



Usage de la marijuana à des fins médicales

Principales considérations

Dans le but de continuer à affermir la base de données probantes cliniques et de favoriser des politiques éclairées par des données probantes, le présent document recommande aux intervenants d'envisager les activités suivantes :

- Poursuite des rencontres entre intervenants clés, dont les gouvernements fédéral et provinciaux, des associations médicales professionnelles, d'autres gouvernements et des chercheurs, afin de faire progresser des échanges factuels sur l'usage de la marijuana à des fins médicales, d'explorer des ressources possibles pour la recherche clinique connexe, et d'offrir des occasions de formation et des renseignements à jour aux professionnels de la santé.
- Continuation des échanges entre intervenants, y compris les gouvernements fédéral et provinciaux, des professionnels de la santé, et des producteurs et utilisateurs autorisés de marijuana à des fins médicales, dans le but de trouver des réponses aux questions liées à l'accès, à l'approvisionnement, à la qualité, à l'abordabilité, au choix et à la pharmacovigilance.
- Élaboration de stratégies et de produits de connaissances pour réduire les risques liés à la marijuana consommée à des fins médicales ou non thérapeutiques, dont la conduite avec facultés affaiblies, la consommation pendant la grossesse ou l'adolescence, et la consommation en cas d'antécédents familiaux ou d'autres facteurs permettant de prédire un trouble de santé mentale.

L'enjeu

La marijuana* est la drogue illicite la plus consommée au Canada; en effet, selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2013, 10,6 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré en avoir consommé dans la dernière année¹. La consommation de cannabis est généralement plus répandue chez les jeunes : le taux d'usage dans la dernière année était de 22,4 % chez les jeunes de 15 à 19 ans, et de 26,2 % chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans. Ajoutons qu'environ 27 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus qui ont pris du cannabis au cours des trois derniers mois ont déclaré en consommer tous les jours en 2012 (Santé Canada, 2013)². Bien qu'une grande partie des recherches menées à ce jour se soient intéressées aux risques pour la santé de la consommation de marijuana, des données probantes cliniques en faveur de l'usage de cette substance à des fins médicales précises commencent aussi à voir le jour. En conséquence, les responsables des politiques, les professionnels de la santé et les organismes de réglementation de la médecine recherchent des approches politiques pouvant concilier les besoins

* Consulter le glossaire à l'Annexe A pour une définition de certains termes, y compris d'autres appellations courantes de la marijuana.



des patients, les connaissances émergentes, les risques pour la santé et les préoccupations concernant le mésusage et le détournement. Le présent document d'orientation propose de l'information, des options et des étapes futures liées à l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes sur l'usage de la marijuana à des fins médicales.

La réglementation de l'accès à la marijuana à des fins médicales est compliquée par divers facteurs, notamment son statut de substance prohibée; des préoccupations liées au détournement aux fins d'un usage non thérapeutique; des valeurs et croyances sociales; et le peu de recherches sur son efficacité clinique. Il existe des prises de position diamétralement opposées sur la question, certains croyant que la marijuana a une vaste gamme de propriétés curatives et d'autres que les méfaits liés à sa consommation dépassent les bienfaits thérapeutiques potentiels. Même chez les défenseurs de l'usage de la marijuana à des fins médicales, certains pensent qu'elle devrait faire l'objet de la même réglementation que tout autre produit pharmaceutique, tandis que d'autres pensent qu'on devrait pouvoir l'obtenir sans ordonnance en tant que substance d'origine naturelle. Des groupes expriment l'inquiétude que la promotion de l'usage de la marijuana à des fins médicales comporte le message qu'elle est inoffensive, encourageant ainsi son usage à des fins récréatives. Certains sont aussi préoccupés à l'idée qu'autoriser l'usage de la marijuana à des fins médicales est une étape stratégique sur la voie de la légalisation de l'usage non thérapeutique de cette substance.

Les organismes de médecine canadiens, dont le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et la Fédération des ordres des médecins du Canada, ont exprimé des préoccupations au sujet du processus par lequel la marijuana séchée s'est inscrite dans la pratique médicale au Canada, et surtout au sujet du *Règlement sur la marijuana à des fins médicales* (RMFM). En effet, en vertu du RMFM, les professionnels de la santé, y compris les médecins et infirmiers praticiens, doivent fournir un document médical (c.-à-d. une ordonnance) autorisant le patient à obtenir de la marijuana d'un producteur autorisé. Or, les professionnels de la santé ont le sentiment de ne pas disposer de données probantes cliniques suffisantes pour le faire en connaissance de cause.

Situation actuelle

Statut juridique

Au Canada, la marijuana est régie en vertu de la [Loi réglementant certaines drogues et autres substances](#) (LRCDAS). Cette loi interdit la production, la possession et le trafic de marijuana à titre de substance inscrite à l'annexe II et prévoit des sanctions pénales pour ces activités (p. ex. amendes, emprisonnement) selon la gravité du délit. Des traités internationaux dont le Canada est signataire influent également sur la réglementation de la marijuana. La Convention unique sur les stupéfiants exige que l'usage de substances comme la marijuana qui se trouvent aux annexes de lois se limite aux seules fins des recherches médicales et scientifiques. Il est énoncé dans la Convention que la consommation et les activités connexes (production, distribution, etc.) devraient être des infractions punissables, mais avec la possibilité de déjudiciarisation en faveur du traitement selon le cas³.

À ce jour, aucune demande d'autorisation de la marijuana séchée à des fins médicales n'a été présentée à Santé Canada en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, ce qui serait le procédé normal pour approuver une drogue comme produit thérapeutique. Donc, en principe, la vente de la marijuana comme une drogue thérapeutique n'est pas autorisée. D'autre part, cette substance n'a pas été soumise aux évaluations, normes et règlements associés au processus d'approbation de Santé Canada, qui comporte notamment les éléments suivants : essais cliniques, contrôle de la qualité, dosages, voies d'administration, contre-indications, et déclaration et contrôle des réactions indésirables.



Il existe trois formes pharmaceutiques de marijuana dont l'usage est autorisé au pays par Santé Canada : le dronabinol (Marinol^{MD}), le nabilone (Cesamet^{MD}) et le nabiximols (Sativex^{MD}). Le dronabinol et le nabilone sont tous deux des drogues synthétiques distribuées sous forme de comprimés, tandis que le nabiximols est vendu comme vaporisateur oral provenant d'extraits de plante⁴.

Réglementation sur l'accès à des fins médicales

Le Canada a mis en place les premières dispositions légalisant l'accès à la marijuana à des fins médicales en 2001 avec le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMFM). Celui-ci a été élaboré après que la Cour d'appel de l'Ontario eut décidé que la LRC DAS contrevenait à l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* en n'offrant pas d'exemption adéquate pour l'usage thérapeutique⁵. En vertu du RAMFM, les patients présentaient une demande à Santé Canada pour obtenir une « autorisation de possession ». La demande devait inclure une déclaration médicale fournie par un médecin. Les patients autorisés avaient la possibilité de se procurer du cannabis directement auprès de Santé Canada ou en demandant une licence de production à des fins personnelles ou à titre de personne désignée⁶. Au mois de janvier 2014, 37 844 Canadiens étaient autorisés à posséder de la marijuana séchée à des fins médicales.

Santé Canada a mis en œuvre le RMFM en juin 2013 en énonçant les objectifs d'atténuer les risques pour la sécurité personnelle liés à la culture à domicile et d'aller vers un modèle traitant la marijuana autant que possible comme tout autre narcotique utilisé à des fins médicales. Avec la mise en œuvre du RMFM, Santé Canada ne fait plus partie du processus d'autorisation pour les patients, et les licences de production à des fins personnelles ou à titre de personne désignée sont éliminées. En vertu du RMFM, Santé Canada délivre des licences à des producteurs commerciaux qui fournissent directement le produit aux patients autorisés. Ce sont maintenant les professionnels de la santé qui autorisent l'accès en signant un document médical (c.-à-d. une ordonnance). Le document médical doit préciser la quantité quotidienne de marijuana séchée que la personne l'ayant obtenue est autorisée à avoir en sa possession ainsi que la période d'usage (jusqu'à un an). À tout moment, les patients ont le droit de posséder jusqu'à 150 grammes du produit ou au maximum l'équivalent d'un mois de la quantité quotidienne prescrite. En vertu du règlement initial, les producteurs ne pouvaient fournir que de la marijuana séchée. Or, depuis juillet 2015, les producteurs peuvent fournir de la marijuana fraîche (bourgeons et feuilles), séchée ou sous forme d'huile⁷. Ce changement est la conséquence de la décision de juin 2015 de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *R. c. Smith*⁸, selon laquelle l'interdiction frappant la possession de formes non séchées de marijuana à des fins médicales limite le droit à la liberté de la personne.

Le RMFM a officiellement remplacé le RAMFM le 1^{er} avril 2014. Cependant, le nouveau règlement a été contesté devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique au motif qu'il force des patients ne pouvant pas se payer de la marijuana cultivée commercialement à choisir de mettre leur santé en péril ou d'enfreindre la loi en continuant leur production à domicile. Cette cause a été entendue par la Cour suprême du Canada en février 2015. Un juge de la Cour fédérale en Colombie-Britannique a émis une injonction provisoire prolongeant les autorisations de possession valides au 31 mars 2014, ainsi que les licences de production à des fins personnelles ou à titre de personne désignée valides au 30 septembre 2013, en attendant que la cour d'appel ait tranché. Si l'appel obtient gain de cause, plusieurs correctifs pourraient être apportés, comme le maintien des licences (éventuellement en élaborant des règlements supplémentaires) ou la prise de mesures financières visant à assurer l'accès abordable au produit cultivé commercialement (p. ex. des subventions versées aux patients pouvant démontrer qu'ils sont dans le besoin).

En juin 2014, le gouvernement du Canada a aussi déposé des modifications réglementaires qui exigeront des producteurs autorisés qu'ils fassent rapport aux autorités attributives de licences en



matière de soins de santé (p. ex. collèges des médecins provinciaux) deux fois par an. Ces rapports présenteront de l'information sur les professionnels de la santé qui fournissent des documents médicaux autorisant le patient à utiliser de la marijuana et la quantité qu'ils autorisent, ainsi que des renseignements de base sur les patients. La collecte de cette information vise à favoriser la surveillance de la pratique professionnelle et des tendances de l'accès.

Lignes directrices pour les médecins

En septembre 2014, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a publié un document d'orientation à l'intention des médecins qui envisageraient d'autoriser un usage de la marijuana à des fins médicales⁹. Sept collèges provinciaux des médecins avaient déjà publié des directives ou des recommandations à ce sujet destinées aux médecins[†]. Tous ces documents soulignent l'insuffisance de données probantes cliniques sur les indications, dosages, interactions, risques et effets bénéfiques de la marijuana à des fins médicales¹⁰. En cela, ils sont d'ailleurs conformes aux approches à l'échelle internationale en recommandant aux médecins de d'abord essayer les traitements conventionnels et de ne fournir un document médical pour de la marijuana qu'en dernier recours. Le document d'orientation du CMFC précise que l'autorisation doit être envisagée exclusivement pour les patients souffrant de douleur neuropathique réfractaire aux traitements classiques. Certaines directives ajoutent aux considérations cliniques des considérations déontologiques comme une interdiction aux médecins d'imposer des frais supplémentaires pour autoriser l'usage de la marijuana, ainsi qu'une interdiction d'effectuer des consultations virtuelles avec une personne avec laquelle ils n'ont pas déjà une relation médecin-patient[‡].

La situation dans d'autres pays

Dans la plupart des pays, la marijuana n'est pas une substance thérapeutique autorisée. L'ordonnance de formes synthétiques de cannabinoïdes (p. ex. nabilone, dronabinol) est autorisée dans quelques pays pour traiter des conditions précises. Des recherches cliniques et par observation sont en cours pour constituer la base de données probantes nécessaire à l'évaluation de propositions visant à élargir l'usage de la marijuana végétale et des cannabinoïdes synthétiques, ainsi que l'accès à ces substances, à des fins médicales. Les paragraphes suivants résument l'information sur quelques programmes de marijuana à des fins médicales relativement développés.

États-Unis : Vingt-trois États et le district fédéral de Columbia disposent de mesures législatives autorisant l'usage de la marijuana à des fins médicales. La plupart des États exigent la tenue d'un registre des patients (p. ex. Colorado, Oregon, Rhode Island), d'autres tiennent un registre à titre volontaire (Maine, Californie) et l'État de Washington permet d'utiliser les documents des médecins comme défense affirmative (c.-à-d. une ordonnance valide permet d'éviter une poursuite judiciaire en cas d'arrestation pour possession) sans tenir un registre central. Un nombre restreint d'autres États (Floride, Kentucky, Maine) a récemment approuvé l'usage d'extraits de cannabidiol (CBD), principalement pour traiter des troubles convulsifs. Ces extraits doivent avoir une teneur en tétrahydrocannabinol (THC) nulle ou négligeable.

Certains États restreignent l'ordonnance à seulement quelques diagnostics (p. ex. SIDA, cancer, maladie de Crohn), tandis que d'autres sont bien plus vagues (p. ex. « toute autre maladie que la marijuana peut soulager » [*traduction*]¹¹). La plupart des États ont un système réglementé de

[†] Ceux de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Québec, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador. Ceux de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard élaborent actuellement des lignes directrices.

[‡] Consulter notamment les [Directives concernant l'ordonnance de cannabis séché à des fins médicales](#) émises par le Collège des médecins du Québec.



dispensaires, mais la gamme de produits offerts et la répartition des dispensaires ne sont pas uniformes. Par exemple, le Minnesota a récemment instauré un programme médical limitant l'offre de la marijuana aux produits sous forme de liquide, d'huile et de comprimé, en excluant la matière végétale séchée¹². Puisque la marijuana est inscrite à l'annexe I de la *Controlled Substances Act* [loi relative aux substances placées sous contrôle] des États-Unis, les médecins ne peuvent pas la prescrire. Toutefois, la plupart des États stipulent que tout usage à des fins médicales doit être validé par la recommandation ou l'autorisation d'un médecin.

Une certaine controverse entoure les mesures fédérales d'application de la loi visant les dispensaires médicaux dans les États ayant autorisé l'usage à des fins médicales. En mai 2014, la Chambre des représentants a adopté la *Commerce, Justice, Science, and Related Agencies Appropriations Act* [loi de crédits concernant le commerce, la justice, les sciences et les organismes connexes] qui stipule que les fonds du département de la Justice des États-Unis ne doivent pas être utilisés aux fins de la prévention de la mise en œuvre par les États des lois autorisant l'usage de la marijuana à des fins médicales¹³. Pour être promulguée, la loi devra recevoir l'aval du Sénat et être approuvée par le président.

Pays-Bas : Le programme de marijuana à des fins médicales des Pays-Bas a été lancé en l'an 2000. Dans le cadre de ce programme, l'Office for Medicinal Cannabis (OMC) [bureau du cannabis médicinal] créé en 2001 dispose du monopole de la production, de la distribution, de l'importation et de l'exportation de la marijuana. Ce bureau offre quatre types de marijuana avec diverses teneurs en THC et en CBD distribués par les pharmacies sur ordonnance d'un médecin¹⁴. Les directives de l'OMC concernant les patients recommandent de consommer la marijuana sous forme de thé infusé ou à l'aide d'un vaporisateur¹⁵. L'OMC ne limite pas l'ordonnance de la marijuana à seulement certains troubles médicaux, mais suggère aux médecins de ne pas la prescrire comme premier traitement et d'envisager de la prescrire uniquement lorsque les traitements standards n'ont pas eu l'effet escompté ou ont produit des effets secondaires indésirables.

Royaume-Uni : Le Royaume-Uni a autorisé la mise sur le marché des cannabinoïdes synthétiques nabiximols (le médicament Sativex) et nabilone pour le traitement d'un nombre restreint de troubles médicaux. Classés comme produits pharmaceutiques réglementés, ils sont prescrits par des médecins et délivrés par des pharmacies. L'usage de plantes séchées et d'extraits à base de végétaux n'est pas homologué.

Données probantes

Données probantes cliniques : Il y a un certain nombre de résumés de grande qualité des données probantes actuelles sur les propriétés et applications médicales de la marijuana. Le rapport de Santé Canada *Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis*¹⁶ et la série du CCLT *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Usage de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales*³ en sont deux exemples canadiens notables. À mesure que de nouvelles études précliniques[§] et cliniques sont lancées, des données probantes supplémentaires s'accumulent. La plupart des cadres réglementaires précisant le traitement de certains troubles médicaux (p. ex. douleurs neuropathiques et musculo-squelettiques; nausées et vomissements associés aux chimiothérapies; manque d'appétit et syndrome cachectique chez les patients souffrant du SIDA; hypertension spastique) se fondent sur des données probantes cohérentes portant sur l'efficacité.

§ Les études précliniques servent à établir l'innocuité et la faisabilité avant d'entamer des essais cliniques avec des sujets humains.



Retombées sur l'usage non thérapeutique : Une des préoccupations centrales liées à l'autorisation de l'usage de la marijuana à des fins médicales est que cela augmentera les taux d'usage non thérapeutique à l'échelle de la population et surtout chez les jeunes. Cette préoccupation provient de l'idée que si l'usage de la marijuana à des fins médicales est autorisé, cela pourrait donner l'impression que toute consommation de cette substance est bénéfique ou sans danger¹⁷; c'est d'ailleurs une idée déjà exprimée par de jeunes Canadiens¹⁸. Certaines données probantes indiquent que la réduction de la perception du risque est associée à une augmentation du taux de consommation de marijuana chez les jeunes¹⁹.

En effet, les États américains susmentionnés disposant de lois sur l'usage de la marijuana à des fins médicales tendent à avoir des taux plus élevés d'usage non thérapeutique déclaré. Or, cela n'indique pas forcément que les lois en question mènent à des taux de consommation plus élevés, et les études réalisées n'établissent pas de lien causal^{20,21}. Puisque des taux de consommation plus élevés sont antérieurs à l'introduction des lois pertinentes, il est plus probable que des normes sociales en vigueur favorables à la consommation soient elles aussi prédictives d'une plus forte adhésion du public à ces lois²².

Risques sanitaires et sociaux : Les données sont cohérentes en ce qui concerne les risques et méfaits liés à la consommation de marijuana, que ce soit à des fins médicales ou non thérapeutiques. La marijuana affaiblit la capacité de conduire et augmente le risque d'accidents et de décès de la route. Certaines données probantes montrent qu'un bien plus grand accès à la marijuana à des fins médicales est associé à une augmentation des accidents de la route mortels impliquant un conducteur avec un résultat positif au test de dépistage à la marijuana²³. L'initiation précoce à la consommation de marijuana est associée à un risque accru de psychose chez ceux avec des facteurs de risque préexistants. Ces risques deviennent plus grands si l'initiation se fait plus tôt dans la vie et si le niveau de consommation est plus élevé. Cela démontre encore l'importance d'assurer que la politique de réglementation est éclairée par des données probantes cliniques et des considérations relatives à la santé publique. Des données préliminaires indiquent notamment que la mise sur le marché de la marijuana à des fins médicales est associée à une réduction de la perception du risque de la consommation de marijuana²⁴. Cela concorde avec les principes de base de la commercialisation, le fondement de tout investissement pour diffuser et promouvoir un produit, pour influencer les normes sociales et les comportements de consommation.

Limites

Données probantes cliniques : Une grande partie de l'information publiée sur l'efficacité clinique de la marijuana à des fins médicales provient d'études de courte durée portant sur de petits échantillons. De plus, les patients participant à ces études ne représentent pas toujours la plupart des patients cherchant à obtenir l'autorisation d'utiliser de la marijuana à des fins médicales. Des études se sont notamment penchées sur des personnes souffrant de douleurs neuropathiques, alors que les clients qui désirent avoir accès à de la marijuana à des fins médicales sont plus susceptibles de se plaindre d'une douleur dorsale ou causée par l'arthrite ou la fibromyalgie²⁵. Il y a peu de résultats d'essais cliniques publiés, par exemple sur les effets nuisibles, les différentes souches et les dosages. De telles données probantes serviraient généralement à éclairer des lignes directrices cliniques destinées aux professionnels de la santé.

Mise en œuvre des programmes : Le nombre de patients inscrits aux programmes de marijuana à des fins médicales varie selon la période et le lieu^{26,27}. Il faudra davantage d'information pour mieux comprendre à quel point cette variabilité peut être associée à des facteurs comme la sensibilisation des patients et des professionnels de la santé, les critères d'admissibilité, le coût et les normes sociales, ainsi que pour mieux saisir les retombées sur la possibilité de répondre aux besoins des



patients et d'éviter le mésusage. Certaines données révèlent également des pratiques de prescription problématiques comme un nombre disproportionné d'autorisations relatives aux patients provenant d'un petit nombre de professionnels de la santé. Malheureusement, les données sont pour la plupart anecdotiques et les pratiques problématiques n'ont pas été systématiquement étudiées. Si elle est adoptée, la modification proposée au RMFM qui exigera des distributeurs autorisés au Canada qu'ils fournissent sur demande des renseignements aux autorités provinciales attributives de licences permettra de dégager des tendances et des irrégularités dans les pratiques de prescription.

Les données probantes tirées de la recherche en matière de politiques sur le tabac et l'alcool peuvent éclairer les démarches politiques visant à réduire la consommation de marijuana chez les jeunes et à lutter contre la conduite avec facultés affaiblies par la marijuana. On peut citer à titre d'exemple de stratégies efficaces le contrôle du prix des boissons alcoolisées, les restrictions en matière de publicité et les dispositions pour limiter les points de vente. Cependant, il faut reconnaître que les politiques sur le tabac et l'alcool n'impliquent pas la question de l'usage à des fins médicales. Au vu de cette différence, il serait également utile d'intégrer de nouvelles connaissances sur la réduction du mésusage de produits pharmaceutiques psychoactifs.

Retombées sur la consommation non thérapeutique : Les études portant sur les retombées des lois autorisant l'usage de la marijuana à des fins médicales sur la consommation à des fins récréatives ont été faites par observation et n'ont pas pu établir de lien causal ou des mécanismes d'influence. Les retombées dans d'autres pays pourraient ne pas se reproduire au Canada étant donné les différentes conjonctures sanitaires, sociales, culturelles et de consommation de produits pharmaceutiques et de drogues illicites. Des limites semblables touchent la recherche sur la capacité de diverses approches de réglementation à répondre aux besoins de patients, quoique des travaux sont en cours²⁸. Enfin, certaines données probantes indiquent qu'une plus faible réglementation (p. ex. modalités flexibles concernant la vente au détail et la production à des fins personnelles ou à titre de personne désignée) est susceptible d'entraîner une augmentation du pourcentage de marijuana détournée. Là encore, des études plus poussées sont nécessaires pour définir quelle serait la structure réglementaire optimale.

Lacunes

Données probantes cliniques : D'un point de vue médical, il y a surtout une insuffisance d'informations sur le plan des données probantes cliniques dont les professionnels de la santé ont besoin pour conseiller les patients sur les dosages, souches et modes d'ingestion adéquats pour des troubles médicaux précis, ainsi que sur les contre-indications, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables et sur d'autres troubles médicaux, et les risques associés à l'usage prolongé. Ces données commencent à être publiées, mais le corpus de données probantes actuel n'atteint pas un niveau de qualité acceptable pour les collèges des médecins canadiens. Cette information serait également utile aux responsables fédéraux et provinciaux des politiques et aux décideurs des collèges des médecins formulant des directives concernant l'admissibilité.

Mise en œuvre des programmes : D'autres lacunes concernent la question de la conciliation des droits du patient et des préoccupations relatives à l'innocuité, à la sécurité et aux risques pour la santé publique. Par exemple, les lois portant sur les produits fumés interdisent la consommation de tabac dans les espaces publics et le milieu de travail, mais n'abordent pas le sujet de la marijuana. Les employeurs sont tenus d'accommoder les préoccupations légitimes des employés concernant leur santé, et il peut s'agir tant d'employés utilisant de la marijuana à des fins médicales que d'employés ne souhaitant pas être exposés à de la fumée de marijuana secondaire.



Risques sanitaires et sociaux : De nombreux méfaits connus sont associés à la consommation de marijuana, dont des déficiences cognitives et un risque accru de psychose chez ceux qui présentent des facteurs de risque préexistants. Ces risques deviennent plus grands si l'initiation se fait plus tôt dans la vie et si le niveau de consommation est plus élevé, faits inquiétants par rapport à la consommation chez les jeunes. Néanmoins, des pratiques exemplaires reconnues existent dans la prévention de la toxicomanie chez les jeunes, comme le renforcement de la résilience et des messages factuels adaptés à l'âge. Toutefois, il y a des lacunes dans les connaissances sur des politiques pouvant prévenir le détournement ou le mésusage de substances produites à des fins médicales. L'expérience des États-Unis indique qu'une plus faible réglementation (p. ex. modalités flexibles concernant la vente au détail et la production à des fins personnelles ou à titre de personne désignée) est susceptible d'entraîner une augmentation du pourcentage de marijuana détournée, mais cela mérite une analyse plus systématique. Il est aussi difficile de déterminer la mesure dans laquelle certains exagèrent ou créent des symptômes pour justifier l'usage de la marijuana à des fins non thérapeutiques ou pour traiter un trouble qui ne compte pas parmi les applications autorisées.

Contexte évolutif des politiques publiques : Une autre lacune dans les connaissances concerne les retombées potentielles de modifications des politiques sur la consommation de la marijuana à des fins récréatives – comme la décriminalisation ou la légalisation – sur l'usage à des fins médicales. Certains patients pourraient, par exemple, choisir d'obtenir le produit directement de fournisseurs non médicaux. Des données préliminaires viennent appuyer cette hypothèse, car les ventes de marijuana à des fins médicales ont connu une baisse au Colorado en mars et avril 2014, tandis que les ventes du produit à des fins récréatives connaissent une augmentation soutenue depuis la légalisation de la vente au détail le 1^{er} janvier 2014²⁹. Des données sur les tendances persistantes et de l'information qualitative sont nécessaires pour comprendre ce lien.

Pistes de changements

Mettre au point des politiques qui répondent aux diverses préoccupations des parties intéressées par cet enjeu continuera d'être un défi de taille. Or, puisque les tribunaux ont ordonné à Santé Canada de veiller à ce que les Canadiens aient un accès raisonnable à la marijuana à des fins médicales, c'est un défi qu'il faut continuer à relever.

Pratique clinique : Le Collège des médecins du Québec et le Consortium canadien de recherche sur les cannabinoïdes sont en train de mettre en place un projet de pharmacovigilance pour surveiller les effets indésirables et les résultats liés à l'usage de la marijuana à des fins médicales au Canada. Ce projet produira des données d'observation, mais pas de données relatives à des essais cliniques. À ce jour, seul un essai clinique contrôlé en vertu du RMFM a été annoncé au Canada : il examinera l'usage de la marijuana comme analgésique pour soulager l'arthrose du genou. Il y a plusieurs voies à explorer pour appuyer la recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales, y compris des subventions publiques, des régimes incitatifs monétaires, et des partenariats avec des entreprises privées, des organismes de médecine et le milieu universitaire. Toutes ces options impliquent des besoins en ressources qui posent un défi important dans un contexte d'austérité budgétaire.

En l'absence de l'orientation usuelle sur l'ordonnance de médicaments approuvés par Santé Canada, les professionnels et les organismes de la santé veulent de l'information qui leur permettra de mieux répondre aux besoins de leurs patients sans assumer des responsabilités injustifiées. Il y a là une occasion de puiser dans les lignes directrices publiées par les collèges des médecins pour offrir un cadre de référence cohérent à l'échelle du pays. Ce cadre de référence pourra également s'appuyer sur l'information contenue dans le rapport de Santé Canada *Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis*¹³ qui a d'ailleurs été bien accueilli par le corps médical. Il serait utile d'y ajouter des conseils pratiques pour les médecins prescripteurs, notamment sur le



consentement éclairé et des préoccupations liées à la sécurité comme la conduite sous influence, le détournement du médicament, l'approvisionnement auprès de sources illicites, et l'entreposage et la destruction sécuritaires.

Des essais cliniques continus sur les cannabinoïdes synthétiques peuvent et devraient accompagner la recherche actuellement en cours sur l'usage de préparations à base de plantes. Une autre piste de recherche bénéfique pour les patients et les professionnels de la santé est celle des modes d'ingestion qui réduisent les méfaits liés au cannabis fumé et facilitent le contrôle des dosages.

Au vu de l'absence de données probantes issues d'essais cliniques, la question se pose de savoir s'il faut préciser quels symptômes et troubles médicaux chez un patient justifient l'autorisation de l'usage de la marijuana à des fins médicales, et comment il serait possible de le faire. Des exigences plus contraignantes pour une telle autorisation permettent aux professionnels de la santé de se tenir aux données probantes actuelles plus fiables. Elles limiteront aussi le nombre de patients autorisés à participer au programme. Cependant, ces contraintes peuvent faire l'objet de contestations judiciaires de la part de patients qui ne satisfont pas aux critères. Il y a aussi le dilemme moral opposant la possibilité que le patient utilise de la marijuana à des fins médicales sous la supervision de son médecin à la possibilité qu'il le fasse clandestinement, surtout si l'on prend en compte le facteur de l'approvisionnement (source veillant au contrôle de la qualité ou marché noir).

Rôle du professionnel de la santé : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a recommandé que l'exigence actuelle de fournir un « document médical » soit remplacée par une déclaration du médecin⁷ qui confirmerait que le patient correspond aux critères généraux de l'usage de la marijuana à des fins médicales ou indiquerait que le médecin ne s'oppose pas au choix du patient d'en consommer à des fins médicales. À noter qu'une telle déclaration n'impliquerait pas le même niveau d'imputabilité et de responsabilité professionnelle qu'une ordonnance²².

Une autre option serait de créer une licence à titre de médecin désigné accordée aux médecins spécialisés dans l'usage de la marijuana à des fins médicales, semblable au système en place concernant la méthadone. Cela aurait l'avantage d'offrir aux patients la possibilité de consulter un médecin spécialiste. L'expertise de ce dernier serait particulièrement utile connaissant la difficulté de rester au fait de nouvelles données probantes dans un domaine où les données probantes cliniques n'en sont qu'aux tout premiers stades. Le modèle appliqué à la méthadone pourrait offrir des leçons quant aux défis à anticiper comme un accès limité aux spécialistes autorisés, surtout dans des régions rurales ou éloignées.

Licences de production à des fins personnelles ou à titre de personne désignée : Le RMFM a éliminé les licences de production à des fins personnelles ou à titre de personne désignée en réponse aux préoccupations relatives à l'innocuité et à la sécurité de conditions de culture inadéquates (p. ex. moisissure, incendie électrique), ainsi qu'aux possibilités de vol et de détournement du produit vers le marché noir. Le Canada n'est pas le seul pays à exprimer ces préoccupations; aux États-Unis, plusieurs États ont progressivement adopté des modifications réglementaires pour essayer de combler des failles exploitées dans le contexte d'activités criminelles. La mise en œuvre de licences prenant en compte de tels risques et failles comportera des exigences qui seront plus coûteuses pour ceux cherchant à obtenir des licences et pour les gouvernements qui auront à les surveiller.

La distribution par des producteurs autorisés commerciaux facilite la réglementation et le contrôle du produit. Cependant, cette approche a été critiquée parce qu'elle limite la gamme de produits que peut utiliser le patient, surtout à court terme, et mène à une hausse des prix comparativement à la production à des fins personnelles par le patient. Le résultat de la contestation judiciaire actuelle sur l'élimination des licences de production à des fins personnelles ou à titre de personne désignée orientera l'approche à de futures mesures législatives portant sur la source du produit.



Retombées sur l'usage non thérapeutique : On peut s'appuyer sur le corpus de données probantes pertinent tiré de la réglementation de l'accès des jeunes au tabac et à l'alcool pour réduire le taux d'usage (p. ex. interdire la publicité, limiter l'accès)³⁰. De même, on peut s'inspirer d'initiatives efficaces de réduction de la fréquence de la conduite sous l'effet de l'alcool pour contrer la conduite sous l'effet de la marijuana. Des messages clairs soulignant la différence entre l'usage de la marijuana à des fins médicales et non médicales contribueraient à sensibiliser aux méfaits associés à l'ingestion de cette substance en précisant les limites des applications thérapeutiques (c.-à-d. que les effets de la marijuana ne sont bénéfiques que pour certains patients et troubles médicaux).

Contexte évolutif des politiques publiques : Quoiqu'il soit peu probable à court terme que la marijuana soit légalisée au Canada, la légalisation aurait une incidence sur l'accès à des fins médicales. Dans un cadre réglementaire de légalisation, des lois et règlements distincts sur la marijuana à des fins médicales et non médicales seraient sans doute maintenus. Au Colorado, par exemple, les taxes sur la marijuana vendue à des fins non thérapeutiques sont bien plus élevées que sur la marijuana vendue à des fins médicales.

Conclusion

La consommation de substances psychoactives représente un enjeu de santé. Cela est d'autant plus vrai si l'on prend en compte l'usage de substances psychoactives à des fins médicales. L'objectif d'offrir les meilleurs soins possible aux Canadiens devrait donc orienter le débat sur les options de politique publique relatives à cet enjeu complexe. La recherche de solutions exigera la collaboration entre les nombreuses parties intéressées. Ce travail a déjà débuté avec des comités consultatifs d'experts et des consultations menées par Santé Canada.



Annexe A : Glossaire

Cannabidiol (CBD) : Cannabinoïde sans effet psychoactif décelable¹³.

Cannabinoïde : Groupe de composés à la structure chimique similaire présents dans le plant de cannabis³.

Cannabinoïde synthétique : Cannabinoïde fabriqué artificiellement en laboratoire.

Cannabinol (CBN) : Produit de l'oxydation du THC, représentant une nettement moindre psychoactivité que celui-ci¹³.

Cannabis : Matière verdâtre ou brunâtre qui ressemble au tabac et consiste en sommités fleuries, fruits et feuilles séchés du plant de cannabis, le *Cannabis sativa*³.

Marijuana/marihuana : Nom usuel du cannabis, le plus souvent écrit avec un « j ».

Résine de cannabis (hachisch) : Sécrétion résineuse brun foncé ou noire des sommités fleuries du plant de cannabis³.

Tétrahydrocannabinol (THC) : Cannabinoïde connu pour ses effets psychotropes¹³.





-
- ¹ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues : Sommaire des résultats pour 2013*, Ottawa, chez l'auteur, 2015.
- ² Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, Ottawa, chez l'auteur, 2015.
- ³ Nations Unies. Convention unique sur les stupéfiants de 1961, *Recueil des Traités*, vol. 976, n° 14152, 1961.
- ⁴ Kalant, H., et A.J. Porath-Waller. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Usage de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.
- ⁵ R. c. Parker, Institut canadien d'information juridique 5762 (CA ON 2000).
- ⁶ *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, DORS/2001-227, 2001.
- ⁷ Santé Canada. *Déclaration concernant la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire R. c. Smith*, 2015. Consulté le 21 juillet 2015 au <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/info/licencedproducer-producteurautorise/decision-r-v-smith-fra.php>.
- ⁸ R. c. Smith, 2015 CSC 34.
- ⁹ Collège des médecins de famille du Canada. *Autorisation de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété*, Mississauga, chez l'auteur, 2014.
- ¹⁰ Owens, B. « Colleges set guidelines for marijuana », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, n° 9, E315, 2014.
- ¹¹ California Department of Justice. *Guidelines for the Security and Non-Diversion of Marijuana Grown for Medical Use*, 2008. Consulté le 28 août 2014 au http://www.ag.ca.gov/cms_attachments/press/pdfs/n1601_medicalmarijuanaguidelines.pdf.
- ¹² A bill for an act relating to health; providing for medical cannabis registry program; authorizing rulemaking; establishing duties of patients, health care practitioners, and manufacturer of medical cannabis ... proposing coding for new law in Minnesota Statutes, chapter 152, S.F. 2470, State of Minnesota, 88th session, 2014.
- ¹³ An Act making appropriations for the Departments of Commerce and Justice, Science, and Related Agencies for the fiscal year ending September 30, 2015, and for other purposes, H.R. 4660, 113th Cong., 2014.
- ¹⁴ Office for Medicinal Cannabis; Ministry of Health, Welfare and Sport (Pays-Bas). *Medicinal cannabis*. Consulté le 28 août 2014 au <http://www.cannabisbureau.nl/en/>.
- ¹⁵ Office for Medicinal Cannabis; Ministry of Health, Welfare and Sport (Pays-Bas). *Medicinal cannabis information for patients*, La Haye, chez l'auteur, 2011.
- ¹⁶ Santé Canada. *Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marijuana, marijuana) et les cannabinoïdes*, Ottawa, chez l'auteur, 2013.
- ¹⁷ Gorman, D.M., et J. Charles Huber, Jr. « Do medical cannabis laws encourage cannabis use? », *International Journal of Drug Policy*, vol. 18, n° 3, 2007, p. 160-167.
- ¹⁸ Porath-Waller, A.J., J.E. Brown, A.P. Frigon et H. Clark. *Ce que la jeunesse canadienne pense du cannabis*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- ¹⁹ Johnston, L.D., P.M. O'Malley, R.A. Miech, J.G. Bachman et J.E. Schulenberg. *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2013: 2013 Overview: Key Findings on Adolescent Drug Use*, Ann Arbor, Institute for Social Research, University of Michigan, 2014.
- ²⁰ Harper, S., E.C. Strumpf et J.S. Kaufman. « Do medical marijuana laws increase marijuana use? Replication study and extension », *Annals of Epidemiology*, vol. 22, n° 3, 2012, p. 207-2122.
- ²¹ Lynne-Landsman, S.D., M.D. Livingston et A.C. Wagenaar. « Effects of State Medical Marijuana Laws on Adolescent Marijuana Use ». *American Journal of Public Health*, n° 103, n° 8, 2013, p. 1500-1506.
- ²² Cerdá, M., M. Wall, K.M. Keyes, S. Galea et D. Hasin. « Medical marijuana laws in 50 states: Investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 120, n° 1-3, 2012, p. 22-27.
- ²³ Salomonsen-Sautel, S., S.J. Min, J.T. Sakai, C. Thurstone et C. Hopfer. « Trends in fatal motor vehicle crashes before and after marijuana commercialization in Colorado », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 140, 2014, p. 137-144.
- ²⁴ Schuermeyer, J., S. Salomonsen-Sautel, R.K. Price, S. Balan, C. Thurstone, S.J. Min et J.T. Sakai. « Temporal trends in marijuana attitudes, availability and use in Colorado compared to non-medical marijuana states: 2003-11 », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 140, 2014, p. 145-155.
- ²⁵ Kahan, M., et S. Spithoff. « How physicians should respond to the new cannabis regulations », *Canadian Journal of Addiction*, vol. 4, n° 3, 2013, p. 13-18.
- ²⁶ Colorado Department of Public Health and Environment. *Medical marijuana registry program update (as of March 31, 2014)*, 2014. Consulté le 28 août 2014 au https://www.colorado.gov/pacific/sites/default/files/CHED_MMJ_03_2014_MMR_report.pdf.
- ²⁷ Montana Department of Public Health and Human Services. *Montana Marijuana Program (MMP) May 2014 Registry Information*, 2014. Consulté le 12 juin 2014 au <http://www.dphhs.mt.gov/marijuanaprogram/mmpregistryinformation.pdf>.
- ²⁸ University of British Columbia. *CANARY : Étude des règlements sur l'accès au cannabis*, 2014. Consulté le 28 août 2014 au <http://canarystudy.ca/>.
- ²⁹ Colorado Department of Revenue. *Colorado Marijuana Tax Data*, 2014. Consulté le 28 août 2014 au <http://www.colorado.gov/cs/Satellite/Revenue-Main/XRM/1251633259746>.
- ³⁰ Haden, M., et B.P. Emerson. « A vision of cannabis regulation: A public health approach based on lessons learned from the regulation of alcohol and tobacco », *Open Medicine*, vol. 8, n° 2, 2014, p. e73-e80.