



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 024 • 2^e SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 1^{er} mai 2014

—
Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 1^{er} mai 2014

•(0845)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Mesdames et messieurs, bonjour. C'est à peu près l'heure de commencer. La séance est ouverte.

Au cours de la première heure de la nouvelle étude que nous amorçons ce matin, nous allons entendre le témoignage de représentants du ministère. Puis, au cours de la deuxième heure, nous accueillerons d'autres témoins; l'un comparaitra en personne, et l'autre, par vidéoconférence.

Commençons. Hilary Geller, Robert Ianiro et Cindy Moriarty sont avec nous aujourd'hui. Je verrai si j'ai bien prononcé vos noms quand vous aurez à prendre la parole.

En ce qui concerne vos exposés, avez-vous 10 minutes en tout ce matin ou 10 minutes chacun?

Mme Hilary Geller (sous-ministre adjointe, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, ministère de la Santé): Je serai la seule à en faire un.

Le président: D'accord. Nous allons vous laisser commencer, puis nous poserons des questions selon notre procédure habituelle.

Madame Geller, la parole est à vous.

Mme Hilary Geller: Monsieur le président, je vous remercie pour cette occasion de comparaître devant les membres du Comité permanent de la santé afin de discuter des risques pour la santé quant à l'usage de la marijuana.

Je m'appelle Hilary Geller et je suis sous-ministre adjointe, Santé environnementale et sécurité des consommateurs, à Santé Canada. Mes collègues sont responsables des programmes, qui, ensemble, appuient les efforts du gouvernement visant à protéger les Canadiens contre les risques pour la santé associés à la consommation de drogues illicites.

Robert Ianiro est le directeur général, Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme, et il peut répondre aux questions touchant le rôle de Santé Canada dans la réglementation de substances contrôlées comme la marijuana. Cindy Moriarty est la directrice exécutive des Programmes de santé et initiatives stratégiques, et elle participe aux programmes de la Stratégie nationale antidrogue du ministère.

Dans mes observations ce matin, j'offrirai un aperçu des principales lois réglementant les drogues au Canada. Ensuite, je présenterai des données de surveillance concernant les répercussions sur la santé de l'usage de la marijuana, y compris des connaissances concernant la sensibilisation du public aux risques associés à l'usage de la marijuana.

Je crois savoir que vous entendrez des experts en recherche et des représentants d'organisations nationales de la santé, et d'autres organisations de la santé, au cours de votre étude. J'aimerais préciser

qu'à Santé Canada, nous ne menons pas le genre de travaux de recherche fondamentale qu'ils font. Toutefois, nous comptons énormément sur le travail et les conseils de ces experts que nous utilisons pour éclairer nos décisions touchant l'annexe des médicaments, la sensibilisation des jeunes et la participation du Canada aux forums internationaux sur les politiques touchant les drogues.

Tandis que le comité commence à examiner les dangers associés à l'usage de la marijuana, il pourrait être utile d'avoir un aperçu du cadre législatif qui gouverne les substances contrôlées comme la marijuana. La Loi réglementant certaines drogues et autres substances, ou LRDS, est l'instrument législatif fédéral de lutte contre les stupéfiants au Canada. Elle offre un fondement législatif pour le contrôle de substances pouvant modifier les processus mentaux et qui peuvent représenter un danger pour la santé d'une personne ou la société, lorsqu'on en abuse ou qu'elles sont détournées vers le marché clandestin. Des centaines de substances sont régies par la LRDS, allant d'opioïdes sur ordonnance, comme la codéine et la morphine, à des drogues illicites comme la méthamphétamine en cristaux.

La LRDS répond aux obligations internationales du Canada en vertu des traités des Nations Unies en matière de stupéfiants qui visent à garantir l'accès aux substances contrôlées et aux produits chimiques utilisés pour les produire à des fins médicales légitimes ou à des fins scientifiques tout en les assujettissant à des contrôles serrés qui réduisent les possibilités de détournement de la chaîne d'approvisionnement légitime. Ainsi, la LRDS remplit une double vocation: protéger la santé publique et maintenir la sécurité publique.

La Loi établit des infractions sous la forme d'interdictions directes de nombreuses activités touchant les substances contrôlées comme la production, la possession, la distribution, l'importation ou l'exportation. Ainsi donc, les activités légitimes médicales, scientifiques ou industrielles sont uniquement permises lorsqu'elles sont autorisées par l'intermédiaire d'une loi ou en raison d'une exemption émise en vertu de la LRDS. La Loi prévoit également des sanctions pour ces infractions.

Comme vous le savez peut-être, le Canada est l'un des quatre pays ayant une forme de cadre législatif médical pour la marijuana. Ce cadre existe dans le nouveau Règlement sur la marijuana à des fins médicales — adopté en juin — qui permet un accès à la marijuana pour des fins médicales aux personnes ayant l'appui de leur professionnel de la santé. Cependant, la marijuana séchée n'est pas un médicament approuvé au Canada. Santé Canada n'approuve pas sa consommation. En dépit du fait que les tribunaux exigent que le Canada offre un accès raisonnable à une source légale de marijuana à des fins médicales, l'usage récréatif de cette drogue demeure illégal selon les termes de l'annexe II de la LRDS.

Les substances régies en vertu de la LRDS sont regroupées en six annexes. Au moment de décider si une substance devrait être ajoutée à l'une des annexes de la LRDS et de déterminer dans quelle annexe l'inscrire, Santé Canada examine six facteurs: les exigences et tendances internationales en matière de contrôle et d'inscription; la similitude chimique et pharmacologique avec d'autres drogues inscrites à la LRDS; la vulnérabilité à l'assuétude et la possibilité d'abus; la preuve de la mesure d'abus réels au Canada et à l'échelle internationale; et les risques pour la santé et la sécurité personnelles et publiques; et l'utilisation légitime, c'est-à-dire à des fins thérapeutiques, scientifiques, industrielles ou commerciales.

Les conventions des Nations Unies auxquelles je viens de faire allusion forment la base du régime mondial de contrôle des drogues sous sa forme actuelle et des interdictions générales des activités impliquant la marijuana. Le Canada se compare aux autres pays lorsqu'il régleme la marijuana en tant que substance contrôlée. Dans les faits, la marijuana est réglementée en tant que drogue contrôlée au Canada, sous une forme ou une autre, depuis 1923. Depuis 1996, elle est inscrite à l'annexe II de la LRDS, comprenant la plante elle-même ainsi que ses dérivés, ses préparations ainsi que des préparations synthétiques semblables.

• (0850)

De nouveaux renseignements donnent à penser que la marijuana est plus forte aujourd'hui qu'elle ne l'était dans le passé. Résultat, les possibilités de dangers pour la santé physique et mentale peuvent également être plus importantes aujourd'hui. Bien que les preuves indiquant l'augmentation de la puissance de la marijuana soient largement fondées sur les données des États-Unis et de l'Europe, il y a des signes que la situation est semblable au Canada.

Des renseignements obtenus des Services d'analyse des drogues de Santé Canada montrent que les niveaux de THC dans la marijuana ont augmenté de manière constante entre 1988 et 2010. Ces renseignements concordent avec des données observées dans d'autres administrations et laissent croire à une augmentation importante des niveaux de THC dans la marijuana que l'on peut se procurer aujourd'hui, comparativement à celle qui était consommée il y a quelques décennies.

Lorsque l'on tient compte de l'augmentation de la puissance de la marijuana aujourd'hui, il est également pertinent de souligner les niveaux élevés de consommation de marijuana parmi les Canadiens qui veulent un accès aux services de désintoxication. En 2014, dans le Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement, les rapports du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies démontrent que le cannabis représente la deuxième drogue illicite couramment consommée par les personnes ayant recours à des services de traitement financés par l'État.

En plus des répercussions sur les services de traitement, des données administratives d'hôpitaux nous offrent des renseignements importants au sujet des effets de la marijuana sur le système de santé. Des données, recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé, touchant les hospitalisations liées à la marijuana, démontrent une augmentation constante annuelle du nombre de cas dont le diagnostic est lié à la marijuana. Par exemple, en 2008-2009, 11 800 admissions dans le réseau hospitalier à l'échelle du Canada étaient liées à la marijuana. Ce nombre double presque lorsque l'on regarde les mêmes données pour 2012-2013, quand 21 000 admissions étaient liées à la consommation de la marijuana.

Le fait que la marijuana est plus forte aujourd'hui qu'elle ne l'était par le passé est un facteur important lorsque l'on sait que la marijuana est la drogue illicite consommée le plus couramment au

Canada. Des données de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2012, de Santé Canada, montrent que 10,2 % de la population a indiqué avoir pris de la marijuana au cours de la dernière année, et que les hommes sont deux fois plus susceptibles de déclarer avoir consommé de la marijuana.

Le taux chez les jeunes est environ deux fois plus élevé que chez les adultes, 20,3 % d'entre eux affirment avoir pris de la marijuana au cours de la dernière année. D'ailleurs, les jeunes Canadiens font partie des plus grands consommateurs de marijuana en comparaison avec leurs pairs des autres pays développés. Cependant, je dois également préciser que les niveaux de consommation chez les jeunes Canadiens sont en déclin depuis plusieurs années.

Il est clair que les Canadiens consomment la marijuana plus que toute autre drogue illicite. Il est tout aussi clair que les Canadiens, particulièrement les jeunes, ne sont pas conscients des risques pour la santé associés à l'usage de la marijuana et qu'ils la perçoivent comme une substance relativement inoffensive.

Par exemple, l'Étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire 2009-2010, administrée par l'Agence de la santé publique du Canada, révèle les faits suivants au sujet des jeunes de 9^e et 10^e années: un jeune sur quatre dit avoir consommé de la marijuana au cours des 12 derniers mois; de 10 à 12 % d'entre eux affirment avoir consommé de la marijuana trois fois ou plus au cours des 30 derniers jours; et un nombre important de jeunes ont indiqué qu'il y avait peu de risque ou aucun risque lorsqu'on leur a posé des questions au sujet des risques potentiels pour la santé occasionnés par l'usage de la marijuana.

De plus, un sondage d'opinion publique effectué dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue confirme que, bien que les jeunes et les parents soient conscients des risques et des dangers associés à des drogues comme la cocaïne, le crack, l'ecstasy et la méthamphétamine en cristaux, peu d'entre eux ont désigné la marijuana comme une drogue dangereuse.

Malgré la preuve que les Canadiens — et particulièrement les jeunes — n'associent pas un haut niveau de risque avec l'usage de la marijuana, l'organisation de la Stratégie nationale antidrogue du gouvernement a de l'expérience et a connu du succès dans l'éducation des jeunes et des parents au sujet des dangers de la consommation de drogues illicites.

Une évaluation de 2012 de la campagne médiatique de masse de la Stratégie nationale antidrogue sur les dangers de la consommation de drogues dures illicites a révélé des résultats positifs. Par exemple, 25 % des parents ayant vu les publicités télévisées ont parlé avec leurs enfants au sujet des méfaits de la drogue. Il y a eu également une augmentation du nombre de jeunes qui ont dit connaître et comprendre les effets potentiels de la consommation de drogues illicites sur les relations avec la famille et les amis et chercher à obtenir de l'information supplémentaire. De plus, un enfant sur cinq qui a vu la publicité a réagi, la plupart d'entre eux en discutant des dangers de la drogue avec leurs amis ou en les avertissant.

Les progrès réalisés grâce à la Stratégie nationale antidrogue dans le but d'informer les jeunes et les parents au sujet des dangers des drogues dures illicites peuvent orienter les nouveaux efforts visant à aider les Canadiens à comprendre les dangers et les risques associés à l'usage de la marijuana et à contribuer à clarifier toute confusion résultant de débats publics concernant l'usage de la marijuana à des fins médicales au Canada et la légalisation aux États-Unis.

•(0855)

Les programmes nationaux antidrogue de Santé Canada permettent déjà aux intervenants de mieux comprendre les effets de l'usage de la marijuana, particulièrement chez les jeunes. Par exemple, la ministre de la Santé a récemment annoncé un financement de 11,5 millions de dollars, sur une période de cinq ans, au Centre canadien de lutte contre les toxicomanies afin de réduire la consommation de drogues chez les jeunes, y compris pour la recherche sur les conséquences de la marijuana sur le développement du cerveau et la conduite avec facultés affaiblies.

De plus, dans un effort visant à mobiliser les intervenants clés et les experts du domaine, le 30 avril, la ministre Ambrose a rencontré des chercheurs et des professionnels de la santé de premier rang afin de discuter des preuves scientifiques relatives aux incidences sur la santé de l'usage de la marijuana par les jeunes et d'élaborer des stratégies visant à sensibiliser les Canadiens aux risques qui y sont rattachés.

En conclusion, même si les taux de consommation de marijuana demeurent élevés au Canada et qu'il y a des preuves que les Canadiens ne sont pas aussi bien informés au sujet des risques de l'usage de la marijuana qu'ils ne le sont au sujet d'autres drogues illicites, la Stratégie nationale antidrogue et ses succès offrent une base solide à partir de laquelle prendre des mesures relatives aux dangers associés à la marijuana — et particulièrement chez les jeunes — et, de façon plus large, de mieux informer les Canadiens en les aidant à faire des choix sains pour eux et leur famille.

Merci.

Le président: Merci beaucoup de votre exposé.

Passons aux questions. Le NPD posera la première série de questions et disposera pour ce faire de sept minutes. Monsieur Gravelle, c'est vous qui allez commencer?

M. Claude Gravelle (Nickel Belt, NPD): Oui, ce sera moi.

•(0900)

Le président: D'accord. Je ne sais pas si M. Gravelle posera ses questions en français ou en anglais, mais, comme vous le savez probablement, des écouteurs sont disponibles si vous avez besoin d'une traduction.

La parole est à vous, monsieur.

M. Claude Gravelle: Merci, monsieur le président, et merci aux témoins de leur présence. Le sujet que nous allons étudier est très intéressant.

En tant que parlementaire, quand un de mes électeurs m'adresse un message, je prends le soin de leur téléphoner. Or, hier soir, j'ai trouvé sur mon bureau une note m'indiquant de téléphoner à une certaine Claire au numéro inscrit, alors c'est ce que j'ai fait. Il s'avère que Claire a 60 ans et qu'elle consomme de la marijuana à des fins médicales. Elle est passée de 17 comprimés à deux depuis qu'elle en consomme.

Selon vous, qu'est-ce qui est le plus nocif pour son corps: fumer de la marijuana à des fins médicales pour apaiser sa douleur, ou prendre 17 comprimés d'un coup? Si on se met à prendre deux comprimés et de la marijuana à des fins médicales plutôt que d'en prendre 17, quelles conséquences dommageables cela peut-il entraîner?

Mme Hilary Geller: Merci de votre question.

Pour ce qui est des effets nocifs sur une personne en particulier et de la prise de médicaments en comprimé par rapport au fait de fumer de la marijuana, je ne suis malheureusement pas médecin, et je ne me

sens pas qualifiée pour répondre à cette question. Ce que je peux dire, c'est qu'un régime de production de marijuana séchée à des fins médicales est à la disposition des Canadiens qui ont le soutien de leur fournisseur de soins de santé, si ces personnes et leur fournisseur estiment que c'est la meilleure solution pour elles.

M. Claude Gravelle: J'ai un autre électeur avec qui je travaille depuis deux ou trois ans. Il vit dans un établissement de soins de longue durée. Il a la sclérose en plaques et il est en train de mourir. C'est aussi un consommateur de marijuana à des fins médicales. Quels effets nocifs cela peut-il entraîner pour lui?

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): J'invoque le Règlement.

Le président: Oui, je vous écoute...

M. David Wilks: Merci, monsieur le président.

Je respecte le point de vue de mon collègue de l'opposition, mais nous disposons d'un régime de marijuana à des fins médicales qui est reconnu par les tribunaux. Les personnes qui veulent se faire prescrire de la marijuana par un médecin ont la capacité de le faire. Le médecin peut décider si la personne peut en consommer à cette fin. Cependant, les représentants de Santé Canada qui comparaissent ici aujourd'hui ne sont pas des spécialistes de la médecine et ne peuvent pas répondre à ce genre de questions.

Le président: Merci, monsieur Wilks.

Son intervention n'empiètera pas sur votre temps, monsieur Gravelle.

M. Claude Gravelle: Ça va.

Le président: Je comptais faire une précision à l'intention de tous les membres du comité après l'intervention de M. Gravelle, et j'aurais probablement dû mentionner ceci plus tôt. Comme c'était le cas dans le cadre d'autres études du comité, il y a une motion très claire qui a été adoptée aux fins de l'analyste, et le rapport en reflétera le contenu. Il est évident que, si nous continuons à parler de la marijuana à des fins médicales et à poser des questions à ce sujet, ces discussions ne figureront probablement pas dans l'étude. Donc, sachez que, pour aider notre analyste et pour être en mesure de sonder les témoins, de les questionner et d'obtenir d'eux des réponses pertinentes pour la motion — et je ne peux pas vous dire quelles questions poser, je peux seulement vous dire ceci —, si vos questions ont une orientation inappropriée, il est presque certain qu'elles ne feront pas partie de l'étude principale.

Mais, quoi qu'il en soit, merci de votre rappel au Règlement, monsieur Wilks. Il ne s'agit vraiment pas d'un rappel au Règlement, mais le commentaire est valide.

Monsieur Gravelle, environ deux minutes et 50 secondes de votre temps sont écoulées, alors il vous reste environ quatre minutes. La parole est à vous.

M. Claude Gravelle: Merci, monsieur le président, mais l'étude que nous amorçons aujourd'hui porte sur les risques et les dommages sanitaires, et ma question portait justement sur ces dommages. Essentiellement, quels dommages l'usage de la marijuana à des fins médicales aurait-il sur un patient qui en consomme parce qu'il est en train de mourir?

Mme Hilary Geller: Merci pour votre question.

Malheureusement, je crois que je peux seulement vous donner une réponse semblable à la première que je vous ai donnée, c'est-à-dire que je ne suis pas médecin. Ces décisions sont prises par le patient et son médecin, et c'est le médecin qui est le mieux à même d'évaluer les autres traitements possibles et de déterminer si, de fait, la marijuana à des fins médicales est le meilleur choix pour le patient.

• (0905)

M. Claude Gravelle: Merci.

Dans le rapport ou le document d'information du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies que j'ai ici avec moi, il est indiqué que la consommation à long terme de cannabis ne semble pas entraîner d'affaiblissement important et durable des facultés cognitives, de problèmes de mémoire ni d'autres problèmes cognitifs chez les adultes.

Que pensez-vous de cette affirmation?

Mme Hilary Geller: Je crois savoir que des représentants du CCCLT comparaitront sous peu devant le comité. Ils pourront certainement vous fournir une réponse plus détaillée. Je pense que ces experts vous diront qu'il y a de nouvelles données au sujet des dommages généraux et particuliers causés par la marijuana sur le développement du cerveau des jeunes, et que ces effets peuvent s'étendre sur de nombreuses années et même être permanents.

C'est ce que vous diront les experts scientifiques. Pour ce qui est des effets sur les personnes plus âgées, je pense que — comme c'est bien souvent le cas —, ils sont le fruit d'une interaction complexe entre l'âge où la personne a commencé à en consommer, la quantité qu'elle consomme, la puissance du produit, certaines prédispositions génétiques, etc.

M. Claude Gravelle: Merci.

Le président: Il vous reste une minute et demie.

M. Claude Gravelle: Merci.

À la page 12 de votre mémoire, vous faites état des données montrant l'impact de la marijuana sur le développement du cerveau et sur la capacité de conduire un véhicule. Pouvez-vous me dire à quel âge le cerveau cesse de se développer et où la marijuana pourrait avoir un effet là-dessus?

Mme Hilary Geller: Je vous répondrais respectueusement que les experts scientifiques seraient les mieux à même de répondre à votre question. Ce que je peux vous dire, c'est que, selon les données, plus on commence à consommer de la marijuana à un jeune âge, plus il y a de risques. Assurément, lors de la table ronde d'hier à laquelle ont participé la ministre et de nombreux experts, il était question du début de la vingtaine jusqu'à la mi-vingtaine. Mais, encore une fois, je ne fais que vous répéter les propos de gens bien plus qualifiés et compétents en la matière que moi.

M. Claude Gravelle: J'estime que tous les témoins qui comparaissent devant un comité sont des experts. C'est pourquoi je pose de telles questions.

Merci, monsieur le président

Le président: Monsieur Young, vous avez sept minutes.

M. Terence Young (Oakville, PCC): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de comparaître ici aujourd'hui.

Dans les films et à la télévision, la marijuana est souvent évoquée à des fins humoristiques, et tout le monde comprend la blague quand une personne est droguée ou — car c'est la même chose pour l'alcool — quand elle est saoule. Tout cela est représenté de façon

très humoristique, mais ce dont on n'entend pas parler et ce qu'on ne voit pas dans les films — car ce n'est pas drôle —, ce sont les dommages à court ou à long terme de la consommation de marijuana.

L'innocuité des médicaments sur ordonnance doit être démontrée avant qu'ils puissent être vendus et que la compagnie pharmaceutique puisse les faire homologuer et obtenir un numéro pour leur vente au Canada. Si on procède ainsi, c'est pour une très bonne raison: c'est parce que les médicaments sont dangereux en soi. Ils sont puissants. Ils peuvent perturber le métabolisme et causer des dommages. D'ailleurs, tous les médicaments sur ordonnance peuvent avoir des effets indésirables, mais l'innocuité de la marijuana n'a jamais été démontrée selon les normes cliniques; du moins, pas à ma connaissance. Si vous avez entendu autre chose à ce sujet, j'aimerais bien en être informé.

C'est d'ailleurs le seul médicament que je connais dont la vente légale a été autorisée — ou qui a été prescrit — par les juges, car ce sont eux qui ont dit qu'on devait permettre aux gens d'en consommer. À ma connaissance, aucune donnée clinique n'indique que la marijuana comporte des bienfaits pour le consommateur. Il y a beaucoup de cas anecdotiques, mais, bien entendu, le principal effet de la marijuana, c'est un sentiment d'euphorie. Les gens se sentent mieux. Cette drogue rend euphorique, alors il est difficile d'effectuer des essais cliniques ou d'obtenir des données cliniques indiquant qu'elle a des bienfaits médicaux.

Donc, ce que nous essayons de faire, c'est de trouver des données qui montrent que la marijuana comporte des risques et qu'elle a des effets néfastes, car il est difficile pour les consommateurs d'en juger, puisqu'ils ont une bonne raison d'en prendre: ils souffrent ou sont en phase terminale, et cela les fait se sentir mieux. À ma connaissance, c'est le seul médicament dont l'utilisation a été autorisée sans que son innocuité ait été prouvée. N'est-il pas vrai que l'innocuité de chaque médicament destiné aux Canadiens devrait être démontrée en clinique avant que les gens soient autorisés à en acheter et à en consommer?

• (0910)

Mme Hilary Geller: Merci de votre question.

En ce qui concerne la marijuana séchée, il est vrai que le régime actuel découle de diverses décisions judiciaires prises au fil des ans, que ce produit n'a pas fait l'objet des essais cliniques ni des autres études nécessaires et qu'il n'a pas été assujéti au processus rigoureux qui doit être obligatoirement suivi pour tout autre médicament sur ordonnance disponible au pays.

Je mentionnerais seulement que deux médicaments contenant des extraits ou des dérivés de cannabis ont été assujétiés à ce processus et qu'ils ont été approuvés en vertu de la Loi sur les aliments et drogues: le Sativex et le Cesamet. Il y a donc sur le marché des produits qui contiennent du cannabis et qui ont été soumis au processus habituel.

Pour ce qui est de la marijuana séchée, Santé Canada a préparé, avec l'aide d'un comité consultatif d'experts, une synthèse des travaux portant sur la question — c'est-à-dire des études et un petit nombre d'essais cliniques qui ont été menés — en vue de fournir aux professionnels de la santé l'information disponible. Cependant, il y a très peu de données à ce sujet.

M. Terence Young: Merci.

Vous avez dit que, selon les données, la marijuana est de plus en plus forte; et j'en sais quelque chose, car cette drogue était très présente dans mon école secondaire, c'est-à-dire l'école Bloor Collegiate, à Toronto. Elle était partout. D'ailleurs, on y trouvait aussi beaucoup de LSD. C'est là que j'ai pris conscience des effets sur la santé de cette drogue et que cela a commencé à me préoccuper, car j'ai vu mes propres amis partir à la dérive et abandonner leurs études. Certains d'entre eux ne s'en sont jamais vraiment remis. Certains n'ont jamais vraiment repris leur vie en main, mais il s'agit aussi de cas anecdotiques.

Je sais que la police m'a dit... En 1997, j'ai présenté un projet de loi à titre de simple député provincial pour essayer d'éliminer la drogue dans les écoles. On m'a dit qu'à cette époque la marijuana était 20 fois plus puissante que celle qui était consommée par ma génération à l'école secondaire.

Ce matin, nous avons appris que 20,3 % des jeunes consomment cette drogue puissante au moins une fois par année. Nous avons aussi appris qu'en 9^e et 10^e années, période où les jeunes sont plus immatures et peut-être moins capables de faire preuve de jugement que jamais, 25 % d'entre eux avaient fumé du cannabis au cours de l'année, et 10 à 12 % en avaient fumé au moins trois fois dans les 30 derniers jours, ce qui, je suppose, ferait d'eux des consommateurs fréquents. Les jeunes sondés qui considèrent qu'il n'y a aucun risque grave à consommer de la marijuana sont donc exposés à un danger particulièrement grand. Ils ne sont pas conscients des risques, y compris celui associé à la conduite automobile, et nous savons qu'un grand pourcentage de jeunes prennent le volant d'une automobile ou d'un autre type de véhicule après avoir fumé de la marijuana.

Pouvez-vous commenter les risques généraux pour la santé des jeunes qui consomment de la marijuana?

Mme Hilary Geller: Merci beaucoup.

En général, les risques pour la santé des jeunes sont liés au fait que leur cerveau est encore en développement. En effet, le cannabis peut — au moyen d'une interaction complexe que les scientifiques pourront vous expliquer bien plus en détail — avoir des effets structurels à long terme sur leur cerveau, ce qui peut ensuite entraîner des effets à long terme sur leurs fonctions exécutives, entre autres choses, qui les suivront toute leur vie.

Un autre aspect extrêmement préoccupant dont vous avez parlé, c'est qu'ils ne sont pas conscients et informés de ces risques. C'est toujours une erreur de fonder son opinion sur des anecdotes, mais j'ai une fille de 15 ans qui dit assez ouvertement: « Tout le monde sait que c'est idiot de fumer du tabac, mais quel est le problème avec le pot? » Je pense qu'elle est simplement le reflet de sa génération. Selon certains renseignements et documents que j'ai consultés, les jeunes ont beaucoup d'idées fausses. Ce n'est pas seulement qu'ils pensent que la marijuana est inoffensive. Certains jeunes croient en fait que la marijuana est bonne pour la santé et qu'elle permet peut-être de guérir le cancer.

Ils ne comprennent tout simplement pas les faits, bien que ce ne soit pas leur faute. Je pense que les effets néfastes de la marijuana sur les jeunes sont un domaine d'étude relativement nouveau. Je crois que, comme pour toute question d'ordre scientifique, on arrivera à un consensus seulement au bout d'un certain temps et à la lumière de plusieurs essais cliniques. Mais, à la table ronde organisée hier par la ministre, j'ai été étonnée d'entendre les scientifiques dire que le débat était clos.

M. Terence Young: Merci.

Le risque qui me préoccupe le plus — car c'est peut-être le plus grave —, c'est le risque de psychose. J'ai devant moi un document du

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies qui aborde cette question. En voici un bref extrait: « Les usagers de cannabis — en particulier ceux qui en consomment fréquemment — risquent davantage de souffrir de psychose et de symptômes psychotiques. »

Les gens qui souffrent de psychose perdent le contact avec la réalité, peuvent devenir violents et peuvent s'infliger du mal ou en infliger à autrui. Pourriez-vous commenter cette affirmation?

• (0915)

Mme Hilary Geller: C'est vrai. J'ai entendu des scientifiques le dire. Je crois savoir que cela résulte — comme c'est bien souvent le cas pour ce genre de choses — d'une interaction complexe entre les prédispositions génétiques, l'âge où apparaît la psychose, la fréquence de consommation...

M. Terence Young: Est-ce que la prédisposition génétique a été prouvée, au fait?

Mme Hilary Geller: Je crois que les scientifiques vous répondront par l'affirmative. Oui, il doit y avoir une certaine prédisposition génétique.

Le président: Merci beaucoup.

La parole va maintenant à Mme Fry. Vous avez sept minutes. Merci.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci beaucoup. Je voulais dire que nous avons parlé de la portée de l'étude, et je pense que le dernier intervenant a en quelque sorte fait dévier la discussion vers l'utilisation de la marijuana à des fins médicales. Évidemment, si on veut étudier la marijuana en général, on doit parler de tous ses usages: médical, non médical, récréatif, etc. J'espère que c'est la portée qu'on veut donner à cette étude, car nous ne disons pas « marijuana à des fins médicales » ni « à l'exception de ». Le titre de l'étude mentionne simplement qu'il s'agit de la « marijuana ».

J'ai deux questions à poser. À mon avis — et je tiens à le dire aux fins du compte rendu —, il est extrêmement étrange d'étudier les risques et les dommages d'une drogue ou d'un médicament sans examiner ses bienfaits. Je trouve que l'étude serait meilleure si elle portait aussi sur les bienfaits de la marijuana, car il doit sûrement y en avoir, sinon Santé Canada n'aurait pas autorisé la vente des deux dérivés cliniques. Il doit bien y avoir certains bienfaits pour les patients qui en consomment.

Donc, nous ne discutons même pas des bienfaits, mais j'espère qu'au cours de notre étude, tout le monde qui a une certaine base scientifique saura qu'il faut discuter à la fois des risques et des bienfaits. On ne peut pas parler d'un de ces aspects sans parler de l'autre.

J'aimerais donc vous poser une question au sujet des dérivés cliniques que vous avez mentionnés et qui ont été approuvés par Santé Canada et fait l'objet d'un avis de conformité en tant que médicaments. Ces dérivés doivent donc avoir certains bienfaits. Pourriez-vous me dire quels sont les bienfaits qui vous ont amené à autoriser ces médicaments? C'est ma première question.

Ma deuxième question est la suivante. Si nous allons parler des dommages causés par toute substance prise par un grand nombre de personnes... Prenons les cigarettes: je n'ai encore jamais vu — à titre de médecin —, lu ni entendu qu'il y a des bienfaits associés au fait de fumer des cigarettes, et pourtant, elles sont légales et réglementées. De plus, je pense que nous savons qu'il existe des bienfaits très vagues associés au vin rouge, mais aussi que l'alcool est une drogue puissante et très dangereuse. Nous l'avons donc rendu légale et nous l'avons réglementée afin que les jeunes ne puissent y avoir accès.

Je veux qu'on examine la marijuana dans ce contexte. Si 20 % des jeunes ont consommé de la marijuana à un très jeune âge, cela m'indique que cette drogue doit être réglementée d'une façon ou d'une autre, sinon elle continuera d'être une drogue illicite utilisée à des fins récréatives. Donc, selon moi, si notre étude porte seulement sur les dommages causés par la marijuana, nous devons reconnaître qu'il n'y a aucun bienfait associé au vin rouge — sauf peut-être de légers bienfaits cardiovasculaires qui n'ont d'ailleurs pas encore été prouvés — et qu'il n'y a pas non plus de bienfaits associés aux cigarettes, mais que ces deux drogues sont légales et réglementées parce que nous croyons qu'elles sont assez dommageables pour que nous empêchions les jeunes de les consommer. À mon avis, la marijuana doit aussi être étudiée dans ce contexte.

Premièrement, j'aimerais connaître les bienfaits cliniques des médicaments dérivés dont vous avez parlé. Deuxièmement, j'aimerais savoir pourquoi nous ne pourrions pas songer à traiter la marijuana comme nous le faisons pour deux drogues inutiles et dangereuses et, par conséquent, légaliser et réglementer cette substance afin d'éviter que les jeunes puissent s'en procurer à leur guise au moyen d'une économie souterraine.

Voilà mes questions.

Mme Hilary Geller: Merci.

Je vais commencer par la deuxième question, si vous me le permettez. Je veux simplement dire que la marijuana est réglementée au Canada en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Elle remplit les critères prévus pour déclarer une substance illégale, sauf pour ce qui est du programme de marijuana à des fins médicales, qui est autorisé en vertu d'un règlement spécial.

Je vais demander à mon collègue Robert Ianiro de parler du Sativex.

M. Robert Ianiro (directeur général, Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme, direction générale de la santé environnementale et sécurité des consommateurs, ministère de la Santé): Je vous remercie de votre question.

Merci, Hilary.

En ce qui concerne les deux produits approuvés dont a parlé Mme Geller — le Sativex et le Cesamet —, je vais simplement mettre les choses en contexte. Je suis certain que tout le monde sait que l'approbation des médicaments au Canada est régie par un processus très rigoureux qui découle de la Loi sur les aliments et drogues et qui est fondé sur l'innocuité, d'efficacité et la qualité des produits. Les deux produits particuliers qui ont été mentionnés sont le Sativex et le Cesamet.

Le Sativex est un médicament à base de cannabis qui est prescrit à des fins très précises. Il contient du THC et du cannabidiol et est vraiment indiqué dans un contexte très précis: un traitement auxiliaire visant à apaiser la douleur neuropathique des adultes atteints de la sclérose en plaques. Voilà dans quel contexte précis il est censé être utilisé.

Quant au Cesamet, c'est un cannabinoïde de synthèse, et il est donc fabriqué de façon synthétique et administré par voie orale. Il a des propriétés antiémétiques, ce qui s'est révélé utile pour traiter certains patients aux prises avec des nausées et des vomissements parce qu'ils suivent une chimiothérapie contre le cancer. Ces deux exemples sont les seuls médicaments du genre que nos collègues de la Direction générale des produits de santé et des aliments ont approuvés et à l'égard desquels ils ont émis des avis de conformité et des numéros d'identification du médicament. Mais, comme je l'ai dit,

en ce qui concerne les bienfaits, ces médicaments sont prescrits dans certaines circonstances seulement.

• (0920)

L'hon. Hedy Fry: Combien de temps me reste-t-il?

Le président: Un peu moins de deux minutes.

L'hon. Hedy Fry: Il en va de même pour tous les autres médicaments... Ils comportent tous des bienfaits et des risques, et ils sont tous destinés à un usage particulier. Donc, tout ce que je dis, c'est qu'il y a des bienfaits, surtout pour apaiser la douleur neuropathique — comme vous l'avez dit avec éloquence — et réduire les nausées et les vomissements découlant des traitements contre le cancer. Ces médicaments ont donc des usages positifs.

Par conséquent, je pense qu'il faut examiner tant les bienfaits que les dommages. Or, selon une étude, la marijuana peut causer des dommages au cerveau en développement, mais il n'y a pas beaucoup d'études qui le démontrent. À mon avis, si nous comparions cela avec les effets de la cigarette et de l'alcool sur les jeunes, nous pourrions comparer des pommes avec des pommes au lieu de diaboliser une drogue en particulier. Tout ce que je dis, c'est qu'il y a au moins certains bienfaits associés au cannabis sous diverses formes. À ce que je sais, il n'y en a aucun pour la cigarette, et il y a des risques assez graves associés à la consommation d'alcool.

Je voulais simplement vous questionner au sujet de la notion de réglementation. Le cannabis est illégal. Si on se fait prendre avec une grande quantité de ce produit — plus que pour sa consommation personnelle —, on écope d'une amende. L'usage de cannabis est une activité criminelle. Par contre, ce n'en est pas une de fumer des cigarettes ni de consommer de l'alcool, et nous savons que cela comporte de sérieux risques. Alors, quelle serait votre suggestion à cet égard? Comment envisageriez-vous le fait de réglementer le cannabis de la même façon que vous réglementez l'alcool et le tabac, deux produits qui créent une dépendance extrêmement forte, comme nous le savons bien?

M. David Wilks: J'invoque le Règlement.

Le président: Monsieur Wilks invoque le Règlement.

M. David Wilks: Au sujet de la pertinence.

L'hon. Hedy Fry: Mon intervention est tout à fait pertinente.

Le président: Eh bien, le temps est presque écoulé, alors si vous voulez réagir brièvement à l'intervention, madame Geller, allez-y, puis ce sera le tour de M. Lunney. Merci.

Mme Hilary Geller: Je dirais simplement que nous examinons le cas de la marijuana de la même façon que nous examinons celui des autres substances ayant des effets néfastes. Nous examinons les substances en fonction de certains critères d'inclusion dans l'annexe, par exemple les preuves de mauvaise utilisation, les risques de dépendance, les risques pour la santé du patient et de la population ainsi que les problèmes liés à l'utilisation légitime de la substance; et la marijuana remplit les critères relatifs à l'inclusion dans l'annexe.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Lunney, vous avez sept minutes. Allez-y.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Eh bien, c'est un sujet fascinant. Je suis certain que nous serons heureux de mieux connaître ce sujet intéressant.

Avant de poser mes questions, j'aimerais faire un commentaire sur le point soulevé par la Dre Fry. Selon moi, en ce qui concerne le tabagisme — vous avez parlé du tabagisme et de l'alcool et vous avez demandé pourquoi on ne devrait pas régler de la même façon l'utilisation de la marijuana à des fins récréatives —, ce raisonnement suppose que nous ne pouvons pas tirer des leçons de nos erreurs. À mon avis, si la discussion concernant la légalisation du tabac avait lieu aujourd'hui, à la lumière de ce que nous savons sur le tabagisme, l'industrie du tabac n'aurait jamais pris la forme qu'elle a. C'est un simple commentaire que je fais. Ce serait une discussion intéressante.

Pour ce qui est du sujet qui nous occupe, je me rappelle que, dans votre exposé, vous avez dit que le cannabis se classait au deuxième rang des drogues illicites les plus couramment utilisées chez les personnes qui ont accès à un traitement financé par un régime de santé publique. Vous avez dit également qu'il y a eu dans les hôpitaux plus de 11 000 admissions — 11 800, en fait — liées à l'usage de marijuana en 2008-2009, et qu'il y en a eu 21 000 en 2012-2013. Pouvez-vous fournir des commentaires ou des détails sur la nature de ces admissions? Sont-elles dues à certains états psychologiques, à de la confusion ou à des problèmes mentaux? Quelle est la nature de ces admissions?

• (0925)

Mme Hilary Geller: Ces renseignements sur les admissions sont relativement récents et nous ont été fournis par l'ICIS. Si je comprends bien, la marijuana est un facteur qui a attiré l'attention du médecin au moment de l'admission. Donc, ce n'est pas nécessairement la raison pour laquelle le patient a été admis, mais c'est un facteur qui a des répercussions sur l'état du patient et qui est une des causes de son état. Le nombre de cas où la marijuana — selon le même protocole, la même méthodologie — a été le facteur principal ou secondaire de l'admission des patients à l'hôpital s'est accru au fil des ans.

M. James Lunney: De fait, il serait utile d'examiner la situation en détail et de déterminer si c'est à cause d'une blessure ou d'un accident dû à des facultés affaiblies.

Mme Hilary Geller: Oui, nous pouvons fournir ces renseignements.

M. James Lunney: Quoi qu'il en soit, c'est une statistique intéressante.

Je vais revenir sur l'affaiblissement des facultés et sur le fait que le cerveau des jeunes est encore en développement, selon les observations des experts... et je suppose que ces derniers nous donneront plus d'information à ce sujet. Mais je sais qu'il y a eu une table ronde récemment, et vous avez peut-être des commentaires à faire sur l'affaiblissement des facultés et sur le cerveau en développement des jeunes. Certes, les personnes aux facultés affaiblies sont les dernières à s'en rendre compte, et c'est d'ailleurs une des difficultés. Elles pensent qu'elles n'ont pas de problème et qu'elles sont cool, mais leur rendement baisse.

Je suis très préoccupé par l'affaiblissement des facultés de jugement, par exemple en ce qui concerne la conduite d'un véhicule. De fait, lors du 4/20, j'ai vu marcher dans les rues d'Ottawa des gens dont les facultés étaient aussi affaiblies que s'ils étaient ivres. Donc, pourriez-vous nous dire ce qu'on sait au sujet de l'affaiblissement des facultés découlant de la marijuana?

Mme Hilary Geller: Effectivement, à la table ronde ministérielle d'hier, les experts ont fourni des statistiques intéressantes sur l'affaiblissement des facultés. Si le comité n'obtient pas suffisamment d'information des experts, nous nous ferons un plaisir de lui fournir

des renseignements. Mais des études récentes présentent des statistiques alarmantes concernant le nombre de décès routiers dus à des facultés affaiblies tenant non pas à l'alcool, mais à la marijuana. Ce problème ne touche pas seulement les jeunes, mais les taux sont élevés pour ce groupe démographique, et ils vont en augmentant.

Il y a aussi un mouvement — et le comité est peut-être au courant — visant à procurer aux forces de l'ordre les outils nécessaires pour être mieux en mesure de déterminer si une personne a les facultés affaiblies.

Une grande question, selon nous — et j'y ai fait allusion quand j'ai dit qu'il fallait informer les jeunes —, c'est: comment peut-on conscientiser les jeunes à cette question? Santé Canada axe ses efforts là-dessus: sensibiliser les jeunes aux problèmes liés à la marijuana et, comme je l'ai dit, lutter contre la banalisation. C'est un peu comme le tabac: les jeunes comprennent qu'il est assez idiot de fumer des cigarettes. Ils comprennent aussi qu'il est assez idiot de conduire après avoir consommé de l'alcool; mais, selon les études de cas, la question n'est pas aussi claire pour eux en ce qui a trait à la marijuana.

M. Robert Ianiro: Pour ce qui est de la conduite avec facultés affaiblies par la drogue, j'aimerais ajouter que, selon un rapport publié récemment — en 2013 — par l'Organe international de contrôle des stupéfiants, le cannabis est la drogue illicite la plus couramment détectée chez les conducteurs au Canada, aux États-Unis et en Europe. Le rapport indique également que la consommation courante de cannabis est associée une augmentation des accidents routiers de 950 %.

Même les rapports internationaux font aussi état, bien entendu, de l'affaiblissement des facultés cognitives et d'une augmentation du risque de décès associé à la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis.

M. James Lunney: Cette préoccupation concerne aussi les conducteurs de machinerie lourde en milieu de travail. De nombreuses catégories de travailleurs utilisent... Les agriculteurs, même. Il y a beaucoup de députés qui ont perdu des doigts, par exemple, en travaillant avec de la machinerie lourde dans une exploitation agricole. Donc, selon moi, si on utilise ce genre d'équipement avec des facultés affaiblies, on est bien plus à risque d'être victime d'un accident industriel.

J'aimerais faire un commentaire au sujet de la prédisposition génétique. Les gènes sont modifiés par ce à quoi on est exposé, alors nos cellules réagissent constamment à des menaces externes. Je crois que toute personne qui consomme une substance ou qui est exposée à une substance va développer assez rapidement une réaction génétique à cette modification. Ce serait donc probablement une observation valide de dire que les gènes d'une telle personne sont probablement différents de ceux d'une personne qui n'y a pas été exposée, mais cela ne veut pas dire pour autant que ces gènes étaient ainsi au départ. Ils ont été modifiés par des expériences externes. On pourrait faire cette observation, selon moi.

De plus, dans le même ordre d'idées, je veux vous poser la question suivante. Selon certaines données que j'ai vues, les répercussions de la marijuana sur le fœtus d'une femme enceinte ou sur le jeune enfant d'une mère qui en fume sont particulièrement préoccupantes. Je me demande simplement si vous vous intéressez à ce problème. Avez-vous des commentaires à faire ce sujet?

• (0930)

Le président: Veuillez répondre brièvement à la question... Les sept minutes sont presque écoulées. Merci.

Mme Hilary Geller: Nous versons des fonds au Centre canadien de lutte contre les toxicomanies pour qu'il étudie cette question, mais je suis accompagnée d'un spécialiste de Santé Canada... Le Dr Abramovici, qui pourrait vous en dire un peu plus à ce sujet, si le temps le permet.

Le président: D'accord. Je vous demanderais d'être très bref, monsieur.

M. Hanan Abramovici (agent principal d'information scientifique, Bureau de la recherche et de la surveillance, ministère de la Santé): Votre question portait sur la consommation de cannabis pendant la grossesse et sur ses effets éventuels sur le fœtus. Il y a eu un nombre très limité d'études — des études longitudinales — sur la question, et les chercheurs ont découvert certains effets subtils à long terme sur les enfants dont la mère avait consommé du cannabis pendant la grossesse. Je ne suis pas certain que la nature de ces effets et leur impact réel dans la vie de tous les jours aient été clairement démontrés, mais des recherches en laboratoire visant à mesurer la cognition et d'autres facultés neurocognitives ont révélé un léger affaiblissement de certaines facultés mnémoniques chez les enfants dont la mère avait consommé cette substance pendant qu'elle était enceinte.

Le président: Monsieur Lunney, votre temps est écoulé.

M. James Lunney: D'accord, merci beaucoup.

Le président: Chers collègues, si cela vous intéresse, l'analyste — ou quelqu'un d'autre — pourrait vous fournir ces études.

Madame Ashton, bienvenue. Vous avez environ cinq minutes.

Mme Niki Ashton (Churchill, NPD): Merci beaucoup. Je suis vraiment ravie d'être ici. Je trouve qu'il est très enrichissant, pour moi qui ne participe pas souvent aux réunions du comité, de voir ce qui se passe ici.

Quand on m'a demandé de siéger au comité de la santé pour la réunion d'aujourd'hui, j'ai été très enthousiaste. Les questions liées à la santé, comme les soins de santé et le bien-être, comptent parmi les principales préoccupations de mes électeurs. Je représente une région où il y a d'énormes défis à surmonter sur le plan de la santé, et cet aspect est vraiment prioritaire. Je dois dire que, quand j'ai vu le titre de l'étude, je me suis d'abord demandé dans quel siècle nous vivions. Si nous devons avoir une discussion — scientifique, qui plus est — sur la marijuana, il me semble que, tout d'abord, on aurait pu choisir un titre moins tendancieux. Je suis une spécialiste en sciences sociales. Quand on entreprend une étude, on examine les bons et les mauvais côtés, les risques, les bienfaits de quelque chose, et il est plutôt alarmant de constater qu'un comité parlementaire commence une étude dont le titre, dès le départ, est biaisé, alors que nous voulons que les Canadiens regardent nos travaux à la télévision et qu'ils s'y intéressent.

Nous avons entendu l'exposé d'un témoin, et, avec tout le respect que je dois aux représentants du ministère — dont le témoignage est certainement guidé par la motion qui a été proposée au comité —, je n'ai pas l'impression qu'on nous brosse un portrait complet. D'ailleurs, l'exposé que nous avons entendu aujourd'hui m'amène à me demander pourquoi nous avons un programme de marijuana à des fins médicales, compte tenu de ce qui a été dit au sujet de cette substance.

De fait, dans ma circonscription, la culture de marijuana à des fins médicales représente une source de développement économique depuis de nombreuses années. Il y a déjà eu à Flin Flon une exploitation de marijuana à des fins médicales qui s'est maintenant installée dans une autre région du pays, et elle ne dérangeait pas les

gens parce qu'ils savaient que c'était quelque chose dont certaines personnes avaient besoin. Ils savaient que cette exploitation créait des emplois, qu'elle était sécuritaire, que la GRC la réglementait et qu'elle était importante pour le bien-être de nombreuses personnes dont la vie était très difficile.

Des années plus tard, alors que j'ai l'occasion de participer aux travaux du comité, je suis préoccupée par la façon dont nous abordons des études très importantes et par le fossé qui existe entre les propos que j'entends ici et l'attitude des Canadiens ainsi que le fait que la marijuana à des fins médicales ou la marijuana en général peut avoir des usages positifs. Cela n'est certainement pas apparent dans la motion à l'origine de cette étude ni dans l'exposé que nous avons entendu aujourd'hui.

M. James Lunney: J'invoque le Règlement.

Le président: Il y a un rappel au Règlement...

M. James Lunney: Monsieur le président, la députée siège ici aujourd'hui à titre d'invitée. Le comité a pris une décision concernant l'approche à adopter pour cette étude en se fondant sur des raisons qui ont été débattues entre ses membres.

● (0935)

Mme Niki Ashton: J'en suis tout à fait consciente. Merci, monsieur Lunney.

M. James Lunney: Franchement, je trouve qu'il n'est probablement pas approprié de s'en prendre aux témoins concernant la portée de l'étude.

M. Claude Gravelle: J'invoque le Règlement, monsieur le président...

Le président: Aux fins du compte rendu, je précise que le rappel au Règlement de M. Lunney n'était pas valide, mais vous invoquez le Règlement à propos de...

M. Claude Gravelle: Du fait que ce temps est alloué à Mme Ashton.

Essentiellement, elle peut poser les questions qu'elle veut et parler de ce qu'elle veut. Ces sept minutes lui appartiennent.

Le président: En effet. Je suppose qu'elle faisait une sorte de préambule.

Encore une fois, votre temps d'intervention n'en souffrira pas.

Je me disais qu'elle faisait une sorte de préambule et qu'elle poserait ensuite une question. Je n'y vois pas vraiment de problème.

Mme Niki Ashton: Bien.

Après tout, j'ai déjà vu des membres du gouvernement prendre tout leur temps d'intervention pour faire un préambule, et je connais très bien les règles.

Monsieur Lunney, merci beaucoup de votre accueil chaleureux au sein du comité.

Je voulais en venir à la question suivante: pourriez-vous nous dire quelles études ou quels travaux de recherche pourraient donner une idée précise des besoins et des bienfaits associés à la marijuana, y compris la marijuana à des fins médicales?

M. Terence Young: J'invoque le Règlement: de toute évidence, Mme Ashton n'a pas pris connaissance de la portée de l'étude ou ne la prend pas au sérieux. L'étude porte sur les risques sanitaires liés à la marijuana.

C'est hors sujet. Nous ne sommes pas ici pour discuter...

Le président: Nous venons d'avoir un rappel au Règlement de M. Young.

Madame Sitsabaiesan, vous voulez en faire un aussi?

Mme Rathika Sitsabaiesan (Scarborough—Rouge River, NDP): Il porte précisément là-dessus.

Le président: Sur le rappel au Règlement de M. Young?

Eh bien, son rappel n'en est pas un. Mais vous, est-ce que vous invoquez le Règlement?

M. Terence Young: Pourquoi dites-vous que ce n'était pas un rappel au Règlement?

La réunion vise à mener une étude sur un sujet précis qui est énoncé dans la motion.

Mme Niki Ashton: C'est ce que nous menons — une étude —, alors poursuivons.

Le président: Bien.

M. Young a fait son rappel au Règlement.

Vous vouliez aussi dire quelque chose à ce sujet?

Allez-y.

Mme Rathika Sitsabaiesan: Merci, monsieur le président.

Pour ce qui est de la portée de l'étude, il était proposé dans la motion que le comité « entreprenne une étude d'au plus... sur les données scientifiques concernant les risques et dommages sanitaires associés à la consommation de marijuana ».

C'est tout. Il n'est pas précisé que l'étude porte sur la marijuana à des fins récréatives ou sur l'usage de marijuana par les jeunes ou à des fins médicales. Ce n'est pas ce qui est énoncé. L'étude porte sur tous les usages de la marijuana, monsieur le président.

Je lis l'énoncé de portée qui m'a été fourni par des membres du comité. Je sais aussi que ma présence au sein du comité est temporaire, et je comprends ce qui est écrit à l'encre devant moi. Si des membres du gouvernement veulent détourner la portée de l'étude à leur propre avantage, à leurs propres fins, pour que le compte rendu reflète ce qu'ils veulent, il me semble, monsieur le président, que vous avez la responsabilité de vous assurer que nous nous en tenons à ce qui est prévu. La portée de l'étude ne doit pas être déterminée par les extrapolations tendancieuses de certains membres.

Merci, monsieur le président.

Le président: Bien.

Encore une fois, j'espère seulement que tout le monde est conscient du fait que nous en sommes à la première heure de la première réunion et que nous avons tous beaucoup de choses à apprendre.

La seule chose que je dirai, à titre de président — et ce n'est pas mon rôle d'informer qui que ce soit sur un sujet donné —, c'est que les méthodes et les formes d'ingestion du cannabis et les niveaux de THC et d'ICB contenus dans la marijuana sont différents, selon qu'il s'agisse de marijuana à des fins médicales ou récréatives. Bien qu'il soit question de la même famille, les niveaux de THC et la façon dont la drogue est prise sont complètement différents.

Cependant, je ne suis pas ici pour témoigner, et cela ne figurera évidemment pas dans le rapport. Tout ce que je dis, c'est qu'il reste une minute et demie au temps d'intervention de Mme Ashton.

J'apprécie vos commentaires et j'en prends bonne note. Merci.

Madame Fry, vous invoquez le Règlement.

L'hon. Hedy Fry: Oui.

Ma collègue a lu la portée de l'étude, et je crois que ce qui se passe ici — et je trouve cela déplorable —, c'est que chaque fois que

quelqu'un pose une question aux témoins... L'étude porte sur la marijuana, mais il n'est rien mentionné à propos des niveaux de THC; il n'est absolument rien mentionné à cet égard. La marijuana, de façon générale, est un sujet qui englobe l'usage médical et l'usage récréatif. Nous devrions pouvoir poser des questions sur n'importe quel de ces usages.

Par ailleurs, j'ai dit à tout le monde tout à l'heure qu'à mon avis, on ne saurait discuter des dommages et des risques de la marijuana sans parler de ses bienfaits. Selon moi, si un député invoque le Règlement chaque fois qu'un autre député veut poser une question, cette étude sera une perte de temps pour tout le monde.

Ce n'est pas l'approche exhaustive — et je suis ici depuis 20 ans — adoptée par tous les comités parlementaires dont j'ai fait partie au cours de ma carrière... Si on réduit la portée de l'étude, comme le veulent le président et les membres du gouvernement, l'étude n'aura aucune utilité. Ce sera une vraie farce.

Je veux m'assurer que nous pourrions mener cette étude selon ce qui est indiqué par écrit et qu'on cessera d'en déformer la portée

Merci, monsieur le président.

● (0940)

Le président: Je suis d'accord, madame Fry, et c'est pourquoi j'ai donné une certaine latitude aux intervenants en ce qui concerne leurs questions, car je sais que tout le monde veut apprendre le plus de choses possible grâce à cette étude. Je comprends votre rappel au Règlement, et...

Monsieur Young, avez-vous quelque chose à ajouter?

M. Terence Young: Ce que je veux dire, c'est que...

Au fait, Madame Fry, personne ne vous a interrompue quand vous avez posé vos questions. Vous avez dit que tout le monde interrompait les intervenants. Or, personne ne vous a interrompue.

J'ai invoqué le Règlement parce que l'étude porte sur les risques et les dommages sanitaires de la marijuana. Nous avons cinq séances consacrées à cette fin, et je trouve qu'il est dommage que Mme Ashton et Mme Fry n'étaient pas présentes à la réunion où nous avons établi les paramètres de la séance. L'étude a pour objet les risques et les dommages sanitaires, et la question de Mme Ashton portait sur les bienfaits. C'est un sujet complètement différent. C'est un sujet qui pourrait être étudié pendant 10, 15, 20 ou 30 séances. Nous n'avons pas le temps de faire cela. Il y a toutes sortes d'articles sur les bienfaits de la marijuana dans les médias. L'étude vise à étudier les risques...

L'hon. Hedy Fry: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

M. Terence Young: ... et les dommages.

L'hon. Hedy Fry: Il parle de la réunion à huis clos dans une séance publique. Il n'est pas autorisé à discuter dans un tel contexte de ce qui s'est passé à huis clos. On ne peut tout simplement pas faire cela.

M. Terence Young: C'est dans la motion.

Le président: D'accord...

L'hon. Hedy Fry: Mais ce qui s'est passé et la liste des personnes présentes ou absentes à une réunion à huis clos ne peuvent être mentionnés dans une séance publique. Si vous voulez commencer à discuter à huis clos, je peux vous dire que j'ai justement proposé un amendement à ce sujet. Nous savons tous qu'à cinq contre quatre, il est impossible de faire adopter un amendement si les membres du gouvernement ne le souhaitent pas. Cependant, en tant que médecin, je n'ai jamais entendu parler d'une étude qui porterait sur les dommages et les risques d'une substance sans que soient examinés ses bienfaits.

Désolée.

Le président: Bon, d'accord. Je croyais que le comité travaillait plutôt bien, il y a deux ou trois séances. Je demanderais à tous les membres du comité, peu importe leur point de vue concernant l'étude, d'essayer de se rappeler dans quel esprit travaille le comité de la santé.

Madame Ashton, croyez-le ou non, il vous reste encore une minute et demie. Si vous pouviez continuer, ce serait merveilleux. Merci.

Mme Niki Ashton: Bien sûr. À mon avis, c'était une démonstration assez claire du malaise ressenti par le gouvernement — malheureusement — quand nous posons des questions pertinentes d'ordre scientifique, malgré le fait que la population apprécie le travail des scientifiques, des chercheurs et des professionnels de la santé.

Je pourrais peut-être vous demander, parallèlement à cela, si vous pouviez me dire pourquoi nous avons un programme de marijuana à des fins médicales.

Mme Hilary Geller: Ce programme est le fruit de diverses décisions rendues par les tribunaux au fil des ans, dont la première remonte à une dizaine d'années. Le programme a évolué en fonction de décisions judiciaires subséquentes et a été remanié et remplacé par le nouveau régime, qui est entré en vigueur en juin en vertu d'un nouveau règlement concernant la marijuana à des fins médicales.

Mme Niki Ashton: Alors, est-ce que Santé Canada... Je pense que nous sommes tous au courant de la décision du tribunal, mais est-ce que Santé Canada est d'accord avec... Enfin, vous avez évidemment dû composer avec cette décision, mais n'avez-vous pas des travaux de recherche indiquant que la marijuana à des fins médicales aide certaines personnes?

Mme Hilary Geller: Ce que nous avons fait pour soutenir les professionnels de la santé qui jouent un rôle dans le système... Sans l'autorisation d'un professionnel de la santé, une personne ne peut avoir accès à de la marijuana à des fins médicales. En 2003, puis encore en 2010, un comité consultatif d'experts a examiné toutes les données disponibles et a produit un document de plusieurs pages d'épaisseur s'apparentant le plus possible à une monographie de produit afin d'orienter les médecins et de présenter dans un seul document un survol des bienfaits, des dommages, des risques et du dosage de la marijuana, à la lumière des renseignements disponibles. Le comité a d'ailleurs mis à jour ce document en 2013.

Mme Niki Ashton: Merci.

Le président: Le temps presse, alors je vais donner la parole à M. Wilks.

Je devrais souligner que, dans mon intervention, je me suis trompé de terme. Je pense que j'ai dit « ICB », mais il s'agit plutôt de CBD. Je tiens à le préciser pour le compte rendu.

Monsieur Wilks, vous avez jusqu'à 9 h 45.

M. David Wilks: En vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, y a-t-il d'autres drogues, à part la marijuana, qui peuvent être prescrites sans ordonnance par un médecin en toute légalité?

• (0945)

Mme Hilary Geller: Je ne crois pas. Non, il n'y en a pas.

M. David Wilks: Pardon?

Mme Hilary Geller: Non, il n'y en a pas.

M. David Wilks: Merci.

Je n'ai pas d'autre question.

Le président: Merci.

Mon BlackBerry indique qu'il est 9 h 45, alors nous allons faire une pause de deux ou trois minutes et laisser les autres témoins se préparer.

Je remercie les témoins d'avoir pris le temps de comparaître ici ce matin.

• (0945)

(Pause)

• (0945)

Le président: Reprenons. En cette deuxième heure, nous accueillons deux témoins: Harold Kalant — je vous prie de m'excuser si j'ai mal prononcé votre nom — et Meldon Kahan.

Je pense que le Dr Kahan avait également témoigné dans le cadre de notre étude précédente. Nous allons le faire prendre la parole en premier, car il se joint à nous par vidéoconférence, et nous voulons nous assurer qu'il pourra nous livrer ses observations pendant que la technologie fonctionne. La parole ira ensuite à M. Kalant.

Docteur Kahan, vous avez 10 minutes au maximum. La parole est à vous.

• (0950)

Dr Meldon Kahan (directeur médical, Women's College Hospital, à titre personnel): Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, merci.

Je suis actuellement le directeur médical du service de lutte contre la toxicomanie du Women's College Hospital à Toronto, et je suis professeur agrégé au département de médecine familiale. J'aimerais souligner le travail de mes collègues Sheryl Spithoff, Anita Srivastava, Suzanne Turner et Sharon Cirone. Leurs travaux sur le cannabis constituent la base de mon exposé.

Tout d'abord, je remercie le comité d'entreprendre cette étude, car l'usage de cannabis au Canada est une question de santé publique extrêmement importante. Selon une étude récente de l'UNICEF, les Canadiens âgés de 11 à 15 ans sont les plus grands utilisateurs de cannabis de l'Occident. Environ 28 % d'entre eux ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année. L'enquête canadienne de 2011 sur la consommation d'alcool et de drogues par les jeunes de 15 à 24 ans a révélé que 10 % des femmes et 22 % des hommes en consomment chaque jour ou chaque semaine.

Je vais maintenant faire un bref survol des principaux effets sanitaires du cannabis.

Effets cognitifs: la marijuana cause un déficit sur le plan de l'attention, des fonctions psychomotrices et de la mémoire aux personnes qui en consomment chaque jour. L'usage chronique de cannabis est associé à des déficits neuropsychologiques durables, même après une période d'abstinence. Étant donné que les études à long terme sont observationnelles, la causalité ne peut pas être établie.

Troubles liés à l'usage du cannabis: selon une étude du professeur Kalant, de 7 à 10 % des personnes qui fument couramment du cannabis remplissent les critères indicateurs d'une dépendance. Les troubles liés à l'usage du cannabis peuvent avoir des effets dévastateurs sur le travail et le rendement scolaire et sur les relations sociales, l'humeur et la qualité de vie.

La psychose est un autre problème majeur associé au cannabis. Des études observationnelles ont révélé un lien entre la consommation de cannabis à l'adolescence et les psychoses à long terme. Des études menées auprès de vastes cohortes ont montré que l'usage de cannabis précède souvent le développement des psychoses, ce qui donne à penser qu'il s'agit d'un facteur de risque indépendant. Le risque augmente selon la dose de cannabis consommé.

Anxiété: bien qu'aucune relation causale n'ait été confirmée, il existe un lien étroit entre l'usage de cannabis et l'anxiété, les troubles de l'humeur et les idées suicidaires. L'usage intensif de cannabis peut causer de l'anxiété et des crises de panique.

Cancer: les résultats des études antérieures se contredisaient sur ce point, mais une récente étude à long terme menée auprès d'une cohorte de 50 000 hommes suivis sur une période de 40 ans a révélé que le fait de fumer régulièrement du cannabis était associé à une multiplication par deux du risque de cancer du poumon, après qu'on a écarté le tabagisme et d'autres facteurs de risque.

Maladies cardiovasculaires: le fait de fumer du cannabis a d'importantes répercussions sur le plan physiologique, y compris l'augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque et la constriction des vaisseaux sanguins. On a signalé certains cas de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral survenus chez des jeunes peu de temps après qu'ils avaient fumé du cannabis.

Maladies respiratoires: bien qu'il soit difficile d'écarter les effets confondants de la fumée du tabac, les données semblent indiquer que le fait de fumer beaucoup de cannabis peut être un facteur de risque indépendant en ce qui concerne les bronchopneumopathies chroniques obstructives.

Je vais maintenant vous parler des groupes les plus à risque d'éprouver des problèmes liés au cannabis.

Les jeunes qui fument du cannabis semblent être exposés à un plus grand risque de dommages que les adultes qui en fument. Des études de cohorte ont révélé que la consommation de cannabis à l'adolescence est associée à des comportements criminels, à des idées suicidaires, à l'usage d'autres drogues et à un piètre rendement à l'école et au travail. Les troubles liés à l'usage du cannabis peuvent être considérablement plus courants chez les jeunes consommateurs que chez les adultes. Dans le cadre d'une étude prospective, 30 % des jeunes âgés de 14 à 24 ans ont signalé au moins un symptôme d'un trouble lié à la consommation de cannabis. Les fumeurs adolescents semblent aussi être exposés à un risque accru de déficit cognitif durable et à long terme, peut-être parce que le cannabis peut occasionner des changements structurels durables dans le cerveau en développement.

Pour ce qui est du cannabis et de la conduite, l'usage de cannabis avant de prendre le volant d'un véhicule motorisé accroît le risque d'accident de la route. Des études expérimentales ont montré que le cannabis affecte des compétences de conduite cruciales, comme le temps de réaction. La combinaison d'alcool et de cannabis comporte un risque d'accident routier encore plus grand que si l'une ou l'autre de ces substances était consommée seule.

Enfin, en ce qui a trait à la grossesse, les données préliminaires permettent d'établir un lien entre l'usage de cannabis durant la grossesse et de légers problèmes au chapitre de la neurologie du

développement chez les nouveau-nés, et le cannabis peut être classé comme une substance tératogène. Le cannabis contamine le lait maternel, et l'allaitement est contre-indiqué chez les femmes qui en fument.

Alors, pourquoi autant de Canadiens fument-ils de la marijuana, compte tenu des dommages causés par cette substance?

Les Canadiens semblent considérer le cannabis comme une herbe inoffensive, et c'est peut-être la raison pour laquelle le taux de consommation par habitant est si élevé. Selon un sondage mené dans trois pays auprès d'adultes, les Canadiens étaient plus susceptibles de considérer le cannabis comme une substance inoffensive et d'avoir déjà pris du cannabis que les adultes suédois ou finlandais.

● (0955)

La perception du risque du public est en corrélation avec le degré d'utilisation. Selon un sondage américain, le pourcentage d'élèves du deuxième cycle du secondaire croyant que la consommation régulière de marijuana est nuisible a chuté de plus de 70 % en 1993, il est passé à 40 % en 2013, tandis que le pourcentage d'élèves du deuxième cycle du secondaire qui fument quotidiennement a augmenté, passant de 2,4 à 6,5 % durant cette période.

Que devrait-on faire?

Je crois que la première étape consiste à prévenir les conséquences nuisibles involontaires du nouveau Règlement sur la marijuana à des fins médicales qui permet aux médecins de prescrire du cannabis séché. Il renforcera la perception du public selon laquelle la marijuana est non seulement inoffensive, mais thérapeutique. Après tout, si Santé Canada permet aux médecins de prescrire de la marijuana, il doit s'agir d'un médicament inoffensif et efficace.

Les données probantes donnent à penser qu'il n'en est pas ainsi. Les effets thérapeutiques du cannabis fumé sont négligeables. Les cannabinoïdes pharmaceutiques sont beaucoup plus inoffensifs et au moins aussi efficaces, et la prescription de marijuana fera augmenter les détournements et les effets délétères liés au cannabis.

Je vais analyser ces points tour à tour.

Les données probantes à l'appui du cannabis fumé sont très faibles. Jusqu'à maintenant, cinq essais cliniques comparatifs ont permis d'étudier le cannabis fumé pour traiter la douleur chronique. Les essais ont révélé qu'il était supérieur à un placebo pour la douleur neuropathique, mais il s'agissait d'essais limités, qui n'ont duré que de 1 à 15 jours. La plupart des gens qui fument du cannabis pour des raisons médicales souffrent non pas de douleurs neuropathiques graves, mais de troubles fréquemment observés dans les soins primaires, comme la fibromyalgie ou la lombalgie. Or, de nombreux traitements inoffensifs et efficaces existent pour ces troubles. En outre, les cannabinoïdes pharmaceutiques sont beaucoup moins nuisibles, et les données probantes sur leurs bienfaits sont beaucoup plus solides que celles pour le cannabis fumé.

Il y a deux cannabinoïdes sur le marché du Canada: le nabilone, ou Cesamet; et le Sativex, un aérosol oral contenant un mélange de THC et de cannabidiol. L'efficacité largement supérieure de ces cannabinoïdes oraux et d'autres produits analogues est avérée. Les études ont été beaucoup plus longues, et les comparaisons portaient non seulement sur des placebos, mais aussi sur d'autres analgésiques. Des données préliminaires indiquent que les cannabinoïdes oraux soulagent mieux la douleur que le cannabis fumé. En outre, les cannabinoïdes oraux ont moins d'effets euphoriques et cognitifs que le cannabis fumé, ne compromettent pas autant la capacité de conduire, et sont associés à un taux d'abus plus faible.

La prescription de cannabis en masse par les médecins fera augmenter les effets délétères du cannabis sur les plans social et psychiatrique.

En ce qui concerne les autres patients souffrant de douleur dans les soins primaires, une proportion supérieure de consommateurs de marijuana à des fins médicales sont de jeunes hommes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Prescrire du cannabis à ces patients à risque élevé pourrait nuire à leur rendement au travail et à l'école, aggraver leur trouble anxieux et leurs problèmes de toxicomanie et augmenter leur risque d'accident de la route.

Du reste, cela pourrait contribuer au trafic de drogue. Dans le cadre d'une étude portant sur des adolescents participant à un programme de traitement des dépendances aux États-Unis, 47 % des répondants ont déclaré consommer de la marijuana fournie par un patient ayant accès à de la marijuana à des fins médicales.

Comment réduire l'impact du nouveau règlement? Tout d'abord, il faut absolument qu'une organisation médicale nationale crédible, comme le Collège des médecins de famille du Canada, mette au point des lignes directrices relatives à la prescription de cannabis à fumer fondées sur des données probantes. De telles lignes directrices permettraient aux médecins de fonder leurs décisions en matière d'ordonnances sur de solides assises. Les médecins font face à un déluge de demandes d'ordonnances de cannabis, et des lignes directrices leur offriront le soutien dont ils ont besoin pour refuser de prescrire du cannabis lorsque c'est médicalement inutile ou dangereux.

Dans la même veine, il faut limiter la dose et la teneur en THC du cannabis utilisé à des fins médicales. Les distributeurs vendent des souches de cannabis ayant une teneur en THC de 30 % ou plus, et Santé Canada permet aux médecins de prescrire jusqu'à cinq grammes par jour. Cette dose et cette concentration sont à la fois dangereuses et excessives. La quantité nécessaire pour contrôler la douleur chronique ne dépasse probablement pas 400 mg de cannabis ayant une teneur en THC de 9 %, ou une bouffée quatre fois par jour.

Je crois aussi que les collèges de médecins provinciaux devraient réglementer les cliniques médicales de cannabinoïdes qu'on est en train d'établir à Toronto, à Vancouver et probablement dans d'autres villes. Il est encore trop tôt pour le déterminer, mais je crains que les médecins de ces cliniques prescrivent du cannabis à un grand nombre de patients, comme cela s'est fait aux États-Unis. Les collèges devraient s'assurer que les cliniques de cannabinoïdes mènent des évaluations exhaustives des patients, ont des politiques de prescription explicites et fondées sur des données probantes et n'ont pas de conflit d'intérêts financiers, comme s'ils imposent des frais aux patients ou investissent dans des compagnies de cannabis.

• (1000)

Au-delà de la marijuana utilisée à des fins médicales, les organisations de santé publique doivent mener des campagnes de santé publique pour réfuter le mythe répandu selon lequel le cannabis est inoffensif et thérapeutique. Les médecins, le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé primaires ont un rôle essentiel dans toute initiative de santé publique. Les données probantes indiquent que les adolescents sont ouverts aux conseils de leur médecin sur la consommation. Les fournisseurs de soins primaires devraient régulièrement demander à tous les patients s'ils consomment du cannabis et devraient les informer des risques.

Les patients qui ont des problèmes liés au cannabis devraient avoir accès à des conseils et à du counseling et devraient être dirigés vers

des services de traitement de la dépendance s'ils sont incapables d'arrêter ou de réduire leur consommation. Les données probantes indiquent clairement que l'intervention des fournisseurs de soins de santé primaires dans les cas d'alcoolisme, de tabagisme et de dépendance aux opioïdes est efficace. Il y a lieu de penser que cette conclusion s'applique aussi aux problèmes liés au cannabis, bien que la recherche sur la question n'en soit qu'aux premiers stades.

Les soins de santé primaires sont la seule façon réaliste d'atteindre le grand nombre de patients qui fument du cannabis et le grand nombre de patients à risque de subir les effets néfastes connexes.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Le prochain témoin est M. Kalant.

Allez-y, monsieur, pour 10 minutes.

M. Harold Kalant (Université de Toronto, à titre personnel):

Je remercie le président et les membres du Comité permanent de la santé de m'avoir invité à présenter quelques faits et interprétations sur le sujet de la marijuana et de la santé. Mes observations seront axées sur les jeunes consommateurs.

La marijuana n'est pas la drogue la plus dangereuse. Il n'y a aucune preuve d'un décès attribuable à une surdose, et des millions de personnes en ont consommé à petites doses et à de rares occasions sans effet néfaste évident. Toutefois, cette vérité est à l'origine d'une croissance répandue mais erronée selon laquelle la marijuana est inoffensive ou sans conséquence.

Aucune drogue n'est inoffensive. Toute substance ayant une action pharmacologique a le potentiel d'entraîner des effets néfastes, selon la quantité consommée, la fréquence et la durée de consommation, la personne qui consomme et les circonstances de la consommation. Il va sans dire que les effets néfastes de la marijuana sont le plus souvent observés chez les grands consommateurs et ceux ayant une plus grande vulnérabilité.

Parmi les gens qui commencent à consommer de la marijuana à l'âge adulte, les effets néfastes les plus courants sont des inflammations chroniques du système respiratoire, une déficience de la mémoire, un mauvais rendement au travail lorsque les tâches requièrent des capacités mentales et physiques, des accidents de la route et la dépendance. Les effets physiques et mentaux s'estompent habituellement lorsque la personne cesse de consommer.

Toutefois, le nombre d'adolescents et de jeunes adultes consommant de la marijuana est largement supérieur à celui des adultes plus âgés. Les jeunes débutants, ceux qui commencent à consommer dès l'âge de 12 ou 13 ans, sont beaucoup plus vulnérables aux effets néfastes et sont donc exposés à un plus grand risque. Chez les personnes qui sont, en raison de leurs antécédents familiaux, exposés à un risque génétique de schizophrénie, le cannabis peut précipiter la psychose clinique manifeste, et, chez les personnes ayant suivi un traitement, il accroît le risque de rechute et de cheminement clinique difficile en plus d'appauvrir les résultats du traitement.

Conséquence moins grave, mais beaucoup plus répandue: le cerveau en développement est beaucoup plus vulnérable aux effets délétères du cannabis. Ce dernier inhibe le développement de connexions entre les différentes parties du cerveau donnant lieu à des fonctions mentales supérieures, ce qui a été démontré dans des études sur des animaux — sous forme d'examen histologique du tissu cérébral — et chez l'humain — sous forme d'études d'imagerie cérébrales — où on a constaté un amincissement de certaines régions du cortex cérébral des consommateurs touchés et des variations du débit sanguin et de l'activité électrique dans ces régions. Ces altérations donnent lieu à des problèmes de mémoire, d'apprentissage, de raisonnement et de résolution de problèmes, fonctions collectivement appelées « fonctions exécutives ».

Notre laboratoire a été le premier à démontrer que des animaux traités à la marijuana avant la puberté, avant l'âge de la reproduction, pendant un mois, puis laissés sans traitement pendant trois mois, pour permettre l'élimination complète de la drogue, affichaient des troubles d'apprentissage à long terme, apparemment permanents. Je souligne que, pour le rat de laboratoire, les trois mois sans drogue équivalent à environ neuf ans chez les humains, proportionnellement à l'espérance de vie. Alors, ces animaux étaient effectivement exempts de la drogue à long terme, mais affichaient toujours des effets mentaux résiduels. Par la suite, d'autres groupes ont confirmé et approfondi ces conclusions.

Un des démonstrations les plus frappantes des effets à long terme chez l'humain proviennent de l'étude prospective prénatale d'Ottawa et de l'étude sur une cohorte de naissance menée à Dunedin, en Nouvelle-Zélande.

L'étude d'Ottawa a suivi des groupes d'enfants de mères ayant fumé du cannabis durant la grossesse comparativement à des enfants de mères ayant fumé du tabac ou rien du tout. Les enfants nés de mères ayant fumé du cannabis affichaient seulement des effets physiques mineurs à la naissance, qui se sont complètement estompés au cours de la première année, mais, lorsqu'ils ont atteint l'âge scolaire, ils affichaient des effets mentaux persistants tout au long de leur croissance et de leur développement, puis durant leurs années adultes. Ces changements étaient mineurs, mais avaient tout de même une incidence sur les réalisations scolaires des enfants.

L'étude de Dunedin a suivi 1 037 personnes nées à Dunedin en 1972 et en 1973, en menant des entrevues et des examens réguliers, tous les deux ou trois ans durant l'enfance, avant qu'ils aient commencé à consommer du cannabis, puis, encore une fois, régulièrement, après qu'ils aient commencé à en consommer — pour ceux qui l'ont fait — jusqu'à l'âge de 38 ans, donc tout récemment.

● (1005)

Ceux qui n'avaient jamais pris l'habitude de consommer du cannabis affichaient une petite augmentation du quotient intellectuel à l'âge de 38 ans, comparativement à leur quotient à l'âge de 13 ans, mais ceux qui avaient commencé à en consommer régulièrement affichaient des pertes du fonctionnement intellectuel, lesquelles étaient plus grandes s'ils avaient consommé beaucoup de marijuana et s'ils avaient commencé à un jeune âge.

Ces pertes touchaient au moins cinq différents secteurs du fonctionnement mental, et on a démontré qu'elles étaient attribuables ni au cannabis résiduel dans le corps, ni aux années de scolarité en moins ni à des problèmes mentaux précédant la consommation de cannabis. De plus, elles étaient concentrées parmi les personnes ayant commencé à consommer à un très jeune âge. Ceux qui ont commencé plus tard et ont cessé de le faire s'en sont pleinement remis, mais, chez ceux ayant commencé jeunes, la cessation n'a pas

entraîné un plein rétablissement. Ces effets mentaux ont entraîné un plus grand taux de décrochage scolaire, une moins bonne adaptation sociale et un plus grand risque de dépression par la suite.

Les adolescents consommant du cannabis ont également été impliqués dans un nombre croissant d'accidents de la route lorsqu'ils conduisaient un véhicule. Des analyses de la responsabilité révèlent que les conducteurs consommateurs de cannabis sont les responsables de l'accident, et, de toute évidence, c'est le cas lorsque l'accident ne touche qu'un véhicule. Cela semble être causé en partie par leur croyance que le cannabis ne compromet pas leurs capacités, et en partie par le fait qu'ils savent qu'il n'existe aucun test analysant la consommation de cannabis comparable aux alcootests administrés dans les barrages routiers, alors ils ont l'impression d'être moins susceptibles de se faire prendre.

Enfin, le risque de dépendance est supérieur chez les jeunes consommateurs de cannabis par rapport aux plus âgés. Une étude a révélé que le risque de dépendance chez les consommateurs réguliers en général est d'environ 10 %, tandis que, chez les consommateurs réguliers adolescents, il est d'environ 16 %.

Enfin, la consommation récréative de cannabis a un coût, et la société doit déterminer si le jeu en vaut la chandelle. Il faudrait établir des politiques judicieuses fondées sur des analyses coûts-avantages exhaustives et approfondies. L'application de sanctions pénales chez les personnes possédant de petites quantités pour consommation personnelle, à mon avis, ne profite pas à la société, mais la société dans son ensemble doit bien réfléchir aux changements sur le plan des politiques qui pourraient donner lieu à une augmentation du nombre et de la gravité des problèmes de santé causés par la consommation chez ses membres les plus vulnérables, à savoir, comme je l'ai mentionné, les jeunes.

J'aimerais ajouter, pour répondre à un certain nombre de personnes qui ont posé la question plus tôt au cours de la séance, que l'analyse coûts-avantages de l'utilisation à des fins médicales est une chose bien différente de l'analyse coûts-avantages de la consommation à des fins non médicales. Pour des fins médicales, il faut trouver l'équilibre entre l'amélioration de la santé et l'importance de cette amélioration et les effets néfastes pouvant être causés par le dosage appliqué à des fins de santé, lequel, comme l'a fait valoir le Dr Kahan, devrait habituellement être inférieur au dosage des consommateurs réguliers utilisant la drogue à des fins autres que médicales.

Par contraste, pour l'utilisation à des fins non médicales, les avantages n'ont rien à voir avec l'amélioration de la santé et la fonction sociale; ils apportent un bienfait temporaire à l'état sensoriel de la personne. Si la personne est euphorique et l'aime, elle veut en avoir plus. C'est très bien, mais la question est alors de savoir si le plaisir vaut le coût des effets néfastes causés par les doses plus importantes que les utilisateurs à des fins non médicales ont tendance à consommer.

Merci.

● (1010)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons commencer nos séries d'interventions de sept minutes par Mme Sitsabaiesan.

Mme Rathika Sitsabaiesan: Merci, monsieur le président.

Merci à nos deux témoins de témoigner aujourd'hui.

Tout d'abord, monsieur Kalant, je sais que vous êtes déjà venu ici, mais je suis nouvellement membre du comité, et j'ignore votre parcours. On dit simplement ici que vous êtes de l'Université de Toronto.

Vos travaux de recherche portent-ils précisément sur le cannabis et ses effets sanitaires? Est-ce le sujet de vos travaux?

M. Harold Kalant: Je devrais préciser que je suis professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. J'ai été directeur de la recherche biologique et comportementale à l'Addiction Research Foundation de l'Ontario, qui fait maintenant partie du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Depuis 1959, mes travaux de recherche portent principalement sur l'alcool et le cannabis.

Mme Rathika Sitsabaiesan: D'accord, merci.

C'est merveilleux que vous ayez aussi fait des travaux sur l'alcool. Je sais que la présente étude porte sur les risques et les dommages sanitaires de la marijuana, mais vous avez mentionné, et je crois que vous l'avez fait aussi, monsieur Kalant — que la consommation de marijuana avant la conduite réduisait le temps de réaction. Ensuite, vous avez ajouté que la consommation avec de l'alcool causait, selon vos observations, une augmentation des accidents de la route. Lorsqu'on parle de consommation d'alcool et de marijuana, j'imagine que c'est à des fins récréatives. Mais, nous l'ignorons; il pourrait s'agir d'une personne qui utilise de la marijuana à des fins médicales, puis consomme de l'alcool par la suite.

Comme nous le savons, lorsque les gens prennent des médicaments, il y a une indication claire qui dit: « ne prenez pas d'alcool avec le médicament »; pourtant, les gens le font, ce qui augmente les effets néfastes à la fois sur le plan de la toxicité du médicament et de l'affaiblissement des facultés causé par l'alcool dans leur organisme.

Je sais que l'alcool est malsain. Nous savons qu'il y a eu des études longitudinales sur les bienfaits cardiovasculaires de la consommation de vin rouge en quantités limitées et contrôlées réparties durant la journée. Ma question est la suivante: pourquoi permettons-nous la consommation ou l'abus de cette substance? Ce pourrait être les deux. Nous savons que l'alcoolisme est parfois une maladie... Enfin, pas une maladie, on parlerait plutôt d'un trouble, maintenant, je crois. Je ne me souviens plus du bon terme.

Docteur Kalant, vous avez mentionné que, lorsque vous menez des travaux de recherche, il importe de procéder à une analyse coûts-avantages rigoureuse. Vous avez mentionné que, au chapitre de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, les coûts comme les avantages font l'objet d'une évaluation et sont soupesés par le médecin ou le professionnel de la santé qui le prescrit à des fins de traitement. L'étude d'aujourd'hui ne porte pas sur les avantages. Nous nous attachons seulement aux coûts. Je sais qu'il est difficile d'analyser la question ici.

Pourriez-vous parler de ce que nous pourrions faire pour vraiment mener une bonne étude rigoureuse, alors que ce n'est pas le cas?

M. Harold Kalant: Il ne m'appartient certainement pas de me prononcer sur la tâche du comité. Je ne participe pas à ses travaux.

Mme Rathika Sitsabaiesan: Bien sûr, c'était peut-être injuste de ma part, alors.

Comme vous avez l'expérience et que vous dites que, depuis 1950 ou quelque chose...

• (1015)

M. Harold Kalant: Depuis 1959.

Mme Rathika Sitsabaiesan: ... vous menez des travaux de recherche sur l'abus d'alcool et de drogue.

Néanmoins, pourriez-vous parler d'alcool, s'il vous plaît, et de conduite avec facultés affaiblies? Pourriez-vous transmettre au greffier du comité des statistiques comparatives sur l'alcool seulement et sur la consommation d'alcool et la conduite avec facultés affaiblies causant des accidents de la route — peut-être même sur d'autres effets néfastes de la consommation et de l'abus d'alcool — et les comparer à la consommation de cannabis, si vous avez de telles statistiques? Ou avez-vous d'autres études? Si vous les avez aujourd'hui, nous aimerions les obtenir maintenant. Dans le cas contraire, pourriez-vous les transmettre au greffier plus tard?

M. Harold Kalant: Je me ferai un plaisir de transmettre de l'information supplémentaire au greffier. Je peux dire que, en général, certes, la consommation d'alcool est beaucoup plus étendue que la consommation de cannabis, et il n'est pas étonnant d'apprendre qu'il cause de graves problèmes de santé, plus que le cannabis, en raison de sa présence plus étendue.

Pourquoi est-il permis? C'est une tout autre question.

Mme Rathika Sitsabaiesan: Bien sûr.

M. Harold Kalant: L'histoire et la tradition ainsi que les croyances et les pratiques sociales ont une grande incidence sur ce que la société décide de tolérer ou non.

Mme Rathika Sitsabaiesan: Bien sûr.

M. Harold Kalant: L'alcool était consommé avant même le début de l'histoire de l'humanité. Il y a eu de temps à autre des tentatives de mettre un terme à sa consommation dans différents pays; et, dans certains pays, on n'en consomme pas pour des raisons religieuses. Toutefois, toute tentative d'empêcher sa consommation pour des raisons non médicales dans notre société a échoué.

Il y a dans presque toutes les sociétés une drogue psychoactive tolérée, intégrée aux traditions et aux pratiques. L'alcool est présent dans notre société depuis très longtemps. Si nous reportions à zéro, peut-être choisirions-nous le cannabis plutôt que l'alcool, mais nous ne reportions pas à zéro. Lorsque nous parlons de cannabis, il faut prendre en considération le fait que le cannabis s'ajoute ou non à l'alcool. Cette considération signifie que, forcément, nous traitons les deux drogues différemment, dans une certaine mesure.

Certes, vous avez raison de dire que l'alcool cause aussi des problèmes et qu'il est toléré. Le cannabis cause des problèmes et, actuellement, il n'est pas toléré. Il est illégal. Lorsqu'on légalise une drogue, son utilisation tend à augmenter considérablement en raison de la facilité d'accès. Elle devient habituellement plus abordable lorsqu'elle provient d'une source légale par rapport à une source illégale.

Lorsqu'elle est légale, ces facteurs tendent à accroître la consommation. C'est un autre aspect à prendre en compte au moment de déterminer l'équilibre entre les coûts et les avantages. Il n'est pas seulement question de savoir quel est l'équilibre maintenant: il faut aussi déterminer quel sera l'équilibre si nous modifions les pratiques d'une façon qui fait augmenter la consommation.

Le président: Merci, madame Sitsabaiesan. Sept minutes, c'est vite passé.

C'est au tour de M. Lizon, pour sept minutes.

Allez-y, monsieur.

M. Wladyslaw Lizon (Mississauga-Est—Cooksville, PCC): Merci beaucoup.

Merci aux témoins d'être des nôtres ce matin.

Je crois que ma première question s'adresse probablement aux deux médecins.

J'ai rencontré des groupes militant en faveur de la marijuana à des fins médicales, ou de la marijuana en général, et certains affirment que fumer de la marijuana aide certaines personnes beaucoup plus que la consommation par voie orale, sous forme de comprimés.

Pourriez-vous aborder cette question plus en détail?

M. Harold Kalant: Le Dr Kahan a touché ce point, monsieur le président.

Je vais m'en remettre à vous pour diriger les questions, soit au Dr Kahan, soit à moi, selon votre jugement.

Le président: Normalement, je demande aux députés de poser leur question à la personne qu'ils veulent entendre répondre.

M. Wladyslaw Lizon: Docteur Kahan.

Dr Meldon Kahan: Bien sûr. Je peux répondre.

Ce n'est pas réellement vrai, et aucune étude ne l'a confirmé. Les études qui portaient sur le cannabis fumé étaient très petites, et elles comparaient le cannabis fumé à un placebo.

Dans le seul essai que nous avons pu trouver comparant le cannabis fumé à un cannabinoïde oral, appelé dronabinol, le dronabinol était supérieur. Son effet analgésique était plus durable que celui du cannabis fumé. C'est la seule étude que nous avons pu trouver. Il y a des raisons pour cela. Le métabolisme des cannabinoïdes oraux fait en sorte que leur effet dure plus longtemps que celui du cannabis fumé.

Quoi qu'il en soit, je ne crois pas du tout qu'il soit établi que le cannabis fumé est plus efficace que le cannabis administré par voie orale. Je crois que nombre de patients et de personnes qui fument du cannabis confondent ses effets psychoactifs — ses effets psychoactifs plaisant d'euphorie et de soulagement de l'anxiété — avec le soulagement de la douleur.

Le fait est que, si vous prescrivez un médicament pour le soulagement de la douleur, vous ne voulez pas du tout compromettre les facultés cognitives du patient et le soumettre aux effets psychotropes d'une drogue chaque jour, tous les jours, pendant des années. Le cannabis fumé est si loin de tout autre médicament d'ordonnance sur le plan de l'efficacité ou de l'innocuité avérée que Santé Canada n'aurait jamais même songé à l'approuver en tant que médicament, si ce n'était du processus essentiellement politique qui a mené au nouveau règlement sur la marijuana à des fins médicales.

Du reste, il n'existe aucun médicament dans le monde qui est administré par un système de combustion, où on brûle un produit végétal. C'est une façon très primitive d'administrer un médicament. Elle entraîne une grande hausse non contrôlée du niveau de THC, suivi d'un déclin abrupt, en plus d'être associé à de nombreux produits néfastes, qui causent le cancer, des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et d'autres problèmes.

Je sais que des gens disent que c'est beaucoup mieux et que cela contient des ingrédients magiques qui n'ont pas encore été découverts. Je crois qu'il y a une forte possibilité que des patients et d'autres personnes qui tiennent ce discours confondent ses effets psychoactifs avec ses véritables avantages thérapeutiques.

• (1020)

M. Harold Kalant: J'aimerais seulement ajouter un commentaire très bref à ce que disait le Dr Kahan. La différence entre le fait de fumer et de consommer par voie orale du cannabis ou des cannabinoïdes purs, c'est que, lorsqu'on inhale le cannabis contenant

le THC, celui-ci est absorbé par le sang et atteint le cerveau beaucoup plus rapidement que lorsqu'on prend le cannabis par voie orale. Alors, l'effet est plus rapide, et si vous utilisez la drogue pour soulager la nausée et empêcher les vomissements, par exemple, après un traitement chimique contre le cancer, ou pour une autre maladie chronique, le soulagement sera peut-être plus rapide. La concentration dans le sang et le cerveau s'élève très rapidement lorsque vous fumez, mais elle chute rapidement aussi lorsque la drogue est répartie dans tout le corps. Lorsqu'elle est administrée par voie orale, l'absorption est plus lente, mais plus égale et soutenue; par conséquent, l'effet n'est pas aussi intense, mais il dure plus longtemps.

Comme l'a dit le Dr Kahan, pour le soulagement de la douleur, par exemple, c'est plus avantageux ainsi que lorsque l'effet est soudain et rapide, tandis que, pour empêcher les vomissements, on pourrait faire valoir qu'il est préférable d'opter pour la voie plus rapide, mais, encore une fois, la durée est moindre.

M. Wladyslaw Lizon: Mon autre question concerne les gens qui utilisent la marijuana pour traiter certains troubles médicaux. Y a-t-il d'autres traitements disponibles pour ces troubles, ou doit-on utiliser de la marijuana?

M. Harold Kalant: Vous soulevez un excellent point. Parmi toutes les utilisations du cannabis qui ont déjà fait l'objet d'essais — elles n'ont pas toutes été approuvées — révélant un certain effet bénéfique du cannabis, aucune ne s'est révélée le traitement le plus efficace, le plus puissant ou le plus fiable. Toutefois, certains patients ne réagissent pas même aux meilleurs médicaments, alors, dans leur cas, le cannabis peut être une solution de rechange utile.

Un certain nombre d'études démontrent que, si vous combinez le cannabis à d'autres médicaments, ceux qui sont plus efficaces, vous pouvez obtenir un meilleur effet en réduisant le risque d'effets secondaires en utilisant une plus petite dose de chacun, plutôt qu'une dose entière de l'un ou l'autre utilisé seul. On a démontré cela pour le soulagement de la douleur, en administrant un opiacé avec du cannabis à de plus faibles doses. On l'a démontré, à tout le moins dans une étude, en traitant l'épilepsie grâce à une combinaison de médicaments antiépileptiques classiques avec du cannabidiol, le CBD; on a ainsi réussi à mieux maîtriser les crises d'épilepsie qu'avec les médicaments classiques utilisés seuls. Il faut examiner davantage la possibilité d'une utilisation combinée.

• (1025)

Le président: D'accord, votre temps est écoulé, monsieur Lizon.

Madame Fry, c'est à votre tour.

L'hon. Hedy Fry: Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à vous remercier tous les deux d'avoir décrit au moins quelques avantages, car c'est ainsi que j'envisage toujours les choses lorsque j'évalue n'importe quel type de drogue. Comme vous l'avez dit de façon très éloquente, docteur Kalant, évidemment, toute substance qui offre des bienfaits comporte aussi des risques. Nous savons tous que, si vous avez tout un flacon de cachets d'aspirine, vous allez mourir au bout de votre sang à cause d'un ulcère d'estomac. Je crois que nous savons cela.

J'aimerais parler un peu d'un rapport du JAMC en faveur de la décriminalisation de la marijuana, parce que — et je le cite — ses auteurs croient que le problème soulevé à l'égard du cancer du poumon, et je suis d'accord pour dire... Je crois que le cannabis a une forte teneur en goudron et en benzopyrènes, mais l'association médicale et son journal ont fait valoir que l'on ne fume pas un paquet de cigarettes de marijuana chaque jour, comme on a tendance à le faire pour le tabac, alors les risques de cancer du poumon sont peut-être atténués, vu les petites quantités que les gens fument. Je voulais vous interroger sur ce point.

Il y a une deuxième chose dont je voulais vous parler. Évidemment, je crois que nous savons tous depuis le début que les effets à long terme ou les problèmes cognitifs causés par le fait de fumer de la marijuana sur de longues périodes chez les jeunes — de moins de 40 ans, environ — sont élevés, et que, en fait... les cas de jeunes ou de parents qui fument. Mais je crois qu'il faut contrebalancer cela avec les dangers de l'alcool chez une femme enceinte, ce qui entraîne non seulement des problèmes physiques, mais aussi de graves troubles mentaux et cognitifs.

À mon avis, nous nous entendons tous pour dire que la marijuana entraîne des dommages — je ne crois pas que quelqu'un dise le contraire —, mais voici la question que j'aimerais vous poser. Croyez-vous que, en décriminalisant le cannabis, comme l'a suggéré le *Journal de l'Association médicale canadienne*, on arriverait au moins à éliminer une partie des méfaits sur les plans social et juridique? Je crois comprendre que 600 000 Canadiens ont un casier judiciaire pour possession de cannabis, ce qui entraîne certains préjudices. Il y a des préjudices sociaux et juridiques lorsque des gens qui essaient de s'enrôler dans les forces armées et de s'inscrire à l'université sont pénalisés. Je sais que, aux États-Unis, si vous avez trois prises, vous êtes retirés. Vous ne serez jamais admis à l'université si vous avez été pris en possession de cannabis trois fois.

J'aimerais que vous parliez un peu... Je sais que vous parlez des effets psychoactifs, entre autres, ainsi que des effets neurologiques. Je me demandais si vous aviez des commentaires au sujet de la comparaison avec le tabac et l'alcool.

M. Harold Kalant: Eh bien, certes, je suis aussi d'avis que le fait de donner un casier judiciaire — surtout aux jeunes qui ont toute la vie devant eux — pour possession de petites quantités pour consommation personnelle ne profite pas à la société. D'une part, la légalisation n'est pas la même chose que la décriminalisation. La décriminalisation signifie que la consommation est toujours désapprouvée, mais que les mesures appliquées pour prévenir les abus ou prévenir la consommation proprement dite par des personnes particulièrement vulnérables sont autres que des sanctions pénales et l'imposition d'un casier judiciaire.

La légalisation, par contre, signifie l'élimination de toute restriction et...

L'hon. Hedy Fry: Et si on réglementait cette substance comme on le fait pour l'alcool et le tabac?

M. Harold Kalant: Eh bien, j'invoquerais l'exemple de l'alcool pour illustrer à quel point la réglementation est insatisfaisante sur le plan juridique. Les jeunes consomment de l'alcool beaucoup plus qu'on l'aimerait, mais c'est une drogue légale. C'est tout simplement un fait que les plus vieux qui sont en âge d'acheter de l'alcool le partagent avec les plus jeunes. Il serait encore plus facile de faire cela avec le cannabis, car il est plutôt difficile de dissimuler une bouteille d'alcool en sortant d'une régie des alcools, mais il ne serait pas du tout difficile de cacher un petit sachet de cannabis dans sa poche.

Là où je veux en venir, par conséquent, c'est que ces deux substances — l'alcool et le cannabis — causent des problèmes. Nous avons recouru à différentes mesures pour en contrôler la consommation, pour des raisons culturelles traditionnelles et historiques. La question est de savoir si nous voulons reproduire les mêmes erreurs pour le cannabis que pour l'alcool en ne sensibilisant pas les jeunes au fait qu'ils comprennent qu'il y a des limites de tolérance? Jusqu'à maintenant, nos antécédents avec l'alcool ne nous permettent pas d'être très optimistes sur l'obtention de ce résultat avec le cannabis.

Je crois que c'est pour cette raison que je dis qu'il faut faire preuve d'une grande prudence lorsqu'on modifie les politiques d'une façon qui risque d'accroître la consommation et de la rendre encore plus difficile à contrôler, pour qu'elle reste saine.

• (1030)

L'hon. Hedy Fry: Merci.

Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet, docteur Kahan?

Dr Meldon Kahan: Je suis d'accord avec le Dr Kalant. L'expérience dans d'autres pays révèle que la décriminalisation ne fait pas augmenter la consommation; en fait, elle aide plutôt à diriger les patients aux prises avec un problème de dépendance vers un traitement. Au Portugal, par exemple, on a décriminalisé le cannabis, et on obtient de très bons résultats.

En revanche, la légalisation, comme l'indique le Dr Kalant, est associée à une augmentation spectaculaire de la consommation et des dommages. Il s'agit de deux choses complètement différentes. Je suis en faveur — et je crois que c'est le cas de tous ceux que je connais — de la décriminalisation de la possession de cannabis en petites quantités, mais la légalisation et la vente au détail est une tout autre question.

L'hon. Hedy Fry: Merci, monsieur le président.

Le président: D'accord.

Monsieur Wilks, vous avez sept minutes, monsieur.

M. David Wilks: Merci beaucoup, monsieur le président.

Cette étude suscite chez moi beaucoup d'intérêt, car j'étais autrefois policier, et j'ai passé trois ans de ma carrière dans les stupéfiants. Je suis très intrigué par la question.

Premièrement, Dr Kahan et/ou Kalant, ou les deux, pouvez-vous me dire quelle a été l'augmentation depuis les années 1980 — c'est un choix arbitraire, nous pouvons remonter jusqu'aux années 1970, si vous le voulez — du taux de tétrahydrocannabinol chez les patients que vous voyez?

Dr Meldon Kahan: Je crois comprendre que l'augmentation depuis les années 1980 est assez spectaculaire, sur le plan non seulement de la quantité de gens qui consomment — surtout des jeunes —, mais aussi de la puissance du THC, donc des dommages psychiatriques et sociaux du THC. La situation s'est peut-être stabilisée dans les dernières années; je n'en suis pas vraiment certain, mais c'est devenu très commun, surtout chez les jeunes.

M. Harold Kalant: Le cannabis en vente sur le marché clandestin à l'époque de la Commission Le Dain avait une teneur en THC de 0,5 à 1 %. Ce sont les échantillons qui nous ont été fournis à la suite de saisies de la GRC lorsque nous avons entrepris nos études.

La moyenne actuelle des substances saisies est de 10 à 15 %. Il y a eu des cas isolés où la concentration était beaucoup plus forte. Je suis assurément d'accord pour dire que la concentration s'est multipliée par un facteur d'au moins 10, peut-être 20.

M. David Wilks: Merci beaucoup. La meilleure marchandise que j'ai saisie était à 38 %. Nous avons du bon stock.

Des voix: Oh, oh!

M. David Wilks: Le problème, c'est que, en l'absence de réglementation, on ne sait pas toujours ce qu'on obtient.

Voilà sur quoi porte ma prochaine question, que je vous pose à tous les deux. En ce qui concerne l'absorption de tétrahydrocannabinol dans l'organisme, pouvez-vous dire au comité quel est le taux d'absorption de THC dans le système? Combien de temps faut-il pour que le corps élimine complètement cette substance?

• (1035)

M. Harold Kalant: Si vous parlez du cannabis fumé, l'effet est presque immédiat. La concentration sanguine s'élève rapidement pour les 10 à 15 premières minutes. Ensuite, il se stabilise pendant que la concentration dans les tissus continue d'augmenter, car — étant soluble dans les lipides — le THC tend à quitter le sang et à s'accumuler dans les tissus.

De même, lorsque le THC quitte le corps, il sort du sang assez rapidement à la suite de l'action du métabolisme, puis de l'excrétion, mais il évacue les tissus lentement. Ainsi, il continue de se dégager des tissus et entre dans le sang, circule jusqu'au foie, où il est métabolisé, puis excrété par les reins plutôt lentement sur une période pouvant aller jusqu'à trois jours ou plus.

M. David Wilks: Docteur Kahan, avez-vous quelque chose à ajouter?

Dr Meldon Kahan: C'est très pertinent aux recommandations sur la conduite. Selon les lignes directrices de réduction des risques liés à la consommation du cannabis émises par Fischer et la *Revue canadienne de santé publique*, les gens qui consomment du cannabis ne devraient pas conduire pendant au moins trois ou quatre heures. La recommandation devrait probablement être d'une plus longue durée lorsque la consommation se fait par voie orale — jusqu'à six heures —, et certains ont même avancé que, si le patient éprouve une sensation euphorique à cause du cannabis, ce qui indique un niveau très élevé, il ne devrait pas conduire pendant au moins huit heures.

M. David Wilks: Je crois que l'un de vous deux a fait valoir que personne n'avait fait de surdose de marijuana, ce qui est vrai, mais personne n'a fait de surdose après une cigarette non plus. Personne n'a jamais fait une surdose de goudron et de nicotine, autant que je sache, pas une seule personne. Beaucoup de personnes sont mortes pour ces raisons, mais personne n'a jamais fait de surdose.

Dr Meldon Kahan: En fait, la consommation de cannabis est associée à un risque accru de suicide et de mortalité à la suite d'un accident de la route, alors on n'a pas tout à fait raison de dire qu'elle n'est pas associée à la mortalité.

M. Harold Kalant: Je tiens à souligner que j'ai dit qu'aucun décès n'avait été prouvé à la suite d'une seule surdose.

M. David Wilks: C'est exact, et c'est ce que je disais.

J'aimerais que l'un d'entre vous poursuive l'explication sur les jeunes et l'incidence du cannabis sur le cerveau et la mémoire à court terme, ainsi que les problèmes cognitifs.

Docteur Kahan.

Dr Meldon Kahan: Je crois que le Dr Kalant possède une bien plus grande expertise sur le sujet, surtout lorsqu'on parle de l'incidence sur les jeunes.

M. David Wilks: Merci.

Docteur Kalant.

M. Harold Kalant: Merci.

Ce sujet représentait une grande partie du mémoire que j'ai lu en guise de déclaration préliminaire, et je répéterais simplement que, notamment, il y a une altération temporaire du fonctionnement, comme dans le cas de nombre de drogues qui agissent sur le système nerveux central. L'alcool, les tranquillisants et les opiacés agissent tous sur de multiples fonctions cognitives de façon temporaire et réversible.

Toutefois, ce qui m'inquiète, c'est l'incidence sur le cerveau en développement, car il a été démontré que le système endocannabinoïde — c'est-à-dire le système qui existe naturellement dans le système nerveux et dans l'ensemble de l'organisme, dans lequel des substances qui ont un effet semblable aux cannabinoïdes végétaux sont les transmetteurs proprement dits qui modifient la fonction nerveuse —, au cours du développement du fœtus, fait augmenter la génération de cellules nerveuses en mouvement vers leur destination finale, mais mine leur capacité de se lier, ce qui permet d'établir les circuits nerveux essentiels à la création de souvenirs, aux capacités d'apprentissage et à l'exécution de fonctions plus élevées. C'est l'élément exposé à un risque particulier durant la maturation du cerveau, qui se poursuit, dans différentes mesures, jusqu'à la fin de l'adolescence.

C'est pourquoi j'insiste sur le fait que les gens qui commencent à consommer à un très jeune âge — et, malheureusement, c'est le cas de bien des gens — s'exposent à des risques permanents, car, s'ils continuent de consommer et inhibent le processus de maturation avant l'âge où il se terminerait naturellement, alors ils ne peuvent jamais récupérer ce qu'ils ont interrompu. C'est pourquoi la question des jeunes est particulièrement importante lorsque nous parlons de cannabis.

• (1040)

Le président: D'accord. Merci beaucoup.

Monsieur Gravelle, vous avez cinq minutes.

M. Claude Gravelle: Merci, monsieur le président.

Docteur Kalant, vous avez mentionné entre autres que certains médicaments sur ordonnance étaient plus dangereux que le cannabis.

J'ignore si vous étiez dans la salle lorsque j'ai posé ma première question au sujet de la dame qui est passée de 17 médicaments à 2. Pouvez-vous nous dire quel pourcentage des médicaments sont plus dangereux pour l'organisme humain que le cannabis?

M. Harold Kalant: Malheureusement, il est impossible de répondre à cette question sans définition, car, lorsque vous parlez de « dangereux », parlez-vous de dangers critiques? Parlez-vous de mortalité? Parlez-vous de graves altérations du fonctionnement dans la période immédiate, où agit le médicament ou parlez-vous de problèmes de santé à long terme? La réponse varie en fonction du médicament, selon le type de danger dont vous parlez.

M. Claude Gravelle: Parlons des effets à long terme.

M. Harold Kalant: À long terme, je dirais que l'alcool et le cannabis sont probablement assez semblables.

M. Claude Gravelle: Je parlais de médicaments sur ordonnance.

M. Harold Kalant: Ah, les médicaments sur ordonnance... Eh bien, de toute évidence les opiacés comportent un danger critique et à long terme: critique, parce qu'ils peuvent causer la mort par surdose en provoquant un arrêt respiratoire, et chronique, parce qu'on sait bien que les opioïdes entraînent la dépendance et ont des effets importants non seulement sur la santé, mais aussi sur la fonction sociale et l'intégration sociale. Toutefois, le cannabis peut également entraîner une dépendance et, donc, causer des problèmes semblables, bien qu'il y ait à mon avis, une différence sur le plan de la gravité, et je dirais que l'effet euphorisant des opioïdes est probablement plus prononcé.

Quant aux tranquillisants ou aux benzodiazépines et anxiolytiques ou aux sédatifs hypnotiques, encore une fois, les surdoses fatales sont possibles. Les effets sur le fonctionnement — la coordination, le jugement, la capacité de conduire un véhicule de façon sécuritaire, et tout cela — sont semblables lorsqu'on parle de benzodiazépines, d'alcool, de barbituriques et de cannabinoïdes. Je ne crois pas qu'il soit très profitable d'essayer de les classer par degré de risque. Ils comportent tous des risques, mais, en général, pour utilisation à des fins médicales, la posologie est contrôlée dans le but d'obtenir le plus grand bénéfice et le plus faible risque, et le médecin recommande habituellement au patient de ne pas prendre le médicament plus que tant de fois par jour, sur un nombre X de semaines, etc.

Avec le cannabis, il n'y a pas d'instructions. Lorsque l'utilisation est à des fins médicales, il y en a ou il devrait y en avoir, mais nous n'avons pas assez d'expérience encore pour savoir à quel point ces conseils sont efficaces pour les patients. Mais, lorsque l'utilisation n'est pas à des fins médicales, il n'y a pas d'instructions. Par conséquent, je dois dire que le risque global à long terme est probablement supérieur, car il n'y a pas de mesure de contrôle efficace pour l'utilisation à des fins non médicales.

M. Claude Gravelle: Merci.

Nous avons entendu dire aujourd'hui que le cannabis affaiblit les facultés au volant, par exemple. Croyez-vous que la prise de 17 médicaments sur ordonnance dans une journée affaiblirait aussi les facultés?

M. Harold Kalant: Eh bien, cela dépend du médicament dont vous parlez, bien sûr. Si vous parlez de médicaments pour soigner des maladies cardio-vasculaires, rénales ou gastro-intestinales, j'ignore si vous pouvez démontrer qu'ils auront un grand effet sur les facultés. Mais si vous parlez d'un médicament agissant sur le système nerveux, si, et un des risques est sans aucun doute —, en médecine contemporaine — le risque de surdose lié à la combinaison d'un grand nombre de médicaments sans réflexion adéquate sur les effets combinés éventuels.

M. Claude Gravelle: Merci.

Docteur Kahan, je crois que, dans votre témoignage, vous avez avancé ou déclaré que le cannabis causait des changements d'humeur. Seriez-vous prêts à dire que des médicaments sur ordonnance le font aussi?

● (1045)

Dr Meldon Kahan: Oui, bien sûr. Je crois — par contre — que la question est de savoir quels sont les bénéfices thérapeutiques de prescrire du cannabis par rapport aux risques. En prescrivant du cannabis, je ne crois pas que les risques associés aux opiacés et aux benzodiazépines vont diminuer. Ce n'est pas exclusif. Les opiacés et les benzodiazépines entraînent des problèmes terribles, mais leur efficacité est beaucoup mieux établie, alors je ne crois pas que la marijuana fumée soit un médicament légitime, sauf dans des circonstances extrêmement particulières, comme chez les patients aux prises avec de graves douleurs neuropathiques.

Le président: D'accord, merci, monsieur Gravelle.

M. Claude Gravelle: Merci, monsieur le président.

Le président: Il reste seulement une minute pour M. Young, puis ce sera la fin.

M. Terence Young: Ensuite, c'est fini. Merci, monsieur le président.

Merci, docteur Kahan. Je tiens à vous remercier de nous avoir aidés à réfuter le mythe selon lequel le régime de réglementation de l'alcool est une grande réussite et tout ira très bien si nous pouvons seulement décriminaliser la marijuana, la taxer et la réglementer. Selon une récente étude du CAMH que j'ai consultée, 54,9 % des élèves ontariens de la 7^e à la 12^e année boivent parfois de l'alcool illégalement, alors nous savons que la réglementation est un échec.

Lorsque je travaillais à la Commission des alcools et des jeux de l'Ontario, j'ai participé à 300 audiences relatives au permis d'alcool. À l'époque, en Ontario — en 2003 —, 500 millions de dollars en alcool illégal était vendu dans des bars clandestins en Ontario, alors l'idée voulant que la décriminalisation ou la légalisation de la marijuana va régler le problème et tout le monde va cesser d'acheter de la marijuana illégale est absurde. Je tiens à vous remercier de l'avoir déclaré pour le compte vendu.

Le président: D'accord. Merci.

Brièvement, s'il vous plaît, car nous devons conclure après.

M. Harold Kalant: Je serai très bref.

Je suis tout à fait d'accord. Je soulignerais aussi que l'objectif d'éliminer le marché noir en légalisant la marijuana pourrait seulement se réaliser si la vente légale se faisait à un meilleur prix que celle sur le marché noir. Dans un tel cas, la consommation risque d'augmenter massivement. Tant et aussi longtemps que le prix reste élevé pour contrôler la consommation, alors le marché noir ne sera pas éliminé.

Le président: Merci beaucoup.

Je remercie nos invités d'avoir pris le temps de venir.

Certes, chers collègues, la deuxième heure a été beaucoup plus harmonieuse que la première, alors je vous remercie.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>