelque 60 % des personnes autorisées ont la permission de 5 grammes par jour, ou 1 825 grammes par année³⁹. La méthode de la taille du couvert facilite à la police de surveiller et de voir si un jardin est en règle, car la police n'aurait qu'à mesurer la superficie.

Recommandation

Nous recommandons que Santé Canada étudie le modèle proposé dans le document « Cannabis Yields and Dosage », à l'adresse <<http://www.safeaccessnow.net/pdf/sanhandbook04.pdf>>, et qu'il songe à intégrer ces calculs dans le RAMM, pour remplacer

f. Efforts locaux de réprimer les cultures

Comme le rapportent les médias et les personnes que nous avons consultées, certaines municipalités ont instauré des programmes pour réprimer le nombre d'exploitations de cannabis dans leur territoire. Même si nous croyons que ces collectivités ont à cœur l'intérêt de leurs résidents, ces efforts ont un effet nuisible sur la vie des gens qui sont licenciés pour cultiver le cannabis à des fins médicales. Ces programmes encouragent les voisins à ne pas se gêner et à dénoncer les activités suspectes de leur quartier. Ils annoncent quoi surveiller et qui appeler, si vous soupçonnez qu'un voisin cultive le cannabis.

« Je cultive le mien. Le premier inconvénient est d'avoir l'espace pour le faire. J'ai l'espace mais je le cache des voisins, surtout quand la police diffuse des mises en garde contre les présumées maisons de culture. Alors c'est un problème. » t

– Participant aux groupes de discussion

Cela occasionne du stress aux personnes licenciées qui craignent d'être découvertes par leurs voisins. Certaines prennent des mesures additionnelles pour camoufler leur jardin. Bien que nous croyions qu'une personne licenciée ne ferait probablement pas l'objet d'une poursuite criminelle si la police enquêtait sur elle, nous craignons les répercussions sur la sécurité ainsi que l'attention indésirée que pourrait connaître la personne, si le mot circulait dans le quartier qu'elle produit du cannabis à ses fins médicales.

Mesure de la Société canadienne du sida

Bien que la Société canadienne du sida ne puisse contrôler ce qui se passe dans les municipalités du pays en ce qui concerne la façon dont elles choisissent de traiter la prolifération des exploitations de cannabis, nous pouvons conseiller les personnes qui détiennent une licence de production de cannabis

à des fins médicales. Nous avons inclus dans les feuillets d'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales pour les personnes vivant avec le VIH-sida certains conseils sur la discrétion quant à leur jardin maison, ainsi que de l'information sur ce que permettent et ne permettent pas les autorisations de possession et les licences de production, en vertu du RAMM.

iii. Licence de production de la personne désignées

Les dispositions du RAMM qui permettent aux personnes qui désignent quelqu'un pour cultiver pour elles facilitent certainement l'accès au cannabis à des fins médicales aux Canadiens gravement malades qui ne sont peut-être pas en position de le faire eux-mêmes.

Le RAMM stipule qu'un producteur désigné ne peut cultiver que pour une seule personne autorisée. Ils ne peuvent cultiver collectivement qu'avec un maximum de deux autres producteurs. Selon Santé Canada, ces limites ont été établies afin d'éviter le détournement du cannabis dans la collectivité.

Il est bien connu que le cannabis est très largement disponible au Canada dans le « marché noir », sauf dans certaines régions éloignées où il est difficile d'en obtenir. L'institut Fraser estime que les Canadiens ont dépensé entre 1,8 milliard et 4,4 milliards de dollars en cannabis en 2000 (comparativement à 2,3 milliards de dollars en tabac). Ceci dit, les argu-

ments contre l'allègement de certaines restrictions de la production et de la distribution du cannabis à des fins médicales par crainte du détournement dans la population générale ne sont pas justifiées.

En outre, ces limites imposées aux producteurs désignés ont été jugées en violation de l'art. 7 de la Charte dans l'arrêt *Hitzig*, quand la Cour a invalidé les dispositions qui empêchaient les producteurs désignés de recevoir une rémunération, de cultiver pour plus d'une personne autorisée, et de cultiver conjointement avec plus que deux autres producteurs désignés (consulter le chapitre 4D)⁴⁰.

Pour qu'il y ait plus d'options légales offertes aux personnes autorisées, les restrictions imposées aux producteurs désignés doivent être levées afin de permettre à ces derniers de produire du cannabis pour de nombreuses personnes autorisées, et de le faire collectivement avec plus que deux autres producteurs. Cela permettrait aux pharmacies et aux clubs de compassion d'obtenir une source légale de cannabis, avec une variété de souches et de produits. Cela se traduirait aussi logiquement par un moins grand nombre de licences de production à délivrer, facilitant ainsi la surveillance du contrôle de la qualité, ainsi que l'application de la loi, puisqu'il y aurait moins de sites.

Recommandation

Nous recommandons que Santé Canada lève les restrictions imposées aux producteurs désignés pour

« À la longue, beaucoup plus de patients de tout le Canada nous ont demandé de leur en fournir. . . nous avons maintenant près de 100 patients du programme RAMM Santé Canada qui nous ont demandé notre produit et qui nous ont donné toute leur information de licence car ils veulent qu'on leur fournisse. Évidemment, nous avons soumis beaucoup de formulaires de producteur désigné à Santé Canada, et nous recevons des lettres de refus en retour. . . Du point de vue d'un producteur qui voudrait fournir à ces gens, c'est très frustrant de savoir qu'on ne peut approvisionner légalement que deux patients. . . Je crois que c'est le plus frustrant, sachant que ces personnes sont vraiment malades et que nous produisons un produit que nous sommes certainement très satisfaits et heureux de fournir, mais pourtant très limité quant à ceux à qui nous pouvons fournir et qui y ont accès. Je crois sans aucun doute que le programme du gouvernement fait fausse route, en limitant l'accès pour le patient au lieu de procurer des choix multiples. »

— Eric Nash et Wendy Little, producteurs désigné

leur permettre de cultiver du cannabis à des fins médicales pour de nombreuses personnes autorisées, et collectivement avec plus que deux autres producteurs désignés. Les installations de production de cannabis pourraient être réglementées et surveillées pour assurer le contrôle de la qualité.

iv. Le plan du gouvernement pour supprimer graduellement les licences de production

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, Santé Canada entend éventuellement distribuer du cannabis à des fins médicales dans les pharmacies du pays, et supprimer graduellement les licences (personnelles et des producteurs désignés) de production du cannabis à des fins médicales. Nous appuyons le développement de la distribution du cannabis à des fins médicales dans les pharmacies, mais nous nous opposons à l'élimination d'options légales pour les personnes autorisées. Quelles que soient les raisons qui poussent quelqu'un à produire son propre cannabis, nous soutenons le choix d'une personne quant à la manière qu'elle privilégie pour obtenir du cannabis pour ses besoins médicaux, selon ce qui convient le mieux à ses besoins.

Pour bon nombre, le choix de cultiver leur propre cannabis est purement économique, car c'est la seule façon dont ils peuvent se permettre de s'approvisionner en cannabis pour leurs besoins médicaux, jusqu'à ce que d'autres dispositions soient prises pour alléger les coûts. Certaines personnes nous disent qu'elles vont simplement continuer à cultiver du cannabis pour elles, peu importe qu'elles puissent obtenir une licence ou pas, ce qui nous inquiète aussi. Les Canadiens gravement malades ne devraient pas être contraints de se cacher et d'être dans la « clandestinité » pour être capable d'avoir accès au traitement de leur choix. Il semble que limiter davantage les options légales des Canadiens gravement malades sans compensation financière est un recul, comparativement à assurer un accès légal au traitement de leur choix sans crainte de poursuite, et nous nous interrogeons sur la constitutionnalité de cette mesure.

Encore une fois, nous soulignons à quel point notre programme fédéral d'accès au cannabis à des fins

médicales est nouveau sur la scène mondiale, et que le Canada a trouvé une façon d'offrir un accès au cannabis pour des raisons humanitaires aux Canadiens gravement malades qui en ont besoin à des fins médicales. Le fait que le gouvernement ait une provision de cannabis à des fins médicales disponible pour les personnes autorisées est certainement un facilitateur de l'accès légal au cannabis à des fins médicales pour les personnes autorisées. Le cannabis du gouvernement est rigoureusement testé pour en assurer l'innocuité, et étiqueté pour offrir le maximum de renseignements aux utilisateurs.

Néanmoins, nous remettons en question cette vision qui entraînerait le monopole du gouvernement sur l'approvisionnement légal en cannabis à des fins médicales pour les personnes autorisées. Santé Canada a fait le choix politique de faire du cannabis produit pour eux sous contrat la source légale exclusive d'approvisionnement pour les Canadiens autorisés. À l'origine, ce cannabis devait être produit strictement à des fins de recherche, mais Santé Canada était obligé de prévoir un approvisionnement légal par le jugement *Hitzig* (consulter le chapitre 4D)⁴¹. Dans cet arrêt, la Cour d'appel a reconnu que l'approvisionnement légal serait facilité par l'autorisation des clubs de compassion, l'allègement des restrictions imposées aux producteurs désignés, ou la distribution du cannabis produit sous contrat

« Quand je soignais mes plants, j'ai découvert que c'était très thérapeutique et axé sur la nature. Je faisais quelque chose. Je produisais mon propre médicament, c'était très positif... Et s'ils devaient m'enlever ça aussi, je crois que je choiserais quand même de le faire illégalement. »

« Mon plus gros problème avec toute cette idée est qu'ils veulent nous arrêter de produire par nous-mêmes et qu'ils ne nous fournissent pas les moyens de nous en payer. C'est le plus grave problème. Ça concerne l'argent. Pour moi, je ne peux pas me permettre d'acheter la quantité de marijuana que je fume. Je ne peux pas. »

– Participants aux groupes de discussion

pour le gouvernement. Les récentes modifications du RAMM, apportées en juin 2005, n'ont pas pris en compte l'autorisation des centres de compassion, ni la levée des restrictions des producteurs désignés qui les limitent présentement à cultiver pour une personne autorisée seulement.

Contraindre les personnes autorisées à choisir le cannabis du gouvernement ne satisfera pas aux exigences constitutionnelles de l'art. 7 de la *Charte*, si le produit du gouvernement s'avère insatisfaisant pour les Canadiens gravement malades. Comme nous l'avons mentionné, le cannabis du gouvernement a été très critiqué, et que ces plaintes soient fondées ou non, la perception du public a été défavorablement affectée. Cela se reflète dans le faible nombre de personnes qui choisissent le cannabis du gouvernement pour s'approvisionner en cannabis à des fins médicales. La faible proportion de personnes autorisées (quelque 14 %) qui choisissent le produit du gouvernement nous inquiète, à la lumière de l'intention déclarée du gouvernement de supprimer graduellement les licences de production. Cela ne laissera aux personnes autorisées qu'une seule option légale d'approvisionnement en cannabis à des fins médicales : le produit du gouvernement.

À la lumière de l'effet significatif qu'aurait la suppression graduelle des licences de production sur de nombreuses personnes autorisées, il est essentiel d'examiner la principale raison qu'a Santé Canada de choisir son contractuel comme seule source légale. Santé Canada a affirmé à maintes reprises qu'il a les mains liées par la *Convention unique sur les stupéfiants* des Nations Unies de 1961. Le ministère prétend que ce traité exige du gouvernement d'exercer un monopole sur la production et la distribution du cannabis. Si les affirmations d'obligations internationales de Santé Canada sont justes, alors la seule ligne de conduite possible consiste à encourager l'amélioration et la variété du produit du gouvernement, afin de mieux répondre aux besoins des personnes autorisées. Cependant, le traité de l'ONU est rempli d'ambiguïtés. Un examen minutieux de ses dispositions montre que Santé Canada n'a pas d'obligation légale de maintenir un monopole sur la production. Comme le traité de l'ONU est supposé l'obstacle à l'élaboration d'options de distribution, il mérite une discussion en détail.

Bien que Santé Canada ne soit pas tenu de posséder le cannabis, il peut être obligé de devenir le seul acheteur du produit. L'article 23 de la *Convention unique* renvoie à des obligations comme l'exigence pour tous les cultivateurs de cannabis de livrer leur récolte complète à l'agence de distribution⁴². Autrement dit, même si l'article 23 s'applique au cannabis à des fins médicales, le gros de l'article mentionne uniquement la surveillance et le contrôle. Pour prévenir le détournement du cannabis à des fins médicales dans le marché noir, la *Convention* exige que le gouvernement achète le cannabis de ses producteurs licenciés, et permet ensuite au gouvernement de contrôler la vente en gros, l'exportation et l'importation (mais pas le détail). Comme il est noté dans le commentaire de la *Convention unique*, il a été prévu que le fait que le gouvernement offre « un paiement rapide, un bon prix et d'autres conditions favorables à l'achat »⁴³ aiderait à prévenir le détournement dans des marchés illicites. Par conséquent, l'article 23 envisage simplement que le gouvernement contrôle le commerce de gros et international après avoir offert à ses producteurs la juste valeur marchande de leur récolte. L'article 23 ne peut pas éteindre les droits patrimoniaux du producteur sur son produit, et nos tribunaux exigeraient que la *Convention* choisisse un langage beaucoup plus clair et explicite avant qu'ils ne lui permettent d'éteindre des droits de propriété acquis.

Ceci dit, nous craignons que l'intention de Santé Canada de supprimer graduellement les licences de production et de distribuer le cannabis du gouvernement seulement dans les pharmacies n'entraîne un nombre encore moindre de personnes autorisées à avoir un accès légal à une source de cannabis à des fins médicales. Nous appuyons la distribution proposée de cannabis à des fins médicales dans les pharmacies canadiennes, mais nous demandons au gouvernement de mettre les Canadiens gravement malades en premier et de fournir plusieurs options légales aux personnes autorisées d'obtenir du cannabis à des fins médicales.

Nous craignons que limiter l'accès légal à une seule source fera en sorte que plus de gens recourront à des sources illégales, malgré le fait qu'ils aient une autorisation de possession. Nous voyons déjà, d'après

nos consultations, que très peu de gens obtiennent du cannabis de la source du gouvernement. Limiter davantage les options légales aggravera la situation.

Mesure de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida continuera de fournir de l'information exacte et à jour sur le RAMM, et sur les options légales offertes aux gens pour s'approvisionner en cannabis à des fins médicales. Nous allons aussi continuer à revendiquer des changements au RAMM pour offrir davantage d'options légales de sources de cannabis à des fins médicales aux personnes autorisées.

Recommandation

Nous nous opposons fermement à l'intention du gouvernement d'éliminer graduellement les licences de production. Nous recommandons que Santé Canada lève les restrictions imposées aux producteurs désignés pour leur permettre de cultiver pour de nombreuses personnes autorisées, et collectivement avec plus que deux autres producteurs désignés. Les installations de production de cannabis pourraient être réglementées et surveillées pour assurer le contrôle de la qualité.

v. Les clubs de compassion

Le concept du club de compassion ou du club de cannabis est né en Californie, dans les années 1990. Divers centres existent partout au Canada, bien qu'ils demeurent une source illégale de cannabis. L'existence des clubs de compassion repose largement sur le courage de personnes dévouées et sur le pouvoir discrétionnaire de la police de ne pas porter d'accusations. Bien qu'il y ait eu certains raids, les poursuites de clubs qui observent certaines directives ont échoué, jusqu'ici. Quelques clubs ont même réussi à obtenir un statut de société sans but lucratif soit dans leur province, soit auprès d'Industrie Canada.

Les centres de compassion offrent une gamme de souches et de voies d'administration du produit, grâce auxquelles les patients découvrent ce qui fonctionne le mieux pour eux par une méthode de tâtonnements. Des clubs de San Francisco, par exemple, offrent divers produits et services comme un certain

« *Le club de compassion offre un environnement sûr et il fournit de la marijuana à des fins médicales qui n'est pas coupée avec des drogues de rue comme le meth, le speed, le crack, etc. Acheter dans la rue... est très risqué, tant pour la sécurité personnelle que pour celle du produit.* »

« *À Vancouver, ils ont des teintures, des teintures mangeables, alcooliques ou non alcooliques, ils vendent des vaporisateurs, alors il [y a] des solutions de rechange là, et c'est en partie pourquoi je voulais devenir membre là, parce que je veux cesser de fumer la cigarette et le pot, mais je veux être capable d'avoir du THC.* »

« *J'ai découvert en fait qu'il y avait beaucoup d'argent qui se faisait par quelqu'un, tiré de la collectivité, sans imputabilité ni impôt, et sans une pensée pour les gens qui en sont affectés. Alors je travaille présentement avec quelques groupes à lancer un club de cannabis qui sera dirigé par les membres, sans but lucratif, ouvert, imputable et responsable envers les membres qu'il est censé servir.* »

– Participants aux groupes de discussion

nombre de souches allant de 5 à 60 variétés, des vaporisateurs, l'aide entre pairs, des produits comestibles, des teintures, des clones, du haschish et de l'huile de haschish⁴⁴.

Aux fins du présent rapport, nous avons mené un sondage informel des pratiques des clubs du Canada, pour présenter un aperçu des services qu'ils fournissent (voir le Tableau 3). Dans l'ensemble, les clubs qui ont répondu à nos questions servent plus de 6 450 personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales, et offrent une variété de services et d'options. Dans nos consultations, 35,9 % des répondants utilisent les clubs de compassion comme source de cannabis à des fins médicales. Il est intéressant de noter que ces centres répondent aux besoins d'un plus grand nombre de gens que ne le fait le programme du RAMM en entier, et ce ne sont que ceux qui ont

Tableau 3. Résumé des services et produits offerts dans les clubs de compassion canadiens

Club	% membres vivant avec le VIH-sida	Permet aux membres de fumer sur place	Nombre de souches	Vapori-sateur disponible	Aide entre pairs sur place	Comes-tibles	Teintures	Hash	Huile de hash	Clones à vendre
1	58	N	75	O	N	O	O	O	O	O
2	29	O	50-70	O	N	O	O	O	O	O
3	15-20	N	3-11	N	O	O	O	Occ.	Occ.	sur commande
4	3	Occ.*	1-2	N	N	N	N	N	N	N
5	20-25	N	35 (5 par jour)	O	O	O	O	O	N	O
6	60	N	25-30 (8-10 par jour)	O	O	O	O	O	Occ.	Occ

*occasionnellement

répondu à nos questions. Cela refète peut-être certains obstacles de l'accès au programme fédéral, ou une préférence idéologique pour les organismes non gouvernementaux ou communautaires, ou encore, le fait que les centres fournissent un milieu accessible, convivial et aux produits diversifiés.

En général, afin de devenir membre d'un club de compassion, un candidat doit remplir un formulaire d'inscription qui comprend son nom, son diagnostic et ses symptômes, le nom d'un médecin, sa signature et son adresse. Les clubs communiquent souvent avec les médecins pour vérifier l'information avant d'accorder l'adhésion. En signant le formulaire, les médecins déclarent qu'ils ont discuté de l'usage du cannabis avec leurs patients et qu'ils vont continuer à surveiller leur état. L'adhésion est habituellement sans frais. Certains clubs offrent des séances d'orientation aux membres pour leur donner de l'information sur l'utilisation sûre et efficace du cannabis, sur les différents produits, souches et modes d'administration, et pour leur présenter les politiques, procédures et code de conduite du club. On demande généralement aux membres de signer un accord de respecter ces politiques.

Comme il n'y a pas de normes d'exploitation de ces clubs, il y a une variété de structures organisationnelles, et certains clubs ne sont pas responsables de leurs activités financières ou autres. Le club le plus ancien du Canada, le British Columbia Compassion Club Society (BCCCS), a fait une proposition de « Normes d'exploitation pour la distribution de cannabis à des fins médicales »⁴⁵. Depuis, la BCCCS et la Vancouver Island Compassion Society ont allongé et élargi ce document, dans l'espoir d'établir des

normes volontaires pour l'exploitation sans risque de tous les clubs de compassion du Canada. : « Lignes directrices pour la distribution communautaire du cannabis à des fins médicales au Canada »⁴⁶. Nous aimerions voir certaines normes d'exploitation pour les clubs, de sorte que le produit qu'ils fournissent soit contrôlé en ce qui concerne l'innocuité et la qualité, que les services qu'ils dispensent répondent aux besoins des Canadiens gravement malades, et qu'il y ait une imputabilité financière pour éviter qu'ils ne fassent des profits aux dépens des Canadiens gravement malades.

Malgré leur existence et le bon travail qu'ils ont accompli au fil des ans, le statut juridique des clubs de compassion demeure nébuleux. Techniquement, ce sont des exploitations illégales, malgré le fait que ceux qui fonctionnent selon certaines directives n'ont pas encore été poursuivis avec succès, et ils sont vus comme fournissant un service valable à la collectivité. Certains sont aussi inscrits comme organismes sans but lucratif dans leur province ou au fédéral. Philippe Lucas, fondateur et directeur de la Vancouver Island Compassion Society, parle des clubs de compassion et du rôle de la distribution communautaire de cannabis au Canada :

« La distribution communautaire de cannabis est un rôle qui précède en fait le programme de marijuana à des fins médicales. Le club de Vancouver vient tout juste d'avoir 8 ans cette année, et nous en fêterons 6 cette année. Nous avons été fondés en 1999 comme organisme sans but lucratif et je crois qu'il y a une somme incroyable de connaissances, d'expérience et d'expertise qui réside dans les clubs de compassion. Nombre des problèmes de

notre programme fédéral auraient mieux été traités en travaillant plus étroitement avec ces clubs... L'éléphant dans la pièce est que ces clubs existent, qu'ils ont un bon dossier de réussites, et qu'en majeure partie, ils ont été une force extrêmement positive quant à permettre un accès plus sûr au cannabis au Canada... Je crois que les Canadiens seraient beaucoup mieux servis par la distribution et la production communautaires du cannabis, et aussi par la recherche communautaire. »

Les clubs fonctionnent selon un modèle de réduction des méfaits en fournissant un environnement sûr, une source plus sécuritaire de cannabis que le marché noir, de même que des solutions de rechange au fait de fumer. Ils adressent aussi leurs membres à d'autres services sociaux dont ils peuvent avoir besoin. Nombre de clubs travaillent au sein de la collectivité où ils sont situés. La Vancouver Island Compassion Society, par exemple, a une bonne relation avec la police locale. Après une consultation communautaire, ils ont instauré une politique interdisant de fumer sur les lieux. Ils ont fait des exposés à des organismes locaux du sida et de l'hépatite C, entre autres. Ils ont fait de l'action sociale et de l'éducation à la collectivité médicale locale, et ces dernières années, des étudiants en sciences infirmières de l'université locale y ont fait des stages pour obtenir des crédits.

L'autre aspect de ce club particulier a été sa décision de produire son propre cannabis afin d'acquérir la maîtrise totale de la méthode de production et de la qualité du cannabis offert au club. La production de son propre cannabis lui a permis d'offrir le cannabis à ses membres à prix réduit. Ils ont créé une installation de production pour une période de 18 mois. En mai 2004, cependant, malgré leurs vastes consultations avec la collectivité et leurs communications avec la police, la GRC a fait une descente à l'installation de production. Les audiences judiciaires sont toujours en cours. La levée des restrictions des licences de producteurs désignés permettrait aux clubs de suivre ce modèle et de produire et contrôler leur propre cannabis. Le contrôle de la qualité du produit est essentiel. Toutefois, vu les limites légales actuelles, la plupart des clubs font affaire avec plusieurs producteurs clandestins.

Une autre personne qui est impliquée dans un club de compassion différent a accepté d'être interviewée de façon anonyme. Quand on lui a demandé comment son club contrôlait la qualité du produit cultivé par les producteurs avec qui ils font affaire, cette personne a dit ceci :

« Bien le problème... du climat créé par la loi comme elle est à l'heure actuelle est qu'il est extrêmement difficile pour ces personnes d'être ouvertes et transparentes et même responsables envers qui que ce soit, donc, il n'y a qu'une personne qui est bénévole au club qui a quelque contact que ce soit avec nos producteurs... Quelques-uns sont licenciés par Santé Canada mais bien sûr, ils contreviennent à leur licence de Santé Canada en nous fournissant ce produit à nous. Ils sont prêts à le faire parce qu'ils connaissent les divers obstacles que rencontrent les gens et qu'ils sont limités dans leur capacité de produire et d'offrir leur produit. Ce sont des limites au sein même du RAMM. »

Il y a beaucoup de bonne volonté de procurer aux Canadiens gravement malades un produit de qualité, mais le climat d'interdiction actuel rend la chose difficile.

Le modèle de prestation du traitement d'entretien à la méthadone au Canada peut servir de modèle potentiel à la distribution de cannabis dans les clubs de compassion aux personnes qui en demandent à des fins médicales. Dans le modèle de la méthadone, certains médecins sont autorisés à prescrire de la méthadone, une fois qu'ils ont reçu une exemption de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. La délivrance de la méthadone se fait dans une variété de milieux, y compris les services de traitement de la toxicomanie, les centres de santé communautaires, les cliniques médicales privées, les pharmacies communautaires, les cliniques de santé en milieu hospitalier, les services de VIH-sida, les organismes de santé mentale et les établissements correctionnels⁴⁷. Tous les employés qui participent à la délivrance de la méthadone dans tous ces milieux doivent être certifiés par un cours de délivrance des médicaments, offert par les pharmacies locales ou les collèges communautaires. La méthadone est commandée quelques fois par mois par un médecin exempté, et les ordonnances

sont envoyées à la pharmacie, qui les livre ensuite aux centres où la méthadone sera délivrée⁴⁸. Nous ne voyons pas de raison de ne pas en faire autant, à l'aide d'un modèle semblable, dans les centres de compassion du Canada.

Contrairement à une pharmacie, un club de compassion a l'avantage de présenter des possibilités de réseau social à ses clients. Étant donné que les personnes vivant avec le VIH-sida sont souvent marginalisées et isolées, la valeur de ce type de soutien, connu sous le nom de « capital social », est inestimable et contribue à une meilleure santé et qualité de vie des personnes vivant avec le VIH-sida. Les clubs de compassion organisent souvent des activités sociales, et offrent parfois des possibilités de bénévolat. Les gouvernements peuvent encourager le capital social en facilitant les conditions qui le favorisent⁴⁹.

Mesure de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida observe les principes d'action communautaire d'habilitation, de soutien communautaire, d'entraide, d'approche holistique, d'imputabilité, de réduction des méfaits et de participation accrue des personnes vivant avec le VIH-sida⁵⁰. À ce titre, nous favorisons un modèle communautaire sans but lucratif de distribution du cannabis médicinal, et des services qui s'y rapportent. Nous avons fourni de l'information aux personnes vivant avec le VIH-sida à propos des clubs de compassion, tant pour les informer du fait que ces clubs ne sont pas une source légale de cannabis à des fins médicales, que pour leur dire où trouver ces clubs. Nous continuerons de soutenir ces établissements et le travail qu'ils font, et de plaider en faveur de leur inclusion dans un système légal de distribution du cannabis à des fins médicales, de façon semblable au modèle déjà en place de distribution du traitement d'entretien à la méthadone. Nous continuerons de revendiquer l'établissement de normes d'exploitation de ces centres, surtout en ce qui concerne le contrôle de la qualité du cannabis qu'ils fournissent. Nous revendiquerons aussi que ces clubs adoptent un modèle qui les tienne responsables de leurs activités. Un modèle d'oeuvre de bienfaisance sans but lucratif répondrait à ces besoins. Cela dit, nous n'excluons pas d'autres manières de distribuer du cannabis à des fins

médicales, par exemple, le modèle de distribution en pharmacie proposé par Santé Canada. Nous croyons à fournir aux gens des options qui conviennent le mieux à leurs besoins. Nous explorerons la possibilité de soutenir les centres de compassion en obtenant les autorisations appropriées d'exploiter légalement leur établissement.

Recommandation

Nous recommandons que le gouvernement autorise les clubs de compassion qui satisfont à des normes d'exploitation et qu'il les reconnaisse en tant que dispensaires légaux de cannabis à des fins médicales.

vi. Innocuité et qualité du produit

L'innocuité du cannabis à des fins médicales est une considération importante, surtout pour les personnes vivant avec le VIH-sida qui sont immunodéprimées. Peu importe que le cannabis soit produit par le gouvernement ou le marché noir, il est essentiel que les personnes vivant avec le VIH-sida ne soient pas exposées à du cannabis contaminé. Santé Canada a affiché à son site Web les résultats de tests biologiques et de métaux pour son produit, mais aucune explication n'accompagne les données brutes. Il serait très utile que Santé Canada fournisse aussi une explication claire de sa conclusion qu'il n'y a pas de problèmes d'innocuité liés à la contamination biologique ou aux métaux lourds dans son cannabis.

D'après Richard Viau, directeur du Service d'analyse des drogues de Santé Canada :

« Quand on achète au marché noir, on ne sait pas ce qu'on obtient... La situation de la marijuana du marché noir est en opposition directe à l'industrie pharmaceutique légale où il y a une inspection du gouvernement et une vérification des tests, et où le contrôle est la norme et l'utilisateur du produit peut avoir l'assurance qu'il obtient bel et bien ce qu'il croit obtenir... La marijuana cultivée par [notre fournisseur licencié] est produite dans des conditions bien définies, dans un environnement contrôlé et selon une méthode très spécifique et documentée qui est vérifiée par Santé Canada. Avant qu'elle ne soit distribuée, la marijuana est testée pour déceler la présence de 28 métaux, de champignon-

moisissure et d'afotoxines et de micotoxines (substances carcinogènes) qui peuvent être produites par les champignons ou la moisissure. Finalement, la marijuana est irradiée pour faire en sorte qu'elle ne contienne aucune spore de moisissure viable. Outre les tests ci-dessus, la marijuana est testée pour s'assurer que son contenu de THC correspond à l'échelle inscrite sur le paquet, de sorte que le destinataire reçoive un produit au contenu constant en THC. Certains destinataires nous ont dit que c'était une très bonne caractéristique comparativement au produit acheté au marché noir, où ils devaient rajuster leur dose à chaque achat. Pour les personnes vivant avec une maladie et dont le système immunitaire peut être déprimé, je crois qu'elles préféreraient recevoir un produit qui est cultivé dans des conditions contrôlées et qui est rigoureusement testé plutôt que de prendre une chance avec l'inconnu. »

Pour un utilisateur à des fins médicales, le concept essentiel, c'est l'efficacité à soulager les symptômes. Le problème le plus important que pose l'adoption du cannabis du gouvernement est le fait que celui-ci n'offre qu'une seule souche de cannabis pour diverses applications médicales. Les données probantes s'accumulent au fait que différents ratios de cannabinoïdes peuvent avoir différentes applications thérapeutiques, et cela correspond à l'expérience subjective de nombreux patients. Cependant, il faut nettement mener des recherches cliniques sur la réponse propre à la souche et l'interaction des cannabinoïdes. Jusqu'à ce que cette recherche prenne place, la décision de Santé Canada de n'émettre qu'une souche à distribuer aux Canadiens autorisés pourrait ne pas être une solution de rechange constitutionnellement adéquate à l'approvisionnement diversifié qui leur est présentement offert par les licences de production, ou qui est offert à de nombreux patients par l'intermédiaire de centres de compassion non autorisés et du marché noir. Certaines personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales recherchent aussi un produit biologique. L'agriculture biologique signifie qu'on cultive des plantes sans engrais chimiques, pesticides ni additifs alimentaires. Elle interdit l'usage d'engrais minéraux, de composés pesticides synthétiques, de régulateurs de croissance, d'antibiotiques, d'hormones et de manipulation génétique des plants⁵¹. Le terme « biologique » désigne

des produits cultivés selon un système qui satisfait aux normes de l'agriculture biologique établies par le Conseil canadien des normes. Si un produit est certifié biologique, il se conforme donc aux exigences spécifiées⁵². L'irradiation gamma est interdite en vertu de toutes les normes biologiques internationales.

Bien des gens qui cultivent leur propre cannabis ou les producteurs qui fournissent les clubs de compassion déclarent qu'ils cultivent du cannabis biologique. Évidemment, comme ces produits ne sont pas inspectés ou réglementés, il n'y a pas moyen de déterminer s'ils satisfont aux normes de certification biologique. Deux producteurs désignés, Eric Nash et Wendy Little, qui exploitent Island Harvest en Colombie-Britannique, ont réussi à faire certifier biologique leur cannabis à des fins médicales par la province de la C.-B. Cependant, comme ils sont restreints à ne cultiver que pour une seule personne autorisée en vertu du RAMM, ce cannabis certifié biologique n'est présentement pas disponible aux autres personnes autorisées.

On dit que le cannabis cultivé sous contrat pour le gouvernement satisfait aux normes des Bonnes pratiques agricoles et des Bonnes pratiques de fabrication, mais il n'est pas certifié biologique selon les normes établies par le Conseil canadien des normes. Comme le cannabis produit pour le gouvernement est irradié gamma, il ne satisfait donc pas aux normes biologiques, comme nous le mentionnons ci-dessus. Il y a une grande controverse publique à savoir si les produits irradiants présentent des risques pour la santé ou s'ils sont modifiés de quelque façon par l'irradiation. Les préoccupations du public au sujet de l'irradiation des aliments se sont exprimées dans divers cadres. Que l'irradiation des aliments pose ou non un problème, nous croyons que les gens devraient avoir le choix des produits qu'ils consomment. Une option biologique est requise et nécessaire pour les Canadiens gravement malades qui choisissent d'utiliser des produits biologiques. Même si nous ne doutons pas que le cannabis produit pour le gouvernement soit sûr, étant donné qu'il est rigoureusement testé pour en assurer l'innocuité, nous savons qu'un produit biologique est souhaité par certains utilisa-

teurs de cannabis à des fins médicinales. Ils recherchent aussi une variété de souches pour répondre à leurs besoins individuels.

Recommandations

Encore une fois, nous recommandons que Santé Canada lève les restrictions imposées aux producteurs désignés pour leur permettre de cultiver pour de nombreuses personnes autorisées, et collectivement avec plus que deux autres producteurs désignés. Les installations de production de cannabis pourraient être réglementées et surveillées pour assurer le contrôle de la qualité.

Nous recommandons que Santé Canada, en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, licencie certains laboratoires canadiens pour mener des tests sur le cannabis cultivé à des fins médicales par des personnes qui détiennent une autorisation de possession et/ou une licence de production par le RAMM.

vii. Coût du cannabis à des fins médicales

Le coût est un obstacle important de l'accès au cannabis à des fins médicales pour les personnes vivant avec le VIH-sida. Certaines personnes disent que leur médecin les a fait payer pour remplir la déclaration médicale de leur demande au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales. Les frais de toutes sortes sont un obstacle pour nombre de personnes vivant avec le VIH-sida. Il n'y a présentement aucune disposition de remboursement, ni pour le médecin qui remplit le formulaire, ni pour le patient qui doit payer un médecin pour ce faire.

Quant au coût du cannabis, nos consultations révèlent que le montant moyen dépensé par mois pour le cannabis à des fins médicinales est de 242,69 \$, allant de 0,00 \$ à 1 500,00 \$. Quand on leur a demandé s'ils pouvaient habituellement se permettre d'acheter suffisamment de cannabis pour soulager leurs symptômes, 39,8 % ont déclaré pouvoir parfois s'en permettre suffisamment, et 23 % ont affirmé ne jamais avoir les moyens d'en acheter suffisamment. Cela signifie que presque 70 % des répondants n'ont pas les moyens de se payer suffisamment de cannabis pour leurs besoins médicaux.

En outre, sur les personnes qui ont répondu au sondage, 39 % n'utilisaient pas présentement de cannabis à des fins médicinales. Nous voulions que les non-utilisateurs s'expriment pour que nous puissions déterminer s'ils voulaient utiliser du cannabis à des fins médicinales mais qu'ils faisaient face à des obstacles, ou si c'était simplement leur choix de ne pas utiliser de cannabis. Parmi les non-utilisateurs, 13 % ont mentionné ne pas pouvoir se permettre le cannabis. Le coût du cannabis est un obstacle tant pour les personnes qui en utilisent présentement à des fins médicales que pour celles qui veulent en utiliser pour contrôler leurs symptômes mais n'en ont pas les moyens.

L'interdiction du cannabis en a gonflé le prix. En 1964, Herbert Packer a inventé le terme « tarif du crime » pour désigner le coût surgonflé de la contrebande illicite⁵³. En particulier, le prix des drogues illicites est outrageusement gonflé pour refléter le risque que le fournisseur doit assumer en menant des affaires illégales. La culture de plants n'est pas une entreprise coûteuse, mais le tarif du crime a fixé le coût du cannabis du marché noir de 200 \$ à 250 \$ l'once, et de 2 500 \$ à 3 000 \$ la livre (selon l'endroit au Canada). Étant donné cette réalité dans le contexte de prohibition du cannabis, il est probablement plus rentable pour les utilisateurs à des fins médicales de produire leur propre cannabis, même si l'acquisition initiale du matériel de culture intérieure peut leur coûter plus de 1 000 \$. Pour certains, l'autonomie est une situation idéale, et pour beaucoup, la culture est au-dessus de leurs moyens physiques et financiers.

« Je m'endette. Dieu merci, j'ai mes parents. Parce que je me retrouve dans le trou chaque mois. J'essaie de me rattraper, mais maintenant, quand je vais épuiser mon stock de Prairie Plant, avec un mois pour payer, je n'y arriverai plus. Et ils disent que je ne peux pas en commander d'autre avant d'avoir payé ma facture. Alors dans 15 jours, probablement, je vais retourner dans mon fauteuil roulant. »

— Participant aux groupes de discussion

Les personnes qui ne peuvent pas produire leur propre cannabis ont deux choix en vertu du RAMM : elles peuvent désigner un producteur ou acheter le cannabis du gouvernement. Il n'y a pas de données sur les frais engagés pour désigner un producteur, mais le prix du cannabis du gouvernement a été fixé par Santé Canada à 5 \$ le gramme (g) et à 150 \$ l'once (oz), taxes en sus. Le produit du gouvernement est plus abordable que celui du marché noir. Les prix des clubs de compassion varient. Par exemple, certains clubs demandent 10 \$/g et de 196 \$ à 252 \$/oz. Le plus gros club de la Colombie-Britannique est en mesure d'offrir une vaste gamme de produits et de prix allant de 3 \$ à 9 \$/g (de 84 \$ à 252 \$/oz), soit une moyenne de 8 \$/g. À l'occasion, les clubs offrent des rabais ou des dons à leurs membres. Le réseau d'approvisionnement pour les clubs de compassion n'est pas intégré dans un système légal de distribution de cannabis à des fins médicales, par conséquent, les prix suivent de près ceux du tarif du crime.

Bien que le produit du gouvernement soit moins coûteux que le cannabis du marché noir, il coûte tout de même 150 \$/oz. Selon Richard Viau, directeur du Service d'analyse des drogues de Santé Canada et gestionnaire du contrat avec le seul fournisseur licencié actuel :

« Le coût de la marijuana obtenue de Santé Canada comporte deux composantes : les frais de production qui comprennent la culture et la préparation, etc. du produit, et les frais d'emballage et de distribution. À 5 \$/g, le produit de Santé Canada se vend à environ 1/2 ou 1/3 du prix du marché noir de la marijuana (d'après une analyse publiée et d'autres données)⁵⁴ ».

D'après Santé Canada, environ la moitié de ces frais est engagée pour expédier le produit aux personnes autorisées⁵⁵.

Si les restrictions des producteurs désignés étaient levées, et que quelques producteurs d'expérience pouvaient cultiver à une économie d'échelle, le coût du cannabis à des fins médicales deviendrait beaucoup plus abordable qu'il ne l'est présentement. L'abordabilité est une question majeure pour toute personne souffrant d'une maladie débilitante. Parmi les per-

sonnes vivant avec le VIH-sida pour qui le chômage ou le sous-emploi est un problème important, la question du coût est encore plus importante⁵⁶.

Il n'y a aucune raison de croire que le développement du cannabis comme produit pharmaceutique réduira les coûts de cette option de traitement. Le Marinol®, un THC synthétique, a été approuvé en 1985 et son coût se révèle encore un problème pour la plupart des patients (dont la majorité sont des personnes vivant avec le VIH-sida). Actuellement, aux États-Unis, le prix d'une seule dose se situe entre 4,00 \$ et 8,00 \$. Le coût moyen oscille entre 12,00 \$ et 32,00 \$ par jour. Le prix du Marinol®, pour son indication la plus fréquemment utilisée, l'anorexie du sida, est estimé à 200 \$ par mois. Les frais de la personne ont cependant tendance à être beaucoup moindres, en raison du remboursement par l'assurance-santé publique ou privée⁵⁷.

La récente approbation conditionnelle du Sativex®, un vaporisateur oromuqueuse dérivé d'extraits de la plante entière de cannabis, indiqué pour les douleurs neuropathiques des personnes souffrant de sclérose en plaques, confirme que l'inclusion du cannabis dans la pharmacopée classique n'en réduira pas significativement les coûts. Un facon de Sativex® coûte 158 \$ pour 51 vaporisations. On estime que l'utilisateur moyen prendra 5 vaporisations par jour, au coût d'environ 15,00 \$ par jour, soit quelque 450 \$ par mois. Ce montant mensuel est significativement supérieur au montant moyen d'environ 250 \$ que dépensent les personnes vivant avec le VIH-sida. Rien ne laisse croire que le développement présent et futur des médicaments à base de cannabis par les compagnies pharmaceutiques réduira les coûts actuels du cannabis comme thérapie.

Le seul avantage à l'égard des frais des produits pharmaceutiques conventionnels est que nombre de ces médicaments sont couverts par les régimes provinciaux et autres. Présentement, les coûts du cannabis produit par le gouvernement, par les personnes autorisées ou les producteurs désignés ne sont pas couverts. Toutefois, comme nous l'avons mentionné, une décision récente du gouvernement, dans le cadre du budget 2005, a classé les coûts du cannabis du gouvernement et du cannabis des producteurs désignés

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

comme étant des frais admissibles en vertu du crédit d'impôt pour frais médicaux, et cela contribuera à assumer partiellement les frais de ce traitement⁵⁸.

Bien que le gouvernement fédéral dicte les paramètres de base des soins de santé universels par la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements provinciaux sont responsables de déterminer quels médicaments et quels services seront financés. Chaque province a une liste de médicaments qui indique lesquels sont admissibles au remboursement. Le cannabis à des fins médicales ne se trouve présentement sur aucune liste de médicaments provinciale. Pour créer une certaine uniformité et structure dans les listes de médicaments provinciales, le Processus commun d'examen des médicaments (PCEM) a été instauré. Tous les régimes publics d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux participent à ce projet, à l'exception du Québec. Le PCEM ne peut commencer que lorsque Santé Canada approuve la vente d'un nouveau médicament au Canada, par l'octroi d'un Avis de conformité (AC) ou d'un Avis de conformité avec conditions (AC-C). Après l'approbation de Santé Canada, la soumission officielle d'un médicament au PCEM peut être faite par le fabricant, ou un régime d'assurance-médicaments particulier, ou le Comité consultatif pharmaceutique (CCP), un organisme indépendant d'experts qui conseillent le PCEM.

Le processus tient compte de nombreux facteurs, regroupés en deux domaines : (1) l'innocuité et l'efficacité documentées du médicament; et (2) l'effet pharma-économique d'ajouter le médicament aux listes de médicaments. Le PCEM ne fait toutefois que des recommandations. En raison des charges financières impliquées dans le financement des médicaments, la décision finale d'ajouter un médicament à une liste revient à chaque régime d'assurance-médicaments individuel. Ainsi, même si le cannabis était recommandé par le PCEM, il faudrait encore faire pression auprès des régimes individuels pour qu'ils acceptent la recommandation.

Le Processus commun d'examen des médicaments serait le moyen le plus efficace d'obtenir que le cannabis à des fins médicales soit remboursé à tous les utilisateurs admissibles à une assurance-médica-

ments. Cependant, le processus devrait être initié par le fabricant, ici, le fournisseur licencié du gouvernement, et il faudrait d'abord que Santé Canada accorde au cannabis un AC ou AC-C. Mais on ne sait pas à quel point le PCEM sera efficace, étant donné que l'an dernier, le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT) a déposé une plainte publique à l'effet que le PCEM était trop lent à examiner les demandes d'ajout de nouveaux médicaments du VIH aux listes de médicaments canadiennes⁵⁹.

Certains régimes provinciaux d'assurance-médicaments peuvent rembourser des médicaments qui ne font pas partie de leur liste. Ces mécanismes de demande indépendants sont initiés par des personnes et leur médecin. En particulier, certains programmes provinciaux sont spécifiquement ciblés pour faciliter l'accès aux médicaments exclus de la liste aux patients vivant avec le VIH-sida. Par exemple, en Ontario le programme d'accès facilité offre aux patients et aux médecins un processus expéditif pour obtenir le remboursement de médicaments exclus de la liste. La liste des médicaments admissibles au remboursement par le programme d'accès facilité comprend des « produits alimentaires ». Si le financement est offert pour des produits alimentaires, il est concevable qu'un médicament destiné à stimuler l'appétit, comme le cannabis, soit admissible à une couverture semblable.

L'obstacle actuel empêchant d'étendre le financement des listes de médicaments ou de l'accès spécial au cannabis à des fins médicales est que ces régimes provinciaux exigent que le médicament soit approuvé et qu'il soit doté d'un Avis de conformité (AC), d'un Avis de conformité avec conditions (AC-C) ou d'un numéro d'identification d'un médicament (DIN).

Entre-temps, une organisation communautaire, Toronto People With AIDS Foundation (TPWAF), a été proactive à établir un système grâce auquel les gens peuvent se faire rembourser leur cannabis à des fins médicales. Comme le dit Laurie Edmiston, ancienne directrice générale de la Toronto PWA Foundation : « Il a fallu quelques années pour mettre sur pied ce programme. Tout est parti d'un énoncé de principe à l'appui des choix de traitement des personnes vivant

avec le VIH-sida, y compris la marijuana à des fins médicinales. Une partie de notre Fonds d'assistance financière de longue date a assumé les dépenses liées aux choix de traitement qui ne sont pas couvertes par d'autres régimes d'assurance-santé, comme les vitamines. La marijuana à des fins médicinales y a visiblement sa place. »

Dans ce modèle, le conseil d'administration de la TPWAF est responsable des politiques et du budget de l'organisation, qui comprend l'approbation de la somme d'argent allouée au fonds d'assistance financière. Le personnel détermine les divers critères du fonds d'assistance financière et en administre la mise en œuvre. Il fallait un reçu d'un club de compassion et une note d'un professionnel de la santé indiquant que son patient utilise du cannabis à des fins médicales à sa connaissance. Au début, les médecins étaient réticents à fournir des lettres et les clubs de compassion, à émettre des reçus. Ils en ont discuté et le programme a été lancé.

La Société canadienne du sida aimerait voir se créer des programmes semblables dans d'autres de ses organisations membres pour aider financièrement les personnes qui utilisent la marijuana à des fins médicales, et réalise que les organismes de services du VIH-sida ont des ressources limitées. Il est évident que les frais sont un obstacle important à l'accès au cannabis pour beaucoup de personnes vivant avec le VIH-sida, et qu'à moins que l'approbation du cannabis comme médicament ne progresse, avec un Avis de conformité, les options de remboursement seront sérieusement limitées.

Mesure de la Société canadienne du sida

La Société canadienne du sida, en collaboration avec le CCSAT et d'autres partenaires nationaux, explorera la possibilité d'entamer le processus d'examen en vue d'inclure le cannabis à des fins médicinales dans les listes de médicaments, en s'adressant au Comité consultatif pharmaceutique et en revendiquant qu'il initie un Processus commun d'examen des médicaments. La Société canadienne du sida encourage ses organisations membres, si ce n'est déjà fait, à explorer la possibilité d'offrir un programme d'aide financière pour le cannabis à des fins médicales, dans les limites de leurs ressources restreintes, au moins

jusqu'à ce que d'autres options de remboursement ne soient offertes aux personnes vivant avec le VIH-sida.

Recommandation

Une fois de plus, nous demandons au gouvernement et aux milieux médical et scientifique de prendre les mesures nécessaires pour voir à ce que le cannabis fasse l'objet d'une approbation comme médicament, de sorte qu'on puisse finalement en envisager le remboursement en vertu des régimes disponibles. En attendant, il faut songer à d'autres mécanismes de remboursement des frais du cannabis à des fins médicales, pour les Canadiens gravement malades.

1 Nous avons obtenu ces données par une demande d'accès à l'information n° A-2004-00516 pour le coût annuel total du Bureau de l'accès médical au cannabis depuis 1999, décomposé par année: 1999-2000 : 118 808,28 \$; 2000-2001 : 580 540,34 \$; 2001-2002 : 4 200 240,58 \$; 2002-2003 : 3 515 091,93 \$; 2003-2004 : 2 403 739,00 \$; 2004-2005 : 264 014,65 \$ (jusqu'au 20 sept. 2005); pour un total de 11 082 434 \$, plus 5,7 millions de dollars pour le contrat de Prairie Plant Systems de produire du cannabis, plus 7,5 millions de dollars pour la Stratégie de recherche sur la marijuana utilisée pour des fins médicales. Ces coûts se chiffrent à 24 282 434 \$.

2 Santé Canada, Communiqué. Attribution du marché pour la production de marijuana propre à la recherche. Ottawa, le 21 décembre 2000. Consulter l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2000/2000_116_f.html>.

3 Furler MD, Einarson TR, Millson M, Walmsley S, Bendayan R. « Medicinal and Recreational Marijuana Use by Patients Infected with HIV ». *AIDS Patient Care and STDs*. 2004; 18(4):215-28.

4 Braitstein P, Kendall T, Chan K, Wood E, Montaner JS, O'Shaughnessy MV, Hogg RS. « Mary-Jane and her patients: sociodemographic and clinical characteristics of HIV-positive individuals using medicinal marijuana and antiretroviral agents ». *AIDS*. 2001 Mar 9; 15(4):532-3.

5 Ware M, Rueda S, Singer J, Kilby D. « Cannabis use by persons living with HIV/AIDS: Patterns and prevalence of use ». *Journal of Cannabis Therapeutics*. 2003; 2:3-15.

6 Wesner B. « The medicinal marijuana issue among PWAS: Reports of therapeutic use and attitudes towards legal reform ». Document de travail N°3, série de documents de travail. Drug Research Unit, Social Science Institute, University of Hawaii, Manoa; 1996; Dansak DA. « Medical use of recreational drugs by AIDS patients ». *J Addict Dis*. 1997; 16(3):25-30; Fairfield

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

KM, Eisenberg DM, Davis RB, Libman H, Phillips RS. « Patterns of use, expenditures, and perceived efficacy of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients ». *Arch Intern Med.* 1998 Nov 9; 158(20):2257-64; Sidney S, Quesenberry CP Jr, Friedman GD, Tekawa IS. « Marijuana use and cancer incidence » (California, United States). *Cancer Causes Control.* 1997 Sep. 8(5):722-8; Prentiss D, Power R, Balmas G, Tzuang G, Israelski DM. « Patterns of marijuana use among patients with HIV/AIDS followed in a public health care setting ». *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004 Jan 1; 35(1):38-45.

7 Voir le chapitre 4B – La création du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* – pour plus de détails.

8 Easton ST. The Fraser Institute. « Marijuana Growth in British Columbia ». A Fraser Institute Occasional Paper, Number 74. 2004.

9 Tiré de : Hamel D, et al. *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2001; et un sondage du *National Post*, le 15 mai 2000 : « Interrogés à savoir si le cannabis devait être légalisé à des fins médicales comme aider les cancéreux à contrôler la douleur, un écrasant 92 % des répondants du sondage du *National Post* ont répondu par l'affirmative. »

10 Parti conservateur du Canada. Page Web de l'imputabilité, le 7 mars 2006. Consulter l'adresse <http://www.faa-lf.gc.ca/index_f.asp>.

11 Libby Davies, député et le sénateur Pierre Claude Nolin. Lettres à Sheila Fraser, Vérificatrice générale du Canada, et à l'honorable ministre de la Santé Ujjal Dosanjh, le 2 décembre 2004.

12 Les intervenants clés comprennent les Canadiens gravement malades et les organisations qui les représentent, les services de police, les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, personnel infirmier), chercheurs et clubs de compassion.

13 Parti conservateur du Canada. Changeons pour vrai. Programme électoral de 2006. Consulter l'adresse <<http://www.conservative.ca/FR/2590/>>.

14 Eric Nash, producteur désigné. Communication personnelle, le 16 septembre 2005.

15 L'industrie pharmaceutique a fait cette allégation sur le coût de la recherche et du développement, et certains commentateurs croient que ces chiffres sont outrageusement gonflés pour permettre aux compagnies pharmaceutiques d'exiger des prix exorbitants. Consulter Angell M. *The Truth About The Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. New York: Random House; 2004, 193.

16 Sénat canadien. « Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada ». Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, septembre 2002.

17 Spilker B. *Guide to Clinical Trials*. New York: Raven Press; 1991, 14.

18 Tiré d'un affidavit de C. Cripps-Prawak, directeur du Bureau de l'accès médical au cannabis, soumis dans *Hitzig* – aux dossiers du juriste-conseil.

19 Instituts de recherche en santé du Canada. Initiative d'étude ouverte sur l'innocuité de la marijuana : Appel de demandes, le 17 avril 2003.

20 Lettre datée du 7 mai 2001, du Dr P. Barrett au ministre de la Santé Alan Rock. Cette lettre faisait partie du dossier du tribunal dans *R. c. Hitzig* – Lettre aux dossiers du juriste-conseil.

21 Feuillet d'information de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), octobre 2001 - Cette lettre faisait partie du dossier du tribunal dans *R. c. Hitzig* – Lettre aux dossiers du juriste-conseil.

22 Cette estimation se base sur une étude menée en Ontario, où 1,9 % de la population de 18 ans et plus ont déclaré utiliser de la marijuana à des fins médicales (Ogborne AC, Smart RG, Adlaf EM. « Self-reported medical use of marijuana: a survey of the general population ». *CMAJ.* 2000 Jun 13; 162(12):1685-6). Il s'agit probablement d'une sous-estimation. En Colombie-Britannique seulement, on estime que quelque 7 %, ou 290 000 personnes, utilisent le cannabis à des fins thérapeutiques (Robin O'Brien, Membre du Comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales de Santé Canada, communication personnelle, février 2004).

23 On peut consulter le Formulaire de quittance pour les médecins de l'ACPM à l'adresse <www.cmpa-acpm.ca>.

24 Réseau juridique canadien VIH-sida. *Un plan d'action pour le Canada afin de réduire le stigmate et la discrimination lié au VIH-sida*, 2004, p.8.

25 Ibid, p.9.

26 Témoignage officiel du Dr Lester Grinspoon, professeur adjoint de psychiatrie, Harvard Medical School, devant le sous-comité sur le crime du comité judiciaire, U.S. House of Representatives, Washington, D.C., le 1^{er} octobre 1997.

27 Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (la Commission LeDain). *Le cannabis : rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*, 32-3.

28 Whittle B. « Preface ». Dans Guy GW, Whittle BA, Robson PJ, editors. *The Medicinal Uses of Cannabis and Cannabinoids*. London: Pharmaceutical Press; 2004), xiii.

29 Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport sommaire, 2002.

- 30 Whittle B. « The History of Cannabis as Medicine ». Dans Guy GW, Whittle BA, Robson PJ, editors. *The Medicinal Uses of Cannabis and Cannabinoids*. London: Pharmaceutical Press; 2004, 10.
- 31 Musty R. « Natural Cannabinoids: Interactions and Effects ». Dans Guy GW, Whittle BA, Robson PJ, editors. *The Medicinal Uses of Cannabis and Cannabinoids*. London: Pharmaceutical Press; 2004, 196.
- 32 Wilkinson JD, Whalley BJ, Baker D, Pryce G, Constanti A, Gibbons S, Williamson EM. « Medicinal Cannabis: Is Delta9-tetrahydrocannabinol Necessary for all its effects? » *J Pharm Pharmacol*. 2003 Dec; 55(12):1687-94; Williamson E, Evans F. « Cannabinoids in Clinical Practice ». *Drugs*. 2000; 60:6; McPartland J, Russo E. « Cannabis and Cannabis Extracts: Greater than the Sum of their Parts? » *J of Cannabis Therapeutics*. 2001; 3:103.
- 33 Les feuillets d'information se trouvent à notre site Web à l'adresse <www.cdnaids.ca/lecannabis>.
- 34 Linda Dabros, directrice, Bureau du secrétariat de la stratégie antidrogue et de la politique stratégique, Santé Canada. Communication personnelle, le 8 mars 2005.
- 35 Richard Viau, directeur, Service d'analyse des drogues, Santé Canada. Communication personnelle, le 14 février 2006.
- 36 John Church, Bureau d'assurance du Canada. Communication personnelle, le 14 décembre 2005.
- 37 Le couvert désigne le feuillage des plantes en croissance. La taille du couvert est la superficie qui est ombragée par le feuillage, en pieds ou mètres carrés.
- 38 Conrad, Chris. *Cannabis Yields and Dosage: The Science and Reason Behind the Safe Access Now Medical Marijuana Garden Guidelines*. El Cerrito, CA: Creative Xpressions; 2005. Consulter le site <www.safeaccessnow.net/pdf/sanhandbook04.pdf>.
- 39 Valerie Lasher, directrice, Division de l'accès médical à la marijuana, Santé Canada. Communication personnelle sur la quantité de marijuana utilisée par les personnes autorisées, calculée le 1^{er} octobre 2004.
- 40 *Hitzig et al. v. Canada* (2003), 177 C.C.C. (3d) 449, (Ont. C.A.).
- 41 Consulter le chapitre 4D du présent rapport pour plus de détails.
- 42 *Règlement modifiant le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, DORS/2003-387 Résumé de l'étude d'impact de la réglementation, 5.
- 43 *Ibid.* à 273.
- 44 E. Goldwater. « Cannabis club guide: A roster of San Francisco's medical marijuana dispensaries ». *San Francisco Bay Guardian*, le 9 juin 2004.
- 45 British Columbia Compassion Club Society. Operational Standards for the Distribution of Medicinal Cannabis. 2003.
- 46 British Columbia Compassion Club Society. Vancouver Island Compassion Society. Guidelines for the Community-Based Distribution of Medical Cannabis in Canada. 2006. Consulter l'adresse <thecompassionclub.org/resources/standardsapr30.pdf>.
- 47 Santé Canada. Traitement d'entretien à la méthadone. 2002. N° de cat. H49-163/2002F.
- 48 Communication personnelle avec le réseau VIH Edmonton Society, le 16 décembre 2005.
- 49 Bouchard L, Roy, J-F, van Kemenade S. Gouvernement du Canada. Projet de recherche sur les politiques. *Le capital social comme instrument de politique publique : Quelle est l'incidence du capital social sur la santé des Canadiens?* Série de documents de travail 010, octobre 2005.
- 50 Société canadienne du sida. Principes d'action communautaire de la SCS. Adoptés par le Conseil d'administration en mai 1991. Modifiés en décembre 2005. Consulter l'adresse <<http://www.cdnaids.ca/web/casmisc.nsf/cl/cas-gen-0051>>.
- 51 MacKinnon S, Jordan C. Agriculture et Foresterie, Île-du-Prince-Édouard, Farm Extension Services. *Organic Agriculture*. AGDEX 100/10, février 2001.
- 52 Office des normes générales du Canada (ONGC). Agriculture biologique. Conseil canadien des normes. 1999. CAN/CGSB-32.310-99.
- 53 Packer H. « The Crime Tariff ». *American Scholar*. 1964; 33:551; voir aussi Packer H. *The Limits of the Criminal Sanction*. Stanford: University Press; 1968, 279.
- 54 Richard Viau, directeur, Service d'analyse des drogues, Santé Canada. Communication personnelle, le 14 février 2006.
- 55 Valerie Lasher, directrice, Division de l'accès médical à la marijuana, Santé Canada. Communication personnelle, le 2 mars 2006.
- 56 Packer H. « The Crime Tariff ». *American Scholar*. 1964; 33:551; voir aussi Packer H. *The Limits of the Criminal Sanction*. Stanford: University Press; 1968, 58.
- 57 Visiongain. *Cannabinoids: A Potential Blockbuster?* London: Visiongain; 2005, 84-85; Remarque : au Canada, le coût du Marinol est de 586 \$ pour 60 capsules de 10 mg.
- 58 Mesures fscales : renseignements supplémentaires. Consulter l'adresse <<http://www.fn.gc.ca/budget05/bp/bpa8af.htm>>.
- 59 Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *AIDS Advocates Say Treatment Access is Critical Concern*, communiqué de presse, le 30 novembre 2004.

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

L'AVENIR DU CANNABIS À DES FINS MÉDICALES AU CANADA

A. Le cannabis végétal et le développement des produits pharmaceutiques à base de cannabis

Le cannabis est une plante qui serait normalement considéré comme un produit naturel s'il n'était pas désigné substance contrôlée. Reste à voir comment l'accès au cannabis à des fins médicales va continuer de se développer au Canada et dans le monde. L'intérêt renouvelé pour le cannabis comme traitement survient à un moment où la confiance du public dans les médicaments synthétiques produits par les grandes compagnies pharmaceutiques a été ébranlée par des rappels et des avertissements émis au sujet de quelques médicaments populaires, après la découverte d'effets indésirables non divulgués par les commanditaires des médicaments, ou non décelés au cours des essais cliniques. Bien que par le passé le cannabis ait été décrié par les représentants de l'État, beaucoup sont ravis de la réintroduction d'un médicament végétal utilisé pendant des siècles par différentes cultures.

Les compagnies pharmaceutiques se sont montrées intéressées à mettre au point des produits à base de cannabis. Naturellement, la recherche et le développement ont porté sur des dérivés synthétiques, et dans la prochaine décennie, on espère voir arriver une variété de médicaments synthétiques à base de cannabis sur le marché. En 2005, un rapport a été publié évaluant le potentiel du marché des médicaments à base de cannabis, et cette compagnie a conclu que les médicaments cannabinoïdes atteindront le statut « superproduction » dans les marchés pharmaceutiques dans les cinq prochaines années¹. Dans l'année qui vient, on s'attend à ce qu'un certain nombre de médicaments cannabinoïdes reçoivent l'approbation des médicaments. Bientôt, les médicaments cannabinoïdes envahiront le marché, mais ce processus ne fait que commencer.

L'invasion du marché par les médicaments à base de cannabis prendra beaucoup de temps. Peu importe la disponibilité des produits pharmaceutiques dérivés du cannabis, certains Canadiens gravement malades continueront d'opter pour le cannabis végétal. Des améliorations doivent être apportées au programme du RAMM et une recherche doit être entreprise pour améliorer notre connaissance du cannabis végétal et de ses propriétés médicinales, et pour régler la question cruciale à savoir si oui ou non le cannabis végétal, sous forme fumée ou vaporisée, serait un médicament supérieur à ceux qui sont présentement frénétiquement développés par l'industrie.

B. La distribution en pharmacie proposée

Durant les groupes de discussion, nous avons présenté aux participants le plan du gouvernement de distribuer le cannabis à des fins médicales dans les pharmacies, pour obtenir leurs réactions. En majeure partie, ils ont été très réceptifs à la possibilité de se procurer du cannabis à des fins médicales dans une pharmacie, comme d'autres médicaments. La commodité du service tout en un plaisait à de nombreux participants, vu qu'ils doivent déjà se rendre à la pharmacie pour prendre leurs autres médicaments. Le coût est une préoccupation. Certains disent qu'ils seraient en faveur de la distribution en pharmacie si le prix du produit était raisonnable, ou si les frais étaient couverts. La préoccupation au sujet de la qualité et de la variété du produit est aussi évidente. Les gens veulent une variété de souches, ainsi qu'un produit frais, préférablement en bourgeons entiers. D'autres résistent à l'idée de la distribution en pharmacie si cela veut dire que seul le produit du gouvernement serait offert. Finalement, il y a ceux qui ne sont pas réceptifs à la distribution en pharmacie du cannabis à des fins médicales. Certains veulent continuer de cultiver leur propre cannabis, surtout s'il n'y a pas de compensation financière pour le produit qui serait offert dans les pharmacies. Beaucoup préfèrent le modèle de distribution dans les clubs de compassion, et craignent que les connaissances sur l'utilisation du

« En ce qui concerne la question de la pharmacie. . . mon plus gros problème avec toute cette idée est qu'ils veulent nous arrêter de produire par nous-mêmes et qu'ils ne nous fournissent pas les moyens de nous en payer. C'est une question d'argent. Pour moi, je ne peux pas me permettre d'acheter la quantité de marijuana que je fume. . . L'idée de se servir des pharmacies, de supprimer graduellement notre propre production et de ne distribuer que dans les pharmacies sans offrir de moyens pour payer, c'est ridicule! »

« Idéalement, pour un service tout en un, ce qu'on veut c'est d'avoir un pharmacien, un spécialiste du cannabis et un nutritionniste pour obtenir des suppléments, et on a tout ça au même endroit. Ils sont tous dans le même dossier, et tous trois, les trois spécialistes peuvent consulter votre dossier, voir comment tout interagit. Ça minimise aussi la divulgation de renseignements personnels. »

« L'accès dans les pharmacies est vraiment une bonne idée, et que ce soit couvert en vertu du statut de médicament exceptionnel, comme les cocktails ou les narcotiques ou quoi que ce soit. S'ils ressentent le besoin de le contrôler comme ça, alors ils doivent faire en sorte qu'il soit aussi accessible. Présentement, il n'est pas accessible. . . Ce serait bien si je pouvais juste me présenter avec mon ordonnance, comme ma nabilone. . . [Ce serait] bien de savoir qu'il y a un approvisionnement régulier là. Ça faciliterait la vie et éliminerait le stress parce que c'est une telle nécessité, surtout dans ma vie. »

« Je n'aime pas cette idée. J'aime m'en procurer aux clubs de compassion seulement. . . Je crois que les clubs de compassion devraient être autorisés à être licenciés aux fins de cultiver et de distribuer le cannabis. C'est ma conviction. »

– Participants aux groupes de discussion

cannabis se perdent si on le laisse aux mains des pharmaciens. D'autres remettent en question la qualité du produit du gouvernement et l'absence de choix de souches, et disent qu'ils vont continuer d'accéder à d'autres sources de cannabis. La plus grande résistance au modèle de distribution en pharmacie a été entendue en Colombie-Britannique. Un groupe a suggéré un trio de professionnels de la santé pour les aider dans leurs problèmes de médicaments et de santé : un pharmacien, un spécialiste du cannabis et un nutritionniste.

i. Entrevue avec Santé Canada

Santé Canada partage ses idées sur la distribution en pharmacie proposée. Beth Pierson, directrice générale du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, dit « nous espérons que ce soit ce sur quoi nos efforts vont porter, examiner la distribution en général, pas seulement dans les pharmacies mais d'autres meilleurs moyens de distribuer la marijuana ». Santé Canada prévoit que les fournisseurs licenciés livrent directement aux pharmacies.

Interrogée sur le prix, Mme Pierson mentionne qu'il incombera aux provinces de le déterminer. « Le pharmacien... serait responsable de commander la quantité et de la conserver, et déciderait de la quantité à garder sur place », ajoute-t-elle.

Quant à l'information que les pharmaciens pourraient transmettre aux utilisateurs de cannabis à des fins médicales, Mme Pierson dit que Santé Canada crée présentement un programme de formation pour les pharmaciens, pour qu'ils apprennent comment éduquer directement les patients sur la façon d'utiliser le cannabis. Elle mentionne également que des organisations comme la Société canadienne du sida peuvent aider Santé Canada à informer les utilisateurs de cannabis à des fins médicales à propos du projet pilote de distribution en pharmacie.

ii. Entrevue avec une pharmacienne

D'après la Dre Glenda MacDonald, docteure en pharmacie, les pharmaciens sont bien placés pour offrir de l'information sur l'utilisation médicale du cannabis aux personnes qui les consultent :

« Les pharmaciens sont beaucoup plus à l'aise [que les médecins] pour [donner de l'information] parce que notre principale préoccupation est de nous assurer que le médicament fonctionne et qu'il ne cause aucun problème. L'innocuité et l'efficacité sont les enjeux. En ce qui concerne l'innocuité, la substance existe depuis des milliers d'années comme vous le savez, et les données probantes d'essais bien menés affirment de plus en plus que c'est un produit sûr... les gens ont besoin d'aide pour des choses semblables, et d'avoir un professionnel de la santé qui est accessible, ce que sont les pharmaciens pour les gens. »

Un autre avantage perçu de la distribution en pharmacie est l'accès du pharmacien aux renseignements sur les autres médicaments que les gens prennent. Ils pourraient donc conseiller les gens sur l'interaction possible des médicaments. « Et en ce qui concerne les interactions des médicaments, il n'y en a pas d'importantes à craindre avec les antirétroviraux », ajoute la Dre MacDonald.

Elle parle aussi de l'importance de surveiller les gens pour s'assurer que leurs médicaments fonctionnent bien. Elle le compare à d'autres médicaments et s'inquiète du fait que le cannabis ne soit pas encore traité comme tout autre médicament. Peut-être que cela s'intégrera dans le projet pilote de distribution en pharmacie qu'entend lancer Santé Canada.

« Disons qu'avec d'autres médicaments, si quelqu'un se présente avec de l'hypertension, il reçoit un traitement, son médicament est payé, tous les tests associés pour savoir s'il est efficace ou non sont tous couverts par notre système de santé. Le pharmacien lui donne de l'information sur les effets secondaires quand il remplit son ordonnance, il retourne prendre un rendez-vous de suivi pour être certain qu'il est efficace, etc. Ça ne s'applique pas ici... personne ne dit alors, comment ça fonctionne, combien en utilisez-vous, par quel mode, combien de temps avant

d'obtenir l'effet maximum, est-ce que ça dure assez longtemps, et si vous essayiez ceci. C'est mon approche à la médication, comme pharmacienne, m'assurer qu'on l'utilise de façon appropriée, que ça fonctionne sans causer de problème. Toute cette partie est laissée de côté. »

Elle commente également les coûts : « Je crois qu'il est extrêmement important qu'il y ait des mécanismes de remboursement. Je crois que c'est un énorme obstacle. »

iii. La distribution en pharmacie fonctionnera-t-elle?

Durant nos consultations, beaucoup ont appuyé la distribution du cannabis à des fins médicales dans les pharmacies, à condition qu'il y ait une sélection de produits frais, de diverses puissances et souches, et le remboursement des frais, comme les autres médicaments. La commodité du service tout en un attire les gens. Les pharmaciens sont aussi réceptifs à dispenser le cannabis à des fins médicales, à donner de l'information sur la façon de l'utiliser aux personnes autorisées, ainsi que sur les interactions éventuelles avec leurs autres médicaments. Nous accueillons la décentralisation de la distribution du cannabis à des fins médicales et nous croyons que fournir le cannabis en pharmacie faciliterait l'accès aux Canadiens gravement malades, surtout dans les petites collectivités.

Pour que la distribution en pharmacie fonctionne, il faudra qu'il y ait une sélection de souches et de puissances du cannabis pour répondre aux besoins des personnes autorisées. À cette fin, le gouvernement doit lever les restrictions de production du cannabis à des fins médicales.

Comme nous l'avons mentionné, le cannabis sous sa forme végétale doit être examiné pour un AC-C et approuvé comme médicament, et être admissible aux régimes d'assurance-médicaments, comme les autres médicaments, pour que les gens adoptent le modèle de distribution en pharmacie.

Nous avons vu, par l'expérience des Pays-Bas, qu'offrir le cannabis à des fins médicales dans les pharmacies n'est peut-être pas la réponse pour les

gens. Les Pays-Bas ont offert deux souches de cannabis à des fins médicales dans leurs pharmacies il y a quelques années, mais l'acceptation n'a pas été comme prévu. Les pharmacies déclarent des accumulations de cannabis à des fins médicales en stock et leur ministre de la Santé déplore d'importantes pertes financières pour le programme. Le prix des produits offerts en pharmacie est supérieur à celui du cannabis en vente dans les cafés, qui offrent aussi une grande variété de produits².

Le plan du gouvernement canadien de distribuer du cannabis à des fins médicales dans les pharmacies reste encore à se matérialiser et a progressé très lentement. Il sera intéressant de voir comment cette vision sera mise en œuvre et comment les personnes autorisées y réagiront. La Société canadienne du sida appuiera cette tentative et en informera ses membres et intervenants des développements. Nous continuerons aussi à plaider en faveur d'autres modèles de distribution du cannabis à des fins médicales au Canada.

C. Exploration d'autres modèles de distribution

i. Le jardin communautaire proposé

Durant nos consultations, les gens ont proposé un modèle intéressant de production et de distribution du cannabis à des fins médicales. Ils suggèrent un jardin communautaire où le cannabis à des fins médicales serait cultivé « par les gens, pour les gens », une structure de coopérative où l'argent gagné servirait à exploiter le jardin et à employer du personnel. Nous sommes en faveur de la production communautaires du cannabis à des fins médicales, surtout quand le modèle comprend la participation des personnes vivant avec le VIH-sida.

Quand nous avons interrogé Beth Pieterse, directrice générale du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, sur le modèle de distribution en pharmacie proposé par le gouvernement, elle a dit « nous espérons que ce soit ce sur quoi nos efforts vont porter, examiner la distribution en général, pas seulement dans les pharmacies mais d'autres meilleurs moyens de distribuer la marijuana ». Si Santé Canada est réceptif à envisager

« Notre rêve, c'est que les personnes vivant avec le VIH et le sida fournissent leur propre médicament. »

« Oui, une belle ferme communautaire où tous font leur part. »

« Mon rêve, ce serait que Santé Canada nous aide, nous obtienne du financement pour démarrer ces petites co-ops pour nous... Mais chacun se joint au groupe et contribue. »

« C'est ça. Exactement. Un collectif. »

« Si c'est un organisme sans but lucratif. C'est ma vision. »

« Vendre notre propre pot et la moitié de cet argent va à la charge de travail des gens à employer... leur donner un emploi... ils pourraient être tous ici et travailler ensemble et s'ils retirent de l'argent, il va au conseil d'administration qui décide comment le distribuer. »

– Participants aux groupes de discussion

d'autres modèles, il est alors important de leur apporter des idées communautaires pour les nouveaux développements. La Société canadienne du sida continuera de faire valoir les suggestions de la collectivité aux fins d'examen.

D. Le cannabis comme thérapie complémentaire

Comme le cannabis est une plante, qui serait normalement considéré comme un produit naturel et une thérapie complémentaire si ce n'était qu'il est désigné substance contrôlée, nous présentons l'information suivante pour explorer tous les aspects des complexités associées au cannabis comme thérapie.

i. Le recours aux thérapies complémentaires par les personnes vivant avec le VIH-sida

L'utilisation du cannabis dans le cadre de leur traitement correspond à la tendance croissante des per-

sonnes vivant avec le VIH-sida de recourir à des médecines parallèles ou complémentaires. Un rapport de 2001 du Réseau juridique canadien VIH-sida mentionne le recours accru, et à des coûts grandissants, aux approches parallèles et complémentaires³. Sur la question connexe du coût des soins de santé parallèles et complémentaires pour les personnes vivant avec le VIH-sida, on a déclaré :

- Une étude menée en 1995 par le CRIT et la Société canadienne du sida a interrogé 200 personnes vivant avec le VIH-sida à Toronto, et découvert qu'en moyenne, elles consacraient de 10 à 20 % de leur revenu aux thérapies complémentaires⁴.
- La question primordiale est la mesure dans laquelle les régimes publics d'assurance-santé devraient couvrir les thérapies parallèles ou complémentaires⁵.

L'utilisation du cannabis à des fins médicinales par les personnes vivant avec le VIH-sida a beaucoup en commun avec le recours de cette collectivité aux thérapies complémentaires. En plus de servir leur autonomie et leur choix en se tournant vers les thérapies complémentaires, les patients qui utilisent le cannabis ont démontré une meilleure observance de leur régime de médicaments conventionnels. Bien que pour de nombreux patients, l'utilisation du cannabis soit partie intégrante de leur traitement, le coût de cette thérapie complémentaire n'est couvert par aucun régime d'assurance provincial.

Les patients ont de nombreuses raisons de se tourner vers des options de traitement non conventionnelles, et pour les personnes vivant avec le VIH-sida, les raisons les plus fréquentes de recourir aux options parallèles sont :

- pour prendre en main leurs propres soins de santé;
- pour renforcer la fonction immunitaire;
- pour réduire la charge virale et éviter, retarder ou traiter les symptômes de la progression de la maladie à VIH ou d'infections opportunistes;
- pour soulager les effets secondaires d'une thérapie conventionnelle (les médicaments antirétroviraux et les traitements des infections opportunistes), ce qui facilite le respect d'un régime pharmacologique prescrit;

L'avenir du cannabis à des fins médicales au Canada

- pour aider à réduire le stress, la dépression et la fatigue, et pour améliorer le bien-être en général⁶.

En outre, les patients recourent aux thérapies complémentaires ou parallèles avec une grande régularité pour exercer leur autonomie et leur autodétermination. La plupart des interventions médicales sont dictées par le médecin et les patients ont peu d'emprise sur le processus. Dans les médecines parallèles, il n'y a pas toujours besoin d'intervention du médecin et cette liberté de choisir peut être habilitante pour les patients.

Nombre de personnes vivant avec le VIH-sida qui recourent aux thérapies complémentaires ou parallèles expriment l'opinion que lorsqu'elles jouent un rôle actif dans leur traitement, en se renseignant elles-mêmes et en cherchant des thérapies complémentaires, elles sont habilitées et veulent reprendre leur vie en main, ce qu'elles ressentent avoir perdu par suite d'avoir contracté le VIH et des obstacles sociaux et autres qu'elles rencontrent souvent. Les récits personnels suivants sont des exemples de l'attitude proactive que démontrent beaucoup de personnes vivant avec le VIH-sida :

- « Avec cette maladie, vous devez le faire vous-même. Vous devez être votre propre médecin. Il y a tellement d'information partout. Vous ne pouvez pas compter sur quelqu'un pour vous la fournir au complet. Surtout quand ça ne compte pas pour eux. Et quant aux médecines parallèles, tant de gens ne prennent pas la peine de s'en informer. Alors c'est une chose. Vous devez vraiment devenir votre propre médecin avec le sida. »
- « Je crois aux thérapies parallèles. Elles sont capitales pour le sida. Elles sont une solution à l'envie d'abandonner et une façon de lutter. Notre meilleure défense est de rester en vie⁷. »

L'utilisation du cannabis cadre confortablement dans ce paradigme habilitant des médecines complémentaires et parallèles. En dépit des complications pulmonaires associées avec le fait de fumer, les personnes vivant avec le VIH-sida désirent des modes d'administration qui ne soient pas des comprimés, étant donné que leurs régimes pharmaceutiques intenses se composent largement de capsules et de pilules, qui sont souvent difficiles à « garder »

durant les vagues de nausée. Comme le note un commentateur : « Personne ne peut expliquer comment quelqu'un qui a la nausée et vomit est censé garder une pilule de la taille d'une grosse bille⁸. » En conséquence, les gens apprécient la possibilité d'essayer un produit végétal parallèle, et ils apprécient aussi l'autotitration (c.à-d., le contrôle de la dose) du fait de fumer. Cette quête d'autonomie et d'autodétermination correspond à la nature de l'art. 7 de la *Charte des droits*, qui a été caractérisé comme étant le droit de prendre des décisions d'une importance personnelle fondamentale (c.à-d., le choix du traitement médical) sans ingérence injustifiée de l'État.

ii. Le statut des docteurs en naturopathie

Nos médecins allopathes n'utilisent pas normalement les plantes médicinales. Leur formation consiste principalement à prescrire des produits pharmaceutiques qui ont fait l'objet du processus réglementaire d'examen des médicaments. Ils connaissent et comprennent ce système, et se font à sa rigueur scientifique. Les docteurs en naturopathie, par ailleurs, ont l'expérience des thérapies complémentaires et parallèles, y compris les plantes médicinales, et peuvent être mieux placés pour aider les gens qui utilisent le cannabis à des fins médicinales. Cette discipline gagne en reconnaissance au Canada.

Les docteurs en naturopathie ne sont pas encore reconnus dans toutes les provinces. Selon Sean

« Quand les Canadiens disent au commissaire Romanow qu'ils veulent prendre en charge leurs soins de santé, laissez-les faire. Fournissons-leur les ressources pour assurer l'innocuité et le faible risque des produits, et l'information pour un choix éclairé... nous sommes en faveur du choix éclairé, ce qui veut dire qu'il faut fournir au public toute l'information des deux côtés, et de le laisser prendre une décision. S'ils ont fait un choix, il faut les soutenir. »

—Sean O'Reilly, directrice générale de l'Association canadienne des docteurs en naturopathie (ACDN)

O'Reilly, directrice générale de l'Association canadienne des docteurs en naturopathie (ACDN), la profession est présentement réglementée dans 4 provinces : l'Ontario, la C.-B., le Manitoba et la Saskatchewan. Les règlements de l'Alberta sont au stade final du processus et devraient être terminés en mars 2006. « Nous progressons vers une réglementation dans toutes les autres provinces et territoires, parce que nous croyons que c'est très important pour la sécurité du public. À l'heure actuelle, il y a 1 030 docteurs en naturopathie licenciés au pays », dit-elle. Les docteurs en naturopathie ont une formation minimum de 3 ans en sciences pré-médicales, puis suivent un programme de 4 ans à temps plein à une école agréée de médecine naturopathique. Il y a 5 écoles en Amérique du Nord. Elles enseignent toutes les sciences et les modalités naturopathiques particulières dont la botanique, la nutrition, le counseling en mode de vie, l'acupuncture, la médecine traditionnelle asiatique ou chinoise, et l'homéopathie. Ce sont les omnipraticiens du domaine des médecines parallèles et complémentaires. Le terme « complémentaire » est préféré à celui de « parallèle », car les docteurs en naturopathie travaillent en complément des autres disciplines.

Les docteurs en naturopathie ont participé activement à l'élaboration du règlement sur les produits de santé naturels. Cependant, ils n'ont pas accès aux produits de santé naturels en vertu de l'annexe F du règlement, qui présente la liste des substances contrôlées, dont le cannabis fait présentement partie. Mme O'Reilly ajoute :

« [Les docteurs en naturopathie] veulent avoir accès à ces produits de santé naturels avec lesquels ils ont l'instruction, la formation et l'expérience de travailler et qui sont présentement des produits contrôlés. Une des choses que nous avons suggérées est peut-être une annexe distincte pour ces substances, disponible seulement aux professionnels de la santé réglementés, comme les docteurs en naturopathie. La marijuana à des fins médicinales y figurerait. Ils aimeraient pouvoir adresser leurs patients à des clubs de compassion ou ailleurs ou à quoi que ce soit que le gouvernement désigne être un centre

de distribution acceptable. On s'inquiète de la qualité du produit. »

Les docteurs en naturopathie aimeraient pouvoir signer les formulaires de demande au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, mais ils ne sont pas encore réglementés dans tout le pays. Une fois cela fait, il pourrait y avoir un changement. Selon Mme O'Reilly, il s'agit essentiellement de l'accès pour le patient. Si leur professionnel de la santé de prédilection n'a pas le pouvoir de signer les demandes, alors les gens n'ont pas accès à ce qu'ils ont choisi comme option de soins de santé. La commission Romanow⁹ a énoncé clairement que les Canadiens veulent prendre en charge leurs soins de santé. Ils veulent avoir accès au professionnel de la santé de leur choix.

Les docteurs en naturopathie appuyaient sans réserve l'élaboration d'un règlement sur les produits de santé naturels. Ils sont en faveur d'étiqueter les produits et d'y inclure l'information sur le dosage, les contre-indications, et autres renseignements utiles sur le produit. Ils veulent que le contrôle de la qualité satisfasse aux Bonnes pratiques de fabrication. Nous croyons que Santé Canada va réviser le RAMM pour accorder aux docteurs en naturopathie le pouvoir de signer les formulaires de demande au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, quand ils auront été officiellement reconnus dans tout le pays.

iii. Le cannabis comme produit de santé naturel

Le cannabis végétal semble avoir beaucoup plus en commun avec un produit de santé naturel qu'un produit pharmaceutique conventionnel. Depuis 2004, avec la promulgation du *Règlement sur les produits de santé naturels (RPSN)*¹⁰ en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, un nouveau régime de réglementation a été établi pour les produits de santé naturels, et nombre d'activistes ont prétendu que l'accès au cannabis à des fins médicales serait amélioré en déplaçant le cannabis dans ce répertoire de produits. Il n'y a aucun doute que le produit médicinal d'une plante entière est habituellement considéré comme un produit de santé naturel, et non comme un médicament pharmaceutique, et sans doute que la classi-

L'avenir du cannabis à des fins médicales au Canada

fication du cannabis comme produit de santé naturel faciliterait l'accès au médicament, étant donné que les produits de santé naturels sont en vente libre sans ordonnance, et que le processus d'approbation des PSN est moins rigoureux que le processus d'approbation AC pour les produits pharmaceutiques, régi par le *Règlement sur les aliments et drogues*. Par ailleurs, vu que l'admissibilité aux listes de médicaments dépend du statut AC, il est moins probable qu'un produit de santé naturel soit couvert par une assurance-médicaments. En fait, présentement, les produits de santé naturels ne font partie d'aucune liste de médicaments, et l'on débat activement à savoir s'ils en feront jamais partie.

En gros, il y aurait une valeur à la fois pratique et symbolique à reclasser le cannabis comme PSN; cependant, le fait que l'utilisation des PSN ne nécessite pas d'ordonnance élimine la possibilité que le gouvernement envisage une telle reclassification. Étant donné la nature illicite du cannabis, et son potentiel psychotrope, il y a peu de chances que le gouvernement juge approprié de reclasser le cannabis comme un médicament assujéti à un contrôle moins rigoureux avec accès en vente libre. Dans cette veine, il n'est pas étonnant que le RPSN exclue explicitement les substances contrôlées à l'admissibilité comme PSN, un fait qui pose des obstacles juridiques de taille à toute tentative de reclassification.

Essentiellement, avant le RPSN, les produits de santé naturels étaient classés soit comme « médicaments » (avec un AC) ou étaient complètement non réglementés. Manifestement, le spectre de substances non réglementées présentait la perception d'un certain risque pour les consommateurs, et la réglementation visait entre autres à dissiper cette incertitude, en tentant d'accroître la confiance des consommateurs. En ce qui concerne les substances qui étaient auparavant des « médicaments » AC (avec des numéros d'identification d'un médicament ou DIN), le prospect d'une classification PSN promettait une possibilité alléchante aux fabricants, en raison de l'accès facilité par la vente libre. Dans les deux circonstances, ces règlements ont été conçus pour répondre à une industrie en plein essor, comme le confirme l'étude d'impact de la réglementation du RPSN, « de récents sondages ont révélé que plus de la moitié des consommateurs canadiens prennent

régulièrement des vitamines et des minéraux, des produits à base d'herbes médicinales, des médecines homéopathiques et autres, des produits qui sont désormais connus comme étant des produits de santé naturels (PSN) ».

Ainsi, le mandat du RPSN comprend la réglementation des produits que les consommateurs peuvent choisir et utiliser eux-mêmes, sans avoir besoin de consulter un fournisseur de soins de santé et d'obtenir une ordonnance. En fait, le RPSN multiplie les références à cette notion « d'autosoins » et l'art. 2(2) exclut explicitement que toute substance listée à l'annexe F du *Règlement sur les aliments et drogues* (c.à-d., les médicaments sur ordonnance) soit considérée comme un produit de santé naturel. Par conséquent, il ne semble pas que le cannabis à des fins médicales soit un candidat idéal au statut de PSN, car l'hésitation quant à son innocuité et son efficacité fait qu'inévitablement, il est désigné médicament sur ordonnance. Cependant, l'utilisation de cannabis à des fins médicales par les personnes vivant avec le VIH-sida cadre parfaitement dans le paradigme des « autosoins » du RPSN.

Bien qu'il soit possible, et souhaitable, de rechercher une classification de PSN pour le cannabis, il est essentiel de noter que le RPSN exclut explicitement de son régime les substances illicites en vertu des annexes I à V de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCIDAS)* (le cannabis est à l'annexe II). Ceci dit, le RPSN permet que certaines substances particulières qui figurent à la liste de l'annexe VI de la LRCIDAS soient considérées comme des produits de santé naturels (auquel cas elles sont régies à la fois par le RPSN et la LRCIDAS). Cette liste inclut : benzylméthylkétone; éphédrine; ergométrine; ergotamine; acide lysergique; pseudoéphédrine. Les critères employés pour inclure ces drogues illicites dans le RPSN ne sont pas définis, mais à première vue, il semble arbitraire ou du moins confondant d'exclure le cannabis et d'inclure l'acide lysergique et l'éphédrine, du point de vue des préoccupations quant à la sécurité du consommateur¹¹. Si les critères d'inclusion et d'exclusion du RPSN sont arbitraires, il peut être vulnérable à une contestation constitutionnelle, et une revendication que le cannabis à des fins médicales soit considéré pour une désignation de PSN pourrait être fructueuse.

Malgré les avantages de reclasser le cannabis comme produit de santé naturel, cela exigerait énormément de représentation pour un résultat incertain. Sans doute, le gouvernement résisterait vraisemblablement à ces efforts, car cette reclassification éliminerait l'interdiction criminelle en suggérant que le cannabis est une substance inoffensive, et soulèverait certainement des problèmes de sécurité et de détournement à propos de l'accessibilité en vente libre.

Bien que la reclassification comme produit de santé naturel donne l'impression que le produit est relativement inoffensif, il faut reconnaître que les PSN peuvent avoir des conséquences indésirables sur la santé dans certaines circonstances, surtout pour les personnes vivant avec le VIH-sida. Le Réseau juridique canadien VIH-sida a noté certains problèmes d'utilisation de produits de santé naturels par des personnes vivant avec le VIH-sida, comme des interactions inconnues et indésirables entre les PSN et d'autres médicaments ou d'autres PSN¹².

Que le cannabis soit régi par le *Règlement sur les produits de santé naturels* ou le *Règlement sur les aliments et drogues*, la nécessité de mener des recherches cliniques demeure. Le cannabis peut être une substance relativement inoffensive, mais le contexte particulier de traiter une maladie du système immunitaire exige une étude minutieuse pour faire en sorte que des effets indésirables ne soient pas entraînés par l'interaction de cette plante avec le régime pharmaceutique antirétroviral.

1 Visiongain. *Cannabinoids: A Potential Blockbuster?* London: Visiongain; 2005, 152.

2 DW-World.de. Dutch Prefer Cannabis Cafes to Pharmacies, le 7 février 2005. Consulter l'adresse <www.dw-world.de/dw/article/0,1564,1480510,00.html>.

3 Réseau juridique canadien VIH-sida. *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH-sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*. Ottawa: Réseau juridique canadien VIH-sida; 2001, 35.

4 Réseau juridique canadien VIH-sida. *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH-sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*. Ottawa: Réseau juridique canadien VIH-sida; 2001.

5 *Ibid.* à 59.

- 6 *Ibid.*, 16.
- 7 *Ibid.*, 16-7.
- 8 Werner C. « Medical Marijuana and the AIDS crisis ». Dans Russo E, editor. *Cannabis Therapeutics in HIV/AIDS*. New York: Haworth Press Inc; 2001, 26.
- 9 Romanow, Roy J. **Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada**. Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Rapport final, novembre 2002.
- 10 DORS/2003-196.
- 11 Shekelle PG, Hardy ML, Morton SC, Maglione M, Mojica WA, Suttorp MJ, et al. « Efficacy and Safety of Ephedra and Ephedrine for Weight Loss and Athletic Performance: A Meta-analysis ». *JAMA*. 2003 Mar 26; 289(12):1537-45. Epub 2003 Mar 10.
- 12 Réseau juridique canadien VIH-sida. *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH-sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans la réglementation*. Ottawa: Réseau juridique canadien VIH-sida; 2001, 32-33.

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le Canada a fait œuvre de pionnier en permettant l'accès légal au cannabis végétal à des fins médicales. À ce titre, le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM) est un travail en cours et il y a encore de nombreux problèmes à régler au sein du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales. La Société canadienne du sida croit que le cannabis à des fins médicales devrait être disponible à tous les Canadiens gravement malades sur ordonnance d'un médecin et que les gens devraient alors pouvoir choisir parmi une variété de produits normalisés de qualité supérieure, et de modes d'administration, y compris le cannabis végétal, et se faire rembourser les frais. Hélas, nous doutons que cet idéal se concrétise jamais, aussi longtemps que nous maintiendrons une interdiction criminelle de l'utilisation du cannabis. La Société canadienne du sida continuera à pousser pour que des changements soient apportés afin d'améliorer l'accès au cannabis à des fins médicales pour les Canadiens gravement malades qui choisissent de l'utiliser dans le cadre de leur traitement. Les Canadiens ne devraient pas avoir à enfreindre la loi pour accéder au traitement de leur choix.

Il faut rappeler que la création et la modification du RAMM, qui procure un cadre à l'accès légal au cannabis à des fins médicales, n'auraient pas eu lieu si ce n'était de la présence menaçante de la révision judiciaire. La création du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales a été imposée par les tribunaux à Santé Canada, et il peut être difficile d'assurer la réforme nécessaire du RAMM sans craindre de litiges. Il n'est pas indiqué que le litige soit le seul moyen pour obtenir une réforme nécessaire de la loi. Le litige est un instrument très grossier pour la formulation d'une politique publique, peut-être parce que la nature au coup par coup et fragmentée du litige en fait un processus qui ne convient pas pour obtenir des politiques de santé efficaces et sensées. Une autre déficience du recours au litige comme instrument pour remodeler le RAMM est la réticence des tribunaux canadiens à élaborer des injonctions structurelles à

grande échelle et des recours connexes pour faire en sorte que les organismes gouvernementaux concernés prennent les mesures nécessaires pour respecter une décision en vertu de la constitution. Les demandes constitutionnelles d'un tribunal peuvent être contrevenues par une application médiocre ou limitée.

La négociation et la discussion avec le gouvernement peuvent constituer un moyen plus efficace pour les réformes proposées du RAMM. Ce dialogue pourrait avoir lieu à une tribune comme le Comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. La Société canadienne du sida est toujours engagée à participer à ce processus. Dans ce document, nous offrons à l'examen nos mesures futures et certaines recommandations. C'est notre appel à l'action lancé à tous les intervenants clés. Comme collectivité, nous devons trouver un moyen d'éliminer les obstacles qui empêchent les Canadiens gravement malades, si c'est leur choix éclairé, d'avoir accès au cannabis pour leurs besoins médicaux, sans crainte de poursuite, car tel est leur droit.

A. Sommaire des recommandations

« Notre droit »

1. Le besoin d'évaluation et d'imputabilité du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales

- Nous, la Société canadienne du sida, recommandons que la vérificatrice générale mène une vérification du rendement des tous les aspects de l'actuel programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, y compris la Division de l'accès médical à la marijuana de Santé Canada et le contrat avec le fournisseur licencié actuel qui produit le cannabis pour le gouvernement, pour faire en sorte que les ressources sont adéquatement allouées en vue de répondre aux besoins des Canadiens gravement malades.

2. Le besoin d'être inclus dans le dialogue politique

- Nous recommandons que le gouvernement remette sur pied le Comité consultatif des intervenants en matière de cannabis à des fins médicales, pour offrir aux intervenants clés une tribune afin d'échanger de l'information et d'apporter continuellement des idées au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et aux politiques, règlements et lois qui le régissent.

3. Le besoin d'être protégé contre la poursuite criminelle

a. Manque de sensibilisation et désinformation au sujet du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales

- Nous allons continuer à sensibiliser davantage les gens au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales de sorte que les Canadiens gravement malades qui utilisent ou veulent utiliser le cannabis à des fins médicales puissent en faire la demande et être à l'abri des poursuites criminelles. Nous demeurons engagés à diffuser de l'information exacte et à jour à propos du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* aux personnes vivant avec le VIH-sida au Canada, et à nourrir la capacité de nos organisations membres à répondre aux demandes d'information et à aider les personnes vivant avec le VIH-sida pour le processus de demande.
- Nous recommandons que Santé Canada et les organismes comme la Société canadienne de la sclérose en plaques, la Société d'arthrite, la Société canadienne du cancer et autres diffusent de l'information exacte et à jour à propos du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales et du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* aux personnes qu'ils desservent, et qu'ils nourrissent la capacité de leurs organisations membres, le cas échéant, à répondre aux demandes d'information et à aider les personnes pour le pro-

cessus de demande. Nous sommes ouverts à la collaboration dans ces tâches, dans les limites des ressources disponibles.

b. Processus de demande et de renouvellement du programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales

- Nous recommandons que Santé Canada évalue ses besoins de ressources pour faire en sorte que les demandes et les renouvellements soient traités en temps opportun, afin que l'autorisation légale d'une personne de posséder et de produire du cannabis soit continuellement valide.
- Nous recommandons que Santé Canada s'occupe des délais de renouvellement des autorisations de possession et des licences de production en émettant un accusé de réception de la demande de renouvellement, qui pourrait temporairement prolonger la période d'autorisation jusqu'à ce qu'une nouvelle autorisation et une nouvelle licence soient délivrées.

c. La réticence des médecins à participer au programme

- Nous avons rédigé une série de feuillets d'information¹ sur l'utilisation médicinale du cannabis. Un de ces feuillets s'adresse aux médecins, et les patients peuvent l'apporter à leur médecin. Il comprend des renseignements sur les modifications du RAMM, et des renseignements pratiques sur l'utilisation du cannabis qui peuvent faire que les médecins se sentent plus à l'aise d'appuyer la demande d'un patient. Il comprend également de l'information sur les Formulaires de quittance pour les médecins de l'Association canadienne de protection médicale.
- Nous recommandons que les chercheurs mènent une enquête auprès des médecins pour obtenir des données sur leur attitude à l'égard de l'utilisation du cannabis à des fins médicales, et pour évaluer leurs connaissances en ce qui concerne les applications médicales du cannabis dans le contexte du traitement et de la gestion des symptômes du VIH-sida. Ce type de recherche devrait être sollicité par l'entremise

du Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales des IRSC, ou d'autres organismes subventionnaires. Quand cette information sera disponible, un module de formation continue pourrait être créé pour offrir une formation adéquate aux médecins sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales.

- Nous recommandons que, dans le cadre de l'enquête sur les attitudes et les connaissances des médecins relativement à l'utilisation du cannabis à des fins médicales, l'on interroge les médecins sur leur disposition à être inclus sur une liste de renvoi pour les patients qui cherchent des médecins qui soutiennent les demandes au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales.
- Nous explorerons la possibilité d'élaborer et de gérer une liste de renvoi pour les personnes vivant avec le VIH-sida cherchant des médecins qui, dans les circonstances cliniques adéquates, sont prêts à signer des demandes au programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, dans les limites de nos ressources.
- Si ce n'est déjà fait, nous recommandons que l'Association médicale canadienne et d'autres associations médicales communiquent les changements apportés au RAMM aux médecins membres pour faire en sorte qu'ils aient l'information la plus récente et qu'ils sachent que les médecins de famille peuvent dorénavant signer les formulaires de demande de leurs patients, et que la responsabilité incombe maintenant au patient plutôt qu'au médecin d'accepter les risques et avantages potentiels de l'utilisation du cannabis à des fins médicales.
- Si ce n'est déjà fait, nous recommandons que l'Association canadienne de protection médicale communique avec les médecins membres pour les informer à propos du Formulaire de quittance pour les médecins et de son objectif de responsabilité.

4. Le besoin d'aborder les stigmates et la discrimination

- Pour aborder les stigmates et la discrimination dont font l'objet les personnes qui utilisent le cannabis à des fins médicales, nous diffuserons de l'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales, nous ferons entendre les personnes vivant avec le VIH-sida et les réalités auxquelles elles font face quand elles choisissent le cannabis dans le cadre de leur traitement, et nous encouragerons le dialogue sur ces questions parmi les intervenants, dans les limites des ressources dont nous disposons. Nous fournirons de l'information sur les endroits où ces personnes peuvent obtenir de l'information sur les remèdes légaux, si elles ont souffert de discrimination en raison de leur utilisation du cannabis à des fins médicales.
- Nous recommandons que tous les intervenants clés, y compris le gouvernement, se joignent à nous pour diffuser de l'information sur l'utilisation médicale du cannabis et le programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales, et qu'ils saisissent l'occasion d'en faire participer d'autres au dialogue sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales.
- Nous demandons à tous les niveaux de gouvernement ainsi qu'aux milieux médical et scientifique de prendre des mesures pour faire en sorte que la recherche, la diffusion de l'information et les services connexes soient adéquats, et que les Canadiens gravement malades obtiennent des normes de soins pour le traitement de leur choix, sans discrimination.

« Notre choix »

Les Canadiens gravement malades doivent avoir accès à de l'information adéquate à propos de l'utilisation du cannabis à des fins médicales, pour les habiliter à faire des choix éclairés. On doit aussi leur offrir des choix de sources légales, sûres et abordables de cannabis.

5. Le besoin de créer et de diffuser de l'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales

- Pour répondre aux nombreux besoins d'information exprimés par les personnes vivant avec le VIH-sida que nous avons consultées, nous avons rédigé une série de feuillets d'information pour renseigner les gens sur les divers aspects de l'utilisation du cannabis à des fins médicales, et dressé une liste des ressources où trouver cette information. Ces feuillets seront distribués à tous nos membres et lors de divers événements reliés aux personnes vivant avec le VIH-sida, dans les limites de nos ressources.
- Nous demandons à nos organisations membres de nous aider à diffuser les feuillets d'information sur le cannabis et le VIH-sida, de rédiger des énoncés de principe sur l'utilisation du cannabis comme traitement pour les personnes vivant avec le VIH-sida, et de soutenir nos initiatives de représentation concernant l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les personnes vivant avec le VIH-sida.
- Pour répondre au besoin de recherche accrue sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales, nous continuerons à fournir des lettres d'appui aux priorités de recherche que nous avons déterminées, et nous siégerons à des comités consultatifs communautaires, sur demande. Nous sommes disposés à collaborer à l'élaboration des protocoles de recherche et au recrutement des participants, dans les limites de nos ressources.
- Nous recommandons que tous les intervenants clés, y compris Santé Canada, s'engagent à recueillir et à diffuser de l'information sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales aux personnes vivant avec le VIH-sida, et aux autres Canadiens gravement malades.
- Nous recommandons que les Instituts de recherche en santé du Canada, par l'intermédiaire du Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales, émettent un Appel de demandes pour une Initiative

d'étude ouverte sur l'innocuité de la marijuana, en vue d'un essai pour évaluer l'innocuité et l'efficacité du cannabis fumé sur la stimulation de l'appétit, la nausée et les vomissements, la douleur et d'autres symptômes liés au VIH-sida.

- Si l'intérêt des chercheurs est encore faible ou inexistant, nous recommandons que Santé Canada sollicite activement la recherche en ce domaine, par des contrats ciblés. Nous recommandons en particulier que les organismes subventionnaires comme les Instituts canadiens de recherche en santé, ou Santé Canada directement, sollicitent des propositions de recherche dans les domaines suivants :

des essais aléatoires contrôlés comparant le cannabis fumé et vaporisé avec les produits pharmaceutiques présentement en vente pour stimuler l'appétit, contrôler la nausée et les vomissements, et traiter la douleur;

les effets à long terme du cannabis sur le système immunitaire et sur la médication antirétrovirale;

les effets thérapeutiques de diverses souches de cannabis et les profils des cannabinoïdes sur des symptômes spécifiques;

la recherche sur les effets directs des cannabinoïdes sur la numération des CD4 et la charge virale;

la recherche sur des modes d'administration de rechange, comme les vaporisateurs; et

la recherche communautaire.

6. Le besoin d'accéder à des sources légales, sûres, fiables et abordables de cannabis

a. L'information sur les sources de cannabis

- En ce qui concerne l'accès aux sources de cannabis, nous continuerons de fournir de l'information exacte et à jour sur le RAMM, et sur les options légales offertes aux gens pour s'approvisionner en cannabis à des fins médicales.

Nous allons aussi continuer à revendiquer des changements au RAMM pour offrir davantage d'options aux personnes autorisées.

b. L'accès aux tests

- Nous recommandons que Santé Canada, en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, licencie certains laboratoires canadiens pour mener des tests sur le cannabis cultivé à des fins médicales par des personnes qui détiennent une autorisation de possession et/ou une licence de production par le RAMM, sans égard à l'endroit où la personne autorisée a obtenu le cannabis.

c. Le cannabis du gouvernement

- Étant donné le peu d'adeptes du cannabis du gouvernement parmi les personnes autorisées, nous recommandons que Santé Canada procure des échantillons de 5 g de cannabis aux personnes nouvellement autorisées, pour encourager un plus grand nombre de personnes autorisées à essayer le produit du gouvernement et à en commander subséquemment, afin de minimiser le nombre de personnes autorisées qui dépendent de sources de cannabis illégaux.

d. Licences de production

- Nous nous opposons fermement à l'intention du gouvernement d'éliminer graduellement les licences de production personnelles et nous recommandons qu'il continue à délivrer des licences aux personnes autorisées pour produire du cannabis à des fins médicales. Nous suggérons que le gouvernement revoie la distribution générale du cannabis à des fins médicales et qu'il évalue comment convenir le mieux aux besoins des personnes autorisées.
- Nous recommandons que Santé Canada lève les restrictions imposées aux producteurs désignés pour leur permettre de cultiver pour de nombreuses personnes autorisées, et collectivement avec plus que deux autres producteurs désignés. Les installations de production de cannabis pourraient être réglementées et surveillées pour assurer le contrôle de la qualité.

- Nous recommandons que Santé Canada mette au point un mécanisme au moyen duquel les détenteurs d'une licence de production personnelle puissent déclarer une perte de récolte et obtenir l'autorisation d'avoir accès au produit du gouvernement jusqu'à ce qu'ils soient capables de s'approvisionner eux-mêmes adéquatement à même leurs plants maison.
- Nous recommandons que Santé Canada étudie le modèle proposé dans le document « Cannabis Yields and Dosage », à l'adresse <<http://www.safeaccessnow.net/pdf/sanhandbook04.pdf>>, et qu'il songe à intégrer ces calculs dans le RAMM, pour remplacer l'équation qui est présentement utilisée pour calculer le nombre de plants qu'une personne détentrice d'une licence de production est autorisée à cultiver.
- Nous recommandons que le Bureau d'assurance du Canada élabore une politique officielle concernant la police d'assurance-habitation d'une personne légalement licenciée pour produire du cannabis à des fins médicales, et qu'il diffuse cette information aux compagnies d'assurances pancanadiennes.

e. La distribution communautaire du cannabis

- Nous respectons les principes d'action communautaire d'habilitation, de soutien communautaire, d'entraide, d'approche holistique, d'imputabilité, de réduction des méfaits et de participation accrue des personnes vivant avec le VIH-sida². À ce titre, nous favorisons un modèle communautaire sans but lucratif de distribution du cannabis médicinal, et des services qui s'y rapportent. Nous soutenons les organismes comme certains clubs de compassion qui fonctionnent selon ces principes. Nous continuerons de soutenir ces établissements et le travail qu'ils font, et de plaider en faveur de leur inclusion dans un système légal de distribution du cannabis à des fins médicales. Nous continuerons de revendiquer l'établissement de normes d'exploitation de ces centres, surtout en ce qui concerne le contrôle de la qualité du cannabis qu'ils fournissent. Nous revendiquerons aussi que ces clubs adoptent un modèle qui les tienne respon-

sables de leurs activités. Un modèle d'oeuvre de bienfaisance sans but lucratif répondrait à ces besoins. Cela dit, nous n'excluons pas d'autres manières de distribuer du cannabis à des fns médicales, par exemple, le modèle de distribution en pharmacie proposé par Santé Canada. Nous croyons à fournir aux gens des options qui conviennent le mieux à leurs besoins. Nous explorerons la possibilité de soutenir les centres de compassion qui respectent nos principes en obtenant les autorisations appropriées d'exploiter légalement leur établissement.

- Nous recommandons que le gouvernement autorise les clubs de compassion qui satisfont à des normes d'exploitation définies et qu'il les reconnaisse en tant que dispensaires de cannabis à des fns médicinales au sein d'un système légal de distribution du cannabis à des fns médicales.

f. L'approbation du cannabis comme médicament

- Nous demandons au gouvernement et aux milieux médical et scientifique de prendre les mesures nécessaires pour faciliter le processus d'obtention de l'approbation des médicaments, ou d'une approbation conditionnelle d'un médicament, pour le cannabis afin qu'il puisse être prescrit par les médecins, et que l'on envisage couvrir les coûts du produit en vertu des régimes provinciaux d'assurance-médicaments.

g. Remboursement du cannabis à des fins médicales

- Nous encouragerons nos organisations membres, si ce n'est déjà fait, à explorer la possibilité d'offrir un programme d'aide financière pour le cannabis à des fns médicales, dans les limites de leurs ressources restreintes, au moins jusqu'à ce que d'autres options de remboursement ne soient offertes aux personnes vivant avec le VIH-sida.
- Nous recommandons que le ministre des Finances révise le crédit d'impôt pour frais médicaux afin de permettre aux personnes auto-

risées titulaires d'une licence de production de cannabis à des fns médicales de réclamer les frais engagés dans la production du cannabis à des fns médicales. Ces frais comprennent une partie de leurs comptes d'électricité, selon la superficie de l'aire de production, les frais d'équipement et de fournitures acquis pour démarrer et maintenir leur production de cannabis à des fns médicales, et les coûts des graines nécessaires à leur culture maison. Tous ces frais devraient être admissibles au crédit d'impôt.

- Nous demandons au gouvernement et aux milieux médical et scientifique de prendre les mesures nécessaires pour voir à ce que le cannabis fasse l'objet d'une approbation des médicaments, de sorte qu'on puisse finalement envisager le remboursement en vertu des régimes disponibles. En attendant, il faut songer à d'autres mécanismes de remboursement des frais du cannabis à des fns médicales, pour les Canadiens gravement malades.

B. Mot de la fin

Au Canada, les citoyens gravement malades ont un droit constitutionnel d'utiliser le cannabis dans le cadre de leur traitement. Ce droit est établi et demeurera aussi longtemps que l'interdiction du cannabis sera maintenue. Assurer ce droit par l'entremise du programme fédéral d'accès au cannabis à des fns médicales est une étape. Nous devons travailler ensemble à faire de ce droit une réalité et à faciliter l'accès au programme fédéral d'accès au cannabis à des fns médicales en surmontant les obstacles, pour faire en sorte que les Canadiens gravement malades soient protégés contre les poursuites criminelles pour avoir utilisé le traitement de leur choix. Comme le gouvernement a une obligation constitutionnelle de faciliter l'accès au cannabis, nous devons aussi travailler conjointement à trouver des solutions créatrices pour fournir des sources de cannabis sûres, légales et abordables aux Canadiens gravement malades et mettre fin au recours au marché noir. Nous devons répondre aux besoins d'information au sujet

de l'utilisation du cannabis comme traitement pour que les gens soient en mesure de faire des choix éclairés pour leur santé et leur bien-être.

Aussi longtemps que demeurera l'interdiction du cannabis, les effets du climat de la réglementation se feront sentir sur la vie quotidienne des Canadiens gravement malades qui utilisent le cannabis dans le cadre de leur traitement. En plus de revendiquer des changements politiques concernant le cannabis à des fins médicales, la Société canadienne du sida continuera de réclamer la réforme des lois et politiques sur les médicaments et de travailler avec le gouvernement canadien à l'élaboration d'un cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada³. Le cadre national plante le décor d'un « examen systématique et continu des avantages et des effets négatifs potentiels associés aux politiques et aux cadres canadiens et internationaux pour renforcer la capacité du Canada à établir ses propres interventions efficaces et à influencer sur la modernisation des politiques et des cadres juridiques internationaux ».

Nous espérons que donner la parole aux personnes vivant avec le VIH-sida et partager leurs expériences sur la réalité quotidienne d'obtenir un accès légal au cannabis à des fins médicales contribuera à une meilleure compréhension des politiques existantes et à une réflexion sur des politiques qui combleraient mieux leurs besoins.

1 Les feuillets d'information se trouvent à notre site Web à l'adresse <www.cdnaids.ca/lecannabis>.

2 Société canadienne du sida. Principes d'action communautaire de la SCS. Adoptés par le Conseil d'administration en mai 1991. Modifiés en décembre 2005. Consulter l'adresse <www.cdnaids.ca/web/casmisc.nsf/cl/cas-gen-0051>.

3 Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada. 1^{re} édition, automne 2005.

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

ANNEXES

Annexe A – Liste des entrevues avec les intervenants clés

Intervenants clés interviewés

1. Beth Pieteron Directrice générale du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada
2. Dr. Richard Viau Directeur, Service d'analyse des drogues, Santé Canada
3. Michael McCulloch Conseiller principal des politiques, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH-sida, Agence de santé publique du Canada
4. Dr. Mark Ware Médecin et chercheur, Clinique de la douleur de l'Hôpital général de Montréal
5. Dr. Isra Levy Directeur, Bureau de la santé publique, Association médicale canadienne
6. Sharon Baxter Directrice générale, Association canadienne de soins palliatifs
7. Sean O'Reilly Directrice générale, Association canadienne des docteurs en naturopathie
8. Philippe Lucas Fondateur et directeur, Vancouver Island Compassion Society; fondateur, Canadians for Safe Access; directeur des communications, Drug Sense; utilisateur autorisé de cannabis à des fins médicales
9. Denis Pelletier Coordonnateur national des installations de culture de la marijuana, Gendarmerie royale du Canada
10. Christopher McNeil Chef adjoint des opérations, Halifax; président du Comité sur l'abus des drogues, Association canadienne des chefs de police
11. Eric Nash Producteur désigné licencié
12. Dr. Glenda MacDonald Docteure en pharmacie
13. Richard Neron Représentant provincial de Terre-Neuve et du Labrador, Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements
14. Laurie Edmiston Directrice générale, Réseau canadien d'info-traitement sida
15. Glenn Betteridge Analyste principal des politiques, Réseau juridique canadien VIH-sida
16. Trevor Stratton Consultant, Réseau canadien autochtone du sida
17. Dr. Virginia Salares Recherche sur le logement, Division de la recherche, Société canadienne d'hypothèques et de logement
18. Anonymous Producteur non licencié de cannabis à des fins médicales
19. Kate Brown Thérapeute, Service de traitement de la toxicomanie chez les jeunes, Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille, Centre de toxicomanie et de santé mentale
20. John Church Bureau d'assurance du Canada

Annexe B – Extraits clés de la décision *R. c. Parker* (2000)

i. R. c. Parker (2000), 49 O.R. (3d) 481- Extraits clés

(a) Le droit à la liberté

La liberté comporte le droit de prendre des décisions d'une importance personnelle fondamentale. La restriction de ce droit doit aussi être conforme aux principes de justice fondamentale. On peut conclure **que le choix d'un médicament pour soulager les effets d'une maladie ayant des conséquences mortelles est une telle décision...** [Cette décision] est un droit que le juge d'appel Robins a estimé « fondamental et digne de la plus haute protection ».... **S'ingérer dans ce processus décisionnel par la menace d'une poursuite criminelle est une restriction de liberté sérieuse** (p. 513, 517).

(b) Le droit à la sécurité

[L'article 7] protège le droit de faire des choix concernant son propre corps et le contrôle de son intégrité physique et psychologique sans ingérence par une poursuite criminelle. **Empêcher Parker d'utiliser la marijuana pour traiter son état par une menace de poursuite criminelle constitue une ingérence dans son intégrité physique et psychologique** (p. 519).

(c) Les principes de justice fondamentale

Pour résumer, un bref survol de la jurisprudence, quand le droit criminel recoupe un traitement médical, révèle au moins trois principes de justice fondamentale :

- i. Les principes de justice fondamentale sont enfreints quand la restriction du droit en question ne fait que peu ou rien pour promouvoir l'intérêt de l'État.
- ii. Une interdiction générale sera jugée arbitraire ou injuste et donc en violation des principes de justice fondamentale si l'application de cette interdiction n'est pas reliée à l'intérêt de l'État, et si elle

manque de fondement dans la tradition juridique et dans les croyances sociétales que l'interdiction est censée représenter.

- iii. L'absence d'une norme juridique bien définie peut contribuer à la violation de la justice fondamentale.
- iv. Si un moyen statutaire de défense contient tellement d'obstacles potentiels à son propre fonctionnement que la défense qu'il crée sera, en maintes circonstances, presque inaccessible aux personnes qui se qualifieraient à première vue pour la défense, il sera jugé violer les principes de justice fondamentale.
- v. Une structure administrative composée de règles inutiles qui entraînent un risque additionnel pour la santé de la personne est manifestement injuste et ne se conforme pas aux principes de justice fondamentale (p. 521-522).

(d) Droit reconnu en common law d'accès au traitement

Bien qu'il y ait une différence évidente entre le droit de refuser un traitement et le droit de demander un traitement, ils peuvent aussi être vus comme deux points sur un continuum ancré dans le droit reconnu en common law à l'autodétermination en matière de soins médicaux. Cela comprend le droit de choisir parmi des formes de traitement parallèles... Un certain soutien de la common law pour l'accès aux drogues ayant des propriétés thérapeutiques peut aussi se trouver dans la défense de nécessité... Ne pas permettre l'accès à une médecine qui peut soulager les symptômes débilitants d'une maladie ne correspond pas à la compréhension usuelle du but des soins médicaux appropriés (p. 527-528).

(e) Interdictions générales de l'utilisation à des fins médicales

L'interdiction générale de possession et de culture, sans exception pour l'utilisation à des fins médicales,

ne fait que peu ou rien pour promouvoir l'intérêt de l'État. Dans la mesure où l'intérêt de l'État, dans l'interdiction de la marijuana, est de prévenir les dommages associés à l'utilisation de la marijuana, y compris de protéger la santé des utilisateurs, il est irrationnel de priver une personne du médicament quand celle-ci en a besoin pour maintenir sa santé. Comme dans l'affaire *Morgentaler*, la cour doit considérer l'effet réel de la loi. Même si l'exemption des avortements thérapeutiques était destinée à préserver la santé de la femme enceinte, elle avait l'effet contraire dans certains cas en imposant des exigences et des délais de procédures déraisonnables. **Si le but de l'interdiction de la marijuana est de protéger la santé des utilisateurs et par le fait même, d'éliminer les frais connexes pour la société, l'interdiction générale empêchant l'accès à la drogue pour des personnes comme Parker, qui en ont besoin pour préserver leur santé, va à l'encontre de cet objectif** (p. 530).

(f) Les dommages associés à la marijuana

Les parties ont déposé un corps de preuves considérable devant le juge Sheppard, à propos de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales et des allégations à ce propos... La consommation de marijuana est relativement inoffensive comparativement aux drogues dites dures et y compris le tabac et l'alcool, et il n'y a pas de « preuve tangible » que même un usage à long terme puisse mener à des dommages physiques ou psychologiques irréversibles. L'utilisation de la marijuana n'est pas criminogène (c.-à-d., il n'y a pas de relation causale entre l'utilisation de la marijuana et la criminalité) et cela ne rend pas les gens plus agressifs ou violents. Il n'y a pas eu de décès enregistrés attribuables à la consommation de marijuana. La marijuana a un effet intoxicant et il ne serait pas prudent de conduire intoxiqué. Comme dans le cas du tabagisme, fumer de la marijuana peut causer des dommages broncho-pulmonaires, surtout chez les gros utilisateurs. Il peut y avoir d'autres effets secondaires de la marijuana et ses effets ne sont probablement pas aussi bénins qu'on le croyait il y a quelques années. Cependant, ces effets ne sont pas aigus sauf dans des circonstances très précises, par exemple, les personnes souffrant de schizophrénie (p. 495-496).

(g) Restreindre l'accès aux nouveaux médicaments

Il peut y avoir des circonstances dans lesquelles l'intérêt de l'État dans la réglementation de l'utilisation de nouveaux médicaments prime sur le droit de la personne à l'accès. Ceci, toutefois, n'est pas une de ces circonstances. **La preuve établit que le danger de l'utilisation du médicament à des fins médicales par une personne comme Parker est minime comparé à l'avantage pour Parker et au danger pour la vie et la santé de Parker sans le médicament.** Il se peut que l'État ait droit d'exiger l'approbation du choix du patient par un médecin de la même manière que dans l'arrêt *Morgentaler*, le juge Beetz a prévu que même s'il y avait un droit d'accès à l'avortement fondé sur le droit à la liberté, un deuxième avis médical sur la santé de la mère pourrait être justifié en certaines circonstances, en raison de l'intérêt de l'État dans la protection du fœtus. Cependant, la structure juridique et administrative actuelle prive complètement Parker de tout choix, même avec l'approbation de son médecin (p. 536-537).

(h) L'échec constitutionnel du processus d'exemption de l'art. 56 (Document d'orientation provisoire)

Si ceci est faux et que par conséquent, la restriction du droit à la sécurité de la personne de Parker est en accord avec les principes de justice fondamentale en raison de l'existence du processus de l'art. 56, à mon avis, l'art. 56 n'est pas une réponse à la restriction du droit à la liberté de Parker. Le droit de prendre des décisions qui sont d'une importance personnelle fondamentale inclut le choix de médicament pour soulager les effets d'une maladie ayant des conséquences mortelles. Il ne concorde pas avec les principes de justice fondamentale de soumettre cette décision au pouvoir discrétionnaire absolu du ministre. **Il pourrait bien être conforme aux principes de justice fondamentale d'exiger que le patient obtienne l'approbation d'un médecin de la façon traditionnelle dont se prennent ces décisions. Il pourrait bien aussi être conforme aux principes de justice fondamentale de légiférer sur certaines mesures de protection pour assurer que la marijuana n'entre pas sur le marché illicite.**

Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida : « Notre droit, notre choix »

Cependant, nous n'avons pas besoin de déterminer définitivement ces questions, lesquelles, comme il sera expliqué en décidant du recours approprié, sont l'affaire du Parlement (p. 545).

Annexe C – Extraits clés de la décision *Hitzig et. al c. Canada* (2003)

i. Hitzig et. al. c. Canada (2003) 177 C.C.C. (3d) 449 (Ont.C.A.) - Extraits clés

(a) *Violation du droit à la liberté et à la sécurité*

Le droit à la liberté peut aussi être conçu plus largement, à juste titre, pour inclure le droit de prendre des décisions d'importance personnelle fondamentale. Consultez *R. c. Parker*, ci-dessus, à 228-29. Vu ainsi, l'art. 7 exige que si l'État cherche à s'ingérer dans ces décisions, il doit se conformer aux principes de justice fondamentale, ce faisant. Comme les autres droits compris dans l'art. 7, cet aspect du droit à la liberté est protégé non seulement dans le contexte du droit criminel, mais contre toute restriction qui se produit par suite de l'interaction d'une personne avec le système juridique et son administration (p. 483).

Ici, comme dans *Parker*, il n'y a aucun doute que la décision de ceux qui prennent de la marijuana par besoin médical de ce faire pour traiter les symptômes de leurs affections médicales graves en est une d'importance personnelle fondamentale. Même si ce programme d'exemption médicale leur accorde une exemption médicale, il ne le fait que s'ils entreprennent un processus de demande astreignant et qu'ils peuvent remplir ses conditions rigoureuses. Ainsi, le programme lui-même se dresse entre les personnes et leur droit de prendre une décision d'importance personnelle fondamentale sans ingérence de l'État. Le droit à la liberté dans ce sens plus large est donc aussi impliqué dans le RAMM (p. 484).

Il est également évident que le droit à la sécurité de la personne de ceux ayant un besoin médical d'utiliser la marijuana est impliqué dans les circonstances de cette affaire. Dans *Parker*, ci-dessus, cette cour a examiné la jurisprudence et conclu que ce droit comprend le droit d'accès à un médicament raisonnablement nécessaire pour le traitement d'affections médicales sérieuses, au moins quand cet accès est entravé par l'État au moyen d'une sanction criminelle (p. 484).

(b) *Principes de justice fondamentale* - *Défaut de fournir un approvisionnement légal*

L'obligation de l'État d'obéir à la loi est fondamentale dans notre système juridique. Personne ne ferait valoir qu'il n'y a pas d'acceptation générale parmi les gens raisonnables : *Rodriguez*, ci-dessus, à 607. L'obligation de l'État d'obéir à la loi est bien établie en common law par le processus de révision judiciaire, est implicitement reconnue dans le préambule de la *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Victoria, ch. 3 (R.-U.), est expressément reconnue dans le préambule de la *Loi constitutionnelle de 1982*, et est aussi reconnue dans l'art. 52 de la *Loi constitutionnelle de 1982*. Nous n'avons aucune hésitation à conclure que l'obligation de l'État d'obéir à la loi est un principe de justice fondamentale (p. 490).

Le RAMM n'exige pas que l'État viole la loi. Cependant, il crée une alliance entre le gouvernement et le marché noir par laquelle le gouvernement autorise la possession de marijuana à des fins médicales et le marché noir fournit le produit nécessaire. Le RAMM fournit une exemption médicale viable de l'interdiction de possession de marijuana seulement pour autant qu'il y ait des personnes qui sont disposées à commettre un crime en fournissant la marijuana nécessaire à des fins médicales aux personnes que le gouvernement a jugées avoir le droit d'utiliser le médicament. En même temps, le RAMM contraint des personnes gravement malades, qui ont été jugées avoir besoin de marijuana à des fins médicales, à frayer avec des criminels pour répondre à leurs besoins médicaux. Contraindre des gens malades à se rendre au marché noir pour obtenir leur médicament ne peut que décourager le respect de la loi et parallèlement, indique que les besoins médicaux de ces personnes sont d'une certaine manière moins dignes du même type de considération que les autres besoins médicaux (p. 490).

Un programme du gouvernement qui dépend d'éléments criminels pour livrer le produit médicalement nécessaire, et qui pousse ceux qui ont besoin de ce produit vers le marché noir menace les mêmes va-

leurs qui sous-tendent l'obligation de l'État d'obéir à la loi. Le RAMM, loin de placer le gouvernement dans la position d'un modèle positif ou dans la probité morale, est calculé pour discréditer la loi et diminuer la valeur et la dignité des personnes à qui s'applique le RAMM. L'obligation du gouvernement d'obéir à la loi doit inclure une obligation de promouvoir l'observance et le respect de la loi (p. 491).

Les conséquences inévitables de l'absence d'une source légale de marijuana pour ceux qui ont été déterminés avoir un besoin médical du médicament sont en désaccord avec le principe fondamental selon lequel l'État doit obéir à la loi et en promouvoir l'observance. À notre avis, l'absence d'une source légale d'approvisionnement rend le RAMM non conforme aux principes de justice fondamentale (p. 491).

(c) Principes de justice fondamentale - Restrictions d'admissibilité au programme

Exprimée dans le libellé de l'art. 7, la notion d'équilibrer les droits individuels avec les intérêts collectifs refète en elle-même ce qu'on pourrait nommer à juste titre un « principe de justice fondamentale » lequel, si respecté, peut servir de base à justifier l'empiètement de l'État sur un droit constitutionnel autrement sacro-saint. Le concept décrit par le juge Sopinka dans *Rodriguez*, ci-dessus, est en lien avec ce principe, quand il dit que si l'action de l'État qui cause la restriction ne fait que peu ou rien pour promouvoir l'intérêt de l'État, on peut la considérer à juste titre arbitraire et non conforme à la justice fondamentale. Dans de telles circonstances, il ne peut y avoir un équilibre juste entre les droits individuels et les intérêts collectifs. Le juge Sopinka le formule ainsi, à 594 : « Lorsque la restriction du droit en cause ne fait que peu ou rien pour promouvoir l'intérêt de l'État (quel qu'il puisse être), il me semble qu'une violation de la justice fondamentale sera établie puisque la restriction du droit du particulier n'aura servi aucune fin valable » (p. 495-496).

Les appelants de *Hitzig* disent simplement que l'exigence d'avoir un deuxième spécialiste pour appuyer la demande d'un particulier de la catégorie 3 ne fait que peu ou rien pour promouvoir l'intérêt de l'État

et en ce sens, représente une restriction arbitraire. Nous sommes d'accord. L'exigence du deuxième spécialiste est nettement une restriction additionnelle à l'acquisition d'une exemption médicale pour ceux de la catégorie 3. Pourtant il est difficile de voir que le second spécialiste ajoute quoi que ce soit dont on puisse dire qu'il promeut l'intérêt de l'État. Le second spécialiste n'est pas différemment compétent du premier. Curieusement, on ne demande pas au second spécialiste de donner son opinion sur la disponibilité d'autres traitements possibles, ce qui est la principale raison évoquée par l'État de toute participation d'un spécialiste. On demande plutôt au second spécialiste de convenir avec le premier spécialiste que la marijuana soulagerait les symptômes et que les avantages l'emportent sur les risques. Et ce faisant, le second spécialiste ne voit pas le patient mais étudie seulement le dossier médical. Dans ces circonstances, l'exigence d'une seconde opinion ajoute si peu de valeur ou aucune à l'évaluation du besoin médical que ce n'est rien de plus qu'un obstacle arbitraire qui se dresse entre un particulier de la catégorie 3 et une exemption médicale. À cet égard précis seulement, les conditions d'admissibilité du RAMM ne sont pas en accord avec les principes de justice fondamentale (p. 498-499).

(d) Recours

Nous avons décrit plus tôt l'inefficacité des dispositions du RAMM au sujet de la LP [licence de production] à assurer l'approvisionnement licite des détenteurs d'une AP (autorisation de possession). Cette inefficacité semble provenir en très grande partie de deux interdictions du RAMM. Premièrement, un titulaire de LP ne peut pas être rémunéré pour cultiver la marijuana et la fournir au détenteur d'une AP (art. 34(2)). Deuxièmement, un titulaire de LP ne peut pas cultiver de marijuana pour plus d'un détenteur d'AP (art. 41(b)) ni combiner sa production avec plus que deux autres titulaires de LP (art. 54). Ces obstacles empêchent efficacement l'émergence de « clubs de compassion » légalement sanctionnés ou toute autre forme efficace d'approvisionnement aux détenteurs d'une AP. En fait, quand on lui a demandé durant l'argumentation quels obstacles spécifiques devaient

être écartés pour fournir une source d'approvisionnement légale, l'avocat des appelants de Hitzig a immédiatement cité ces dispositions (p. 502).

Comme l'indique clairement le dossier, il y a un certain nombre de gens qui ont déjà une source de marijuana et qui souhaitent s'engager à approvisionner pour des motifs humanitaires ceux qui en ont besoin à des fins médicales. En fait, la cause du gouvernement reposait en grande partie sur leur existence. Il a allégué qu'ils servent en fait de « fournisseurs non licenciés » aux détenteurs d'une AP. Il se peut que ces personnes ne satisfassent pas toutes aux exigences pour devenir titulaires d'une LP établies dans le RAMM. Cependant, nous croyons que, dans ce dossier, il y en aurait assez pour que pris ensemble avec les titulaires de LP existants, le mécanisme de LP tel que modifié pourrait alors fournir une source licite d'approvisionnement aux détenteurs d'une AP. Une fois cette modification mise en œuvre, les détenteurs d'AP n'auraient donc plus à accéder au marché noir pour obtenir la marijuana dont ils ont besoin (p. 502).

Il n'y a pas non plus, pour les titulaires d'une LP tirés des « fournisseurs non licenciés » de problème de « première semence » nécessitant qu'ils se rendent au marché noir. Ils ont déjà leur première semence. Pour les futurs titulaires d'une LP qui n'ont pas leur première semence, le problème constitutionnel présenté par leur besoin d'accéder au marché noir pour obtenir cette première semence est beaucoup moindre que le problème, en vertu du RAMM, où les détenteurs d'une AP eux-mêmes sont pour la plupart incapables d'obtenir des producteurs désignés et, n'étant pas suffisamment en santé pour cultiver leur propre marijuana, doivent accéder régulièrement et à répétition au marché noir (p. 502-503).

Toutefois, même cette difficulté de première semence limitée serait éliminée si les futurs titulaires d'une LP qui n'auraient pas déjà leur première semence pouvaient accéder à un approvisionnement du gouvernement pour l'obtenir. Le règlement qui est entré en vigueur le 8 juillet 2003 semblerait apporter cette solution (p. 503).

En prenant en bloc ces considérations, nous concluons que la voie de droit qui aborde le plus directement la

déficience constitutionnelle présentée par l'absence d'un approvisionnement licite de marijuana est de déclarer invalides les articles 34(2), 41(b) et 54 du RAMM. Cela permettra à tous les titulaires d'une LP d'être rémunérés, de cultiver pour plus qu'un détenteur d'une AP, et de combiner leurs récoltes avec plus que deux autres titulaires d'une LP. Sous réserve que le règlement du 8 juillet 2003 demeure en place et qu'il soit mis à exécution, il n'est pas nécessaire de déclarer que le gouvernement a une obligation constitutionnelle de fournir la première semence aux titulaires d'une LP qui n'en ont pas (p. 503).

....

...nous reconnaissons que le gouvernement pourrait choisir d'aborder la difficulté constitutionnelle en adoptant une approche fondamentalement différente de celle envisagée dans le RAMM. Les solutions de rechange vont du gouvernement agissant à titre de seul fournisseur, à la décriminalisation de toutes les transactions qui fournissent de la marijuana à un détenteur d'une AP. En effet, même si le gouvernement est satisfait de la solution contenue dans le RAMM tel que modifié sous notre ordonnance, il peut chercher à imposer des limites raisonnables, pourvu qu'elles n'entravent pas un approvisionnement licite efficace, par exemple au montant de la rémunération qu'un titulaire d'une LP peut réclamer ou à la taille de l'installation que le titulaire d'une LP peut exploiter.

...un élément central de la cause du gouvernement est qu'il y a une part établie du marché noir, qui a historiquement fourni une source sûre de marijuana à ceux qui en ont un besoin médical, et qu'il n'y a donc pas de problème d'approvisionnement. Le gouvernement dit que ces « fournisseurs non licenciés » devraient continuer de servir de source d'approvisionnement pour ceux qui ont une exemption médicale. Puisque notre solution a pour effet de simplement ouvrir la voie à la licenciation de ces fournisseurs, le gouvernement ne peut alléguer que notre solution est inapplicable (p. 505-506).