



Document de fond relatif à l'énoncé de position de la Société canadienne du sida sur le VIH-sida et l'usage thérapeutique du cannabis

1. Introduction

La Société canadienne du sida considère que les personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir accès au cannabis à des fins thérapeutiques¹ dans un cadre humanitaire de traitement du VIH-sida (voir [l'énoncé de position](#) de la SCS). À l'heure actuelle, le programme d'accès à la marijuana à des fins médicales de Santé Canada est sérieusement entravé par les réticences de la communauté médicale à appuyer le programme et par la procédure d'inscription trop restrictive. Des mesures doivent être prises afin que les personnes vivant avec le VIH-sida puissent avoir accès à une source de cannabis à des fins thérapeutiques qui est sécuritaire et abondante, et qu'elles puissent le faire crainte de poursuite judiciaire.

2. Contexte

2.1 Le cannabis

Le cannabis est une plante plus connue sous les noms « marijuana », « marihuana », « herbe » ou « pot », pour n'en nommer que quelques-uns. Les fleurs (bourgeons) et les feuilles de la plante peuvent être fumées, et sa résine peut être extraite pour produire du hachisch. Le cannabis est une drogue psychotrope qui affecte le système nerveux central. Il contient plus de 460 composés chimiques connus et 60 d'entre eux sont des cannabinoïdes. L'ingrédient actif principal du cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol, ou THC. D'autres ingrédients, tels que le delta-8-tétrahydrocannabinol, le cannabiniol et le cannabidiol, peuvent aussi jouer un rôle dans l'effet général produit par le cannabis².

2.2 Les effets du cannabis

Les pronostics du sida se sont beaucoup améliorés grâce à la pharmacothérapie utilisant des médicaments antirétroviraux. Ces médicaments apportent cependant leur lot d'effets secondaires, tels que la nausée et la perte d'appétit. La nausée peut signifier qu'une personne aura de la difficulté à prendre ses médicaments et la perte d'appétit peut occasionner une perte de poids importante. De plus, les personnes vivant avec le VIH-

¹ Le terme « thérapeutique » est souvent utilisé dans ce texte au lieu de « médical », étant donné que le cannabis n'est pas une drogue approuvée au Canada et que la communauté médicale hésite à supporter son utilisation en ce moment. Le mot « thérapeutique » représente mieux l'utilisation du cannabis dans le cadre de la thérapie et des soins en général, au lieu de le lier à un modèle médical.

² Nolin, P.C. et Kenny, C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat, septembre 2002.

sida doivent souvent vivre avec de la douleur chronique. Par conséquent, la combinaison du VIH-sida et des effets secondaires des médicaments peut avoir un effet négatif important sur le bien-être ainsi que sur l'humeur d'une personne. Les personnes vivant avec le VIH-sida utilisent souvent le cannabis pour contrôler leurs nausées, augmenter leur appétit, regagner du poids plus facilement, diminuer leur douleur et améliorer leur humeur.

2.3 Prévalence de l'utilisation du cannabis chez les personnes vivant avec le VIH-sida

Bien qu'il existe peu de données sur la prévalence en ce qui concerne la consommation de cannabis, des sondages révèlent qu'environ 23 % des Canadiens et Canadiennes de 15 ans et plus en ont consommé au moins une fois dans leur vie. De plus, lors du sondage de 1994, 7,4 % disaient en avoir consommé dans les 12 mois précédents.³ Il est souvent mentionné qu'environ 400 000 Canadiens et Canadiennes utilisent présentement du cannabis à des fins thérapeutiques. Ce chiffre est basé sur une étude effectuée en Ontario selon laquelle 1,9 % de la population de plus de 18 ans disait consommer de la marijuana à des fins médicales.⁴ Il est plus que probable qu'il s'agisse là d'une sous-estimation. En effet, on estime qu'en Colombie-Britannique, environ 7 %, ou 290 000 personnes, utilisent le cannabis des fins thérapeutiques.⁵

De plus en plus de personnes vivant avec le VIH-sida utilisent du cannabis pour atténuer leurs symptômes. Selon des rapports de clubs de compassion⁶ du Canada, 35 % de leurs membres sont des personnes vivant avec le VIH-sida qui utilisent le cannabis pour améliorer leur qualité de vie.⁷ Des sondages révèlent aussi qu'environ 28 % des personnes vivant avec le VIH-sida disent utiliser du cannabis, et ce, généralement pour combattre l'anxiété et la dépression, stimuler leur appétit, prendre du poids, augmenter leur plaisir et atténuer leur douleur.^{8,9,10} Les effets du cannabis pour atténuer la nausée, stimuler l'appétit, atténuer la douleur et améliorer l'humeur des personnes vivant avec le VIH-sida ont déjà été mentionnés dans plusieurs rapports et les recherches en ce sens continuent de s'accumuler.^{11,12}

³ Nolin, P.C. et Kenny, C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat, septembre 2002.

⁴ Ogborne AC, Smart RG et Adlaf EM. *Self-reported medical use of marijuana: a survey of the general population*. Journal de l'Association médicale canadienne, 13 Juin 2000;162(12), pp. 1685-1686.

⁵ Robin O'Brien, membre du Comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, communication personnelle, février 2004.

⁶ Les clubs de compassion sont des organismes sans but lucratif qui fournissent du cannabis aux personnes souffrant de maladies graves. En principe, les clubs de compassion sont illégaux, mais ils sont tolérés par la loi. De plus, puisque les services qu'ils offrent ont un but humanitaire, les communautés les appuient.

⁷ Black, Hilary. Fondatrice et co-directrice de l'organisme *BC Compassion Club Society*, communication personnelle, 30 mars 2004.

⁸ Prentiss D, Power R, Balmas G, Tzuang G et Israelski DM. *Patterns of marijuana use among patients with HIV/AIDS followed in a public health care setting*. J Acquir Immune Defic Syndr, 1 janvier 2004; 35(1), pp. 38-45.

⁹ Sidney S. *Marijuana Use in HIV-Positive and AIDS Patients: Results of an Anonymous Mail Survey*. In: Russo E. *Cannabis Therapeutics in HIV/AIDS*, New York, The Haworth Press, 2001, pp. 35-41.

¹⁰ Furler M, Walmsley S, Millson P, Einarson T et Bendayan R. *Medical Marijuana Use by Patients with HIV in Ontario*. Sommaire de recherche non-publiée.

¹¹ Organisation mondiale de la santé. *Cannabis: a health perspective and research agenda*, 1997.

Le cannabis est généralement fumé. Il existe cependant d'autres options pour ceux qui craignent les effets néfastes de l'inhalation de fumée. L'utilisation d'un vaporisateur, par exemple, peut de beaucoup diminuer et même d'éliminer les substances toxiques se retrouvant dans le cannabis inhalé (benzène, toluène, naphthalène, monoxyde de carbone et goudrons) et d'ainsi minimiser les dommages aux voies respiratoires causés par l'inhalation de fumée.¹² Une forme de THC synthétique est aussi disponible et peut être pris par voie orale (le delta-9-tétrahydrocannabinol est le principal ingrédient actif du cannabis). De plus, certains clubs de compassion offrent, entre autres, des atomiseurs sublinguaux, du cannabis intégré dans des aliments cuits et d'autres formes de cannabis.

2.4 La recherche

Il n'est pas nécessaire que le Conseil d'administration de la SCS prenne position dans le débat sur les bienfaits cliniques de la marijuana inhalée sous forme de fumée puisqu'il a déjà pris position sur le droit des personnes vivant avec le VIH-sida d'accéder à tout traitement qui pourrait leur apporter quelques bienfaits. Des preuves scientifiques des bienfaits cliniques ne devraient pas s'avérer nécessaires pour qu'il soit permis aux personnes vivant avec le VIH-sida d'utiliser le cannabis pour des raisons humanitaires. Cependant, le Conseil d'administration de la SCS reconnaît que davantage d'études cliniques concernant tous les ingrédients actifs du cannabis et leurs effets sur la santé sont nécessaires. De plus, le Conseil d'administration de la SCS appuie vivement la mise en place d'un plan de recherche canadien sur le cannabis.

Santé Canada devrait aussi inclure les clubs de compassion et les partenariats avec des universités dans ses plans de recherche et de financement. Le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat appuie d'ailleurs cette affirmation :¹³

- Santé Canada devrait, le plus tôt possible, effectuer une étude clinique en collaboration avec les clubs de compassion du Canada
- Les études déjà approuvées par Santé Canada doivent être effectuées le plus tôt possible.
- La qualité de la marijuana utilisée dans ces études doit répondre aux normes de pratique actuelles dans les clubs de compassion et non aux normes du NIDA.

Les clubs de compassion s'imbriquent très bien dans les projets de recherche. En effet, ils possèdent une grande expérience de l'usage du cannabis en tant que médicament et la totalité de leurs membres à l'échelle nationale constitue un réservoir de sujets de recherche potentiels encore inexploité.

¹² Russo E (ed). *Cannabis Therapeutics in HIV/AIDS*. The Haworth Integrative Healing Press, Volume 1, Numbers 3/4, 2001.

¹³ Nolin, P.C.; Kenny, C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat. Septembre 2002.

3. L'accès à la marijuana à des fins médicales au Canada

Au Canada, le cannabis est une substance réglementée sujette à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS)*. Cette loi interdit la possession, la culture, le commerce, la possession dans le but d'en faire le commerce, l'importation et l'exportation du cannabis. Il est possible d'être exempté de cette loi pour raison médicale ou scientifique en vertu de l'article 56 de la LRCDAS. Aucun avis de conformité avec le *Règlement sur les aliments et les drogues* n'a cependant été émis en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité du cannabis en tant que médicament.

En mai 1999, Santé Canada a mis en place une disposition transitoire permettant aux Canadiens et Canadiennes de demander une exemption en vertu de l'article 56 de la LRCDAS afin d'être autorisé à posséder et à cultiver du cannabis à des fins thérapeutiques. Cette mesure visait à répondre à la demande croissante pour l'accès au cannabis et aux contestations judiciaires de la *Charte canadienne des droits et libertés*.

3.1 Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales

En 2001, Santé Canada a mis en place le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM)*¹⁴ afin que les personnes vivant avec de graves maladies aient accès à la marijuana pour raisons humanitaires. La première partie du *Règlement* comprend l'autorisation de possession, la déclaration du demandeur et la déclaration médicale. La seconde partie comprend la licence de production – à des fins personnelles ou à titre de personne désignée. La troisième partie concerne les obligations relatives aux documents et la révocation. La quatrième partie concerne l'approvisionnement par un médecin praticien.

La SCS est membre du Comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales de Santé Canada. Le Comité a récemment entrepris une révision de la réglementation du *RAMM* afin de répondre aux inquiétudes soulevées par certains intervenants. Il est à noter que le Comité consultatif n'inclut aucun représentant des clubs de compassion du Canada, et ce, malgré les recommandations du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat :¹⁵

- Le Comité consultatif sur l'utilisation thérapeutique du cannabis devrait représenter tous les acteurs, incluant les centres de distribution et les usagers.

Les modifications au *Règlement* qui ont été proposées seront publiées dans le *Canada Gazette* au printemps 2004. Des commentaires seront reçus sur les modifications proposées au cours des 30 jours subséquents. Le nouveau *Règlement* entrera en vigueur à l'automne 2004.

¹⁴ Santé Canada. *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*. 15 juin 2001: <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/controlled_substances/pdf/regulations/marihuana_06-13-01.pdf>.

¹⁵ Nolin, P.C.; Kenny, C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat, septembre 2002.

Pour de plus amples renseignements sur le *Règlement*, veuillez consulter le site Web de Santé Canada.¹⁶ Vous y trouverez tous les guides et formulaires.¹⁷ Pour recevoir les guides et formulaires par la poste, veuillez communiquer avec Santé Canada au numéro sans frais : 1 866 337-7705.

3.1.1 Catégories de symptômes

Il existe actuellement 3 catégories de symptômes pour lesquels on peut demander une autorisation de possession et une licence de production. La catégorie 1 concerne les symptômes associés aux maladies en phase terminale. La catégorie 2 concerne les symptômes du cancer ou du VIH-sida – tels que les nausées violentes, la cachexie (perte de poids), l’anorexie (perte d’appétit ou incapacité de manger), les spasmes persistants causés par la sclérose en plaques, les lésions à la moelle épinière ou une maladie de la moelle épinière, les convulsions épileptiques, et la douleur aiguë causée par le cancer, le VIH-sida, la sclérose en plaques, une lésion ou une maladie de la moelle épinière, ou une forme grave d’arthrite. La catégorie 1 requiert la signature d’un médecin. La catégorie 2 requiert la signature d’un spécialiste et la catégorie 3 requiert la confirmation d’un second spécialiste. Ce modèle est considéré comme inutilement compliqué et trop normatif en ce qui concerne l’évaluation médicale. Le problème sera donc résolu en remplaçant ces trois catégories par deux nouvelles catégories. Ainsi, la nouvelle catégorie 1 comprendra tous les soins compatissants relatifs aux personnes en fin de vie (précédemment la catégorie 1 pour les maladies en phase terminale), en plus des symptômes qui font présentement partie de la catégorie 2. La nouvelle catégorie 2 comprendra les autres états pathologiques ou symptômes qui ne sont pas compris dans la nouvelle catégorie 1. La signature d’un médecin sera requise pour la catégorie 1. Elle sera aussi acceptée pour la catégorie 2 si le cas du patient ou de la patiente a été évalué par un spécialiste.

3.1.2 Déclaration du demandeur

Dans cette déclaration, le demandeur doit attester être au courant qu’aucun avis de conformité n’a été délivré en vertu du *Règlement sur les aliments et drogues* quant à l’innocuité ou l’efficacité du cannabis en tant que drogue, et que les risques et avantages associés à l’usage du cannabis à des fins médicales ne sont pas tous connus. Dans le nouveau *Règlement*, plus d’importance sera accordé à la responsabilité individuelle du patient en ce qui concerne son choix d’utiliser le cannabis à des fins thérapeutiques et au fait que cette décision a été discutée avec un médecin. De plus, le texte de la déclaration sera simplifié et sera basé sur le consentement en toute connaissance de cause du demandeur.

3.1.3 Déclaration médicale

Le médecin n’aura plus à signer une déclaration attestant qu’il recommande le cannabis afin d’atténuer les symptômes de son patient ou de sa patiente. Il doit maintenant attester que tous les traitements traditionnels des symptômes ont été administrés, ou à tout le moins envisagés, mais que chacun d’eux s’est avéré médicalement inapproprié ou inefficace. Il doit aussi attester être au courant qu’aucun avis de conformité n’a été délivré en vertu du *Règlement sur les aliments et drogues* quant à l’innocuité ou

¹⁶ http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/controlled_substances/pdf/regulations/marihuana_06-13-01.pdf

¹⁷ www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ocma/index.htm

l'efficacité du cannabis en tant que drogue. Le médecin doit ensuite déterminer la quantité maximale de cannabis séché qui doit être autorisée, la posologie journalière, ainsi que la forme et le mode d'administration que le demandeur compte utiliser.

3.1.4 Renouvellement de l'autorisation

L'autorisation est valide pour un an ou moins, selon l'avis du médecin. Il ne sera cependant plus nécessaire de remplir de nouveau le formulaire au complet pour ce faire. Le patient ou la patiente et le médecin praticien n'auront maintenant plus qu'à signer un formulaire déclarant que la situation du demandeur demeure la même. Par ailleurs, la période de validité de la photographie passera de 2 ans à 5 ans.

3.1.5 Divulgence à la police

En vertu des règlements actuels, des renseignements à propos des personnes exemptées ou autorisées ne peuvent être divulgués qu'avec le consentement de ces personnes.¹⁸ Les modifications au *Règlement* rendront le consentement implicite lors de la demande. Il est à noter que des renseignements ne seront divulgués à la police que si cela s'avère nécessaire et en réponse à des demandes bien précises visant à vérifier la validité d'une autorisation. La banque de données demeurera en la possession et sous la responsabilité de Santé Canada.

3.1.6 Communication avec le médecin du demandeur

En vertu des règlements actuels, le consentement du demandeur est requis pour que Santé Canada puisse communiquer avec son médecin. Les modifications au *Règlement* rendront le consentement implicite lors de la demande afin que les renseignements fournis puissent être clarifiés si besoin est.

3.2 Les limites du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*

Malgré la mise en place du *Règlement*, le chemin pour accéder à la marijuana à des fins médicales est toujours semé d'obstacles. Le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat fait d'ailleurs allusion aux limites du *Règlement* :¹⁹

« Mais le processus autorisant la possession et la production de marijuana à des fins médicales ne garantit pas que le cannabis est effectivement rendu disponible aux personnes qui en ont besoin. En fait, notre examen du Règlement et des preuves qui nous ont été remises nous a convaincus que le Règlement représente un obstacle à l'accès. Plutôt que d'être un cadre humanitaire, la réglementation restreint de façon inutile la disponibilité du cannabis pour ceux qui pourraient en retirer des bienfaits. »

¹⁸ Les personnes exemptées sont couvertes en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, puisqu'elles ont fait leur demande avant la mise en place du RAMM. Les personnes autorisées le sont sous le RAMM.

¹⁹ Nolin, P.C.; Kenny, C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat. Septembre 2002.

3.2.1 Les réticences de la communauté médicale

L'obstacle le plus difficile à surmonter pour les personnes vivant avec le VIH-sida est de trouver un médecin qui accepte de signer la demande permettant d'obtenir l'autorisation. La communauté médicale considère qu'il n'existe pas de preuves scientifiques des risques et des avantages du cannabis qui justifient son usage et, par conséquent, hésite à appuyer le *Règlement*. Le cannabis n'est d'ailleurs pas un médicament approuvé. La façon dont est consommée la marijuana – en la fumant – contribue aussi à leurs réticences, car la communauté médicale n'approuve pas ce mode d'administration d'un médicament. La responsabilité qui incombe aux médecins d'appuyer l'usage du cannabis à des fins médicales peut donc entrer en conflit avec le rôle de leur profession en ce qui a trait aux médecines alternatives et non approuvées. Des organisations médicales, telles que l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne de protection médicale et le Collège des médecins du Québec ont fait parvenir des déclarations à leurs membres mentionnant leurs hésitations et leurs réticences à appuyer un tel programme. Plusieurs médecins n'appuient donc pas la demande de leurs patients et patientes par crainte de représailles de la part de leur ordre professionnel.

3.2.2 Les obstacles à surmonter pour trouver un médecin qui appuie le Règlement

Pour des raisons de confidentialité, Santé Canada ne fournit pas la liste des médecins et des spécialistes qui appuient le programme. Les patients et patientes doivent donc se fier au bouche à oreille et aux recommandations d'autres personnes dont les démarches ont été fructueuses. Les personnes qui n'ont pas de contact avec des personnes autorisées ou qui habitent en région éloignée auront donc plus de difficulté à trouver un médecin qui appuie le *Règlement*.

3.2.3 Les obstacles relatifs au traitement des demandes

Il existe aussi des problèmes relatifs aux formulaires de demande en tant que tels – et au temps nécessaire pour les remplir. Les modifications au *Règlement* résoudront cependant certains de ces problèmes. Par exemple, les médecins n'auront plus à énumérer en détail tous les traitements qu'ils ont administrés ou envisagés avant de proposer le cannabis. La procédure de renouvellement sera aussi grandement simplifiée : il suffira de cocher une case pour déclarer qu'il n'y a aucun changement dans la condition du patient ou de la patiente. Le formulaire de renouvellement demande cependant toujours la signature du patient ou de la patiente ainsi que celle du médecin. La procédure de renouvellement est présentement lente et certaines personnes autorisées éprouvent beaucoup d'anxiété ainsi qu'une détérioration de leurs symptômes au cours de la période d'attente. La procédure relative au *Règlement* est longue en soi et pénible pour beaucoup de demandeurs.

3.2.4 Les obstacles à surmonter pour accéder au cannabis

Lorsqu'une personne obtient enfin l'autorisation de posséder ou de cultiver du cannabis, elle doit encore surmonter d'autres obstacles avant de pouvoir obtenir un approvisionnement de cannabis stable, sécuritaire et de bonne qualité. Les personnes autorisées peuvent soit cultiver le cannabis à des fins personnelles – si elles ont demandé une licence de production à cet effet – soit désigner une personne pour le cultiver pour elles, ou soit se procurer le cannabis cultivé pour le gouvernement.

L'aspect financier constitue cependant un obstacle important pour plusieurs personnes vivant avec le VIH-sida. La production de cannabis à des fins personnelles requiert l'achat d'équipement, ainsi que l'espace nécessaire pour cultiver le cannabis et une certaine expertise afin d'obtenir un produit de qualité et une production régulière. Ces frais **ne sont pas remboursés** ni par les assurances médicales, ni par les systèmes d'assurance-maladie provinciaux, ni même par des crédits d'impôt.

Le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat a fait la suggestion suivante, mais celle-ci n'a pas encore été mise en pratique :

- Les dépenses reliées à l'usage de cannabis à des fins thérapeutiques devraient donner droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux.

Par ailleurs, lorsqu'une compagnie d'assurances apprend qu'un propriétaire cultive le cannabis, elle révoque l'assurance pour la maison, ce qui laisse la personne **sans aucune protection** en cas de vol, feu ou perte de production.

Trouver une personne désignée pour cultiver le cannabis peut aussi s'avérer difficile

En effet, il faut souvent entrer en rapport avec le marché illicite pour ce faire. De plus, lorsqu'une personne autorisée désigne quelqu'un pour cultiver le cannabis pour elle, cette personne ne peut cultiver le cannabis pour personne d'autre, et ce, malgré les contestations judiciaires. Les personnes autorisées doivent donc souvent avoir recours au marché illicite – qui demande souvent un prix plus élevé pour le produit. La personne autorisée n'a ainsi aucun contrôle sur la qualité du produit qu'elle obtient, et elle doit le payer à sa valeur marchande en plus de devoir traiter dans l'illégalité, ce qui comporte des risques certains. Elle risque aussi d'être poursuivie en justice, même lorsqu'elle est autorisée à posséder du cannabis.

Par ailleurs, une personne autorisée peut décider de se procurer du cannabis dans un **club de compassion de sa communauté**. Ces clubs sont généralement tenus par des gens qui possèdent une certaine expertise quant à la culture du cannabis et, parce que leur objectif est humanitaire, leurs prix sont aussi bas que possible. Certains clubs de compassion sont très bien établis et offrent non seulement du cannabis de bonne qualité, mais aussi de la formation sur la façon de le consommer ainsi que d'autres services liés à la santé. Certains clubs offrent de multiples produits, tels que du cannabis, des teintures, des aliments cuits, des atomiseurs sublinguaux, en plus de vendre des vaporisateurs ainsi que d'autres produits qui permettent de consommer le cannabis de diverses façons. Un club de compassion est aussi un environnement social qui contribue à étendre le réseau de soutien social des utilisateurs du service et à accroître leur bien-être. En principe, les clubs de compassion sont illégaux, mais ils sont souvent tolérés par la loi, car ils tendent à travailler en collaboration avec les forces de l'ordre et avec la communauté dans laquelle ils interviennent.

Il existe aussi des façons plus créatives de se procurer du cannabis. En effet, des consommateurs de marijuana à des fins médicales ont formé leur propre **réseau de production collective de marijuana**. Leurs surplus de production sont souvent distribués à d'autres. Ce système leur permet de partager les coûts et les responsabilités liés à la production. Ils agissent cependant au risque d'être poursuivi en justice. Ce genre de situation pourrait être évité si l'accès à la marijuana à des fins médicales était plus aisé.

Enfin, une personne autorisée peut se procurer du **cannabis de *Prairie Plant Systems Inc.* (PPS)**, la compagnie mandatée par Santé Canada pour cultiver et produire du cannabis répondant à certaines normes. La qualité du cannabis produit par PPS est cependant un sujet qui en préoccupe plusieurs. En effet, PPS utilise les feuilles et les tiges de la plante en plus de ses fleurs. Le résultat est un mélange qui contient des brindilles, ce qui rend le produit désagréable au goût et complique les choses pour ceux qui veulent rouler le cannabis pour le fumer. De plus, PPS rapportent que la quantité de THC de son cannabis est constante à 10 %, alors que des essais dans des laboratoires indépendants ont démontré que la quantité de THC était parfois d'environ 5 %.²⁰ Plus encore, le cannabis de PPS est moulu finement, ce qui en limite l'usage. Par exemple, une personne qui désire utiliser un vaporisateur afin de minimiser les effets néfastes liés à l'inhalation de sous-produits de la combustion aura de la difficulté à le faire : le bol du vaporisateur est couvert de trous par lesquels le cannabis finement moulu peut s'échapper. Les chiffres démontrent d'ailleurs que le cannabis produit par PPS n'est pas le premier choix des personnes autorisées: des 717 personnes autorisées à posséder le cannabis au 6 février 2004, seulement 63 se le procuraient de PPS.²¹ De plus, environ 30 % de ceux qui ont commandé du cannabis de PPS l'ont ensuite retourné à la compagnie.²⁰

3.3 Utilisation du programme de Santé Canada

Les gens se servent-ils du programme ? Il est souvent mentionné qu'environ 400 000 Canadiens et Canadiennes utilisent le cannabis à des fins médicales et, tel que mentionné plus tôt, il est probable qu'il s'agisse là d'une sous-estimation puisqu'il existe 290 000 utilisateurs à des fins médicales dans la seule province de Colombie-Britannique (consultez la section sur la prévalence de l'utilisation du cannabis). En outre, les clubs de compassion à travers le pays affirment compter environ 7 000 membres qui utilisent le cannabis à des fins thérapeutiques, alors que Santé Canada n'a délivré que 717 licences. Nous pouvons donc conclure que la grande majorité des utilisateurs de cannabis à des fins thérapeutiques se le procure de leurs propres moyens, la plupart de façon illicite.

3.4 L'élimination progressive des licences de production

Santé Canada compte cesser progressivement de délivrer des licences de production d'ici 2007. En effet, le gouvernement compte devenir le seul fournisseur de cannabis pour tous les utilisateurs à des fins thérapeutiques. Il étudie actuellement la possibilité de distribuer le cannabis dans les pharmacies et un projet-pilote dans une pharmacie de Colombie-

²⁰ Vancouver Island Compassion Society. *VICS Newsletter*. Volume 1, Issue 9, mai 2004.

²¹ Santé Canada, Bureau de l'accès médical au cannabis. *Marihuana à des fins médicales – statistiques*. 6 février 2004: <www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ocma/stats/2004/feb/stats_feb-04.htm>.

Britannique est présentement en train d'être élaboré. Santé Canada prétend que les licences de production deviendront désuètes si le cannabis peut être distribué dans les pharmacies du Canada.

Cette vision à long terme inquiète la SCS puisque le cannabis qui est présentement cultivé pour Santé Canada n'est pas bien reçu. La SCS et plusieurs utilisateurs à des fins thérapeutiques ont déjà fait part de leurs inquiétudes à la compagnie *Prairie Plant Systems*. La compagnie a formulé des plans pour améliorer son produit et songe à fournir des bourgeons aux personnes autorisées. Elle ne compte cependant pas cultiver d'autres variétés de cannabis alors que certains utilisateurs à des fins thérapeutiques prétendent que certaines variétés de cannabis sont plus efficaces que d'autres pour atténuer certains symptômes. Des preuves empiriques et la vaste expérience des clubs de compassion suggèrent d'ailleurs que la variété de cannabis « sativa » est plus efficace pour stimuler, remonter, dynamiser et augmenter la créativité, tandis que la variété de cannabis « indica » est plus efficace pour détendre, endormir et atténuer la douleur. Plusieurs variétés hybrides existent et contiennent soit plus de « sativa » ou plus de « indica ». Des recherches plus approfondies sont nécessaires afin d'obtenir des preuves scientifiques des effets spécifiques des différentes variétés. Il arrive bien souvent qu'après de multiples essais et erreurs, les utilisateurs à des fins thérapeutiques trouvent la variété qui leur convient le mieux. La puissance du cannabis et la quantité de THC qu'il contient sont aussi des facteurs à considérer. Si le cannabis est plus puissant, l'utilisateur n'aura pas besoin d'en utiliser autant pour atteindre l'effet désiré. Le cannabis de PPS contient, au dire de la compagnie, 10 % de THC tandis que les deux variétés de cannabis actuellement distribuées dans les pharmacies des Pays-Bas en contiennent plus : la variété « Bedrocan » contient 18 % de THC et la variété « SIMM 18 » en contient 15 %.²²

Si une seule variété de cannabis est offerte et que les gens ne peuvent plus cultiver le cannabis à des fins personnelles, ils ne pourront donc plus obtenir la thérapie de leur choix, ou bien seront forcés de se procurer le cannabis de leur choix par d'autres moyens. Des personnes autorisées ont fait part de leurs inquiétudes à la SCS : ils craignent d'être l'objet de surveillance policière et de poursuites judiciaires lorsque leurs licences ne seront plus renouvelées.

La SCS s'inquiète aussi du site choisi par la PPS pour cultiver le cannabis. La compagnie adhère aux normes agricoles, mais leur choix de site est inquiétant : le cannabis est cultivé dans un puits de mine. La compagnie nous assure que l'endroit est scellé, que le produit répond aux normes et qu'il est soumis à des tests rigoureux pour vérifier les quantités de cannabinoïdes et de substances toxiques qu'il pourrait contenir. Les gens continuent cependant de percevoir un risque et peu appuient le produit de la PPS. La SCS considère que les personnes vivant avec le VIH-sida devraient avoir le choix du produit qu'elles désirent consommer et qu'elles devraient pouvoir se procurer un produit frais, et biologique si désiré, de façon sécuritaire et à un prix abordable. Par ailleurs, le cannabis certifié biologique procure une plus grande tranquillité d'esprit aux personnes vivant avec le VIH-sida dont le système immunitaire est déjà affaibli.

²² Scholten WK. *Medicinal cannabis now available in the Netherlands*. Article soumis au comité consultatif des intervenants sur l'accès à la marijuana à des fins médicales le 7 octobre 2003.

3.5 Proposition pour un nouveau modèle de distribution

La SCS craint que le modèle de distribution actuel de Santé Canada ne permette pas aux utilisateurs à des fins thérapeutiques d'accéder au cannabis.

3.5.1 Le rôle des pharmacies

La SCS appuie le projet-pilote de distribution en pharmacie en Colombie-Britannique et espère que ce modèle sera mis en place dans d'autres pharmacies à travers le pays. La SCS espère aussi que Santé Canada choisira d'offrir plus d'une variété de cannabis, ainsi que la possibilité d'offrir un produit biologique. La SCS exhorte aussi Santé Canada à offrir des contrats de production à des agriculteurs ayant à leur actif des années d'expérience et d'expertise dans le domaine. Ces mesures permettront aux personnes vivant avec le VIH-sida de choisir le fournisseur qui leur convient le mieux et assurera une quantité abondante de plusieurs variétés de cannabis.

3.5.2 Le rôle des clubs de compassion

En plus d'appuyer le modèle de distribution en pharmacie, la SCS appuie aussi l'intégration des clubs de compassion, en tant que centres de distribution attitrés, dans un modèle de distribution du cannabis.

Santé Canada ne reconnaît pas les clubs de compassion : ils ne sont donc pas représentés au Comité consultatif de Santé Canada. Les clubs de compassion sont cependant souvent tolérés par la loi et peuvent compter sur l'appui du public, des communautés, des cours de justice, du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat, des organismes communautaires, et même parfois des forces de l'ordre. Le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat²³ affirme d'ailleurs que :

- des mesures doivent être prises afin d'encourager le développement de pratiques alternatives, telles que l'établissement de clubs de compassion.
- les pratiques de ces organismes répondent aux indications thérapeutiques ressortant des études cliniques et répondent à des normes de qualité et de sécurité très strictes.

Ces clubs comptent actuellement environ 7 000 membres souffrant de diverses maladies, dont 35 % sont atteints du VIH-sida.²⁴ Plus de 350 personnes autorisées ou exemptées par Santé Canada fréquentent présentement des clubs de compassion pour se procurer du cannabis.²⁴ De plus, les clubs offrent de la formation quant à la consommation du cannabis ainsi qu'un réseau de soutien social. Les clubs offrent aussi divers autres produits. Plus encore, ils encouragent l'autonomie en vendant des clones de toutes leurs variétés et en offrant leurs conseils et leur expertise en ce qui a trait à la culture du cannabis. Ils offrent aussi bien souvent des services tels que des massages et des thérapies alternatives, en plus d'être le site de réunions et de présentations. Ils ont des programmes pour recueillir les dons lorsque c'est possible et organisent des séances d'information

²³ Nolin, P.C.; Kenny, C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat, septembre 2002.

²⁴ Hilary Black. Fondatrice et co-directrice de l'organisme *BC Compassion Club Society*, communication personnelle, 30 mars 2004.

publiques en collaboration avec la communauté médicale locale. Plusieurs médecins dirigeront leurs patients et patientes vers les clubs après avoir assisté à une de ces séances. Enfin, ils offrent des informations sur la sécurité et l'efficacité du cannabis et accueillent des stagiaires.²⁵

Leur intégration dans un modèle de distribution du cannabis tombe sous le sens, ne serait-ce que parce qu'il est rentable d'utiliser les ressources déjà existantes. Certains clubs sont des organismes sans but lucratif enregistrés et doivent donc suivre des règles bien précises quant à leur façon de fonctionner et de rendre des comptes. En outre, le plus important et le mieux établi des clubs de compassion du Canada, le *British Columbia Compassion Club Society*, a déjà développé des normes d'exploitation en ce qui a trait à la distribution du cannabis et ces normes pourraient facilement être utilisées par les autres clubs de compassion à travers le pays.²⁶ À l'heure actuelle, la qualité des clubs de compassion n'est pas la même partout. En faire des centres de distribution de cannabis attitrés et les intégrer dans le modèle de distribution apporterait donc une certaine légitimité à leurs services et en augmenterait certainement la qualité. Les personnes vivant avec le VIH-sida devraient être en mesure de se procurer du cannabis dans un endroit sécuritaire sans craindre la persécution policière ou les poursuites judiciaires.

3.6 Les effets de l'élimination progressive des licences de production

Une partie importante d'un modèle de distribution du cannabis comprend l'approvisionnement régulier et sécuritaire d'une quantité de cannabis répondant amplement aux besoins. Santé Canada compte éliminer progressivement les licences de production, autant pour les personnes autorisées que pour les producteurs désignés. Les personnes autorisées n'auront alors d'autres choix que de se procurer le cannabis de *Prairie Plans Systems*, le seul producteur autorisé de Santé Canada pour l'instant, ou de se le procurer sur le marché illicite.

Les personnes vivant avec le VIH-sida qui cultivent présentement le cannabis à des fins personnelles – ou qui l'achètent de leur producteur désigné – ont dû investir un montant initial afin de s'assurer d'un approvisionnement en cannabis de leur choix qui soit à la fois régulier et fiable. La SCS propose que ces personnes puissent continuer à être autosuffisantes en ce qui a trait à leur approvisionnement en cannabis.

De plus, la SCS propose que Santé Canada procède par appels d'offres afin que de multiples producteurs puissent participer au processus d'approvisionnement en cannabis à des fins thérapeutiques du Canada. Cette mesure permettrait la participation de producteurs de marijuana établis et expérimentés, y compris des producteurs établis de produits certifiés biologiques. Ces producteurs hésitent cependant à répondre à ce genre d'appel d'offres. En effet, ils ne veulent pas devoir composer avec le modèle médical, ni avec les limites quant à la quantité de THC que doit contenir le cannabis. Ils refusent aussi de procéder à une irradiation gamma de leurs produits (comme le fait PPS) et

²⁵ Une étudiante en soins infirmiers travaille présentement pour l'organisme *Vancouver Island Compassion Society (VICS)* et reçoit des crédits universitaires pour son travail.

²⁶ *British Columbia Compassion Club Society. Operational Standards for the Distribution of Medicinal Cannabis*. 2003.

désirent cultiver des produits biologiques. Une solution qui convient à tous devrait donc être négociée pour que cette mesure soit mise en place.

4. Les préjugés et la discrimination

Encore aujourd'hui, les personnes vivant avec le VIH-sida sont victimes de préjugés et de discrimination. La peur et le manque de connaissances à propos du VIH et du sida sont au coeur de ce problème. Au Canada, l'épidémie s'attaque souvent à des personnes qui sont déjà marginalisées, tels que les hommes gais et bisexuels, les personnes transgenres, les utilisateurs de drogues injectables, les autochtones, les travailleurs et travailleuses du sexe et les détenus. La maladie, elle, n'a pas de préjugés, elle s'attaque à tous ceux et celles qui en est exposée, y compris les hommes hétérosexuels, les femmes, les jeunes et les enfants.

Les préjugés et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH-sida prennent plusieurs formes : manque de ressources et négligence systématique ; évaluation médicale limitée en ce qui a trait aux déficiences, dévoilement du statut sérologique, discrimination en milieu de travail, accès limité aux thérapies, et non-respect des règlements relatifs au choix éclairé en ce qui a trait au test et au traitement du VIH.²⁷ Les personnes vivant avec le VIH-sida risquent aussi d'être culturellement désavantagées par l'intolérance et la peur de la différence des gens qui les entourent. Enfin, ils risquent de vivre dans la pauvreté, de souffrir d'une déficience, d'être isolés, et d'être victime d'homophobie et de racisme.

Une personne vivant avec le VIH-sida qui choisit d'intégrer la marijuana dans son traitement et ses soins sera aussi associée à la culture de la drogue et sera victime des préjugés qui y sont liés. Les consommateurs de marijuana sont souvent perçus comme des toxicomanes, des drogués irresponsables ou encore des criminels.

Les informations qui sont fournies au grand public en ce qui concerne la marijuana sont généralement biaisées : certains en exagèrent les risques, tandis que d'autres la peignent comme une herbe magique. La couverture médiatique a souvent trait aux opérations policières : on y mentionne les descentes, les saisies et les arrestations de trafiquants tandis que les informations de nature scientifiques sont plutôt rares – mais il y en a tout de même de plus en plus. La profession médicale est très réticente en ce qui a trait à l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques, surtout lorsqu'il est fumé.

On dit aussi que certaines personnes vivant avec le VIH-sida hésitent à dévoiler leur statut sérologique à leurs professionnels de la santé de peur de voir la qualité de leurs soins diminuer.²⁸ Aborder le sujet de la marijuana à des fins thérapeutiques avec le médecin s'avère aussi souvent difficile : le temps passé avec le médecin lors d'une visite est relativement court et les patients et patientes craignent la réaction du médecin.

²⁷ Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida. *Le VIH/sida et la discrimination*. Rédigé par Théodore de Bruyn, mars 1998.

²⁸ Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements. Bulletin, Volume 6, numéro 1, mars 2004.

Enfin, même si elles obtiennent l'appui de leur médecin et l'autorisation du programme relatif au *Règlement* de Santé Canada, les personnes vivant avec le VIH-sida décideront de la nature de leur traitement en fonction du revenu dont elles disposent, du financement gouvernemental disponible, de ce qui est remboursé par leur assurance-médicaments, du niveau de soutien social de leur environnement et de l'endroit où elles demeurent.²⁹ À l'heure actuelle, aucun financement gouvernemental, ni assurance privée ne rembourse les coûts de la marijuana à des fins médicales. De plus, les personnes qui habitent en régions éloignées risquent d'éprouver des difficultés à s'approvisionner en cannabis.

La SCS appuie vivement la mise en place de mesures visant à minimiser les préjugés et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH-sida qui choisissent d'intégrer la marijuana à leur traitement et à leurs soins. La SCS préconise l'élaboration de campagnes d'information afin de renseigner le public et de faire connaître le cannabis en tant que produit thérapeutique. Les professionnels de la santé doivent aussi être mieux informés et en connaître davantage sur les soins compatissants ainsi que sur l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques.

5. Des options pour faciliter l'accès au cannabis à des fins thérapeutiques

5.1 Modifications à apporter à la procédure de demande du *Règlement*

Le Conseil d'administration de la SCS reconnaît que le *Règlement* vise à donner aux malades un accès « légal » au cannabis à des fins thérapeutiques. Cependant, la mise en place d'un tel programme s'avère difficile et la plupart des utilisateurs à des fins thérapeutiques se procurent toujours le cannabis sur le marché illicite. Le Conseil d'administration de la SCS considère donc que cette approche n'est pas appropriée pour les personnes vivant avec le VIH-sida (ni pour les Canadiens et Canadiennes en général).

Pourquoi devrait-on forcer les médecins à participer à un programme à propos duquel ils ont des réticences ? Santé Canada demande présentement la signature du médecin sur les formulaires d'autorisation afin que le patient ou la patiente puisse avoir accès au programme d'accès à la marijuana à des fins médicales. La SCS propose que le diagnostic du médecin et le formulaire rempli par le patient ou la patiente soient considérés comme suffisants pour obtenir l'autorisation de posséder ou de cultiver du cannabis. Les médecins sont réticents à signer les formulaires d'autorisation car leur ordre professionnel ne les appuie pas. Les nouveaux formulaires proposés, en vertu du nouveau *Règlement*, ont donc été modifiés afin que la responsabilité du choix du cannabis en tant que moyen thérapeutique soit attribuée, en grande partie, au patient ou à la patiente. Les médecins doivent cependant toujours attester que les traitements traditionnels des symptômes ont été administrés ou envisagés, mais que chacun d'eux s'est avéré médicalement inapproprié ou inefficace pour traiter le demandeur. Il doit aussi attester être au courant qu'aucun avis de conformité n'a été délivré quant à l'innocuité ou l'efficacité du cannabis en tant que drogue. Le médecin doit ensuite déterminer la quantité de cannabis séché maximale qui doit être autorisée, la posologie journalière, ainsi que la forme et le mode d'administration que le demandeur compte utiliser. Il est

²⁹ Cain R. *La prise de décision relatives aux traitements*. Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements. bulletin, volume 6, numéro 1, mars 2004.

donc facile de comprendre les réticences des médecins à signer ces formulaires. Santé Canada a déjà défini les maladies pour lesquelles l'utilisation de la marijuana à des fins médicales peut être autorisée. Donc, puisque ce sont les médecins qui diagnostiquent la maladie de leurs patients et patientes, la preuve du diagnostic devrait suffire à ce que l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques soit autorisée.

Les clubs de compassion demandent présentement un diagnostic d'un professionnel de la santé – incluant ceux et celles qui travaillent avec les plantes médicinales – pour pouvoir obtenir du cannabis. Les pharmacies pourraient adopter le même modèle. Les patients et patientes n'auraient alors qu'à se présenter à une pharmacie ou un club de compassion pour se procurer du cannabis. Le rôle de Santé Canada pourrait se limiter à vérifier que le processus répond bien aux normes et à fournir aux pharmacies et aux clubs de compassion une liste des maladies pour lesquelles le cannabis peut être distribué à des fins thérapeutiques.

5.2 La décriminalisation

La SCS considère l'utilisation de drogue en général comme un problème de santé et de société plutôt que comme un problème lié à la criminalité. Le Conseil d'administration de la SCS appuie donc un réexamen des lois et des politiques canadiennes sur la drogue dans un contexte où l'utilisation de substances serait considérée comme un problème de santé et de société (consultez l'énoncé de position [Lois sur la drogue et le VIH/sida](#)).

La décriminalisation signifie qu'un comportement ou une activité ne dépend plus du système de justice criminelle. On peut décriminaliser soit en modifiant la loi (*de droit*), soit en ne poursuivant pas en justice des activités qui demeurent illégales (*de facto*).³⁰

Le projet de loi C-10 vise à décriminaliser l'usage du cannabis en modifiant la *Loi sur les contraventions* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Il est présentement en attente d'un vote final à la Chambre des communes. Les élections du 28 juin 2004 changeront peut-être le parcours de ce projet de loi. Le projet de loi établit des amendes pour la possession de petites quantités de cannabis – de 100 \$ à 500 \$ pour une quantité de moins de 15 grammes de cannabis ou 1 gramme de résine (hachisch) – ainsi qu'une amende de 500 \$ pour la culture de 3 plants ou moins. L'application actuelle de la loi est telle que la possession et la culture de petites quantités ne résultent parfois qu'en la confiscation des produits, sans poursuite criminelle. En 1997, par exemple, environ 60 % des infractions ont fait l'objet d'une poursuite criminelle, et le nombre de poursuites est à la baisse.²⁸ Le projet de loi permettra peut-être à certaines personnes d'éviter une poursuite en justice, mais pour beaucoup de Canadiens et Canadiennes – incluant des personnes vivant avec le VIH-sida qui utilisent le cannabis à des fins thérapeutiques – ce projet de loi signifiera des amendes à payer. De plus, le projet de loi propose que la peine pour ceux et celles qui cultivent plus de 50 plants soit doublée : jusqu'à 14 ans de détention. Cette peine potentielle est plus importante que celle imposée pour certains crimes violents.

³⁰ Nolin, P.C.; Kenny, C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat, septembre 2002.

Le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat a fait le commentaire suivant en ce qui a trait à la décriminalisation :

« [La décriminalisation] est en fait le scénario du pire, privant l'État d'un outil de régulation nécessaire sur l'ensemble du processus de production, de distribution et de consommation, en même temps qu'elle transmet un double message au fond plutôt hypocrite. »

Les groupes communautaires qui travaillent à la défense et à la promotion des droits concernant l'accès à la marijuana à des fins médicales sont aussi quelque peu réticents quant au projet de loi C-10. Ils craignent que l'échelle des amendes proposées par le projet de loi C-10 soit discriminatoire pour les Canadiens et Canadiennes à faible revenu.³¹ Le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat est en accord avec eux et ajoute même qu'un jeune ou une personne défavorisée qui se voit dans l'incapacité de payer l'amende a plus de risque de se retrouver en prison qu'une personne ayant plus de moyens. Le Conseil d'administration de la SCS partage ces préoccupations puisque la plupart des personnes vivant avec le VIH-sida qui choisissent d'utiliser le cannabis à des fins thérapeutiques seraient touchées par ces modifications. En effet, elles doivent continuer à se procurer le cannabis par des moyens illicites parce qu'elles ont de la difficulté à accéder au programme de marijuana à des fins médicales du gouvernement. Le projet de loi de décriminalisation ne ferait que perpétuer la prohibition et maintenir le marché noir.

5.3 La légalisation réglementée

Le mouvement de lutte contre le sida a été à l'avant-garde des approches visant la réduction des méfaits relatifs à l'utilisation de drogue proposées au 20^e siècle. Les politiques prohibitionnistes ont eu peu d'impact sur l'utilisation de drogue ou sur la disponibilité des drogues.^{32,33,34} En fait, les lois actuelles ont fait de plusieurs Canadiens et Canadiennes des criminels, incluant des personnes qui utilisent le cannabis à des fins thérapeutiques.

Les politiques publiques en ce qui a trait au cannabis doivent prendre la santé publique et les approches de réduction des méfaits en considération, en plus d'encourager les utilisateurs de cannabis à prendre leurs responsabilités, de fournir des informations sur le sujet et de mettre l'accent sur leur capacité à faire des choix éclairés.

Le Conseil d'administration de la SCS reconnaît les conséquences économiques et sociales de l'utilisation de drogues, telles que les pertes de productivité et les pertes financières pour les entreprises, les hospitalisations, les traitements médicaux, les vies brisées et les décès. Cependant, un cadre prohibitionniste ne fait qu'ajouter des coûts

³¹ Canadian Cannabis Coalition. *Reaction to Canada's New Marijuana Laws*. Cannabis Health, mai/juin 2004; 2(4), pp. 19-20.

³² Reuband K. *Drug use and drug policy in Western Europe*. European Addiction Research, 1995;1, pp. 32-

³³ Cesoni LL. « Usage et actes préparatoires de l'usage des drogues illicites : les choix en matière d'incrimination. Analyse comparative de l'usage de drogues illicites de sept législations européennes ». In : Conseil fédéral suisse, « Message concernant la révision de la loi sur les stupéfiants », 2001

relatifs à l'emprisonnement et aux forces policières. Le cannabis a pourtant moins de conséquences sociales et sur la santé que l'alcool et le tabac. Le Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat affirme même : « En fait, plus que pour n'importe quelle autre drogue illicite, nous pouvons affirmer que c'est sa criminalisation qui est la principale source de coûts sociaux et économiques. »

Le Conseil d'administration de la SCS considère aussi que les politiques et les lois devraient refléter les attitudes et les opinions du public. L'opinion publique³⁴ en ce qui concerne la marijuana est plus libérale maintenant qu'il y a 10 ans. En effet, le public ne considère pas la marijuana comme une drogue dangereuse et appuie son utilisation à des fins thérapeutiques. Les préoccupations du public concernent plutôt le crime organisé et l'utilisation de drogue chez les jeunes et les enfants.

Le Conseil d'administration de la SCS appuie la mise en place d'un système de légalisation réglementée du cannabis au Canada, un système selon lequel la production, la distribution et la consommation seraient réglementées. Il n'existe présentement aucun système de la sorte au monde pour le cannabis, mais ce genre de système existe cependant au Canada pour l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes. Des établissements tels que les clubs de compassion et les pharmacies seraient réglementés en tant que centres de distribution attitrés du cannabis et devraient se plier à des normes d'exploitation en ce qui a trait à la distribution du cannabis. Des campagnes de prévention et des stratégies visant la réduction des méfaits pourraient accompagner un tel système afin de s'assurer que la population possède les outils nécessaires pour faire des choix éclairés en ce qui concerne le cannabis.

Le Conseil d'administration de la SCS reconnaît que le Canada, de par les conventions internationales dont il fait partie, doit respecter certains engagements. Il exhorte donc les fonctionnaires canadiens à prendre une approche visant la santé publique et à demander que le cannabis et ses dérivés soient officiellement retirés des conventions internationales, tout en réclamant que le modèle de distribution du cannabis au Canada soit alors rigoureusement contrôlé et évalué.

³⁴ Nolin, P.C.; Kenny, C. *Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada*. Rapport du Comité spécial sur les drogues illicites du Sénat, septembre 2002.