



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 026



2^e SESSION



41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 8 mai 2014

Président

M. Ben Lobb

Comité permanent de la santé

Le jeudi 8 mai 2014

• (0850)

[Traduction]

Le président (M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC)): Mesdames et messieurs, bonjour et bienvenue. Nous tenons une nouvelle séance ce matin dans le cadre de notre étude.

Bienvenue à tous. Nous allons entendre le témoignage de trois groupes de gens différents ce matin, le premier en personne, le deuxième par téléconférence et le troisième par vidéoconférence, et nous allons donc mettre à l'épreuve toutes nos aptitudes dans le domaine de la technologie. Je pense que nous allons procéder comme d'habitude, c'est-à-dire que nous allons essayer de parler d'abord avec les gens qui témoignent à distance, de sorte que nous puissions le faire plus tard si jamais il y a un problème de communication.

Nous souhaitons la bienvenue au Dr Trevor Theman, qui témoignera par téléconférence depuis Edmonton.

Merci beaucoup de vous être levé tôt ce matin. Vous nous entendez bien, docteur Theman?

Dr Trevor Theman (président désigné, Fédération des ordres des médecins du Canada): Je vous entends très bien.

Le président: D'accord, nous allons procéder. Tous les membres du comité sont ici. Vous avez environ 10 minutes. Je vous cède la parole.

Dr Trevor Theman: Merci.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, bonjour. Nous vous remercions de cette occasion qui nous est donnée de vous entretenir de l'usage médical de la marijuana. Cette question revêt une grande importance pour la FOMC et ses membres. Comme vous l'avez dit, je m'appelle Trevor Theman, et je suis président désigné de la Fédération des ordres des médecins du Canada, la FOMC. Au quotidien, je joue le rôle de registraire du Collège des médecins et des chirurgiens de l'Alberta.

La FOMC fournit une structure nationale à ses membres, les autorités de réglementation médicale des 13 provinces et territoires, afin de présenter et d'approfondir des sujets de préoccupation et d'intérêt communs, et de partager, de prendre en compte et d'élaborer des positions sur ces sujets; et d'élaborer des services et des avantages pour ses membres.

Je vais maintenant passer directement à notre mémoire sur la marijuana, et je tiens à souligner que les ordres des médecins exercent l'autorité qui leur est conférée par les lois provinciales et territoriales dans l'intérêt supérieur du public. Notre objectif premier est la protection et la sécurité des patients, et la qualité des soins qu'ils reçoivent des médecins que nous autorisons à exercer.

Notre rôle consiste donc entre autres à guider les médecins dans l'exercice quotidien de leurs fonctions. Mais que conseillons-nous aux praticiens au sujet de l'usage médical de la marijuana? Dès le début, nous nous sommes inquiétés que Santé Canada approuve,

permette et autorise l'usage médical de la marijuana. Il y a maintenant 10 ans que cette question est sur le tapis. À l'époque, les membres de la FOMC avaient approuvé la politique suivante, qui demeure encore valable aujourd'hui:

La Fédération des ordres des médecins du Canada croit fermement que la pratique de la médecine doit être fondée sur des données probantes, et que les médecins ne devraient pas avoir à prescrire ou à administrer des substances ou des traitements pour lesquels il n'existe pratiquement pas de preuve de l'efficacité clinique ou de l'innocuité.

Or, nous manquons malheureusement de preuves scientifiques solides quant à l'innocuité et à l'efficacité de la marijuana dans le traitement des troubles médicaux. Nous ne nous opposons pas à l'usage de la marijuana en soi. En fait, si des études sérieuses parvenaient à démontrer son efficacité et son innocuité et à établir la posologie indiquée, notre avis sur cette question serait totalement différent. Ce n'est toutefois pas le cas, même si 10 ans se sont écoulés depuis que nous nous sommes engagés sur cette voie.

Même la ministre de la Santé, Rona Ambrose, a déclaré que la marijuana n'était pas une substance médicamenteuse approuvée. Est-il utile de rappeler au comité qu'aucun numéro d'identification de médicament n'a été attribué à la marijuana et qu'on ne peut en obtenir à la pharmacie? De notre point de vue, cela en dit long.

Alors que faisons-nous ici aujourd'hui? Nous connaissons les motifs sur lesquels s'appuie la décision de Santé Canada, et, dans une certaine mesure, nous les comprenons. Mais cela ne veut pas dire que ces décisions sont justifiées. Nous croyons que le nouveau règlement fédéral sur la marijuana expose les patients et le grand public à des risques. Dans les exposés sur le projet de règlement que nous avons faits en février 2013 et réitérés l'été dernier au moment de l'entrée en vigueur du nouveau règlement, nous exprimions l'avis qu'ainsi formulé, ce nouveau règlement laissait entendre que Santé Canada abdiquait son rôle de protection de la santé des patients et du public. En l'absence de preuves cliniques de l'efficacité et de l'innocuité de cette substance, nous, qui représentons les ordres des médecins du Canada, continuerons de nous opposer au nouveau régime de réglementation de la marijuana à usage médical du gouvernement fédéral. Le contraire équivaudrait à trahir notre devoir.

Nous n'avons connaissance d'aucune nouvelle preuve médicale qui justifierait un changement de position de notre part, et, par conséquent, les milieux médicaux et des soins de santé ne peuvent pas toujours compter sur des directives cliniques claires. Et sans directive claire, la fédération et les ordres des médecins continueront de recommander aux médecins de faire preuve d'une extrême prudence lorsqu'ils envisagent d'approuver l'usage médical de la marijuana pour leurs patients.

J'ai réitéré notre position à maintes reprises. Non seulement n'existe-t-il aucune preuve appuyant l'usage médical de la marijuana, mais il y a lieu de croire que sa consommation peut être extrêmement dangereuse pour certains patients. En particulier pour les patients susceptibles d'acquiescer une dépendance, pour les jeunes patients et les aînés plus sensibles à ce produit et pour les personnes qui s'adonnent à des activités exigeant une grande vivacité d'esprit. En outre, on n'a pratiquement prêté aucune attention à toute cette question de l'affaiblissement des facultés qui découle de la consommation de marijuana, surtout chez les titulaires de poste essentiels à la sécurité. À mes yeux, c'est une lacune importante.

Le fait que Santé Canada se soit engagé à collaborer avec un comité consultatif d'experts pour donner aux médecins un meilleur accès à des données complètes, exactes et à jour sur l'usage médical de la marijuana nous semble encourageant parce que les médecins pourront ainsi prendre des décisions éclairées sur l'usage de la marijuana à des fins médicales. Cette collaboration aurait dû s'établir il y a belle lurette. En fait, on peut se demander pourquoi il a fallu tant de temps, du fait que le règlement initial est en vigueur depuis un moment déjà.

Ce dont nous avons réellement besoin, ce sont des directives cliniques claires, fondées sur des données scientifiques, sur l'usage de la marijuana dans le traitement des troubles médicaux pour lesquels elle est susceptible de produire des résultats positifs. Un tel document pourrait être utile aux ordres des médecins lorsqu'ils reçoivent une plainte au sujet de la qualité de la pratique des médecins qui participent à ce programme.

J'ajouterais que le nouveau règlement amoindrit le rôle du médecin en accolant la mention « usage médical » à ce programme. Même si nous nous opposons également à l'ancien règlement, du moins celui-ci exigeait-il des médecins qu'ils diagnostiquent le trouble et constatent les symptômes dont souffrent les patients et pour lesquels la marijuana pourrait être efficace. Le règlement actuel ne contient plus cette exigence et réduit le rôle du médecin à une simple signature.

Santé Canada ferait bien de reconnaître que ce n'est pas parce que les médecins obtiennent plus de données de meilleure qualité qu'on réduira les attentes, parfois inappropriées, des patients qui demandent à avoir accès à de la marijuana à des fins médicales.

La FOMC et ses membres sont encouragés par le fait que la ministre Rona Ambrose ait récemment enjoint à Santé Canada de modifier le règlement existant. Le but est d'obliger les producteurs autorisés à nous communiquer de l'information sur les médecins prescripteurs de sorte que nous puissions les outiller à des fins d'assurance de la qualité et d'examen des plaintes.

Entretemps, bon nombre d'ordres des médecins provinciaux ont mis en place des mécanismes leur permettant de surveiller l'activité des médecins qui approuvent l'usage médical de la marijuana pour certains patients.

De façon générale, les médecins doivent savoir que les preuves à l'appui de l'usage médical de cette substance sont insuffisantes et en informer leurs patients. Ils doivent consigner leur approbation dans le contexte d'une relation suivie entre le patient et le médecin, et nous estimons que cela est essentiel. Cette relation suppose l'établissement d'un diagnostic juste et l'étude de toutes les solutions possibles pour soulager la douleur, ainsi qu'un suivi périodique. Il ne sert à rien d'offrir un médicament ou un traitement quelconque si on ne vérifie pas qu'il fonctionne. Enfin, les médecins doivent rendre compte de cette activité à l'ordre des médecins de leur province.

Pour conclure, au nom de la FOMC et des 13 ordres de médecins provinciaux et territoriaux du Canada qui en sont membres, j'aimerais remercier le comité et le gouvernement du Canada de leur intérêt pour ce dossier. C'est une question de sécurité: celle des patients, celle de la population canadienne et peut-être même celle des médecins et des professionnels de la santé. À ce jour, les preuves sont insuffisantes pour justifier l'usage de la marijuana à des fins médicales. Nous ne demandons pas mieux qu'être convaincus du contraire.

Merci de votre attention. Si vous avez des questions, j'y répondrai avec plaisir.

• (0855)

Le président: Merci beaucoup de votre exposé.

Nous allons maintenant passer à la vidéoconférence. Nous avons trois invités ce matin. Je crois savoir qu'ils vont chacun présenter un exposé.

Docteur Le Foll, si vous voulez commencer, nous allons simplement nous installer de l'autre côté de la table. Ce serait super.

Vous avez la parole, monsieur. Nous entendez-vous?

Dr Bernard Le Foll (professeur, University of Toronto, à titre personnel): Oui, merci.

Le président: Très bien. Nous vous entendons aussi.

Dr Bernard Le Foll: Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du comité, merci de l'invitation à prendre la parole devant le comité permanent.

Je vais commencer par vous parler un peu de moi. Je suis clinicien-chercheur, et je travaille surtout sur la toxicomanie. J'ai une formation de médecin spécialiste des dépendances, et mes travaux portent principalement sur l'alcool et sur le tabac. J'ai aussi une formation de pharmacologue. Je suis professeur à l'Université de Toronto, et je dirige actuellement la clinique de recherche sur le traitement de la dépendance à l'alcool du CTSM, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, ainsi que le laboratoire de recherche translationnelle sur la dépendance du département de neurosciences. Nous faisons de la recherche fondamentale sur le système cannabinoïde depuis 10 ans et certains travaux de recherche cliniques sur les moyens d'améliorer le traitement de la dépendance au cannabis.

La première chose que je voudrais dire, c'est que le terme « marijuana » est un terme générique. Cette plante contient de multiples substances. Le Delta-9-THC est ce qui provoque l'euphorie et la dépendance et qui stimule les récepteurs CB1 et CB2. Mais elle contient également d'autres substances, comme le cannabidiol. La majeure partie des travaux de recherche effectués jusqu'à maintenant portaient sur des plants contenant beaucoup de THC, mais aussi de cannabidiol. Il n'y a donc pas de recherche qui est faite sur beaucoup de variétés accessibles en ce moment. Ce que je vais dire au sujet du risque de dépendance que comporte la consommation de marijuana ou sur les risques liés à la santé mentale peut ne pas s'appliquer à toutes les variétés de marijuana accessibles. Il est important de le mentionner.

En ce qui a trait au risque somatique, au chapitre des risques pour la santé, les risques somatiques touchant les systèmes respiratoires et cardiovasculaires, par exemple, ainsi que le risque de cancer sont attribuables au fait que la marijuana est fumée. La toxicité vient de l'inhalation de substances cancérigènes, de substances toxiques et de monoxyde de carbone. Cette toxicité est donc très semblable à celle du tabac.

Comme vous le savez, la moitié des fumeurs meurent prématurément parce qu'ils inhalent de la fumée. Il a été difficile jusqu'à maintenant de recueillir des données probantes sur la toxicité de la marijuana attribuable à la fumée, parce que la marijuana est souvent fumée avec du tabac, ce qui fait qu'il est difficile d'établir le lien de cause à effet. Je pense toutefois que les experts conviendraient que l'inhalation de fumée de marijuana expose le fumeur aux mêmes risques que le tabac. Un fait important à signaler, c'est qu'il n'y a pas de relation linéaire entre la quantité fumée et les conséquences. Ce que je veux dire par là, c'est que de petites quantités peuvent suffire à causer d'importantes répercussions sur la santé.

À titre d'exemple, il a été démontré que l'inhalation de fumée secondaire peut causer à elle seule des troubles cardiovasculaires. Il y a donc peut-être des idées fausses qui sont bien ancrées au sein de la population. Beaucoup de gens croient que la marijuana est une plante et ne voient pas comment une plante pourrait être toxique pour l'organisme. Il est important de prendre conscience du fait que la toxicité peut être réduite ou même éliminée par l'utilisation d'un vaporisateur ou de moyens pharmacologiques d'administration des produits cannabinoïde.

J'aimerais dire quelque chose au sujet du risque de surdose. C'est souvent quelque chose d'important lorsqu'il est question de drogues provoquant une dépendance, et il n'y a pas de surdose possible dans le cas du cannabis. C'est donc une situation très différente de celle de l'alcool, des opiacés et même de la nicotine, qui devient un poison à très fortes doses.

Je vais prendre le temps de parler un peu du risque de dépendance. Il y a eu des débats concernant le fait que le cannabis crée une dépendance aussi forte que les autres drogues. J'aimerais peut-être expliquer très brièvement comment nous définissons aujourd'hui la toxicomanie et comment nous l'avons définie dans le passé. La majeure partie des travaux de recherche a porté soit sur la dépendance à la drogue soit sur la consommation abusive de drogues. La dépendance à la drogue est le phénomène le plus grave, et il s'agit d'une combinaison de symptômes différents. Je vais les citer brièvement. Il s'agit de la tolérance, du sevrage, dont fait partie la difficulté à limiter la quantité consommée et la durée de la période de consommation; le désir persistant de réduire ou de limiter la consommation; le fait de consacrer beaucoup de temps à l'obtention et à la consommation de la drogue en question et à se rétablir de ses effets; l'abandon d'activités sociales, professionnelles et de loisir importantes en raison de la consommation de drogues; et la consommation continue malgré la connaissance des conséquences négatives qui en découlent.

- (0900)

La consommation abusive de drogues est considérée comme étant moins grave et consiste en un manquement à des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison; en une consommation récurrente qui est dangereuse physiquement; en la récurrence des problèmes liés à la consommation de la drogue en question; ou en la consommation continue malgré les problèmes interpersonnels et sociaux causés ou exacerbés par la consommation.

Il y a des données claires tirées surtout d'une étude épidémiologique réalisée auprès de la population des États-Unis. Je vais surtout citer ces données pour parler du risque de dépendance.

Selon l'étude dont je vous parle, au plus 8 % des personnes qui avaient consommé du cannabis au cours de l'année précédant l'étude avaient une dépendance. Des données claires montrent que plus une personne commence à consommer jeune, plus le risque de dépendance est élevé. Le risque accru est considéré comme étant

le plus élevé chez les gens de moins de 14 ans, et il diminue graduellement jusqu'à l'âge de 18 ans. Si la consommation de cannabis commence après l'âge de 18 ans, le risque de dépendance secondaire est à son plus bas.

Le risque de dépendance est beaucoup plus faible que celui que comporte la consommation d'héroïne, de cocaïne ou médicaments psychostimulants. La fourchette est à peu près la même que dans le cas de l'alcool.

Quant à la consommation, il est important de prendre conscience du fait que le taux de consommation de cannabis est beaucoup plus élevé que celui des autres drogues. Il est important de tenir compte de la proportion de gens qui ne sont plus en mesure de maîtriser leur consommation une fois qu'ils ont été exposés à la drogue.

Si on envisage la fourchette de dépendance et de consommation abusive — les deux ensemble —, ce qui inclut le fait de devenir toxicomane pendant toute sa vie après avoir fumé un premier joint de cannabis, le taux est relativement élevé. Environ 40 % des personnes qui consomment du cannabis vont avoir de la difficulté à limiter leur consommation à un moment donné au cours de leur vie, qu'elles consomment du cannabis de façon abusive ou qu'elles soient dépendantes à cette drogue.

J'aimerais préciser que la plupart de ces personnes seront aux prises avec ces problèmes de limitation de leur consommation seulement pendant une certaine période de leur vie et qu'elles n'auront pas besoin d'être traitées pour les régler. Le problème est prévalent surtout chez les jeunes et les jeunes adultes. La plupart des personnes qui consomment du cannabis vont avoir des problèmes de consommation abusive à un moment donné, et seule une minorité de gens auront des problèmes de dépendance.

À la lumière de ces conclusions, il semble clair que la marijuana peut causer une dépendance et qu'une proportion importante de personnes qui en consomment auront de la difficulté à limiter leur consommation à un moment donné au cours de leur vie, mais que 7 ou 8 % seulement auront des problèmes graves.

J'aimerais dire quelque chose au sujet du risque psychiatrique, mais ma collègue abordera ce sujet plus en détail.

Je voudrais dire que, d'après certaines études, la consommation de marijuana pourrait accélérer l'évolution de la schizophrénie et de la psychose. Le phénomène pourrait être attribuable au fait que des problèmes préexistants empirent ou à des risques de prédisposition génétique, mais il n'est pas exclu pour l'instant qu'un petit nombre de cas puissent être causés par l'exposition à la drogue. À cet égard, il semble que d'autres substances comme les médicaments psychostimulants soient la cause d'un nombre beaucoup plus élevé de psychoses.

La consommation de marijuana a des effets cumulatifs clairs et entraîne une diminution de la motivation générale chez les personnes qui en consomment quotidiennement. Elle semble avoir une incidence négative sur le QI si l'exposition a eu lieu tôt au cours de la vie, et ses effets sur la qualité de vie fonctionnelle sont clairs. Je pense que les risques liés à la conduite automobile ont déjà été abordés par des personnes venues témoigner devant le comité.

Ce qui est frappant, c'est que la comorbidité est très élevée chez les personnes qui sont aux prises avec des troubles de santé mentale et une dépendance au cannabis. Il se peut que ces personnes soient plus vulnérables à la dépendance, mais il se peut également qu'il s'agisse d'automédication ou que la drogue soit à l'origine du trouble psychiatrique

•(0905)

Je ne suis pas sûr que nous puissions tirer des conclusions fermes à ce chapitre. Des données tirées d'études réalisées sur les animaux indiquent que l'élévation du tonus endocannabinoïde peut avoir des effets anxiolytiques et antidépresseurs, mais il n'y a pas eu suffisamment d'études réalisées auprès de personnes souffrant d'anxiété et de dépression pour tirer des conclusions au sujet de l'effet des produits du cannabis.

Pour ce qui est de la fréquence élevée, on estimait que les personnes souffrant d'une maladie mentale consomment environ 80 % du cannabis qui est consommé. Le taux de comorbidité et de concomitance est donc élevé.

Les principaux points que j'aimerais soulever sont les suivants.

Comparativement à l'alcool et au tabac, le cannabis entraîne actuellement des répercussions beaucoup moins grandes sur la société et sur les gens.

La consommation de cannabis ne va pas cesser, et elle va probablement augmenter.

La marijuana est un produit qui peut clairement créer une dépendance et qui peut aussi être à l'origine d'effets somatiques en raison de l'inhalation de fumée, ainsi que de troubles psychiatriques.

Nous savons que nous pouvons atténuer certains risques en retardant l'âge du début de la consommation et réduire les effets néfastes en évitant la fumée au moment de consommer le produit. Il y a assurément un risque à ce chapitre pour les personnes ayant des troubles de santé mentale.

Un système réglementé d'administration de la marijuana pourrait réduire le préjudice subi par la société mieux qu'un système non réglementé.

Je pense qu'il faudrait également que nous fassions des recherches sur les diverses variétés de marijuana et sur leurs répercussions sur l'être humain: le cerveau, la dépendance, la cognition et l'aptitude à conduire. La dépendance que créent diverses formes de cannabis. Le rôle des diverses substances qu'il contient. La comorbidité liée aux troubles de santé mentale et à la consommation de cannabis. Je pense que nous pourrions utiliser la taxation et un système réglementé pour soutenir l'éducation et la recherche dans ces domaines.

Je pense aussi qu'un centre de recherche sur les cannabinoïdes devrait être créé au Canada, ainsi que les possibilités de financement propres au domaine, afin de favoriser l'accroissement du nombre de chercheurs. J'estime que l'exemple du tabac est instructif. Le tabagisme a beaucoup diminué au Canada grâce à la diffusion d'information sur le risque et à la taxation. La réussite serait similaire si on utilisait une politique similaire dans le cas du cannabis, mais cela exigerait un système réglementé.

Je pense que les gens doivent être mieux informés au sujet du risque pour la santé, du rapport risque-avantages, notamment celui qui est associé au fait de fumer le cannabis, et je pense que nous pourrions utiliser des incitatifs financiers pour promouvoir des moyens moins néfastes de consommer du cannabis, par exemple, les vaporisateurs, et que l'établissement de prix différents pourrait permettre de le faire.

Un autre point que j'aimerais soulever, c'est que le risque de dépendance pourrait être atténué au moyen de la réduction de la teneur en THC de la plante. Comme vous le savez, cette teneur a augmenté graduellement. À l'heure actuelle, nous ne pouvons pas réglementer la teneur en THC de la marijuana, puisque le système n'est pas réglementé, mais nous pourrions faire diminuer le risque de

dépendance en autorisant la diffusion de plantes contenant moins de THC, et cela pourrait se faire dans le cadre d'un système réglementé.

Merci de m'avoir invité à prendre la parole devant le comité.

•(0910)

Le président: Merci beaucoup.

Docteure Mizrahi, vous êtes la suivante, si vous voulez bien nous présenter votre exposé.

Dre Romina Mizrahi (professeure adjointe en psychiatrie, University of Toronto, à titre personnel): Bonjour. Merci de m'avoir invitée à prendre la parole.

Je m'appelle Romina Mizrahi. Je suis professeure adjointe en psychiatrie à l'Université de Toronto, et je suis aussi clinicienne-chercheuse au Centre d'imagerie de recherche du CTSM, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, ainsi qu'à la nouvelle clinique de prévention de la psychose chez les jeunes du CTSM.

Je vais parler surtout aujourd'hui des effets du cannabis sur le cerveau, et plus précisément du lien entre la consommation de cannabis et le risque accru de psychose. Je ne vais pas parler des effets néfastes du cannabis qui sont liés à la toxicomanie, dont la dépendance et la consommation abusive, car mes collègues qui participent à la séance d'aujourd'hui ont plus d'expertise que moi dans ce domaine.

Je vais commencer par décrire le système cérébral sur lequel le cannabis agit. C'est le système endocannabinoïde, qu'on appelle aussi l'eCB. Je vais ensuite parler brièvement des données établissant un lien entre l'eCB et la schizophrénie. Enfin, je vais mettre cela dans le contexte de l'époque critique de l'adolescence, vu les délais de maturation du système eCB dans le cerveau et le moment simultané de l'apparition des psychoses.

Les cannabinoïdes — les éléments actifs du cannabis — exercent leurs effets sur le cerveau en agissant sur le système eCB, c'est-à-dire le système endogène ou interne relatif au cannabis. Le système eCB participe entre autres aux fonctions de neuroprotection, de modulation de la douleur, de contrôle de certaines phases du traitement de la mémoire, de la modulation des réactions immunitaires et inflammatoires et de la régulation du stress et de l'appétit.

Une caractéristique importante de l'eCB, c'est qu'il répond à la demande, c'est-à-dire qu'il fonctionne au moment et à l'endroit où c'est nécessaire pour moduler la libération de neurotransmetteurs, dont la dopamine, qui est un neurotransmetteur jouant un rôle clé dans la schizophrénie et dans le traitement de cette maladie.

Au fil des ans, les résultats d'un certain nombre de secteurs de recherche distincts ont convergé vers les cannabinoïdes, dont l'eCB, et concluent qu'ils pouvaient être des facteurs contribuant à la schizophrénie. Avant de résumer brièvement les données, j'aimerais attirer votre attention sur les mots que j'emploie. J'ai parlé de « facteurs contribuant à la schizophrénie », et c'est important, car aucune des études que je vais bientôt mentionner ne montre que le cannabis suffit à causer la schizophrénie ou est nécessaire pour la causer. Je vais vous faire un bref résumé.

Premièrement, des études épidémiologiques très reproductibles ont montré que la consommation de cannabis à un jeune âge faisait doubler l'incidence de la schizophrénie, l'effet le plus important constaté étant un risque six fois plus grand, et un accroissement observé du risque en cas de consommation précoce — avant l'âge de 15 ans — et en fonction de la dose. Ainsi, plus la personne est jeune, plus le risque est élevé.

Deuxièmement, des concentrations différentes de marqueurs eCB périphériques dans le liquide céphalorachidien et le sang sont observées chez les patients atteints de schizophrénie, dont un accroissement spectaculaire du taux d'anandamide, qui est un cannabinoïde endogène.

Troisièmement, les études épidémiologiques laissent croire qu'il y aurait une interaction entre la consommation de cannabis et le nombre de polymorphismes génétiques, et donc d'un risque accru d'apparition de la schizophrénie au sein d'une population vulnérable génétiquement.

Quatrièmement, il y a un lien entre l'eCB et le polymorphisme génétique chez les patients atteints de schizophrénie.

Cinquièmement, la liaison au récepteur CB1 est accrue dans le cortex frontal et dans le cortex cingulaire antérieur, comme le démontrent les études post mortem.

Sixièmement, la liaison au récepteur CB1 est accrue chez les patients vivants atteints de schizophrénie, d'après deux études fondées sur la tomographie par émission de positrons réalisées à l'échelle mondiale. Cette technologie est encore nouvelle, mais ces études, malgré quelques divergences, semblent indiquer que l'eCB joue un rôle prépondérant dans la schizophrénie.

Les patients atteints de schizophrénie et ceux qui sont à risque relativement à cette maladie présentent un taux alarmant de consommation de drogue, surtout de cannabis, malgré le risque accru d'épisodes psychotiques. Pour expliquer ce qui semble être un paradoxe, des données tirées d'études réalisées sur les animaux indiquent que l'eCB régule la réaction au stress. Les cannabinoïdes entraînent des changements de comportement ainsi que des changements neurochimiques qui sont fonction des conditions environnementales dans lesquelles ils sont administrés.

Par exemple, les cannabinoïdes administrés à des rats dans des conditions stressantes modifient l'absorption de la dopamine et le métabolisme, alors que cet effet ne se produit pas chez les rats vivant dans des conditions normales.

● (0915)

En outre, on a observé une sensibilisation croisée entre le THC et le stress, ce qui porte à croire que les effets physiologiques et psychologiques du cannabis peuvent être modifiés chez les personnes vivant des difficultés dans leur milieu. Il est concevable que le stress social vécu par les personnes vulnérables à la psychose entraîne un affaiblissement ou un émoussement du système eCB, ce qui entraîne un accroissement de la consommation de cannabis et ainsi la stimulation des récepteurs CB1 par la consommation de cannabis exogène, ce qui peut dérégler la réaction au stress.

Cela porte à croire que les personnes souffrant de psychose ou à risque d'être atteintes de cette maladie consomment du cannabis pour tenter de réguler une réaction anormale au stress. Cette hypothèse peut constituer une explication raisonnable en ce qui concerne la consommation accrue de cannabis qui est observée chez les personnes à risque et chez les patients atteints de schizophrénie, mais elle n'explique pas comment la consommation de cannabis peut entraîner une psychose chez les populations à risque. Il n'existe pas encore de données permettant de répondre à ces questions.

En réalité, notre compréhension de l'eCB chez les personnes souffrant de psychose et chez celles qui consomment du cannabis est très limitée. Entre autres choses, le système eCB cortical subit des changements spectaculaires pendant l'enfance et l'adolescence, la synthèse et l'hydrolyse allant croissant jusqu'au début de l'âge adulte.

Ces changements touchant le système eCB au début de la vie pourraient expliquer la sensibilité de ce groupe d'âge à la consommation de cannabis et l'effet du stress social vécu par les personnes vulnérables à la schizophrénie. De façon concordante, il a été démontré que la consommation de cannabis avant l'âge de 15 ans accroît le risque de psychose, tandis que la consommation plus tardive peut ne pas l'accroître. À cet égard, la compréhension du rôle du système eCB, particulièrement au cours de l'adolescence, pourrait permettre une meilleure compréhension des effets du cannabis sur le développement du cerveau.

L'amélioration de notre compréhension de la schizophrénie fait ressortir la complexité et la nature hétérogène de cette maladie. Le fait qu'elle est maintenant conçue comme un trouble neurodéveloppemental en témoigne, étant donné qu'il n'est pas rare que la maladie ne se déclare qu'à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. De nombreuses influences peuvent jouer un rôle secondaire dans l'intervalle, ce qui peut en retour contribuer à l'hétérogénéité marquée de la maladie, qui se reflète dans le tableau clinique, la symptomatologie, ainsi que la progression de la maladie. La variation marquée des réactions au traitement actuel appuie ces points.

En somme, la consommation de cannabis, la vulnérabilité génétique, le stress social et d'autres facteurs de risques sociaux et environnementaux interagissent d'une manière complexe et qui est fonction de l'âge de la personne, ce qui mène au lien épidémiologique observé entre le cannabis et la schizophrénie.

Les recherches de ce type sont entravées par des obstacles considérables. Les approches d'imagerie appropriées à l'étude du système eCB dans le cerveau en fonctionnement n'en sont qu'à leurs tout débuts, le radioligand relatif à la TEP permettant de cibler précisément ce système étant devenu accessible au cours des trois à cinq dernières années. Au cours des années qui viennent, la recherche utilisant ces nouveaux agents et la TEP sont susceptibles de nous fournir de nouvelles pistes et de faire grandement avancer notre compréhension des changements moléculaires dans le cerveau causés par la consommation de cannabis.

En outre, l'eCB est très sensible à de multiples perturbations environnementales, dont le stress social, ce qui rend la mesure au sein de populations cliniques difficile. Le complexe formé par les aspects temporels de la progression vers la maladie et la difficulté qui en découle de saisir la période critique peuvent aussi rendre difficile la réalisation d'études pertinentes.

Qui plus est, le nombre d'éléments présents dans la fumée de cannabis vient compliquer le problème. Il a, par exemple, été montré que le THC produit des expériences apparentées à la psychose même chez les gens normaux, tandis qu'on a observé que le cannabidiol, qui est un autre élément important du cannabis, a un effet antipsychotique.

Des programmes sociaux axés au départ sur les adolescents présentant de multiples facteurs de risque et portant sur les risques liés à la consommation de cannabis pourraient avoir une incidence sur la façon dont la schizophrénie est perçue et gérée au sein de la société.

● (0920)

L'étude de l'effet de ces facteurs potentiels sur les cibles moléculaires du cerveau pourrait permettre de trouver des moyens de traiter la schizophrénie, et peut-être même de la prévenir.

Le président: D'accord, merci beaucoup.

Docteur George, vous avez la parole.

Dr Tony P. George (professeur en psychiatrie, University of Toronto, à titre personnel): Je remercie le président et les membres du comité de me donner l'occasion de prendre la parole. Mes collègues, les Drs Le Foll et Mizrahi ont mentionné une foule de choses qui, à mon avis, sont très importantes au moment de comprendre le risque de dépendance liée au cannabis et les effets qu'il peut avoir sur la santé mentale.

Je suis psychiatre spécialisé dans le traitement de la dépendance, et mes activités professionnelles sont axées sur le traitement et la compréhension des troubles induits par l'utilisation de substances chez les personnes atteintes de graves maladies mentales comme la schizophrénie et le trouble bipolaire. J'enseigne au département de psychiatrie de l'Université de Toronto, et je suis également chef de la division de la schizophrénie et directeur médical du programme sur les maladies mentales complexes du Centre de toxicomanie et de santé mentale, où sont traitées la plupart des personnes présentant des maladies mentales graves et persistantes.

Je participe depuis 20 ans environ à des recherches sur ces populations, et j'aimerais me concentrer aujourd'hui sur la nécessité de traiter les troubles liés à la consommation de cannabis, plus particulièrement ceux qui touchent les personnes extrêmement susceptibles de contracter de tels troubles et d'en souffrir à long terme, par exemple les gens atteints de maladie mentale comme la schizophrénie. Nous savons que la consommation de cannabis et d'autres drogues est à la hausse. J'ai consacré la majeure partie de ma carrière à la consommation de tabac chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques, mais les motifs de cette hausse et de l'incapacité de ces gens de renoncer à leur consommation demeurent plus ou moins flous. J'aimerais vous parler de quelques études menées auprès de schizophrènes consommateurs de cannabis qui indiquent que l'on doit vraiment faire en sorte que ces personnes soient traitées.

Au cours des deux ou trois dernières années, nous avons mené une série d'études pour tenter de comprendre les effets de la consommation de cannabis sur les symptômes liés à la schizophrénie et sur les fonctions cognitives, lesquelles englobent des processus comme ceux de la mémoire, de l'attention, de la concentration, du jugement et de la planification. Pour l'essentiel, nos études ont révélé qu'il n'y avait aucune différence notable sur le plan des fonctions cognitives des personnes qui consomment du cannabis, de celles qui sont dépendantes de cette substance, de celles qui ont cessé récemment d'en consommer après en avoir fait une utilisation abusive ou de celles qui n'ont jamais consommé, surtout lorsqu'il est question de certaines formes de mémoire, par exemple la mémoire de travail.

Cela dit, un élément préoccupant tient à ce que nous avons découvert une corrélation positive entre la consommation de cannabis au fil du temps — ce que nous appelons la consommation cumulative, c'est-à-dire l'exposition totale au fil du temps — et la dégradation des fonctions cognitives liées au lobe frontal, par exemple la mémoire de travail, le jugement et l'attention. Nous pensons que le lobe frontal fait en quelque sorte office de premier dirigeant du cerveau.

En fait, la consommation de cannabis au fil du temps altère le lobe frontal des patients que nous avons observés. Comme nous savons qu'ils présentent déjà des carences à cet égard, le fait d'apprendre que la consommation excessive et soutenue de cannabis au fil du temps affectera leurs fonctions cognitives — lesquelles, comme nous le savons, sont liées à leur capacité de fonctionner convenablement dans la collectivité — nous semble extrêmement préoccupant.

En outre, quelques-unes de nos études tendent à indiquer que l'arrêt de la consommation de cannabis pendant au moins six mois permet le rétablissement des fonctions cognitives en question, de même que le début d'un processus de régularisation et de réparation des dommages causés par la consommation abusive et soutenue de cannabis. Ces découvertes auront des répercussions très importantes sur les traitements, car elles permettent de croire que nous pouvons mettre au point des traitements pharmacologiques — c'est-à-dire des médicaments — et des thérapies comportementales qui seront administrés aux personnes présentant des troubles liés à la consommation de cannabis. Nous pouvons contribuer notablement à l'amélioration des résultats obtenus auprès de patients à risque élevé atteints de troubles psychiatriques comme la schizophrénie.

Nous sommes en train de mener une étude visant à déterminer les effets réels du cannabis. À cet effet, nous examinons des sujets qui sont dépendants du cannabis et nous observons ce qui se passe lorsqu'ils arrêtent d'en consommer pendant une période pouvant aller jusqu'à 30 jours. À notre connaissance, il s'agit de la première fois qu'une étude de ce genre est menée. Nous aurons terminé de recueillir nos données à la même époque l'an prochain. Nous souhaitons connaître les effets réels du cannabis sur les fonctions cognitives, les symptômes cliniques et les résultats de personnes atteintes de schizophrénie et dépendantes du cannabis et, à titre de comparaison, des personnes assujetties à des contrôles non psychiatriques.

Je tiens également à souligner, comme la Dre Mizrahi l'a fait, qu'il est possible que bon nombre des jeunes qui contractent un trouble psychotique comme la schizophrénie soient génétiquement prédisposés à déclencher ou à aggraver leur psychose en consommant du cannabis.

• (0925)

Par exemple, une proportion d'environ 36 % de la population générale possède un gène appelé catéchol-O-méthyltransférase, ou COMT, qui accroît de 5 à 10 fois la vulnérabilité à l'égard d'une psychose induite par la consommation de cannabis. En fait, nous pourrions prendre des mesures de prévention si nous connaissions le bagage génétique de ces personnes, mais il s'agit là d'une question qui prête à la controverse, car nous devons bien réfléchir à la manière dont nous procéderions à l'acquisition et à la gestion de renseignements de nature génétique sur la population. Quoi qu'il en soit, je me bornerai à dire que le fait de disposer de telles informations sur les personnes à risque nous permettrait de concevoir et de personnaliser des traitements, par exemple des thérapies comportementales, qui nous permettraient d'en apprendre davantage sur la façon dont le cannabis peut aggraver l'état des personnes faisant partie de cette sous-population.

En tant qu'administrateur du Centre de toxicomanie et de santé mentale, je vous dirai également, sur le plan clinique, que l'une de nos unités pour patients hospitalisés est destinée aux jeunes qui subissent une psychose précoce ou une première crise psychotique, et que nous savons qu'au moins la moitié de ces cas sont liés à la consommation de cannabis. Il s'agit d'une chose préoccupante qui, là encore, illustre l'importance de la prévention.

En terminant, j'aborderai la question de la décriminalisation du cannabis par rapport aux gens faisant partie de cette population. Si la réglementation en vigueur nous préoccupe, c'est qu'elle pénalise les personnes susceptibles de contracter une dépendance au cannabis en leur imposant des sanctions pénales éventuellement nuisibles qui pourraient très bien les empêcher d'accéder à un traitement qui, comme j'espère l'avoir souligné, constitue l'élément clé.

De surcroît, les études menées sur les avantages respectifs de la décriminalisation et du maintien de la criminalisation actuelle du cannabis ne nous fournissent à peu près aucune donnée probante indiquant que la décriminalisation aurait pour effet d'accroître le taux de consommation du cannabis ou d'encourager des gens à commencer à en consommer. On craint que ces deux effets se manifestent au sein de la population des jeunes, et, comme les Drs Mizrahi et Le Foll l'ont indiqué, il existe des inquiétudes à l'égard de la possibilité que le cannabis ait des effets négatifs sur le développement du cerveau, mais peu de données probantes tendent à indiquer que la décriminalisation se traduirait par une hausse de la consommation de cannabis.

De plus, nous avons tendance à constater que ceux qui commencent à consommer du cannabis en bas âge auraient de toute façon fini par en consommer un jour ou l'autre. Toutefois, dans les faits, aucune hausse des taux de consommation n'a été relevée. Là encore, selon moi, cela dénote l'importance d'une démarche axée sur les traitements, d'une stratégie intégrée de santé publique et d'une campagne visant à informer les jeunes des dommages que peut causer le cannabis.

L'étude intitulée *Monitoring the Future*, menée aux États-Unis, il y a de nombreuses années, a clairement montré que, si les jeunes perçoivent ces dommages comme élevés, leur taux de consommation du cannabis diminue, et que, à l'inverse, lorsqu'ils considèrent que ces dommages sont négligeables, la consommation de cannabis augmente. Cela en dit long sur l'importance de l'adoption d'une stratégie ciblée de santé publique et d'une démarche axée sur les traitements. Cela devrait inciter les Canadiens et la société canadienne à admettre que la consommation de cannabis est nocive, mais qu'on peut en diminuer l'ampleur grâce à des stratégies adéquates d'éducation et de traitement.

Je vais m'arrêter ici. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous.

● (0930)

Le président: Merci beaucoup. Cela met fin à la période consacrée aux exposés.

Je vous signale que Mme Lefebvre, de l'organisme de réglementation, est disponible pour répondre à vos questions, tout comme le Dr Theman. Cela dit, nous pouvons passer aux questions des membres.

Nous disposons de nos listes d'intervenants, et nous allons commencer par un tour de sept minutes.

Comme nos invités d'aujourd'hui participent à la réunion de trois façons différentes — par téléconférence, par vidéoconférence et en personne —, je demanderai aux parlementaires qui poseront des questions d'indiquer précisément à qui ils souhaitent les adresser et ce qu'ils souhaitent savoir. Les témoins qui participent à la réunion par vidéoconférence ou par téléconférence peuvent demander aux membres de répéter leur question s'ils ne l'ont pas entendue ou comprise. Cela n'aura aucune incidence sur le temps alloué à chaque membre.

Madame Davies, vous avez sept minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPD): Merci beaucoup, monsieur le président. Je remercie également tous nos invités d'être parmi nous aujourd'hui. Je suis particulièrement heureuse d'avoir entendu les observations que le Dr Tony George vient tout juste de formuler, car je crois qu'elles nous permettent de mettre en perspective la question sur laquelle nous nous penchons aujourd'hui.

D'abord et avant tout, j'aimerais mentionner que, selon moi, il est juste de dire que la plupart des drogues, qu'elles soient licites ou non, qu'il s'agisse de médicaments sur ordonnance ou d'autres réputés illicites, posent des risques. En règle générale, l'emballage des médicaments qui nous sont prescrits comporte des mises en garde concernant, par exemple, le fait de faire fonctionner une machine ou de conduire une voiture après avoir consommé le médicament en question, et indique que l'on doit demeurer alerte. À mes yeux, il y a un principe très important à prendre en considération, à savoir le fait que toutes les substances — alcool, tabac, médicaments licites ou drogues illicites — posent des risques. Ces risques peuvent être plus ou moins élevés. À ce chapitre, tout dépend du contexte et tout est relatif — voilà ce qui, à mon avis, est important.

Bon sang, il est même dangereux de conduire une voiture. Il s'agit probablement de la chose la plus dangereuse que nous faisons chaque jour, et c'est pourquoi la conduite automobile est assujettie à toutes sortes de lois et de règlements concernant, par exemple, le port de la ceinture de sécurité.

Il y a deux questions que j'aimerais poser. La première vise à amener plus loin la discussion sur la question de la nocivité de la consommation de marijuana par rapport à celle, disons, d'alcool ou de tabac.

Par exemple, j'aimerais que les trois témoins qui participent à la réunion par vidéoconférence, plus particulièrement le Dr Le Foll et le Dr George, nous indiquent le nombre de personnes qui sont mortes des suites de la consommation de marijuana. Est-ce que l'on dispose de cette statistique?

Si je m'abuse, le Dr Le Foll a mentionné que personne ne mourait d'une surdose de marijuana. Pourriez-vous nous indiquer si cela vaut également pour l'alcool? Combien de gens meurent d'une consommation excessive d'alcool? Quel est le taux de mortalité lié à cela?

J'aimerais également connaître la nocivité relative de ces substances en ce qui a trait au risque de dépendance dont elles s'assortissent. Comme le Dr George vient de le dire, je crois que, à cet égard, il s'agit vraiment de gérer le risque et d'atténuer les méfaits. Pourriez-vous nous parler de l'ampleur des méfaits causés par la marijuana par rapport à ceux découlant de la consommation d'alcool et de tabac?

Ma deuxième question concerne la prohibition. J'aimerais savoir dans quelle mesure elle contribue aux méfaits sur lesquels nous nous penchons. Vous avez dit quelques mots à propos des jeunes et de ce que cela signifiait pour eux. Il me semble que, lorsque nous établissons que cela relève du tabou et que l'on doit s'en tenir à la prohibition ou à la tolérance zéro, mais que, par ailleurs, les gens consomment de la marijuana à des fins récréatives ou médicinales sans que cette consommation soit encadrée par des dispositions législatives ou réglementaires et sans que les consommateurs ne soient vraiment informés, nous adoptons une attitude fondée sur la peur et l'incapacité de communiquer, et cela donne lieu à une énorme réprobation sociale. Dans quelle mesure la prohibition contribue-t-elle aux méfaits que nous observons, plus particulièrement chez les jeunes?

Ces questions s'adressent aux trois personnes qui témoignent par vidéoconférence.

Dr Bernard Le Foll: Je peux tenter d'y répondre.

À mon avis, l'un des principes dont on doit tenir compte est celui selon lequel l'ampleur des répercussions d'une drogue sur la société est fonction du nombre de personnes qui la consomment. De plus, l'ampleur des effets varie selon le type de drogue — certaines s'assortissent d'un taux de mortalité plus élevé, alors que d'autres auront des conséquences de nature davantage sociale, par exemple des accidents de voiture, des problèmes liés au travail ou à l'absentéisme et des incidents violents. Il est quelque peu malaisé d'effectuer des comparaisons puisqu'on aboutira à des résultats différents selon l'importance que l'on accorde à chaque élément constitutif d'une répercussion ou selon qu'on met l'accent sur les répercussions sociales, individuelles ou médicales.

De façon globale, en ce qui a trait au nombre de décès, on peut avancer sans crainte de se tromper que le tabac est la substance qui tue le plus de personnes. L'alcool se classe au second rang. Si ces substances tuent autant de gens, c'est parce qu'elles sont consommées à grande échelle. À l'heure actuelle, une proportion de 20 % de la population canadienne consomme du tabac, et une proportion de 80 % consomme de l'alcool. Le cannabis n'est que très peu consommé par comparaison à ces deux substances.

J'ai évoqué les risques liés à l'inhalation. Si le tabac tue la moitié des gens qui en consomment, c'est parce que cette substance est inhalée. Il est possible que des gens meurent des suites de l'inhalation de cannabis, mais leur nombre est beaucoup moins élevé, et bon nombre de consommateurs de cannabis consomment également du tabac. Des experts ont tenté de calculer le nombre de décès attribuables à la consommation de marijuana, et, bien que je n'aie pas sous la main les chiffres les plus récents qui ont été publiés dans *Le Lancet* il y a de cela un an — nous pourrions vous les transmettre —, je peux vous dire que ce nombre de décès est minime par rapport au nombre de décès causés par l'alcool et le tabac. Cela ne fait aucun doute.

J'avancerais que le nombre de décès causés par le cannabis est équivalent à environ 2 ou 5 % des décès attribuables au tabac ou à l'alcool.

● (0935)

Mme Libby Davies: Merci beaucoup.

Est-ce que le Dr George pourrait prendre une minute pour répondre lui aussi à la question?

Dr Tony P. George: J'aborderai plutôt le thème de la prohibition et la question de savoir si elle accroît l'ampleur des méfaits.

Le Dr Le Foll a bien indiqué que seulement 10 % des personnes qui essaient le cannabis finiront par être dépendants de cette substance. Ce taux est beaucoup plus élevé dans le cas du tabac — il s'élève à 30 ou à 32 % environ — ou à l'alcool — dans ce cas-là, il oscille entre 15 et 20 %.

L'alcool et le tabac sont des substances licites assujetties à une réglementation. Je crois que l'un des problèmes liés au caractère illicite du cannabis et à la stratégie de prohibition dont il fait l'objet tient à ce que les personnes qui veulent se procurer cette substance qui, comme je l'ai indiqué, est modérément nuisible, s'exposent à d'autres drogues illicites et à des personnes du milieu interlope, ce qui, comme vous le savez, mène à la criminalité et à d'autres méfaits. Bien souvent, le problème auquel s'exposent les gens pour qui le cannabis est la drogue de prédilection tient aux membres de ces milieux interlopes qui leur proposent d'autres drogues plus dures comme la cocaïne et l'héroïne. Le cannabis a été qualifié de « drogue d'introduction », et, même si cette dénomination a fait l'objet de critiques, j'estime qu'elle nous en dit long sur le sujet qui nous

occupe. Cela met en question l'utilité d'une stratégie axée sur la prohibition.

Dans les pays où l'on a décriminalisé le cannabis, on n'a relevé aucun effet négatif pouvant être lié à cette mesure.

Le président: Merci beaucoup. Vous étiez très près d'avoir utilisé une minute.

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

M. David Wilks (Kootenay—Columbia, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie les témoins d'être ici.

Ma première question s'adresse au Dr Theman ou à Mme Lefebvre. Je vous invite tous deux à répondre à la question.

Un article concernant l'installation à Vancouver de la première machine distributrice de marijuana thérapeutique a paru hier dans le *National Post*. Cela a soulevé l'ire de la ministre, qui, je crois, fera peut-être une déclaration à ce sujet aujourd'hui.

Pourriez-vous préciser votre position là-dessus, docteur Theman? Vous avez dit que les médecins qui fournissent de la marijuana à leurs patients doivent s'assurer que ces patients sont informés à propos de l'absence de données probantes concernant la marijuana, de l'approbation relative à la compréhension qu'ont les patients et les médecins de la drogue et du fait qu'ils doivent soumettre de l'information à l'organisme de réglementation médicale touchant les médecins participant au programme.

Pourriez-vous nous parler de ces machines distributrices?

● (0940)

Dr Trevor Theman: Je n'ai pas lu l'article auquel vous faites allusion et je ne sais pas comment fonctionne le programme en question, mais je peux vous dire que, à mes yeux, l'idée même d'une machine distributrice de marijuana n'a absolument rien à voir avec la médecine. Cela s'apparente à un accès légal à la marijuana.

Le problème posé par tout ce dont nous parlons tient principalement à la médicalisation de la question. Je pense que vous avez beaucoup entendu parler de l'absence ou de l'insuffisance de données probantes, d'hypothèses et de résultats possibles. Comment nos membres seront-ils informés de l'efficacité de cette drogue et des cas où elle est efficace?

On a évoqué les risques, mais nous devons les mettre en balance avec les avantages. Un médecin ne prescrit pas un médicament ou un traitement s'il ne croit pas qu'il puisse se révéler avantageux d'une façon ou d'une autre. L'idéal est que les avantages compensent largement les risques. Ce que nous nous demandons, c'est si la consommation de marijuana comporte des avantages, mais à ce chapitre, nous ne disposons pas de données probantes.

Le fait de se procurer simplement de la marijuana au moyen d'une machine distributrice sans établir une relation avec un médecin est assimilable au fait d'obtenir de la même façon de l'OxyContin sans qu'un médecin n'effectue un suivi de la maladie pour laquelle on se procure ce médicament.

M. David Wilks: Merci beaucoup.

Je n'ai pas vraiment compris la fin de l'intervention, monsieur le président, mais j'aimerais revenir au Dr George et au Dr Le Foll et à la question posée par ma collègue, Mme Davies.

Si je ne m'abuse, cette question portait sur les surdoses de cannabis, de marijuana ou de THC. Vous avez mentionné qu'il n'existait, selon vous, aucun cas documenté de surdose de cannabis, de marijuana, de THC ou de cannabinoïdes.

Pouvez-vous nous dire s'il y a des cas documentés de surdose de goudron ou de nicotine?

Dr Bernard Le Foll: Oui, il y a eu des cas de surdose de nicotine. Ils sont de plus en plus fréquents depuis que les gens peuvent consommer de la nicotine sous forme liquide, par exemple, au moyen d'une cigarette électronique.

M. David Wilks: Cependant, une surdose de nicotine ne peut pas être causée par l'inhalation de la fumée d'une cigarette, n'est-ce pas?

Dr Bernard Le Foll: Non, cela ne pourrait pas se produire. En fait, la seule façon dont une cigarette pourrait causer une surdose, c'est si une personne faisait infuser son contenu et buvait cette mixture. Une personne qui tenterait de s'infliger une surdose de nicotine en inhalant la fumée de cigarettes subirait des effets secondaires si nombreux qu'elle cesserait d'inhaler cette fumée.

M. David Wilks: Merci. C'était la question que je voulais vous poser.

Ma prochaine question s'adresse au Dr George, qui a parlé de la prohibition. Êtes-vous d'accord pour dire que la légalisation est assimilable à la commercialisation?

Dr Tony P. George: À mon avis, tout dépend de la manière dont on s'y prend. Il est probable qu'une légalisation s'assortirait de mesures de contrôle. Je suppose que, dans un contexte où la marijuana se ferait légaliser, des sociétés commerciales seraient disposées à aider Santé Canada et le gouvernement du Canada à assurer la qualité de la marijuana et de sa composition. Par conséquent, j'imagine qu'on peut avancer qu'une légalisation comporterait un volet commercial.

M. David Wilks: Nous nous entendons sur le fait que nous ne nous entendons pas là-dessus.

À mes yeux, le fait de décriminaliser ou de légaliser la marijuana ne permettrait pas d'exercer un contrôle sur les diverses formes que peuvent prendre le THC ou les cannabinoïdes, vu que le marché noir ne disparaîtrait pas pour autant. La marijuana rapporte des milliards de dollars aux Hells Angels ou à d'autres...

• (0945)

Le président: On invoque le Règlement.

[Français]

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Je respecte beaucoup mon collègue conservateur...

[Traduction]

Le président: Excusez-moi un instant. Allez-y.

[Français]

M. Dany Morin: Je respecte beaucoup mon collègue conservateur d'en face. Cependant, je crois que le sujet à l'étude, ce sont les risques sanitaires liés à l'utilisation de la marijuana, et non sa commercialisation. L'intervention et le commentaire de mon collègue conservateur sont hors sujet puisqu'on étudie les risques pour la santé et non la commercialisation et l'utilisation criminelles de la marijuana.

[Traduction]

Le président: Eh bien, ce que vous dites est juste.

Monsieur Wilks, il vous reste une minute.

Allez-y, monsieur.

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

Je pourrais peut-être préciser quelques-uns de mes commentaires en indiquant que j'ai été policier pendant 20 ans et agent d'infiltration

dans le milieu de la drogue pendant 3 ans, et que j'ai aussi été qualifié par la Cour suprême de la Colombie-Britannique de spécialiste en ce qui concerne les questions relatives aux quantités de drogues requises aux fins du dépôt d'une accusation de trafic et la capacité de désigner une substance en tant que marijuana en l'absence d'un test en laboratoire. J'estime qu'il est impératif de comprendre que la décriminalisation et la légalisation sont des mesures qui ne nous permettront pas d'exercer un contrôle sur les taux de THC contenus dans le cannabis vendu sur le marché noir.

J'aimerais que le Dr George nous explique la différence qu'il établit entre la décriminalisation et la légalisation. Êtes-vous d'accord avec les chefs de police canadiens qui aimeraient que la possession de petites quantités de cannabis ou de marijuana constitue une infraction pouvant faire l'objet d'une contravention?

Le président: Cette question s'adressait au Dr George?

M. David Wilks: Oui.

Le président: Veuillez répondre brièvement à la question, par exemple en 30 secondes. Nous disposons d'un temps limité.

Dr Tony P. George: Durant mon exposé, j'ai mentionné que nos points de vue pourraient peut-être concorder en ce qui concerne une certaine sous-population, à savoir celle des jeunes, et plus particulièrement les membres de ce sous-ensemble qui peuvent être à risque de contracter un trouble psychiatrique. À mon avis, la mise en place d'un régime de contraventions grâce auquel on aiguillerait les gens vers les services d'évaluation et de traitement plutôt que de les envoyer en prison représenterait un progrès. Je ne crois pas qu'il existe un gouffre entre votre point de vue et le mien.

Le président: D'accord. Très bien.

Madame Bennett, je vous souhaite la bienvenue au sein du comité. Vous avez sept minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup.

Merci à tous les témoins.

J'étais ravie à l'idée que nous puissions avoir une discussion d'adultes sur cette question, et j'espérais qu'elle prenne appui sur des données probantes, mais j'étais très préoccupée par le fait que nos collègues du secteur médical allaient devoir composer une fois de plus avec l'absence de données probantes relatives à une kyrielle de facettes du sujet qui nous occupe. De toute évidence, le gouvernement du Canada a la responsabilité de recueillir ces données et de financer la recherche permettant de les obtenir. En tant que médecin qui a traité de nombreux patients qui consommaient de la marijuana afin d'éviter de prendre des médicaments qui, comme nous le savons maintenant, pourraient être plus nocifs que la marijuana ou le sont effectivement, je dois dire que nous devons faire en sorte de fournir aux médecins les données probantes dont ils ont besoin.

Les comités consultatifs d'experts ne disposent toujours pas des données probantes sur lesquelles fonder leurs recommandations. Je crois qu'il devient de plus en plus évident, d'après ce que nous avons pu observer dans le cas de la sclérose en plaques et relativement à d'innombrables médicaments — et ceux d'entre nous qui se sont sentis obligés d'écouter leurs patients ont pu recueillir sur le terrain une tonne de données provenant d'observations —, que les patients savent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. En fait, nous sommes très impressionnés par ce qui s'est passé.

J'ai également trouvé intéressant d'entendre les témoins parler de schizophrénie et de prédisposition génétique. Je crois qu'il s'agit là de phénomènes que l'on évoque maintenant relativement à l'ensemble des médicaments et produits pharmaceutiques — dans l'avenir de la médecine personnalisée, nous serons en mesure de déceler les personnes pour lesquelles divers médicaments posent certains risques. Là encore, j'estime qu'il est impératif d'entreprendre immédiatement des recherches portant sur de telles questions.

Je crois que nous avons également entendu que c'est le mode d'administration du cannabis ou du THC qui soulève des préoccupations relatives à la santé chez les médecins, et que, en ce qui concerne la vaporisation ou d'autres modes d'administration, des données indiquent qu'ils préféreraient que l'on ait recours à un autre mode d'administration de manière à ce que les gens qui ont besoin de consommer ce produit puissent être capables de fonctionner dans la société. Il a été très instructif d'apprendre que bon nombre de patients ne veulent pas inhaler ce produit, mais je crois que les témoins nous ont également dit que l'on devait mieux informer les gens à propos des risques et réglementer davantage la composition du produit.

Il ne fait aucun doute que, si le gouvernement prend en charge la réglementation du produit, les gens sauront de quoi il est composé, et, là encore, si une personne peut se procurer un produit pur et officiel, pourquoi irait-elle se le procurer sur le marché noir? Mon père, qui avait été policier et qui est décédé à 93 ans, ne comprenait pas pourquoi tout cela était criminalisé. Il était d'avis qu'il s'agissait d'une question de nature thérapeutique à propos de laquelle on devait prendre des mesures d'éducation et de réglementation, et que c'était le rôle de la société de le faire.

Ma question s'adresse aux médecins, plus particulièrement ceux qui se sont intéressés aux questions relatives à la prévention. Prenons un médicament comme Champix. Selon une étude menée par la FDA, un nombre incroyable de patients sont décédés ou se sont suicidés après qu'ils ont pris ce médicament. Comment intégreriez-vous les résultats de cette étude à une discussion où nous n'examinons que les risques et les effets nocifs... Je ne comprends toujours pas qu'un comité parlementaire puisse n'examiner qu'une seule facette d'une question. Pouvez-vous nous fournir des explications concernant les risques que pose le cannabis et le THC comparativement aux risques réels posés par des produits pharmaceutiques approuvés et administrés à des Canadiens?

• (0950)

Dr Bernard Le Foll: À qui adressez-vous cette question?

L'hon. Carolyn Bennett: Je crois que vous seriez une personne bien placée pour y répondre en premier, vu que bon nombre d'entre vous avez participé aux essais relatifs aux médicaments antinicotine. Si je ne m'abuse, vous étiez tous très préoccupés à propos de ce qui s'était passé après leur approbation.

Nous avons constaté que nous n'avions pas fait du bon travail en matière de surveillance post-commercialisation, et qu'une foule de personnes étaient décédées en tentant de cesser de prendre un médicament. Je pense simplement que nous devrions mettre cette étude en contexte en ce qui a trait à la position de l'industrie pharmaceutique et à la raison pour laquelle aucune recherche n'a été menée à propos de ce médicament. En effet, aucune compagnie pharmaceutique ne mène d'études en vue de recueillir des données probantes là-dessus.

Dr Bernard Le Foll: Oui. Je peux faire des commentaires à ce sujet.

En ce qui concerne les compagnies pharmaceutiques, la situation est claire, vu que des organismes spécialisés comme la FDA ou

Santé Canada évalueront les risques et les avantages. Il est également vrai que, après que le produit a été commercialisé, les risques peuvent évoluer en dépit de la pharmacovigilance et à mesure que des effets secondaires se manifestent au sein des populations. Nous devons mener des activités de surveillance au début, mais également de façon répétée au fil du temps.

Le problème que pose le cannabis tient au fait qu'il s'agit d'une plante, et donc d'un produit qui ne peut pas être breveté, de sorte que les compagnies pharmaceutiques pures et simples sont plus ou moins intéressées à mener des recherches à son sujet. Voilà pourquoi le cannabis fait l'objet de moins de recherches que ses dérivés pharmaceutiques comme les cannabinoïdes.

Des cannabinoïdes sont maintenant offerts sur le marché. Des études ont établi que ces produits présentaient un bon rapport risques-avantages, et c'est la raison pour laquelle ils sont approuvés en tant que médicaments à usage humain.

Comme vous l'avez souligné, je crois que le problème tient à ce que le cannabis à inhaler ne sera jamais approuvé en fonction des normes utilisées pour évaluer les produits pharmaceutiques, vu que l'inhalation de cannabis est extrêmement toxique, et que le rapport risques-avantages devient immédiatement défavorable pour ce produit. C'est pourquoi je suis d'avis que les voies d'administration entériques sont d'une importance cruciale.

• (0955)

Le président: Je suis désolé, madame Bennett, mais votre temps est écoulé. Je vous remercie.

Monsieur Young, vous avez sept minutes.

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

En ce qui concerne les propos tenus par ma collègue d'en face, j'aimerais mentionner que j'espère que nos médecins informent leurs patients de ce qui a été dit devant le comité, à savoir que la marijuana peut provoquer une psychose, la schizophrénie et une arythmie cardiaque mortelle, qu'elle double le risque de subir un accident de la route, qu'elle suscite la dépendance et qu'elle cause des cancers et des dommages permanents au cortex préfrontal. J'espère que les médecins qui prescrivent de la marijuana ou auxquels on pose des questions à ce sujet transmettent ces renseignements à leurs patients.

Docteur Le Foll, vous avez dit qu'il y avait une corrélation positive entre le nombre de personnes consommant une drogue et l'ampleur des répercussions qu'elle aura dans la société, et que, si l'alcool se classe au second rang — derrière le tabac — pour ce qui est de l'ampleur des méfaits provoqués, c'est en raison du taux de consommation de cette substance.

Ainsi, si le taux de consommation de marijuana augmente et devient aussi élevé, par exemple, que celui de l'alcool, il est possible qu'au fil du temps des études épidémiologiques montrent que cette substance est aussi mortelle que l'alcool ou le tabac. Est-ce exact?

Dr Bernard Le Foll: Il est exact que, si la consommation atteint de très hauts niveaux, elle pourrait occasionner beaucoup plus de méfaits, mais nous sommes loin des taux de prévalence que présentent le tabac et l'alcool.

M. Terence Young: Je comprends cela, mais ce que j'ai dit, c'est que si le taux de consommation de la marijuana était égal à celui de l'alcool, il pourrait être établi que cette substance est tout aussi mortelle que l'alcool.

Dr Bernard Le Foll: Oui. Je pense qu'une analogie avec le tabac serait plus juste, mais en raison des dommages provoqués, le risque serait probablement du même ordre. Oui. Je suis d'accord avec vous. Si la substance est utilisée à plus vaste échelle, les dommages seront plus importants que ceux que nous observons actuellement.

M. Terence Young: Merci infiniment.

Docteur George, vous avez mentionné que les jeunes qui consomment du cannabis sont de cinq à dix fois plus vulnérables à l'égard de la schizophrénie. En outre, au cours des jours précédents, des gens nous ont indiqué que les consommateurs de marijuana étaient deux fois plus à risque de subir un accident d'automobile.

Vous arrive-t-il de prescrire de la marijuana à des patients? Pourquoi le faites-vous ou pourquoi ne le faites-vous pas?

Dr Tony P. George: Je ne prescris pas de marijuana. Je ne possède pas la licence qui me permettrait de le faire. J'ai eu affaire à des patients atteints de troubles de santé mentale qui étaient de gros consommateurs de cannabis, et auxquels j'ai prescrit des médicaments cannabinoïdes, par exemple du nabilone — commercialisé sous le nom de Cesamet — pour tenter de les amener à réduire leur consommation.

M. Terence Young: Merci. Vous avez donc prescrit ces médicaments simplement pour réduire les méfaits, et non pas afin de traiter une quelconque affection?

Dr Tony P. George: Non.

M. Terence Young: Merci. Est-ce que vous recommanderiez au gouvernement du Canada de prendre des mesures de quelque nature que ce soit afin de rendre la marijuana accessible à plus grande échelle pour nos jeunes?

Dr Tony P. George: Vous parlez de légalisation...?

M. Terence Young: Au cours des jours précédents, par exemple, nous avons beaucoup entendu parler du fait que la marijuana ait été légalisée dans un État américain, en Oregon, si je ne m'abuse.

Une voix: Dans les États de Washington et du Colorado.

M. Terence Young: Je suis désolé. Washington et Colorado. Selon les données recueillies à ce jour, la légalisation a rendu la marijuana plus facilement accessible pour les jeunes.

Je peux vous dire, par exemple, que dans certains secteurs de la grande région de Toronto, des adolescents organisent des fêtes où chacun apporte des pilules subtilisées à ses parents et les dépose dans un bol dans lequel tout le monde sera invité à piger. Il s'agit d'une pratique extrêmement dangereuse. Ainsi, cela ne me surprend pas.

Ma question que je vous ai posée était la suivante: recommanderiez-vous au gouvernement du Canada de prendre des mesures de quelque nature que ce soit afin de rendre la marijuana plus facilement accessible pour nos jeunes?

Dr Tony P. George: Non, je ne pense pas que nous devons faire cela directement, mais j'estime que l'on doit mener une campagne de sensibilisation concernant les méfaits.

M. Terence Young: Oui, merci. D'accord.

Je m'adresserai maintenant à la Dre Mizrahi, que je remercie, en passant, d'être venue ici. Qu'arrive-t-il à une personne qui devient schizophrène? Est-ce qu'elle peut commencer à présenter des comportements suicidaires ou meurtriers?

Dre Romina Mizrahi: Oui, c'est possible.

M. Terence Young: D'accord. Que lui arrive-t-il d'autre?

Dre Romina Mizrahi: Ils auront des idées délirantes, c'est-à-dire qu'ils croiront à des choses anormales, et ils peuvent aussi avoir des problèmes de perception.

M. Terence Young: Est-ce que leur état les met à risque, alors?

Dre Romina Mizrahi: Bien sûr...

M. Terence Young: Et est-ce que les gens qui les entourent sont eux aussi à risque?

Dre Romina Mizrahi: Oui.

M. Terence Young: Est-ce que c'est la même chose dans le cas de la schizophrénie? Dans le cas d'une personne qui vit un événement psychotique, pourrait-elle avoir des idées suicidaires ou des envies de meurtre ou encore représenter un danger pour autrui?

• (1000)

Dre Romina Mizrahi: Oui.

M. Terence Young: D'accord.

Que se passera-t-il d'autre, dans son cas?

Dre Romina Mizrahi: La psychose est, de toute évidence, un problème très complexe. C'est à cela que je voulais faire allusion, plus tôt, et aussi aux risques que le cannabis représente pour ces populations, qui sont également très complexes. En général, les jeunes ne consomment pas seulement du cannabis.

Chez ceux qui vont vivre un épisode psychotique, bien sûr, les risques auxquels ils font face et auxquels les autres font face sont accrus. Toutefois, à l'échelle nationale, les taux de suicide et d'homicide chez les schizophrènes ne sont pas nécessairement plus élevés que dans la population en général. Les médias en parlent beaucoup. Mais, oui, pendant un épisode psychotique, les risques augmentent.

M. Terence Young: D'accord, merci.

Connaissez-vous les questions psychiatriques touchant les fusillades et les crimes de masse?

Dre Romina Mizrahi: En partie.

M. Terence Young: D'accord. Je vais vous le dire, selon les recherches que j'ai menées de mon côté, dans la très grande majorité des cas des drogues vendues dans la rue ou des médicaments d'ordonnance sont en cause. Les tireurs, les gens qui sont impliqués dans ces crimes de masse consomment soit des antidépresseurs, soit des antipsychotiques, soit de la drogue achetée dans la rue. Connaissez-vous cette situation?

Je vois que le Dr George hoche la tête. Désirez-vous faire un commentaire?

Dr Tony P. George: Oui.

Il y a déjà eu une ou deux études portant sur les personnes atteintes de schizophrénie qui consommaient ou non des médicaments et le risque de violence. Le message global qui se dégage de ces études est que, dans 90 % des cas, une personne schizophrène qui commet des actes de violence a consommé une substance quelconque, en général de l'alcool et des médicaments stimulants comme la cocaïne.

M. Terence Young: Merci.

Je crois que c'est la Dre Mizrahi qui a dit que les gens pouvaient être génétiquement prédisposés à souffrir de schizophrénie ou d'une psychose lorsqu'ils utilisent de la marijuana. Mais je crois qu'en outre — veuillez me corriger si je me trompe —, vous avez dit qu'il y avait certains éléments de preuve selon lesquels cela peut aussi arriver à des personnes qui ne sont pas génétiquement prédisposées.

Le président: Je m'excuse, une brève réponse, et ensuite nous n'aurons plus de temps.

Dre Romina Mizrahi: Les études dans lesquelles les traits génétiques sont contrôlés révèlent que la génétique joue un rôle, mais il existe d'autres études qui n'ont pas abordé ce sujet et qui ont également révélé un lien entre la consommation de cannabis, en particulier à un jeune âge et en grande quantité, et un risque accru de psychose.

Le président: D'accord, merci beaucoup.

L'intervenant suivant sera M. Morin.

Nous en sommes maintenant aux interventions de cinq minutes. Allez-y, monsieur.

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

J'adresserais ma question à la Fédération des ordres de médecin du Canada. Elle concerne les risques et les préjudices liés à l'utilisation de la marijuana à des fins médicales.

À l'heure actuelle, le programme fédéral permet de rédiger une ordonnance pour les types de patients qui présentent les symptômes ou ont les maladies qui suivent: douleur aiguë ou spasmes musculaires persistants causés par la sclérose en plaques ou des lésions de la moelle épinière; douleur aiguë, cachexie, anorexie, perte de poids ou nausées violentes causées par un cancer ou une infection au VIH-sida; douleur aiguë causée par des formes graves d'arthrite; convulsions causées par l'épilepsie. Il existe une autre catégorie regroupant les personnes qui présentent un symptôme débilisant associé à une maladie ou au traitement thérapeutique de cette maladie.

Dans le fond, dans le cas des patients qui souffrent d'une maladie grave, est-ce que les préjudices et les risques liés à la consommation de marijuana à des fins médicales sont plus importants que les avantages qu'ils tirent de la consommation de la substance?

Dr Trevor Theman: À mon avis, s'il faut répondre franchement, nous ne le savons pas. Je ne connais aucune maladie pour laquelle la première forme de traitement soit la marijuana. Si on décide de l'utiliser, disons, pour traiter une douleur chronique ou la sclérose en plaques, c'est parce que le patient a essayé d'autres thérapies conventionnelles, fondées sur des éléments de preuve, et que ces traitements n'ont pas donné de résultats.

Nous ne disons pas qu'il ne faudrait pas consommer de la marijuana dans de tels cas. En fait, c'est l'un des petits points du règlement précédent qui ne nous posaient aucun problème, le fait que Santé Canada ait dressé une liste des maladies pour lesquelles l'usage de la marijuana pourrait être bénéfique. Le fait est que le nouveau règlement ne comprend aucune exigence de ce type, mais en outre, les représentants de Santé Canada nous disent qu'ils ne consultent jamais ce formulaire. Ils n'ont jamais cherché à savoir si le patient souffrait d'une des maladies qui le rendent admissible à ce programme.

Nous ne sommes pas contre le fait que nos membres utilisent la marijuana en dernier recours, lorsque les autres traitements ont échoué et compte tenu de l'état du patient. Voilà pourquoi le problème ne s'est jamais posé lorsqu'il était question des soins palliatifs. Nous savons tous que c'est une simple question de confort

et que la mort est inévitable. Le problème, c'est que l'utilisation est à l'heure actuelle universelle.

• (1005)

M. Dany Morin: J'ai une autre question sur ce que vous venez de dire. Vous avez dit que nous ne sommes pas tellement renseignés au sujet des risques sanitaires. Pensez-vous qu'il soit pertinent que Santé Canada mène des études sur la consommation de marijuana à des fins médicales étant donné que le ministère est responsable d'un programme qui légalise la possession de marijuana à des fins médicales?

Dr Trevor Theman: Oui, absolument. Nous avons grandement besoin d'éléments de preuve de nature scientifique.

[Français]

M. Dany Morin: Ma prochaine question s'adresse à M. Bernard Le Foll.

Vous avez mentionné plusieurs risques associés à la consommation de marijuana. Le programme de marijuana médicale qui était en place jusqu'au 31 mars 2014 permettait aux gens de produire leur propre marijuana à la maison. Ils pouvaient posséder quatre plants l'hiver...

[Traduction]

M. David Wilks: J'invoque le Règlement.

Le président: Monsieur Morin, quelqu'un invoque le Règlement.

M. David Wilks: Merci, monsieur le président. J'entends la sonnerie d'appel.

Le président: Très bien. Nous allons donc attendre ici un instant.

Un vote va se tenir à la Chambre à 10 h 35. Nous allons demander l'opinion des membres du comité ici présents, mais je crois que nous allons probablement dire que cela met fin à notre séance d'aujourd'hui.

Est-ce que quelqu'un d'autre a un commentaire à faire? Il n'y a pas grand-chose d'autre que nous puissions faire.

Des voix: C'est d'accord.

Le président: Je présente mes excuses aux témoins qui participent par téléconférence et par vidéoconférence. Un vote se tiendra à la Chambre dans environ 30 minutes. Étant donné le temps qu'il nous faudra pour aller voter et revenir ici, notre comité aura terminé ses travaux. Cela met donc un terme à notre séance. Je m'excuse vraiment.

Toutes les informations que vous nous avez communiquées seront enregistrées dans les bleus et auront une grande valeur pour notre étude. Si vous avez d'autres commentaires ou réflexions à communiquer pour contribuer à notre étude, à la suite de la séance d'aujourd'hui, veuillez nous les transmettre.

Encore une fois, nous nous excusons. Je crois que c'est la première fois que cette situation se produit depuis deux ou trois mois. C'est ainsi que vont les choses, à Ottawa. Nous vous remercions de votre temps.

Pour le moment, 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>