



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des anciens combattants

ACVA • NUMÉRO 110 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mercredi 27 février 2019

Président

M. Neil Ellis

Comité permanent des anciens combattants

Le mercredi 27 février 2019

• (1550)

[Traduction]

Le président (M. Neil Ellis (Baie de Quinte, Lib.)): J'aimerais commencer la séance. Conformément à l'article 108(2) du Règlement, nous menons une étude sur le cannabis médicinal et le bien-être des anciens combattants.

Aujourd'hui, à titre personnel, nous accueillons Zach Walsh, professeur agrégé de la University of British Columbia; le Dr Marcel Bonn-Miller, Perelman School of Medicine, de la University of Pennsylvania; Max Gaboriault, de Courteney, en Colombie-Britannique; et la Dre Celeste Thirwell, directrice du Sleep Wake Awareness Program.

Nous allons commencer par le Dr Marcel Bonn-Miller.

Docteur Bonn-Miller, vous avez la parole. Merci.

Dr Marcel Bonn-Miller (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, à titre personnel): Je veux seulement m'assurer de bien comprendre votre façon de procéder, je fais une déclaration de 10 minutes?

Le président: Vous avez jusqu'à 10 minutes pour faire une déclaration liminaire, et tout le monde disposera au maximum de 10 minutes. Nous allons ensuite passer aux questions.

Vous devez partir vers 17 heures, n'est-ce pas?

Dr Marcel Bonn-Miller: Oui, c'est pourquoi j'espérais pouvoir être le premier. Merci de m'accueillir.

Le président: Je vais dire aux membres du Comité de poser leurs questions avant 17 heures, s'ils en ont.

Merci. Vous avez la parole.

Dr Marcel Bonn-Miller: Merci.

À titre de mise en contexte, je suis chercheur sur les cannabinoïdes depuis plus de 15 ans: au département des Anciens combattants à Palo Alto, aux États-Unis, pendant presque 10 ans, et à la Stanford University ainsi qu'à la University of Pennsylvania. J'ai été à l'avant-garde de beaucoup de recherches cliniques sur le TSPT et les cannabinoïdes dans ce secteur. Le tout a beaucoup évolué au fil du temps.

Je crois que les recherches et notre compréhension ont progressé ces cinq dernières années. On a fait de nouvelles découvertes et on a réalisé un certain nombre d'analyses au cours des deux ou trois dernières années qui établissent vraiment la base de connaissances.

Pourtant, la majorité des études qui ont été réalisées sur les cannabinoïdes et le TSPT se sont concentrées sur des symptômes ou des mécanismes précis, et ont été menées d'un point de vue préclinique par des études sur des rats et des choses du genre. Voilà ce qui a été fait d'une part en ce qui concerne l'administration des cannabinoïdes. D'autre part, il y a eu des travaux d'observation: on

demandait aux anciens combattants atteints de TSPT ce qu'ils consommaient et les symptômes qui étaient atténués.

Au milieu de tout cela, des essais cliniques ont été faits, dans le cadre desquels nous administrons des cannabinoïdes à des êtres humains ou à d'anciens combattants souffrant de TSPT afin de comprendre si certains cannabinoïdes sont plus bénéfiques que d'autres pour les gens, et ce n'est que récemment que nous avons fait des percées à cet égard. Nous sommes sur le point de terminer le premier essai clinique randomisé de phase 2 de grande envergure sur les cannabinoïdes pour les anciens combattants souffrant de TSPT, et nous publierons bientôt les résultats.

Dans le cadre de cet essai, nous nous sommes penchés sur le THC et le CBD ainsi qu'une combinaison égale des deux substances comparativement aux placebo. C'est à l'avant-garde de ce qui a été fait et de ce qui se fait dans le domaine clinique du point de vue de l'administration de cannabinoïdes dans le cadre d'essais. On a également effectué quelques études au cours des dernières années sur de très petits échantillons, dont certains essais contrôlés contre placebo, qui ont montré que le THC ou le nabilone, une substance similaire au THC, peuvent être utiles pour lutter contre les cauchemars chez les anciens combattants atteints de TSPT. À part ces quelques études, qui, encore une fois, se fondaient sur de petits échantillons, il n'y a pas beaucoup d'études sur des êtres humains dans ce domaine sous forme d'essais cliniques, ce qui est vraiment notre norme de référence pour comprendre les avantages et les dangers associés aux cannabinoïdes.

Je pense que ce que nous savons vraiment, c'est que le THC... Je vais revenir en arrière et dire que, lorsque nous parlons des cannabinoïdes dans ce contexte et que nous essayons de nous demander si le cannabis est bon ou mauvais pour les anciens combattants souffrant de TSPT ou pour les personnes atteintes de TSPT de manière plus générale, il est très important de comprendre que le cannabis est une drogue hétérogène qui varie beaucoup selon les circonstances dont nous parlons. Nombre de recherches essaient d'expliquer les effets individuels de certains cannabinoïdes au sein même de la plante, afin que l'on puisse améliorer les recommandations dans certains secteurs. On ne peut pas dire que le cannabis en soi est utile ou dangereux, et il est très difficile pour les médecins de le conseiller de manière pragmatique.

Nous savons que le THC, comme je l'ai dit, peut être utile pour les gens qui font des cauchemars. Il semble être bénéfique pour lutter contre l'anxiété seulement à faibles doses. À fortes doses, il peut en réalité l'augmenter. Le cannabis ne semble pas être avantageux pour lutter contre la dépression. En fait, il peut l'exacerber au fil du temps. Le plus important, relativement aux conséquences, c'est que le THC a été associé au sevrage, à la tolérance et à l'envie impérieuse. Il s'agit d'une substance qui, particulièrement à fortes doses, peut entraîner l'accoutumance, et nous devons faire une mise en garde importante lorsque nous parlons de THC.

Par contre, il n'y a pas de risque d'accoutumance avec le CBD, ou le cannabidiol, et celui-ci peut être administré à fortes doses; nous ne faisons que commencer à comprendre ses avantages. Il semble bénéfique pour lutter contre l'insomnie. Les modèles précliniques et animaux montrent qu'il peut aider à lutter contre la dépression, mais on doit procéder à des études plus approfondies à cet égard, et qu'il peut aider à traiter l'inflammation liée à un traumatisme cérébral et d'autres choses qui se produisent en même temps et qui peuvent causer certaines formes de TSPT.

Il y a également les combinaisons de ces substances, et c'est vraiment là où en sont les recherches à l'heure actuelle. Je ne pourrais insister assez sur l'importance de chercher plus loin que le cannabis — puisque, dans le domaine en ce moment, c'est relativement peu pertinent — et de se pencher sur la composition du cannabis et de cannabinoïdes parce que ces substances peuvent avoir des effets très différents. Comme je l'ai dit, le THC et le CBD sont un exemple de substances qui ont des effets complètement opposés pour ce qui est de l'anxiété.

• (1555)

En règle générale, de fortes doses de THC peuvent causer de la panique et, en théorie, empirer les symptômes de TSPT. Le CBD peut avoir l'effet contraire. Le fait de bien comprendre sa composition est utile. Du point de vue des essais cliniques, nous en saurons beaucoup plus au cours des prochains mois grâce aux résultats de nos essais cliniques et des autres études qui ont été publiées. Nous menons également une étude prospective de 12 mois dans le cadre de laquelle nous examinons les substances que les personnes choisissent de consommer dans les dispensaires et leurs effets sur les symptômes de TSPT au fil du temps.

Par ailleurs, on est sur le point de commencer une étude américaine à San Diego, qui examinera le CBD comme traitement complémentaire à l'exposition prolongée en se penchant sur les thérapies comportementales — l'exposition prolongée est un des meilleurs traitements pour le TSPT du point de vue des thérapies comportementales — afin de déterminer si le CBD pourrait augmenter l'efficacité de ces traitements. Différentes études montrent qu'il peut accélérer le rétablissement — du moins dans les modèles animaux et les premiers modèles cliniques — pour favoriser l'extinction, ce qui est un des fondements du traitement du TSPT.

Voilà une vue d'ensemble. L'étude sera réalisée au sein du département des Anciens combattants à San Diego, probablement ce printemps. C'est ce qui se trouve au premier plan. Beaucoup d'autres choses se produisent dans ce domaine. Tilray mène une étude. Zach est avec vous et en parlera tout à l'heure. C'est une prolongation de l'étude que nous venons de terminer aux États-Unis.

D'autres chercheurs utilisent les premiers modèles humains et des modèles expérimentaux pour tester différentes composantes des cannabinoïdes et la façon dont elles interagissent avec différents aspects du TSPT. Cependant, ce que nous devons vraiment faire progresser, et ce que nous commençons à voir avec notre essai clinique et d'autres essais cliniques qui s'en viennent, ce sont les essais cliniques de phase 2 et de phase 3 dans le cadre desquels nous administrons aléatoirement à des personnes des préparations de cannabinoïdes et des placébos et examinons l'effet sur les symptômes au fil du temps. Nous commençons à obtenir des résultats. Nous les aurons, comme je l'ai dit, dans la première moitié de cette année et, à mesure que l'on termine d'autres études, nous aurons plus de données à cet égard.

C'est là un aperçu général. Je sais que le Canada envisage peut-être de financer des études sur d'autres aspects dans ce domaine, et je

crois que c'est important. À l'heure actuelle, une grande partie du financement vient de subventions d'État aux États-Unis. Le département de la Santé publique et de l'Environnement du Colorado a financé certaines de ces études. Du point de vue des sociétés, Tilray finance également des études. En outre, l'étude menée à San Diego est la toute première étude que le département des Anciens combattants des États-Unis a financée sur l'administration des cannabinoïdes, alors félicitons-le, ainsi que l'État du Colorado et Tilray, de prendre ce type d'initiative. Ces études sont très coûteuses. À l'exception des mécanismes de subventions, ce sont les sociétés pharmaceutiques et les entreprises de cannabinoïdes qui doivent financer ce travail.

Nous avons besoin de davantage de ressources gouvernementales afin de mener plus d'essais cliniques de phase 2 et de phase 3. C'est vraiment le cœur de la question parce que, actuellement, je crois que nous pouvons dire que certains cannabinoïdes à consommer à domicile semblent avoir de bonnes chances d'aider les personnes souffrant de TSPT, mais nous devons connaître les conséquences associées à certaines substances, comme le THC. Il faut mieux comprendre les effets du CBD, d'une combinaison de THC et de CBD, ou du THC administré à faibles doses, ainsi que l'utilisation concomitante de médicaments sur ordonnance comme les opioïdes dans cette population, et déterminer comment ces médicaments interagissent avec les cannabinoïdes et s'ils pourraient être utilisés d'un point de vue thérapeutique.

Vous avez peut-être maintenant plus de questions que de réponses, mais voilà où en est la recherche dans ce domaine et ce qui a été publié. Encore une fois, je serais heureux de vous transmettre ou de vous envoyer des passages de nombreuses études qui traitent de ce sujet et qui ont été publiées au cours des dernières années.

• (1600)

Le président: Excellent, merci.

Le prochain est M. Gaboriault.

Max, vous avez la parole.

M. Max Gaboriault (à titre personnel): Je ne suis pas aussi éloquent que le témoin précédent. Je vais seulement vous parler brièvement de mes expériences personnelles.

En passant, j'ai un trouble de la parole, alors je pourrais m'arrêter de parler à tout moment.

Je suis un ancien combattant qui a passé 13 ans dans les Forces armées canadiennes. J'étais dans le Corps des transmissions. J'ai été déployé en 2006 en Afghanistan lors de la première rotation de neuf mois. Je travaillais pour le général Fraser. Ce fut une période très difficile, comme vous le savez déjà. Nous avons perdu beaucoup de gens. J'ai perdu trois amis d'un coup.

Lorsque j'étais en Afghanistan, j'avais pour principales fonctions d'être garde du corps pour des journalistes et de m'occuper des contre-mesures électroniques, les CME, dans les G-Wagon. Pour les gens qui ne savent pas ce que sont des CME, je bloque essentiellement les signaux des bombes que je ne vois pas et que je ne verrai jamais, je l'espère, et je protège, au moyen d'un champ magnétique, tout le monde qui se trouve à l'intérieur. C'était un travail très stressant, et j'assumais évidemment de nombreuses autres fonctions.

Je crois que je vous ai envoyé un document là-dessus à des fins d'examen. J'ai très peu de mémoire maintenant.

Cela dit, lorsque je suis revenu, six mois plus tard, j'ai commencé à montrer des signes d'agressivité extrême. Lorsque je dis extrême, je veux dire extrême. Au début, j'ai mis cela sur le compte du fait que j'étais un ancien combattant endurci par la guerre et que les jeunes troupes n'étaient simplement pas à la hauteur. Soit dit en passant, j'ai formé les militaires qui faisaient partie de la plupart des rotations suivantes à Edmonton pour ce qui est des premiers soins au combat, des premiers soins et des exercices de survie à l'étranger.

Après un certain temps, j'ai évité nombre d'insubordinations et des choses du genre et j'ai décidé de prendre les choses en main. En 2006, il n'y avait pas grand-chose, alors on ne m'a pas vraiment guidé correctement. Entretemps, pour faire court, on m'a envoyé à Comox, en Colombie-Britannique, pour jouer un rôle en matière de guerre non traditionnelle parce que c'est tout ce que je sais faire. J'ai demandé de l'aide à la clinique de santé mentale, et on m'a diagnostiqué un trouble d'anxiété généralisée ou un TSPT ou appelez cela comme vous le voulez. Essentiellement, c'est du pareil au même; cela dépend du médecin et de ce qu'il croit être le bon terme.

Dans le sigle TSPT, le T est fautif. Ce devrait être un B, car il s'agit d'une blessure; ce n'est pas un trouble. On peut réussir à fonctionner à un certain degré. Je suis très loin de cela, mais je ne veux pas formuler d'hypothèses à cet égard à l'heure actuelle, car j'obtiens du soutien médical.

L'armée m'a prescrit une série de pilules parce que, malgré tout cela, j'étais toujours dans les forces, et cela nuisait à ma capacité de travailler et de me rappeler des choses. Tout ce qui concernait ma vie personnelle a été complètement détruit. À un moment donné, je suis allé voir le médecin et je lui ai dit que je ne me souvenais de rien. Je ne pouvais pas fonctionner correctement. Je ne pouvais pas m'occuper de mes enfants. Mon épouse était plus que frustrée contre moi. J'avais besoin d'autre chose. On m'a prescrit un médicament antipsychotique appelé quétiapine. J'ai pris la moitié de la dose la plus faible pendant une semaine et j'ai commencé à beaucoup bégayer. C'est pourquoi j'ai un trouble de la parole. L'autre effet secondaire peu fréquent est la mort. Mon épouse et moi-même avons décidé que j'allais cesser de prendre presque tous ces médicaments sur-le-champ parce qu'ils me tuaient.

• (1605)

Pendant trois ans, j'ai réussi à fonctionner avec des thés et les meilleurs vœux de mon épouse qui m'appuyait comme elle le pouvait, jusqu'à ce que d'autres anciens combattants me fassent connaître le cannabis. C'était il y a trois ans.

Depuis, je ne prends plus de médicaments. Comme vous pouvez l'imaginer, j'ai une très piètre opinion des produits pharmaceutiques. Évidemment, les pilules normales que nous prenons tous les jours, ça va, mais toute autre chose est complètement inutile pour mes problèmes.

J'ai commencé à consommer du cannabis. J'avais beaucoup à apprendre. Il n'existe pas vraiment de posologie. Je m'approvisionne auprès d'un producteur autorisé. Le tout s'est fait sans douleur. Je consomme sept grammes par jour depuis les trois dernières années.

Je ne le fume pas; j'ingère de l'huile parce que c'est la meilleure solution pour la santé. J'ai aussi appris comment fabriquer mon propre médicament et trouver les bonnes combinaisons et les différentes forces de THC et de CBD. Certaines combinaisons sont meilleures que d'autres pour divers effets. Tout se fait par essai et erreur. Ce qui fonctionne pour moi peut ne pas fonctionner pour quelqu'un d'autre.

À l'heure actuelle, je consomme du Sativa le jour et de l'Indica la nuit. Mais ce n'est pas ce que je consommait au début. J'ai

commencé par le CBD jusqu'à ce qu'il ne fonctionne plus. Je suis considéré comme un cas grave. Anciens combattants m'a accordé 66 % de mon salaire.

Cela dit, je tire beaucoup d'avantages du cannabis. Je suis plus patient avec mes enfants. Je peux fonctionner et me souvenir de ce que j'ai à faire. J'obtiens beaucoup de soutien de mon épouse parce que mon cerveau oublie tout. Le cannabis a complètement changé ma vie. Je peux sortir en public.

Je ne peux pas travailler; je suis complètement à la retraite. J'ai essayé, mais, à ce moment-là, je ne prenais pas de médicaments. C'était pendant cette période de transition, juste après avoir pris ma retraite. Je constate d'énormes... J'ai mal aux articulations et aux ligaments. Nommez une douleur, et j'en souffre probablement. Comme les personnes qui ont été blessées dans une explosion et des choses du genre...

À part cela, c'est assez... Je ne sais pas à quoi m'attendre du Comité. On ne m'a absolument rien dit à l'exception que la séance portait sur le cannabis. Je suis prêt à répondre à toutes vos questions.

Voilà mon histoire.

• (1610)

Le président: Merci.

Docteur Walsh.

Dr Zach Walsh (professeur agrégé, University of British Columbia, à titre personnel): Bonjour, et merci de m'avoir invité à présenter mon exposé. C'est un véritable privilège.

À titre de contexte, je suis chercheur sur le cannabis et la santé mentale et professeur permanent en psychologie à l'Université de la Colombie-Britannique où j'étudie les questions liées à la consommation de substances. Au cours des dernières années, je me suis concentré sur la consommation de cannabis, tant thérapeutique que non thérapeutique, et ses effets sur la santé mentale. Je suis actuellement financé par les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada afin d'examiner les conséquences de la consommation de cannabis et de la légalisation de celui-ci sur la santé et le bien-être des adultes. Mes travaux passés comprennent certaines des plus grandes enquêtes sur les consommateurs de cannabis thérapeutique au Canada et une analyse approfondie de l'effet de la consommation de cannabis thérapeutique sur la santé mentale. Je mène également un essai clinique aléatoire sur le cannabis pour traiter le TSPT, qui, avec une étude parallèle réalisée aux États-Unis, évaluera pour la première fois ce traitement. Le Dr Bonn-Miller a parlé de l'étude parallèle aux États-Unis.

Je suis également psychologue clinicien. En tant que clinicien, j'ai eu l'occasion de travailler avec des personnes qui ont des séquelles causées par des traumatismes. J'ai travaillé dans un hôpital pour anciens combattants aux États-Unis et je supervise actuellement des étudiants et des stagiaires au cycle supérieur dans l'évaluation du TSPT. Mon témoignage aujourd'hui portera principalement sur ma propre recherche et mes connaissances des études empiriques sur le cannabis et le TSPT, mais je m'appuierai aussi sur mon expérience personnelle de travail avec des personnes qui consomment du cannabis pour traiter leur TSPT. Je veux mettre l'accent sur les objectifs poursuivis par le Comité.

Pour commencer, en ce qui concerne l'expérience et les opinions d'anciens combattants qui consomment du cannabis à des fins thérapeutiques, ainsi que celle des membres de leur famille, je crois que ce que nous venons d'entendre dans le témoignage précédent en dit long et j'entends nombre de témoignages qui abondent dans le même sens. Comme le disait le Dr Bonn-Miller, les données probantes sur l'efficacité du cannabis pour traiter le TSPT sont parfois décrites comme n'étant pas très convaincantes, principalement compte tenu du manque d'essais cliniques aléatoires, ou ECA, portant sur le cannabis pour traiter le TSPT. Je conviens que de tels essais renforceront notre confiance dans la meilleure façon de consommer ou de ne pas consommer le cannabis pour traiter le TSPT, et c'est pourquoi nous effectuons actuellement ce type de recherche.

Toutefois, malgré le manque de données probantes provenant d'ECA, je crois qu'on peut être optimiste à l'égard du potentiel des médicaments à base de cannabis pour améliorer la vie des personnes atteintes de TSPT. Les recherches chez les humains qui ne sont pas des ECA méritent qu'on leur porte attention, et le témoignage du Dr Bonn-Miller a souligné certaines des caractéristiques clés de ces études qui montrent les différences qui se produisent naturellement dans le système de cannabis, le système endocannabinoïde, des personnes atteintes de TSPT, ce qui donne à penser que les transformations dans ce système peuvent expliquer les taux élevés de consommation de cannabis chez les patients souffrant de TSPT et soulignent certainement le rôle important que joue ce système dans la pathologie du TSPT. Des recherches convergentes ont confirmé le rôle important que remplit le système endocannabinoïde dans la réaction émotive, l'apprentissage et la mémoire, ce qui montre le potentiel des médicaments à base de cannabinoïdes qui interagissent avec ce système.

En plus de faire progresser les recherches scientifiques sur le cerveau, nous pouvons en apprendre beaucoup des comportements des patients, surtout dans des secteurs où il manque actuellement d'autres données probantes, comme celles provenant d'ECA. Des enquêtes sur des consommateurs de cannabis thérapeutique montrent des taux élevés de consommation pour traiter le TSPT, et des études rétrospectives, bien qu'elles soient limitées sur le plan méthodologique, ont révélé que les patients qui consomment du cannabis thérapeutique signalent des réductions importantes des symptômes du TSPT après avoir consommé du cannabis thérapeutique. Des études montrent également que la consommation de cannabis favorise le sommeil et réduit l'anxiété liée au TSPT. Les troubles du sommeil s'avèrent souvent un des symptômes les plus invalidants du TSPT, et des données probantes montrent que ces troubles peuvent être dissipés grâce à des thérapies reposant sur la consommation de cannabis. Un sommeil réparateur est, bien sûr, la clé de la santé et du bien-être et, lorsqu'il est perturbé, d'autres aspects de la santé mentale et physique se détériorent rapidement.

J'ai parlé à beaucoup de personnes qui consomment du cannabis pour traiter leur TSPT qui ont affirmé que, après plusieurs années de brèves périodes de sommeil entrecoupées d'affreux cauchemars, elles ont eu un premier sommeil réparateur après avoir commencé une thérapie reposant sur la consommation de cannabis. Comme l'a signalé le Dr Bonn-Miller, parmi les avantages du cannabis relativement aux troubles du sommeil liés au TSPT, les cannabinoïdes synthétiques se sont avérés efficaces pour réduire les cauchemars et améliorer le sommeil chez les patients souffrant de TSPT. Je crois que notre expérience au Canada ainsi qu'aux États-Unis au cours des dernières années montre également le potentiel thérapeutique du cannabis pour traiter le TSPT. L'augmentation considérable des

inscriptions d'anciens combattants au régime prévu par le RACFM, le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales, et aux programmes précédents a suscité de l'inquiétude dans certains milieux, mais c'est aussi ce à quoi nous pourrions nous attendre de la présentation d'un traitement efficace: une augmentation lente et constante au début du nombre de patients qui consomment du cannabis pour atteindre un point de basculement causé par un bouche-à-oreille très favorable, menant à une croissance exponentielle du recours aux traitements à base de cannabis.

• (1615)

Bien sûr, l'efficacité signalée par les patients et le recours à des traitements ne sont pas la norme de référence pour déterminer l'efficacité d'un médicament. Toutefois, les conséquences dévastatrices d'un TSPT non traité et les limites des traitements existants font en sorte qu'il faut examiner toutes les avenues prometteuses. Le cannabis doit être comparé aux options existantes, non pas à une norme de référence hypothétique. Pour ce qui est des exceptions à la consommation maximale de trois grammes par jour, il est vrai que les quantités de cannabis consommées par certains anciens combattants peuvent sembler excessives, mais elles ne le sont peut-être pas plus que les combinaisons de médicaments sur ordonnance qui sont également utilisées comme solution de rechange pour traiter le TSPT. Beaucoup de gens tolèrent bien les effets secondaires du cannabis en comparaison de ceux d'antidépresseurs, de sédatifs, d'antipsychotiques et d'autres médicaments qui ont des effets secondaires comme la prise de poids, l'impuissance, la perte de mémoire et la léthargie, lesquelles réduisent toutes considérablement la qualité de vie. En revanche, même à de fortes doses, le cannabis est un médicament relativement doux et peu toxique. La plus grande préoccupation est peut-être l'accoutumance au cannabis. Cependant, on ne doit pas considérer comme problématique l'utilisation efficace d'un médicament pour traiter les symptômes d'une affection chronique, et le symptôme de sevrage du cannabis est passager et relativement faible en comparaison des problèmes de sevrage d'un certain nombre d'autres médicaments qui peuvent être utilisés pour traiter le TSPT.

En ce qui concerne la recherche et les connaissances actuelles sur la consommation de cannabis pour traiter des troubles médicaux courants chez les anciens combattants, comme le TSPT et des douleurs, un avantage des thérapies reposant sur la consommation de cannabis, c'est la possibilité de traiter des troubles concomitants et de remplacer plusieurs médicaments. En particulier, une analyse exhaustive récemment effectuée par le National Academies of Sciences, Engineering and Medicine a permis de conclure que le cannabis était efficace pour traiter les douleurs chroniques chez les adultes, ce qui est particulièrement important vu le taux élevé de problèmes liés à la consommation d'opioïdes chez les personnes souffrant de TSPT — les opioïdes ont souvent d'abord été utilisés pour traiter les douleurs. En effet, un nombre croissant de données probantes indiquent que le cannabis est de plus en plus utilisé comme un substitut aux opioïdes qui peut réduire le nombre de surdoses d'opioïdes fatales. Un article du *Globe and Mail* qui portait précisément sur les anciens combattants canadiens appuie la conclusion selon laquelle le cannabis est utilisé au lieu d'autres médicaments et non pas en plus de ceux-ci.

Je crois qu'il est très important de comprendre les avantages potentiels du cannabis, qu'il soit utilisé en plus d'autres médicaments ou à titre de substitut. La recherche réalisée par notre groupe a révélé que le cannabis réduit la douleur, mais aide également les patients dans certains cas à être plus actifs, malgré les douleurs chroniques. Compte tenu des effets néfastes de l'isolement qui accable trop d'anciens combattants souffrant de douleurs chroniques et de TSPT, le potentiel du cannabis pour favoriser l'activité et l'intégration sociale est important, et j'ai hâte que l'on procède à des interventions thérapeutiques qui souligneront cela en combinaison avec les thérapies reposant sur la consommation de cannabis.

Notre analyse sur le cannabis thérapeutique et la santé mentale a révélé que les patients qui consomment du cannabis thérapeutique disent en très grande majorité consommer du cannabis pour réduire l'anxiété en plus de la douleur. Le potentiel du cannabis pour atténuer la douleur et l'anxiété est particulièrement important dans le contexte du TSPT, vu la possible létalité de la combinaison des sédatifs de benzodiazépine et des antalgiques opioïdes, qui sont consommés par un grand nombre d'anciens combattants souffrant de TSPT. Le cannabis peut également être un substitut à l'alcool et peut jouer un rôle dans la lutte contre la violence conjugale, qui pose également un risque accru chez les gens atteints de TSPT.

Pour ce qui est des effets possibles de la légalisation du cannabis sur les anciens combattants, je crois que l'approche du Canada en matière de santé publique aura un effet positif sur la vie des anciens combattants. Notre recherche a révélé que la crainte de jugements négatifs nuit à une communication ouverte avec les soignants sur la consommation de cannabis. Les anciens combattants ayant des troubles de santé mentale qui consomment du cannabis portent le fardeau d'une double stigmatisation qui pourrait nuire grandement à l'accès à des soins médicaux et à la tenue de discussions franches avec leur fournisseur de soins. Dans la mesure où la légalisation réduit la stigmatisation, elle aura un effet positif sur la santé des anciens combattants. Elle aura également une incidence positive en favorisant la recherche sur l'élaboration de pratiques exemplaires sur la consommation de cannabis thérapeutique.

Je suis certainement d'accord avec le Dr Bonn-Miller que nous ne devons pas simplement parler de cannabis, mais qu'il faut aborder la façon dont il peut fonctionner et être intégré à d'autres approches.

Une chose qui m'inquiète à propos de la légalisation concerne les limites légales pour la conduite. Les anciens combattants qui consomment du cannabis thérapeutique sont susceptibles de constamment excéder les limites maximales proposées, peu importe s'il s'agit d'une intoxication aiguë. Personne ne devrait avoir les facultés affaiblies sur la route, mais on ne devrait pas forcer les anciens combattants qui prennent leurs médicaments de façon responsable à abandonner complètement la conduite.

Enfin, il y a les considérations associées à l'accès à des professionnels de la santé pour obtenir une autorisation de consommer du cannabis thérapeutique. Dans le cadre de notre étude sur les consommateurs de cannabis thérapeutique sous le régime du RAMFM, du Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales — c'était vers 2011-2012 —, nous avons examiné la mesure dans laquelle la communication avec un médecin constituait un obstacle à l'accès. Nous avons constaté une préoccupation importante liée à la stigmatisation perçue associée au fait de discuter de cannabis thérapeutique avec un médecin. Plus de la moitié des répondants ont affirmé vouloir discuter de cannabis thérapeutique avec leur médecin, mais ne pas se sentir à l'aise de le faire. De même, plus de 60 % d'entre eux ont dit s'inquiéter de subir de la discrimination de la part de médecins relativement à la consumma-

tion de cannabis. En général, nombre de patients ont soutenu craindre que le fait de discuter de cannabis avec leur médecin puisse avoir une incidence négative sur la relation qu'ils ont avec lui.

• (1620)

Cette étude a également permis de démontrer que l'accès à l'information liée à la consommation de cannabis thérapeutique peut avoir été difficile en raison des limites de la communication avec le médecin. La moitié des répondants ont affirmé être relativement insatisfaits de leur communication avec les médecins à propos du cannabis.

Nous avons réalisé une étude ultérieure sous le régime du RMFM et constaté que nombre des obstacles liés au RAMFM semblaient être encore là avec le RMFM, du moins jusqu'en 2015; notamment, il était encore difficile pour les Canadiens de trouver un médecin qui appuyait leur demande, et nombre d'entre eux ont dû payer des frais. Dans le cadre de cette étude, nous avons en outre conclu que l'abordabilité et le coût des évaluations par un médecin peuvent nuire à l'accès au cannabis pour les personnes à faible revenu.

Mon expérience personnelle en tant que chercheur qui a beaucoup interagi avec des patients qui consomment du cannabis thérapeutique me permet de souligner l'importance de l'accès à des variétés précises de cannabis. Encore une fois, il ne s'agit pas d'un seul médicament, mais peut-être de plusieurs, et nous devons encore réaliser beaucoup de recherches pour comprendre les différences entre les types de cannabis et leurs composantes. Cependant, cette expérience souligne que des obstacles se dressent au moment d'accéder à des variétés précises offertes par un producteur autorisé précis en raison de la grande variabilité et de la disponibilité du produit. L'accès à des producteurs autorisés est limité par la communication avec le médecin et, à ce titre, nombre de patients n'auront accès qu'à un seul producteur autorisé qui peut ne pas offrir la variété désirée qui pourrait être la plus efficace à un moment donné.

Merci.

Le président: Merci.

Docteure Thirlwell, vous avez la parole.

Dre Celeste Thirlwell (directrice, Sleep Wake Awareness Program): Merci.

Je travaille intensément avec des anciens combattants depuis plus de deux ans maintenant compte tenu du changement de politique suivant lequel on est passé de 10 à 3 grammes approuvés pour les anciens combattants. Je vais vous parler aujourd'hui du bien-être des anciens combattants et de mon mandat, en tant que médecin qui respecte le serment d'Hippocrate de ne faire aucun mal.

La première partie de mon exposé portera sur certaines des neurosciences qui percent le mystère du TSPT et ce à quoi font face les anciens combattants, afin que vous puissiez mieux comprendre la situation. Je ne crois pas que quelqu'un en ait parlé directement. Dans la deuxième partie, nous allons aller dans les tranchées et sur le champ de bataille.

Ce qui se produit avec le TSPT, c'est que le système du cerveau est en fuite. Le cerveau tourne à 900 kilomètres à l'heure. Il n'y a aucun frein, ce qui pose également problème la nuit. Il y a une hyperactivité diurne puis une hyperactivité nocturne. Lors d'hyperactivité nocturne, il y a une fragmentation du sommeil; la personne fait des cauchemars et est agitée. En raison du manque de sommeil réparateur, elle éprouve plus de problèmes cognitifs le jour, elle a des problèmes de mémoire et de concentration et des impulsions caractérielles.

À titre de contexte, voici une étude réalisée par le Dr Moldofsky à la clinique TSO de London. On a suivi d'anciens combattants pendant 14 ans. Qu'ils soient en situation de combat ou non, les anciens combattants dont le cerveau ne cessait pas de fonctionner, dont le cerveau était programmé à combattre et à fuir... Cela pourrait venir de l'enfance ou découler d'autres événements traumatisants avant même qu'ils entrent dans l'armée. S'ils avaient un cerveau qui était programmé pour tourner à 900 ou à 800 kilomètres à l'heure, ils étaient plus prédisposés à être atteints de TSPT que d'autres militaires, peu importe s'ils se sont trouvés en situation de combat ou non.

Dans le cas du TSPT, le principal problème que nous constatons, c'est que le cerveau ne s'éteint pas. Ce que j'ai recueilli dans le cadre de nos études, ce sont des données objectives sur les périodes antérieure et ultérieure à la consommation de cannabis, qui montrent que la substance aide à ralentir le cerveau, à augmenter son état de repos, qui est le système de détente et de rétablissement.

Voici un graphique qui montre l'interférence qui se produit dans le cerveau la nuit lorsqu'il essaie de s'éteindre. Les parties en surbrillance en gris sont des accès du système nerveux sympathique, ce qui signifie que le système de combat et de fuite s'active. Le cerveau essaie de se mettre en marche, mais le cerveau d'une personne atteinte de TSPT est comme un interrupteur qui s'allume sans cesse.

Le cerveau des civils tourne à 300 kilomètres à l'heure pendant la journée et est complètement inactif pendant la nuit. Avec de la chance, le cerveau d'un ancien combattant peut passer de 900 à 600, mais il ne s'éteindra pas correctement ni ne sera complètement inactif.

Grâce au cannabis thérapeutique, nous avons été en mesure, dans notre clinique, d'administrer des microdoses de CBD le jour et du CBD avec une teneur plus élevée de THC la nuit afin d'améliorer ces mesures objectives au cours du sommeil. La raison pour laquelle j'administre des microdoses le jour, c'est pour que le système nerveux ne tourne pas à 900. Avec les microdoses d'huile de CBD administrées le jour, je peux stabiliser le système nerveux à 400 ou à 500 kilomètres à l'heure sans déclencher une réaction importante de combat et de fuite. La nuit, nous passons de 500 à zéro au lieu de 900 à zéro.

Nombre de mes anciens combattants, comme le Dr Walsh l'a dit, me disent: « La première fois que j'ai fumé un joint, j'ai eu ma première bonne nuit de sommeil en 15 ans. » Ces anciens combattants passent d'un sommeil fragmenté où ils se réveillent toutes les heures ou toutes les deux heures, à un sommeil réparateur continu de quatre à cinq heures de suite.

Vous ne le savez peut-être pas, mais un sommeil de mauvaise qualité exacerbe la douleur parce que, si on a des périodes prolongées de mauvais sommeil — essayez de ne pas dormir pendant trois nuits —, les facteurs inflammatoires du corps deviendront réguliers, et on ressentira des douleurs partout dans le corps.

• (1625)

D'anciens combattants ont peut-être initialement subi une blessure de stress opérationnel à une épaule ou à un genou, mais on rajoute à cela l'effet inflammatoire masqué dans tout le corps. Il s'agit d'un syndrome de double douleur. La personne ne dort pas. Elle ressent la douleur de la blessure initiale et une douleur musculosquelettique généralisée dans tout le corps.

La raison pour laquelle je me concentre sur le TSPT et les douleurs chroniques, parce que les douleurs exacerbent également le

système de combat et de fuite, c'est pour examiner le système nerveux parasympathique. Je vois le cannabis thérapeutique comme la première étape de la réduction du tonus du système nerveux parasympathique. Grâce à nos études sur le sommeil, nous avons été en mesure de montrer que nous diminuons en réalité l'impulsion accrue de combat ou de fuite du système nerveux sympathique pour améliorer le tonus du système nerveux parasympathique, le système qui éteint le cerveau.

Une fois que l'ancien combattant a réduit son processus cérébral de 900 kilomètres à l'heure à 300, à 400 ou peut-être à 500, il peut alors consulter un psychologue, suivre des programmes de réadaptation et faire d'autres choses qui seront utiles, et il se souviendra de ce qu'il a fait. Un cerveau atteint de TSPT n'enregistre pas les souvenirs. Lorsque l'ancien combattant est en mesure de le faire, il peut alors poursuivre son processus de guérison. Je considère que le cannabis thérapeutique, dans l'approche multimodale, est une étape vers la guérison.

Nous avons l'occasion au Canada d'être des chefs de file dans ce domaine. Nous devons vraiment faire preuve de la même intégrité noble et combative que le font nos militaires à l'égard de leurs problèmes. Une fois qu'on a d'abord stabilisé le cerveau au moyen de cannabis thérapeutique, on peut utiliser de manière efficace des techniques neuroscientifiques de pointe comme le neurofeedback.

Quant à la thérapie par champ électromagnétique, je suis parmi les premiers médecins en Amérique du Nord à posséder un appareil à champ électromagnétique, appareil qui s'est avéré très efficace dans les hôpitaux de réadaptation en Italie. L'armée américaine s'intéresse beaucoup à cette technologie pour ses anciens combattants. Il existe également d'autres techniques comme le yoga, le tai-chi et la natation, qui améliorent tous le système du cerveau au repos.

On l'a dit plus tôt, le cannabis réduit l'inflammation. Lorsque des facteurs inflammatoires circulent dans tout le corps et se trouvent dans le sang, ils se rendent jusqu'au cerveau. Le cerveau dit: « Oh, mon Dieu, il y a de l'inflammation. Il y a du danger. Je ne peux pas m'éteindre. Je dois demeurer dans un état de combat et de fuite. » Non seulement le cannabis aide à régulariser le système qui allume et éteint le cerveau, mais il réduit également les facteurs inflammatoires qui envoyaient auparavant des signaux au cerveau pour qu'il demeure en état d'alerte.

Un livre très important que vous devez lire pour comprendre le TSPT, c'est *The Polyvagal Theory* par Porges. Essentiellement, ce qui arrive avec un cerveau atteint de TSPT, c'est qu'on demeure dans la partie reptilienne du cerveau. On n'a pas accès à la partie émotive du cerveau, qui est le centre, ni à la partie sociale, qui est le conditionnement social. Lorsqu'on parle d'une colère débridée à la suite d'un combat militaire, on est coincé dans le système de combat ou de fuite du cerveau reptilien. Ce que fait le cannabis — et des militaires me l'ont dit —, c'est qu'il ralentit le temps de réaction, qui devient assez long pour que les connexions entre le cerveau reptilien, les émotions et la socialisation puissent se réinitialiser.

Je n'oublierai jamais l'histoire que m'a racontée un ancien combattant. Il a dit que, lorsqu'il descendait un escalier mécanique, il était certain qu'une personne allait l'attendre en bas avec une AK-47. Il était prêt à se battre. Le cannabis lui a permis de ralentir son temps de réaction assez longtemps pour qu'il comprenne qu'il s'agissait d'une mère qui tenait son bébé dans ses bras.

Voilà les cerveaux que nous traitons... ils tournent à 900 kilomètres à l'heure. Les anciens combattants sont formés pour être comme ça parce que, s'ils ne réagissent pas assez rapidement, quelqu'un mourra ou ils mourront.

L'autre élément de la formation militaire que je veux aborder avec vous, dont personne ne parle du point de vue scientifique, c'est que les anciens combattants sont formés pour se déconnecter de leur cœur afin qu'ils puissent tuer. Ils sont donc programmés pour suivre la voie militaire. Ils appartiennent à l'armée. Si l'armée leur demande de sauter, ils répondent « à quelle hauteur? »

Lorsqu'un ancien combattant est libéré de l'armée, il ne suit plus cette voie, et il est perdu. Il ne peut plus se connecter à son cœur. Une partie de cette connexion se fait en étant un membre socialisé de la société.

• (1630)

D'abord, nous devons calmer le cerveau de l'ancien combattant et l'amener dans un état où il n'est pas dans un mode de combat ou de fuite causé par le TSPT afin qu'il puisse commencer à réinitialiser les connexions entre les parties émotives et sociales de son cerveau en vue de se réadapter et de retourner dans la société civile. Il faut autant de formation lorsqu'il revient dans la société civile que lorsqu'il est entré dans l'armée.

Il s'agit d'un problème en ce qui concerne les politiques du gouvernement et celles de la médecine. Le gouvernement examine le problème à l'envers. Au lieu d'être envoyés directement en réadaptation lorsqu'ils reviennent au pays, les anciens combattants doivent prouver que quelque chose cloche chez eux. Il faudrait immédiatement supposer que quelque chose ne va pas à la suite de combats et ensuite examiner le problème et le régler. Il ne faut pas faire du rattrapage plus tard. Nous gaspillons trop d'argent des contribuables en faisant du rattrapage des années plus tard. Les anciens combattants perdent ensuite de 5 à 10 ans de leur vie.

Oui, les médicaments ont leur place, mais je les vois comme un plâtre sur une jambe cassée. Que se passe-t-il lorsqu'une jambe est dans le plâtre? On perd l'utilisation de l'articulation. C'est ce qui s'est passé avec mes anciens combattants. Ils ont perdu de 5 à 10 ans de leur vie affalés sur le canapé, à perdre leurs épouses et leurs enfants parce qu'on les a transformés en zombies. Ces médicaments intenses ont certainement leur place, mais la prochaine phase de transition pourrait être un appareil orthopédique qui bouge, comme le cannabis. Ensuite, lorsqu'ils sont en réadaptation, grâce au travail psychologique et physique sous-jacent et aux techniques neuroscientifiques de pointe qui sont offertes à l'échelle mondiale, nous pouvons les réadapter et les rendre fonctionnels.

Je n'ai jamais rencontré un ancien combattant qui ne voulait pas travailler et faire quelque chose. La motivation des anciens combattants est de servir, de protéger et d'aider l'humanité. Ils ne veulent pas demeurer affalés sur le canapé, mais ils se font mettre des bâtons dans les roues à tout instant par un système qui accuse des retards en raison de la bureaucratie.

Le président: Je suis désolé, mais il nous reste environ 30 secondes.

Dre Celeste Thirlwell: Oui.

J'aimerais terminer en soulignant que les longs délais du processus d'approbation ont nui aux blessures des anciens combattants et à leur consommation de cannabis thérapeutique. Si les médicaments oncologiques n'étaient pas disponibles dans des doses adéquates, on en réclamerait à cor et à cri. Il s'agit de personnes dont l'état s'est stabilisé grâce à une consommation quotidienne de 6 à 10 grammes de cannabis. D'un coup, du jour au lendemain, leur dose est réduite à trois grammes, et elles se retrouvent encore une fois isolées dans leur sous-sol et elles perdent leur famille. Il s'agit d'une question de justice sociale, et nous devons travailler ensemble. Le Canada pourrait être un chef de file à l'échelle mondiale dans ce domaine.

Merci.

• (1635)

Le président: Merci.

Nous allons commencer la série de questions par Mme Wagantall. Vous avez six minutes.

Mme Cathay Wagantall (Yorkton—Melville, PCC): Merci beaucoup.

Je vous remercie tous d'être ici aujourd'hui. Vos commentaires sont très utiles.

Max, je vous suis très reconnaissante de votre témoignage très franc sur votre situation. J'aimerais vous poser une petite question. Tout d'abord, lorsque vous avez décidé que vous deviez cesser les médicaments, avez-vous reçu l'aide dont vous aviez besoin dans cette démarche?

M. Max Gaboriault: Absolument pas.

Mme Cathay Wagantall: Absolument pas. Merci. J'ai entendu cela plusieurs fois. On m'a souvent raconté une histoire comme la vôtre. Il y a celle d'une personne qui a été alitée pendant des années; son épouse utilisait des suppositoires de cannabis, et il revenait à lui pour une demi-heure, mais elle ne pouvait trouver personne pour l'aider. Il prenait un millier de pilules par mois, dont trois étaient plus puissantes que des opioïdes, mais elle ne pouvait trouver personne qui aurait pu l'aider avec le traitement. À mesure que nous allons de l'avant, je crois qu'il faut d'abord s'attaquer à cet énorme problème.

J'aimerais également soulever la question de la méfloquine. Nous allons réaliser une étude sur cette substance après celle-ci. Nous en avons effectué une il y a deux ans.

Prenez-vous de la méfloquine lorsque vous étiez dans l'armée?

M. Max Gaboriault: Oui. L'objectif de ma prochaine IRM est d'évaluer les dommages qu'a causés la méfloquine à mon cerveau. J'en ai pris littéralement pendant neuf mois d'affilés, ce qui est deux fois plus long que l'utilisation recommandée. Essentiellement, j'ai tous les symptômes. Oui, j'ai vu des horreurs et j'ai fait des choses que personne ne devrait faire, mais, peu importe, en plus de problèmes psychologiques, j'ai aussi des problèmes physiologiques, et le cannabis aide en réalité à les atténuer.

Mme Cathay Wagantall: D'accord.

Puis-je seulement mentionner...

M. Max Gaboriault: Oui. Je suis désolé, allez-y.

Mme Cathay Wagantall: Merci.

J'aimerais seulement mentionner également que c'est ce qu'on me répète sans cesse. On suppose simplement qu'il s'agit de TSPT, et c'est peut-être le cas, mais le traitement nécessaire pour la toxicité de la méfloquine... C'est une blessure physique du tronc cérébral, et les médicaments sont en réalité plus contraignants. C'est pourquoi nombre de patients à qui je parle qui traitent la toxicité de la méfloquine croient vraiment que le cannabis est un meilleur traitement.

M. Max Gaboriault: Oui.

J'aimerais souligner que, de mon point de vue — je ne suis pas médecin, mais je suis aux prises avec le TSPT depuis 12 ou 13 ans maintenant et je l'étudie autant que je le peux —, la grande différence entre ce que j'appellerais le TSPT classique... et, soit dit en passant, je ne peux plus entendre le « T » parce que ce n'est pas un trouble; il s'agit d'une blessure.

Mme Cathay Wagantall: [*Inaudible*]

M. Max Gaboriault: La grande différence entre le SPT classique et le SPT chimique causé par la méfloquine, c'est que, dans le cas du TSPT classique, avec des traitements, de l'aide et des médicaments ou appelez cela comme vous le voulez, on peut atteindre un certain état normal, si je peux utiliser ce mot, on peut mener une vie à peu près normale; par contre, une personne comme moi a ses limites parce que le cerveau a été endommagé et qu'il ne peut pas s'améliorer. L'amélioration de mon état est limitée. Mon fonctionnement et ma mémoire à court terme sont détruits, non pas au point où je ne peux pas fonctionner, mais si vous me demandez demain ce dont nous avons parlé aujourd'hui, je ne m'en souviendrai probablement pas. La consommation de cannabis stabilise mon humeur parce que je faisais preuve d'une grande agressivité. Le cannabis me permet d'interagir avec mes enfants et d'être plus patient.

J'ai un enfant de 7 ans et un autre de presque 10 ans qui vivent un enfer depuis qu'ils ont vu le jour. J'ai reçu mon diagnostic après leur naissance. Même pour mon épouse... Pour les accès de tout ce que vous voulez ou l'agression de toute sorte, les pilules ne faisaient rien.

• (1640)

Mme Cathay Wagantall: Merci.

Je vous suis très reconnaissante de votre témoignage.

J'aimerais également demander à la Dre Thirwill, à ce sujet, si elle a déjà eu des interactions avec d'anciens combattants qui ont affirmé vivre la même chose. Je connais également des personnes pour qui le neurofeedback a été phénoménal pour les aider à composer avec cette affection.

Dre Celeste Thirlwell: Lorsque nous parlons d'essais cliniques aléatoires et d'essais de phase 2 et de phase 3, je pense que les médecins doivent absolument connaître — et, pour une raison quelconque, la médecine ne comprend pas cela — l'état des cerveaux qu'ils traitent.

Nombre de mes patients n'ont pas seulement de simples BSPT; ils ont aussi subi plusieurs commotions cérébrales du fait d'avoir été près d'engins explosifs artisanaux. La méfloquine signifie certainement qu'on a besoin de perfectionner davantage les protocoles de schéma posologique. Plus le traumatisme au cerveau est complexe et plus les traumatismes sont nombreux, plus les schémas posologiques doivent être précis et variés et avoir une vaste portée.

Nombre de mes anciens combattants qui traitent la toxicité de la méfloquine consommeront de trois à quatre grammes par jour et de trois à quatre grammes la nuit et conserveront trois grammes disponibles de plusieurs variétés différentes qu'ils ont appris à connaître.

Au bout du compte, les médicaments à base de cannabis sont des médicaments personnalisés. Nous devons adopter une approche différente pour pratiquer la médecine. Les vieux paradigmes ne fonctionneront pas avec le cannabis.

Le président: Merci.

Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous d'être venus.

Vos témoignages sont très intéressants et précieux.

Nombre de témoins nous ont parlé des quantités qui sont bénéfiques ou néfastes.

Docteure Thirlwell, vous disiez que de quatre à six grammes par jour... Quel est l'équivalent? Parlez-vous de l'équivalent de cannabis séché? Comment quantifie-t-on de quatre à six grammes par jour?

Dre Celeste Thirlwell: Nous parlons de grammes de fleurs séchées. Je fais référence à ce que j'essayais de faire valoir au début de mon exposé. Disons que le cerveau d'un civil tourne tout au plus à 400 ou à 500 kilomètres à l'heure.

Trois grammes par jour sont adéquats dans ce cas-là, mais ce n'est pas pour le cerveau d'un militaire ou le cerveau d'une personne qui a subi des traumatismes. Ces gens ont besoin d'au moins cinq à huit grammes, une fois que leur état est stabilisé. Tout comme on administre de fortes doses de morphine après une chirurgie et qu'on les diminue par la suite, pendant la phase initiale de stabilisation, les anciens combattants doivent pouvoir obtenir de huit à dix grammes régulièrement afin de ne pas ressentir de symptômes de TSPT d'anxiété parce qu'ils craignent de manquer de médicaments ou que leur traitement prenne fin.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Nous avons entendu différents témoignages sur les inconvénients par rapport aux avantages.

Docteur Walsh et docteur Bonn-Miller, avez-vous des données sur les inconvénients par rapport aux avantages que présentent les fortes doses de plus de trois grammes par jour? Certains témoins précédents ont affirmé que, lorsqu'on examine ces fortes doses chez un grand nombre de patients, les inconvénients sont plus nombreux que les avantages.

Dre Celeste Thirlwell: S'agissait-il de patients militaires?

M. Doug Eyolfson: Oui, en général. C'était le cas pour nombre d'entre eux.

Dr Marcel Bonn-Miller: Zach, voulez-vous que je réponde en premier?

Dr Zach Walsh: Allez-y.

Dr Marcel Bonn-Miller: Je crois qu'il est intéressant de parler d'environ 8 à 10 grammes par jour, ou même de 3 grammes par jour, parce qu'il n'y a pas vraiment de données scientifiques — honnêtement, il n'y en a aucune — pour dire qu'une quantité de 8 à 10 grammes par jour est plus bénéfique qu'une quantité de 3 grammes.

La façon dont le THC fonctionne, c'est qu'il est emmagasiné dans les cellules adipeuses, alors il s'agit d'assez grandes quantités qui s'accumulent dans le corps au fil du temps. Toutes les données indiquent actuellement que même les doses plus faibles que trois grammes par jour entraînent une accoutumance. Dans le cadre de nos essais cliniques, nous limitons les doses à 1,8 gramme par jour et nous constatons un avantage clinique. Je comprends [*Difficultés techniques*] d'administrer de fortes doses, mais c'est une énorme quantité. Cela ne veut pas dire que ce ne peut être viable individuellement, mais il s'agit d'une quantité extrême de cannabis, bien honnêtement. C'est beaucoup plus élevé que ce qui est consommé dans les essais cliniques de toutes ces études. Des quantités aussi élevées sont associées à une accoutumance au cannabis. Il vaut la peine de le mentionner.

•(1645)

Dr Zach Walsh: Dans le cadre de notre essai clinique, il s'agit d'environ deux grammes d'herbe de cannabis par jour. Nous constatons qu'il n'est pas rare que les gens nous le retournent. Nous leur demandons de nous redonner tout le cannabis qu'ils n'utilisent pas et, parfois, ils nous en ramènent. Ce n'est pas tout le monde qui consomme ses deux grammes par jour.

Cela dit, j'entends parler de cas où les gens réagissent bien aux fortes doses, comme l'a mentionné la Dre Thirlwell. Je crois que les données scientifiques n'établissent pas clairement la dose maximale. Une chose que nous savons sur le cannabis et le système endocannabinoïde, c'est ce que nous appelons la charge allostatique, ce qui signifie qu'il se régularise en quelque sorte lui-même, alors à mesure qu'on consomme davantage de cannabis, on développe une tolérance et on a besoin d'une plus grande dose pour obtenir les mêmes effets.

Cela peut entraîner une tolérance et un sevrage que certaines personnes décrivent comme une accoutumance. Je veux faire preuve de prudence en utilisant le terme « accoutumance » lorsqu'il s'agit de consommateurs de cannabis thérapeutique. Il existe une tolérance et un sevrage. Le sevrage se résorbe lui-même plus rapidement que celui des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, des benzodiazépines et d'un certain nombre de médicaments très courants.

Je veux être prudent en utilisant le terme « accoutumance » dans un contexte médical. On a parlé du syndrome de sevrage du cannabis. Il est certain qu'il existe, mais il est assez léger en ce qui concerne la difficulté des gens à cesser de consommer du cannabis et les conséquences connexes. Il crée peut-être une accoutumance, mais elle est semblable à celle du café, et non pas à celle des opioïdes ou de l'alcool. Le cannabis présente un aspect toxicomanogène, mais lorsque nous utilisons le mot « accoutumance », il revêt toutes sortes de connotations. Je veux seulement faire une mise en garde concernant l'utilisation de ce terme lorsque nous parlons de cannabis. Il y a un sevrage et une tolérance, et je crois qu'une des préoccupations concernant les fortes doses, c'est qu'elles peuvent les exacerber. Cela ne veut pas nécessairement dire que c'est ingérable. Il existe des façons de réduire par titration la dose des gens si elle devient trop forte.

Je crois qu'il vaut la peine d'envisager de faibles doses et de voir si les gens peuvent obtenir un effet optimal ainsi. Peut-être que, si nous augmentons les doses, nous ne serons pas en mesure d'utiliser la dose optimale la plus faible possible.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Docteur Walsh, vous avez parlé brièvement de certains patients, bien sûr nombre d'entre eux souffrant de TSPT et de BSPT, qui développeront une dépendance à l'alcool ou deviendront alcooliques.

Avez-vous constaté une corrélation entre la consommation de cannabis thérapeutique et la probabilité qu'une personne devienne alcoolique?

Le cannabis aura-t-il un effet protecteur et rendra-t-il les gens moins susceptibles de devenir alcooliques?

Dr Zach Walsh: Il est très difficile de faire la part des choses dans un contexte d'interdiction. Certaines personnes formulent l'hypothèse du point d'accès, selon laquelle les gens commencent à consommer du cannabis et éprouvent ensuite d'autres problèmes. Cette hypothèse a été largement réfutée.

Je crois qu'il est certainement possible que le cannabis serve de substitut à l'alcool. Je ne vois pas de lien direct entre la

consommation de cannabis et l'alcoolisme. Je crois que le cannabis est plus susceptible de traiter l'alcoolisme.

M. Doug Eyolfson: Oui, c'est ce que je voulais dire. Je ne disais pas que le cannabis était plus susceptible d'entraîner des problèmes d'alcool. Je posais ma question sous un autre angle. Est-on moins susceptible d'avoir un problème d'alcoolisme si on consomme du cannabis thérapeutique?

Dr Zach Walsh: Je crois que c'est possible, s'il atténue les symptômes et qu'il procure certains effets qu'une personne recherche avec l'alcool. Nous étudions cela actuellement dans notre laboratoire.

Les jeunes adultes nous ont dit que le cannabis réduisait leurs envies de boire de l'alcool et leur consommation excessive. Mais il s'agit d'une recherche qu'on doit vraiment réaliser. À mon avis, dans le contexte des jeunes adultes, mais également des anciens combattants, ce serait très important.

M. Doug Eyolfson: D'accord, merci.

M. Max Gaboriault: Pourquoi ne me posez-vous pas la question? Je suis là.

Le président: Monsieur Johns.

M. Gord Johns (Courtenay—Alberni, NPD): Je vous remercie tous de vos témoignages. Ils sont très intéressants.

Merci de vous joindre à nous à partir de mon bureau, Max. Je vous suis très reconnaissant d'avoir fait cet effort aujourd'hui.

Max, vous avez parlé de votre expérience personnelle d'avoir délaissé les médicaments pour commencer à consommer du cannabis. Pourriez-vous nous parler des défis et des obstacles auxquels vous avez fait face dans vos interactions avec Anciens Combattants Canada au moment d'accéder à du cannabis?

M. Max Gaboriault: Je suis ravi de vous entendre, Gord.

Je n'ai eu aucun problème; toutefois, j'ai été guidé par d'autres anciens combattants qui n'ont pas eu la même chance que moi.

La façon dont cela fonctionne, selon mes souvenirs, c'est qu'il faut communiquer avec une entreprise tierce qui est l'intermédiaire entre la personne et le fournisseur autorisé et qui s'occupe de tous les documents. Comme vous le savez, je ne peux pas lire. Ce n'est pas parce que je ne sais pas lire; c'est juste que je ne peux pas me concentrer assez longtemps pour lire. J'ai présenté tous les documents demandés par Anciens Combattants. L'entreprise tierce s'occupe de tous les documents et les remet au fournisseur autorisé. Celui-ci communique avec Anciens Combattants. Dans mon cas, ce fut assez simple.

J'avais une ordonnance pour sept grammes par jour depuis les trois dernières années, et lorsque la limite a été réduite à trois grammes, cela m'a évidemment touché, mais pas autant que les gens qui consomment directement la fleur. J'ingère une huile. Je peux utiliser la fleur pour fabriquer de l'huile, ce qui dure plus longtemps parce que je n'ai pas autant besoin d'utiliser la fleur que l'huile. Il s'agit de deux processus complètement différents qui suivent leur cours dans l'organisme.

Pour décrire un peu le processus — et les médecins pourront peut-être l'expliquer mieux que moi —, comme le cannabis est filtré par le foie, une dose dure de six à huit heures en moyenne. Cela ne veut pas dire que je n'en aurai pas besoin entretemps, mais, en moyenne, c'est la façon dont je le consomme. Je prends une dose lorsque je me réveille le matin, à 7 h 30 ou à 8 heures, et cela me permet de tenir presque jusqu'à la fin de l'après-midi. Ensuite, je peux habituellement m'en passer au souper pendant deux ou trois heures et je peux encore attendre; puis, vers 19 h 30 — parce qu'il faut jusqu'à une heure ou une heure trente à l'organisme pour l'assimiler —, j'entame mon horaire de soir, ce qui me permet de m'endormir.

Je ne sais pas pour vous, mais, pour moi, une bonne nuit de sommeil est d'environ six heures. C'est la plus longue nuit de sommeil que j'ai jamais eue, et c'est grâce au cannabis.

• (1650)

M. Gord Johns: Max, pourriez-vous nous parler dans quelle mesure la réduction de la limite de 10 à 3 grammes a touché certains de vos collègues anciens combattants?

La Dre Thirlwell a beaucoup parlé d'une quantité de cinq à huit grammes — je crois que c'est ce qu'elle a dit — et de son importance.

M. Max Gaboriault: On effectue une recherche sur le cerveau d'un de mes amis. On ne comprend pas qu'il soit encore en vie, vu les dommages. Il a été blessé à deux reprises par une explosion. Il consomme, en moyenne, de 10 à 15 grammes par jour. Cependant, il utilise une méthode complètement différente. Il fume le cannabis; pas moi. Cela fonctionne pour lui; pas pour moi.

C'est ce qu'il faut comprendre. J'ai essayé de 12 à 15 variétés différentes au cours des 3 dernières années. Ce qu'il faut également comprendre, c'est que je suis complètement maître de mon traitement. Je sais exactement quelle quantité je consomme à tout moment. Lorsque je fabrique mon huile, je calcule ma dose. J'établis mon propre horaire et je gère ma consommation. Certains jours, je peux avoir besoin de plus de cannabis. D'autres jours, ce peut être un peu moins. Le Dr Walsh a mentionné que, au fil du temps, on en a besoin de plus en plus. C'est tout à fait vrai.

Ce qui est vraiment important à comprendre avec les sept grammes par jour, c'est que ce n'est pas vraiment fondé sur des faits. Dans mon cas, j'ai besoin de cette quantité pour fabriquer mon huile. Pour préparer une quantité normale, j'utilise environ de 60 à 90 grammes de fleur. C'est trois onces. J'ai une ordonnance pour 210 grammes, alors cela met ma consommation en perspective. Avec ces 60 grammes, ou 60 000 milligrammes, j'obtiens environ deux tasses, ce qui est 500 millilitres. C'est le ratio du nombre de milligrammes nécessaires pour la quantité de millilitres que je peux obtenir. Avec le sativa — j'utilise une variété de l'Alaska parce qu'elle fonctionne pour moi —, j'obtiens en moyenne environ de 25 à 30 milligrammes, ce qui est trois fois plus élevé que ce que les gens consomment à des fins récréatives.

Je suis médicamenté à l'heure actuelle, depuis ce matin.

• (1655)

M. Gord Johns: Max, j'ai une question. Si vous pouviez d'un coup changer une chose au ministère des Anciens Combattants concernant sa politique sur le cannabis, quelle serait-elle?

M. Max Gaboriault: Respecter les besoins. D'après ce que je crois comprendre des médecins, je suis parmi ceux qui ont une faible consommation. Si quelqu'un a besoin de 10 grammes, eh bien, donnez-lui 10 grammes.

Nous ne parlons pas seulement de l'aspect psychologique. Je souffre d'arthrite dans chacune de mes articulations. J'ai des problèmes de dos et de genou. Ce qu'il faut vraiment savoir sur le cannabis, c'est qu'il n'élimine pas la douleur. Il l'engourdit à un point où on peut fonctionner, mais on ressent quand même la douleur, alors on ne fait pas plus que ce que l'on peut faire. C'est là où les opioïdes ne fonctionnent pas du tout, car ils éliminent la douleur. Par conséquent, on inflige des blessures au membre et ainsi de suite. C'est davantage un système de gestion de la douleur qu'une « zombification » complète du membre.

Le président: Madame Ludwig.

Mme Karen Ludwig (Nouveau-Brunswick-Sud-Ouest, Lib.): Merci.

Je vous remercie tous de vos témoignages cet après-midi.

Une des choses que nous entendons constamment ici au Comité au sujet du cannabis et des anciens combattants, c'est le défi concernant la recherche. Un témoin nous a dit, il y a quelque temps, que le premier cas de consommation de cannabis autorisée à des fins thérapeutiques était en 1999. Nous avons constaté que, à Anciens Combattants Canada, on avait adopté une approche pangouvernementale de 2008 à 2014.

Je vais commencer par le Dr Walsh.

Où en sommes-nous avec la recherche? On autorise le cannabis thérapeutique depuis un certain temps. La recherche est-elle plus ou moins à jour au chapitre des variétés ou des doses?

Dr Zach Walsh: Vous savez, lorsqu'il s'agit des variétés et des doses, il reste encore beaucoup à faire. La réponse, au bout du compte, supposera beaucoup de variabilité. Nous voudrions bien fabriquer un médicament à molécule unique avec lequel nous pourrions dire voici la pilule et voici la dose, mais je ne suis pas certain que c'est ce que nous allons avoir avec le cannabis.

Le cannabis nous forcera peut-être, d'une certaine manière, à reconsidérer la façon dont nous envisageons la médecine. Le défi dans la recherche ne sera pas seulement de déterminer si le cannabis est efficace, parce que tant de personnes souffrant de TSPT — des anciens combattants et d'autres — affirment qu'il l'est que, si nous devions publier une étude affirmant qu'il n'est pas efficace, les personnes qui consomment du cannabis thérapeutique continueraient de se fier à leur propre expérience et non à l'étude.

Contrairement à nombre de médicaments qui sont d'abord élaborés dans le cadre de recherches, puis testés dans des essais cliniques avant d'être utilisés par les patients, le cannabis est déjà consommé par les patients, et on doit maintenant faire le chemin inverse et réaliser des recherches, ce qui le rend presque unique. Lorsque nous essayons de faire cadrer le cannabis avec le modèle pharmaceutique, nous faisons face à certains de ces problèmes.

Vous m'avez demandé où en est la recherche. J'espère que, lorsque nous terminerons notre étude et que nous en apprendrons plus des conclusions de l'étude dont parlait le Dr Bonn-Miller, nous allons commencer à mieux comprendre le cannabis. Mais nous devons également l'examiner dans un environnement plus naturel et trouver des histoires comme celles que nous entendons de la part d'anciens combattants et faire un suivi à ce sujet. Comment se portent les anciens combattants qui consomment du cannabis thérapeutique en comparaison de ceux qui n'en consomment pas, et qu'est-ce qui fonctionne pour qui? Si le cannabis n'est pas efficace pour certains anciens combattants, quels sont ceux pour qui il le sera?

Il ne faut pas généraliser et dire qu'il est bon ou mauvais, mais je ne sais pas si nous allons atteindre ce stade. Je pense que ce que nous allons constater, c'est qu'il sera efficace pour certaines personnes dans certaines circonstances; certains types de cannabis, possiblement combinés à d'autres interventions, auront une efficacité optimale, et nous allons commencer à mettre au point le traitement et à l'envisager d'une manière plus naturelle. Je ne crois pas que nous devrions éviter les ECA. Ces derniers vont nous apprendre quelque chose, mais si nous nous appuyons exclusivement sur ces essais cliniques aléatoires, nous allons rater le coche et peut-être de l'information importante, et nous n'aurons pas l'effet escompté sur la vie des anciens combattants.

J'aimerais que la recherche mette l'accent sur la façon dont nous pouvons combiner le cannabis à des interventions comportementales. Ce dont parlait le Dr Bonn-Miller concernant le CBD et l'exposition comportementale pour le TSPT est très intéressant. C'est le genre d'études que j'aimerais voir, plutôt qu'une approche dichotomique dans le cadre de laquelle tout est bon ou tout est mauvais.

• (1700)

Mme Karen Ludwig: Merci de votre réponse.

J'aimerais passer au Dr Bonn-Miller sur le même sujet.

Le modèle médical est peut-être un des défis auxquels nous faisons face ici: nous essayons de résoudre la quadrature du cercle. Lorsque nous regardons le niveau de formation dans les facultés de médecine, où en sommes-nous? Selon l'expertise que j'entends aujourd'hui des témoins et certainement des défenseurs des anciens combattants et des personnes qui consomment du cannabis thérapeutique, où en sommes-nous au chapitre de la formation?

Au bout du compte, qui sont les spécialistes qui pourraient autoriser ou prescrire le cannabis thérapeutique?

Dr Zach Walsh: Si vous me le permettez, je crois que je pourrais répondre.

Je viens d'examiner un article que nous allons présenter dans une semaine portant sur la première enquête auprès d'étudiants en médecine sur leur formation en matière de cannabis thérapeutique. À l'heure actuelle, dans les programmes des facultés de médecine canadiennes que nous avons examinés — j'espère que ce sera publié dans trois à six mois —, nous avons constaté que les étudiants reçoivent environ le quart de ce qu'ils désirent. Ils reçoivent en moyenne environ 1,5 heure, mais ils aimeraient en avoir jusqu'à 6 heures. Alors, dans l'ensemble, dans différentes catégories, les étudiants ne reçoivent pas...

Mme Karen Ludwig: Est-ce dans l'ensemble de la formation en médecine?

Dr Zach Walsh: C'est dans l'ensemble de la formation en médecine, oui.

Dre Celeste Thirlwell: Il n'y a pas de formation. Ce n'est pas seulement ici, c'est partout dans le monde. Les médecins hésitent beaucoup à l'intégrer à leur pratique.

Dr Zach Walsh: Ce que nous avons constaté dans le cadre de cette étude, c'est que cela coïncide avec ce que nous avons observé...

Je crois que le Dr Bonn-Miller doit partir.

Dr Marcel Bonn-Miller: Oui, je vous prie de m'excuser, mais j'ai une heure limite que j'ai déjà dépassée, et, apparemment, quelqu'un d'autre doit être dans la salle, alors je dois partir. Je suis désolé.

Je vais simplement dire très rapidement, pour ne pas interrompre, que ce qui a été dit en ce qui concerne la formation est vrai. Le fait

qu'un grand nombre de scientifiques ici ne connaissent pas la réponse signifie que celle-ci n'est pas enseignée, parce que nous ne savons pas la réponse. C'est ce que nous devons arriver à comprendre.

Nous avons mené un certain nombre d'études qui ont examiné les attitudes des médecins et ce qui est actuellement offert, et il n'y a tout simplement rien qui existe du point de vue de la formation, pour quoi que ce soit, sans parler du TSPT.

À l'heure actuelle, il y a des cours qui sont en train de commencer et qui vont aider à résoudre ce problème, et il y a des initiatives de la part d'universités comme l'université Thomas Jefferson à Philadelphie, mais la réalité, c'est que nous avons encore beaucoup de rattrapage à faire.

Merci beaucoup de m'avoir invité. Je suis désolé de devoir m'éclipser un peu tôt.

Le président: Docteur Bonn-Miller, je vous remercie d'être venu.

Mme Karen Ludwig: Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Vous avez 30 secondes.

Mme Karen Ludwig: Je vous remercie.

Docteur Thirlwell, je vis au Nouveau-Brunswick. Si un ancien combattant avait besoin d'aide au chapitre de la neuroscience, par exemple, quel est l'endroit le plus proche où il pourrait obtenir ce type d'expertise?

Dre Celeste Thirlwell: Avant même de commencer à penser à ce genre d'expertise, il faudrait passer par certaines des cliniques qui aident les anciens combattants. Ce n'est pas par l'intermédiaire des cliniques TSO ni par l'entremise des travailleurs d'ACC. L'expertise fait cruellement défaut. Je consacre trois soirs par semaine depuis deux ans maintenant à aider les anciens combattants qui essaient simplement de trouver un spécialiste, et je ne parle pas d'un spécialiste qui prescrira du cannabis thérapeutique.

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Eyolfson, allez-y.

M. Doug Eyolfson: Je vous remercie, monsieur le président.

Encore une fois, merci à vous tous.

J'ai une question que j'aurais aimé poser au Dr Bonn-Miller. Il ne pouvait pas rester, mais la Dre Thirlwell et le Dr Walsh pourraient peut-être nous éclairer à cet égard.

Je veux faire une comparaison entre le Canada, où le cannabis est maintenant légal, et les États-Unis, où ce n'est pas le cas. D'après ce qu'a dit le Dr Bonn-Miller, il semble qu'il y ait d'importantes difficultés.

J'ai en fait été très impressionné lorsque j'ai entendu le Dr Bonn-Miller mentionner que le département américain des Anciens combattants fournissait un financement à l'heure actuelle. Nous faisons partie d'une délégation à Washington, D.C., il y a quelques années. Lorsque nous avons abordé le sujet du cannabis thérapeutique avec certains médecins d'Anciens Combattants, ils ne voulaient même pas en parler. Ils semblaient très mal à l'aise et ont changé de sujet. Il s'agit donc d'un excellent progrès.

En fait, cela ne fait que très peu de mois que le cannabis est légalisé. Est-ce que l'un ou l'autre d'entre vous voit des signes indiquant qu'il sera plus facile de trouver du financement pour la recherche maintenant qu'il est légalisé?

Dr Zach Walsh: Certainement, en tant que chercheur universitaire, j'ai reçu des avis des IRSC et d'autres organismes de financement. Je pense que les organismes des trois conseils ont de plus en plus d'intérêt à financer la recherche sur le cannabis. Je dirai toujours qu'il nous en faut plus, et je pense que nous avons besoin de recherches plus vastes, mais je suis d'avis qu'il y a un intérêt croissant. La formation de producteurs autorisés fait en sorte que d'autres personnes que le gouvernement souhaitent financer la recherche.

Alors oui, j'ai bon espoir que nous verrons d'autres recherches sur la meilleure façon d'utiliser le cannabis pour traiter les TSPT et d'autres problèmes.

• (1705)

M. Doug Eyolfson: Excellent.

Docteure Thirlwell, allez-y.

Dre Celeste Thirlwell: La légalisation n'a pas favorisé l'uniformité du traitement pour nos anciens combattants; elle l'a entravé. Depuis la légalisation en octobre, de nombreux anciens combattants n'ont pas été en mesure d'avoir accès aux huiles et aux variétés dont ils ont besoin. Le gouvernement canadien n'a pas mis en place de mesures de protection pour s'assurer que nos anciens combattants reçoivent les médicaments dont ils ont besoin pour optimiser leur fonctionnement. Ils n'ont pas investi de fonds ni élaboré de politiques pour obliger les médecins à s'informer sur le cannabis thérapeutique.

M. Doug Eyolfson: Qu'est-ce qui a changé? Vous dites que les choses ont empiré après la légalisation.

Dre Celeste Thirlwell: En effet, absolument; c'est à cause de l'approvisionnement. Tout à coup, les producteurs autorisés ont eu l'occasion de faire de l'argent avec des produits à des fins récréatives, et il s'agit du même lot de cannabis. Ce n'est pas tout; en ce qui concerne les gens du gouvernement qui examinent la norme concernant le cannabis, le gouvernement n'a pas embauché suffisamment de gens pour s'occuper de l'approvisionnement en cannabis. Celui-ci a été laissé dans des entrepôts, en attendant que les inspecteurs viennent s'assurer qu'il était de qualité thérapeutique.

De plus, la veille de sa légalisation, les producteurs autorisés ont appris qu'ils devaient modifier l'étiquetage du cannabis thérapeutique du jour au lendemain. Leurs étiquettes ne devaient contenir aucune couleur. Elles devaient être en noir et blanc. Les producteurs ne pouvaient pas expédier les médicaments aux anciens combattants tant qu'ils n'avaient pas modifié l'étiquetage.

M. Doug Eyolfson: D'accord. Je vous remercie.

Monsieur Gaboriault, je suis heureux d'avoir l'occasion de m'adresser de nouveau à vous. Quand je demandais si le cannabis pouvait réduire la probabilité qu'une personne présente un problème d'alcool, vous avez fait un signe de la main. Je pense que vous essayiez de parler. Souhaitiez-vous dire quelque chose à ce sujet?

M. Max Gaboriault: Oui. En fait, je ne bois pas plus que vous, disons. Je pourrais prendre une bière. Cela ne m'intéresse pas. Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il s'agit d'un médicament. Ce n'est pas pour le plaisir.

M. Doug Eyolfson: Absolument.

M. Max Gaboriault: Je suis un psychopathe ambulancier, techniquement, donc...

M. Doug Eyolfson: Avant de commencer à prendre du cannabis, aviez-vous eu des problèmes d'alcool?

M. Max Gaboriault: Non. J'ai une bonne épouse.

Des voix: Ha, ha!

M. Doug Eyolfson: Très bien. Je vous remercie.

Dre Celeste Thirlwell: Pour ce qui est de la question de l'alcool, nous revenons aux neurosciences fondamentales. Beaucoup d'anciens combattants s'automédicamentaient avec de l'alcool. L'alcool est un dépressif qui vous permet de dormir. Mes anciens combattants qui, du jour au lendemain, sont passés de 7, 8 ou 10 grammes à 3 grammes ont dû parfois recommencer à consommer de l'alcool parce qu'ils n'avaient pas accès au cannabis dont ils avaient besoin pour dormir.

M. Doug Eyolfson: C'est très utile. Je vous remercie.

Docteure Thirlwell, vous avez dit que le schéma posologique que vous utilisez comprend une concentration élevée de THC la nuit pour aider à dormir.

Dre Celeste Thirlwell: Cela dépend vraiment de l'état du cerveau et s'il y a eu un traumatisme cérébral en plus du TSPT ou de la méfloquine. Certains cerveaux réagiront très bien au sativa la nuit, car cette substance réorganise le cerveau. C'est un aspect de la lésion du lobe frontal. Alors que le sativa est habituellement utilisé pendant la journée, il semble qu'un taux élevé de THC aide la plupart des anciens combattants la nuit, mais ce n'est pas généralisé. C'est propre à chacun et non homogène.

En outre, il faut parler de l'effet d'entourage de tous les terpènes qui se trouvent dans la marijuana, dont personne ne parle.

M. Doug Eyolfson: Je vous remercie.

Docteur Walsh, qu'en pensez-vous? Vous avez parlé de sommeil réparateur. Avez-vous des données qui vous permettent de savoir si la teneur élevée en CBD ou en THC est utile à cet égard?

Dr Zach Walsh: Si nous devons nous pencher sur un domaine qui nécessite davantage de recherche, c'est la comparaison de différentes variétés de cannabis. Une grande partie de ce que nous savons vient de ce qu'ont dit les personnes qui consomment du cannabis et non de notre expérience après avoir administré du cannabis; il nous est donc très difficile de déterminer le type de cannabis que consomment les gens. Des données probantes indiquent que le CBD peut être utile pour le sommeil. Le THC peut également être utile pour le sommeil. En outre, la combinaison des deux peut s'avérer profitable. Le THC, dans la mesure où il atténue la douleur, peut faciliter le sommeil. Le CBD tranquillise de façon plus directe.

M. Doug Eyolfson: Très bien. Je vous remercie.

Le président: Monsieur Kitchen, allez-y.

• (1710)

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Merci à tous d'être ici aujourd'hui. Nous vous en sommes extrêmement reconnaissants.

J'aurais espéré que le Dr Bonn-Miller serait encore ici. J'avais quelques questions à lui poser, mais peut-être que certains d'entre vous pourront y répondre à mesure que nous les aborderons.

Évidemment, sans recherche, nous n'avons pas de lignes directrices ni de normes. Nous ne connaissons pas les doses à prescrire. Nous ne connaissons pas les forces — ou les variétés, comme nous venons de l'entendre — quant à ce qui doit être utilisé dans ce contexte. Le Dr Bonn-Miller a dit, dans un des commentaires, qu'il croit que les sociétés pharmaceutiques doivent financer une grande partie des recherches. À mon avis, ce type d'étude entraîne un énorme parti pris. Ce faisant, vous perdez toute validité et négligez toute sorte d'enjeux intrinsèques.

Je vais commencer par vous, docteur Walsh, puis peut-être que la Dre Thirlwell pourra répondre à cette question, ainsi que Max.

Dr Zach Walsh: Je pense que nous avons raison d'être quelque peu préoccupés par l'influence de l'argent sur le processus de recherche. C'est généralisé; ce n'est pas particulier au cannabis. Beaucoup de ce que nous savons aujourd'hui en médecine a été financé par des sociétés pharmaceutiques, et les gens ont remarqué les mêmes problèmes que ceux dont vous parlez.

Des mesures de protection sont en place. Je mène une étude financée par Tilray. Il s'agit d'un producteur autorisé de cannabis. Je ne reçois pas d'argent directement de Tilray. L'entreprise n'a aucune influence sur mon salaire, qui est versé par l'UBC.

Je pense que c'est typique de beaucoup d'essais cliniques. Il y a des protections en place pour maintenir l'intégrité de la recherche ainsi que celle des scientifiques qui mènent ces essais. Je pense que nous devons faire preuve de prudence à cet égard, mais je ne crois pas que nous puissions faire une croix sur ce potentiel, parce que nous avons besoin d'énormément de recherches et que l'industrie est l'un des intérêts qui seront en mesure de la financer sans puiser dans le Trésor public qui, comme vous le savez, est déjà lourdement imposé.

Je ne pense pas que nous pourrions faire une exception pour le cannabis et interdire à l'industrie de financer la recherche. C'est de cette façon qu'un grand nombre de nos médicaments arrivent sur le marché. Nous devons faire attention aux préjugés et veiller à ce que les mesures de protection soient en place.

M. Robert Kitchen: Docteure Thirlwell.

Dre Celeste Thirlwell: Je souscris à ce que vous dites au sujet du parti pris. L'approche que j'adopte depuis le début par rapport au cannabis thérapeutique est la vieille approche de la médecine: s'asseoir et écouter son patient. Il n'y a aucune raison pour que les médecins ne puissent pas commencer par cela et surveiller les patients de près. Les anciens combattants m'ont appris le fonctionnement du cannabis thérapeutique, car j'ai pris le temps m'asseoir avec eux et d'écouter leur parcours dans ce borbier sans issue.

Les paradigmes changent et évoluent. Il y a de nouvelles règles d'engagement à tous les égards, tant dans les médicaments à base de marijuana que dans tous les domaines de notre société. Pourquoi le gouvernement ne peut-il pas obliger les sociétés de production autorisée à investir un pourcentage de leurs profits dans un fonds pour la recherche?

M. Robert Kitchen: Max?

M. Max Gaboriault: Oui, monsieur?

M. Robert Kitchen: Avez-vous des commentaires à faire sur ma question concernant les partis pris?

M. Max Gaboriault: Tout ce que je dirai — parce que, évidemment, je ne suis pas un professionnel —, c'est que, de mon point de vue, l'industrie pharmaceutique doit être tenue à l'écart de l'état naturel du plant. Des études ont montré qu'une version

synthétique du THC a été créée, laquelle ne peut pas concurrencer le produit naturel. Il y a toujours un moyen de transformer une pilule en dollar. Ce n'est pas un de ces cas. Pour que le cannabis soit efficace dans le traitement, l'état végétal ou l'état naturel du produit doit rester intact.

Je suis d'accord avec le dernier médecin; je suis désolé, j'ai oublié votre nom. Je conviens que les producteurs autorisés pourraient aider à financer la recherche, mais, cela dit, tout se résume à la formation des médecins, qui est influencée par l'industrie pharmaceutique, laquelle finance également les différentes facultés qui forment ces médecins.

J'ai eu un problème personnel avec mon médecin généraliste, qui était un nouveau diplômé et qui n'avait aucune volonté. Il voulait que je prenne des pilules. J'ai dû le congédier et trouver un médecin qui était prêt à travailler à ma façon.

• (1715)

M. Robert Kitchen: Je vous remercie.

Au cours de notre étude jusqu'à maintenant, nous avons reçu le Dr MacKillop, qui a parlé des troubles chroniques liés à la consommation.

Je m'intéresse particulièrement à certaines des recherches qui portent sur les comportements suicidaires associés à ces troubles chroniques liés à la consommation. J'aimerais savoir ce que vous en pensez, Docteur Walsh.

Dr Zach Walsh: Il n'y a pas de données probantes établissant un lien entre le cannabis et le suicide ou l'automutilation. Il y a eu certaines études à ce sujet, et on en a conclu qu'il n'y a aucun moyen d'établir ce lien de causalité. Les personnes qui souffrent de TSPT et d'anxiété présentent un risque plus élevé d'automutilation et de suicide, et elles sont également plus susceptibles de consommer du cannabis, mais il n'y a pas de lien entre le cannabis et les tendances suicidaires.

M. Robert Kitchen: Docteure Thirlwell, avez-vous des commentaires à faire?

Dre Celeste Thirlwell: Je souscris à ce que vous disiez et je me souviens d'avoir examiné les données à ce sujet. Le point de vue des anciens combattants, et ce que je les entends dire, c'est que, depuis qu'ils ont commencé à consommer du cannabis, bon nombre d'entre eux ne pensent plus au suicide. Quand ils prenaient des pilules et de multiples médicaments, bavant comme des zombies et ne pouvant penser clairement, les pensées suicidaires étaient très présentes.

Le président: Madame Ludwig, vous avez six minutes.

Mme Karen Ludwig: Je vous remercie.

Max, je m'en veux de ne pas vous avoir remercié de votre service. Merci de votre service.

M. Max Gaboriault: Oh, ne vous inquiétez pas, c'est ce que je fais, tout simplement.

Mme Karen Ludwig: Vous avez beaucoup de chance. Vous avez une épouse aimante qui semble être là pour vous, un enfant de sept ans...

M. Max Gaboriault: En effet, j'ai vraiment beaucoup de chance.

Mme Karen Ludwig: ... et un de 10 ans. Avez-vous accès, ou êtes-vous en mesure d'accéder, à l'un ou l'autre des services de soutien à la famille offerts par Anciens Combattants Canada?

M. Max Gaboriault: Je n'ai jamais eu à le faire. J'ai présenté des demandes pour différents programmes, comme celui des aidants naturels, mais, à cause de la politique... Je suis désolé, cela touche vraiment une corde extrêmement sensible... Cela a été conçu pour les blessures physiques, l'allocation aux aidants naturels et des choses comme ça. Mon épouse ne peut pas travailler; je ne peux pas rester sans surveillance et j'ai deux enfants, alors imaginez. Parce que je souffre d'une blessure mentale, et dans mon cas peut-être plus grave encore avec la méfloquine, je n'ai pas droit à une allocation d'aidant naturel parce que je peux m'habiller, me laver et faire... Il y a une troisième chose, mais j'ai oublié.

Cependant, ce qu'on oublie, c'est que nulle part il n'est mentionné que mon épouse me rappelle que je dois prendre une douche. Elle dit: « Tu devrais peut-être t'habiller, il se fait tard », parce que je ne pense pas à ces choses-là de manière naturelle. Tout ce qu'elle fait, la charge de travail supplémentaire qui lui est imposée... Tout ce que j'essaie de dire, c'est qu'il y a une lacune en ce qui concerne les blessures et les troubles mentaux, peu importe le nom qu'on lui donne. Il n'y a pas de soutien en ce sens offert par ACC.

Mme Karen Ludwig: Je vous remercie.

Si je peux me permettre, avez-vous reçu une rente viagère ou une somme forfaitaire?

M. Max Gaboriault: Oh, mon Dieu. C'est un autre point sensible.

Pour mettre les choses en contexte, j'ai été déployé lorsque la Loi sur les pensions et la Charte des anciens combattants ont été discréditées. J'ai rencontré le premier ministre et le CEMD à deux reprises, et personne n'en a parlé pendant notre déploiement; autrement, j'aurais probablement fait mes valises et je serais rentré chez moi.

J'ai reçu une somme forfaitaire, qui est déjà engloutie.

Mme Karen Ludwig: Si je peux me permettre une autre fois, Max, si vous pouviez revenir au jour où vous avez accepté la somme forfaitaire, auriez-vous préféré une pension viagère...

M. Max Gaboriault: Je ne l'ai pas acceptée.

Je viens tout juste de recevoir une lettre concernant cette pension viagère, qui est littéralement l'argent... Oh, oui, ça va être un choc pour vous tous. Comme je suis au-dessus de 100 %, je n'ai jamais reçu la totalité du montant accordé. Dès que vous arrivez à 100 %, conformément à la loi — vous pouvez vérifier —, le gouvernement n'a plus à vous payer d'autres sommes. Je suis invalide à 120 %. Cela comprend mes oreilles et toutes sortes d'autres parties. Toutefois, je n'ai jamais reçu le montant total.

Maintenant, avec ce nouveau régime, le gouvernement a déduit le montant total de ce que je n'ai pas reçu en vertu de la loi et l'a divisé en paiements mensuels, libres d'impôt, qui étaient déjà libres d'impôt au départ. J'ai de la chance. Je devrais recevoir un montant décent chaque mois pendant... je ne sais pas combien de temps. J'ai de la chance en ce sens. Cependant, c'est loin... J'ai fait le calcul, et cela n'équivaut pas à ce qui est prévu dans la Loi sur les pensions.

• (1720)

Mme Karen Ludwig: Je vous remercie. J'aimerais poser une question rapide.

La Dre Thirlwell a mentionné la recommandation selon laquelle, lors de la transition du statut de militaire actif à celui de civil, on devrait directement aller en réadaptation.

Est-ce quelque chose que vous recommanderiez également, d'après votre propre expérience?

M. Max Gaboriault: Je suis tout à fait contre l'aspect de la réadaptation. Je souscris entièrement à l'idée, mais pas de la façon dont cela se passe. Ce qu'il faut d'abord faire, c'est mieux éduquer le militaire avant sa libération.

Mon intégration à la vie civile a été un désastre — dans le meilleur des cas. J'ai essayé. J'ai vraiment essayé, et ça n'a pas marché. On parle de plus de deux ans...

On m'a proposé de me recycler et tout le reste, mais, personnellement, je ne peux pas fonctionner en public. J'ai lancé ma propre entreprise comme un passe-temps, pas comme une entreprise, simplement pour me donner une motivation et pour faire quelque chose qui n'est pas stressant en soi, même si nous savons tous que les affaires sont stressantes au plus haut point.

Je crois que les militaires ont besoin d'un meilleur soutien lorsqu'ils sont libérés, mais pas nécessairement — j'ai oublié le mot. Je suis désolé.

Mme Karen Ludwig: Réadaptation.

M. Max Gaboriault: Pas de ces bêtises.

Mme Karen Ludwig: Je vous remercie.

Vous vous êtes très bien exprimé, et vos propos ont été très utiles.

M. Max Gaboriault: Je fais de mon mieux.

Le président: Monsieur Viersen, vous avez cinq minutes.

M. Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Merci à nos invités d'être ici.

Max, merci de votre service.

L'une des choses qui ont été portées à notre attention au sujet des centres de traitement d'ACC, c'est qu'ils refusent d'admettre quelqu'un s'il consomme du cannabis.

Max, savez-vous si c'est toujours le cas?

M. Max Gaboriault: Je ne suis jamais allé dans un établissement d'ACC.

M. Arnold Viersen: D'accord.

Docteure Thirlwell.

Dre Celeste Thirlwell: Il y a un ancien combattant derrière moi, Scott Atkinson, qui voulait que j'aborde cette question. Lorsqu'il s'est rendu au centre de traitement de Bellwood, il n'avait pas le droit de consommer de cannabis. Il a voulu y retourner plus tard simplement pour... Vous savez, vous pouvez rechuter et vous devez perfectionner vos compétences.

Il allait y retourner pour une fin de semaine, mais on lui a dit qu'il devrait prendre des opiacés pendant la fin de semaine et ne plus consommer de cannabis du tout, sans quoi il ne serait pas autorisé à participer au programme.

M. Arnold Viersen: Nous avons légalisé la marijuana au Canada à des fins récréatives...

Dre Celeste Thirlwell: En effet, et pourtant...

M. Arnold Viersen: ... mais vous ne pouvez toujours pas aller à ACC et dire...

Dre Celeste Thirlwell: Pire encore, il y a des anciens combattants qui reçoivent leur congé de leur médecin spécialiste en TSO pour ne pas avoir pris de médicaments pharmaceutiques, et ils n'ont pas accès... D'autres médecins refuseront de les traiter.

M. Arnold Viersen: Ce qui est intéressant, selon moi, c'est qu'il y a des drogues puissantes et des drogues sûres, mais elles ne sont généralement pas les deux. Les drogues sûres ne sont généralement pas puissantes, et vice versa. Nous recevons beaucoup de données probantes empiriques de la communauté de la marijuana. Il semble que ce soit une drogue puissante. Est-elle sûre? Chaque variété a des effets différents pour chaque personne. Même avec la même variété, il y a de nombreuses façons dont cela touche les gens. Est-ce sûr? On parle de doses plus fortes et de doses plus faibles. Je sais simplement que, dans ma propre collectivité, les jeunes enfants... Les huiles ou les produits comestibles ont été un problème.

Pouvez-vous nous en parler un peu?

Dr Zach Walsh: Dans les années 1980, la DEA, aux États-Unis, s'est adressée aux tribunaux pour faire modifier la liste. La décision du juge a finalement été cassée, mais ce dernier a désigné le cannabis comme étant la substance active sur le plan pharmaceutique la plus sûre connue.

En ce qui concerne la toxicité, elle est nulle. Il y a un risque d'inconfort aigu qui peut provenir d'une trop grande consommation. Si vous prenez une forte dose, cela peut être une expérience vraiment désagréable et cela pourrait vous désorienter et vous faire faire quelque chose; vous pourriez avoir un accident. Pour ce qui est du mal que cela vous fait, c'est remarquablement sûr.

Je dirais que le risque le plus important serait, chez les personnes à risque, de souffrir de troubles psychotiques et de schizophrénie, et peut-être d'un trouble bipolaire psychotique. Dans ces cas-là, cela peut exacerber les symptômes et même déclencher une crise, mais seulement chez les personnes qui ont cette prédisposition, et il s'agit d'une très petite partie de la population.

Pour les autres, je pense que le plus grand risque est une irritation de la gorge ou des bronches, mais pas à long terme. La marijuana n'est pas associée au cancer du poumon de la même façon que le tabac, alors c'est très sûr.

• (1725)

M. Arnold Viersen: Vous parlez uniquement de la consommer en la fumant. Y a-t-il une différence si vous la consommez...

Dr Zach Walsh: La consommation par voie orale est sûre également et comporte les mêmes risques.

Dre Celeste Thirlwell: Certains de mes patients auront des réactions aux huiles support ou en raison du processus par lequel la marijuana a été transformée en huile. Les sociétés utilisent différentes huiles support. Parfois, les patients réagissent en fait à l'huile support qui contient l'huile de cannabis, et non au cannabis lui-même.

Il ne provoque pas d'arrêt respiratoire de la même façon qu'un opioïde. Si nous parlions des opioïdes et de la crise des opioïdes... Vous ne mourrez pas d'une insuffisance respiratoire si vous prenez une plus grande quantité de cannabis. En effet, cela peut-être déconcertant. Oui, il se peut que vous soyez temporairement dans un état altéré, mais ce n'est pas quelque chose qui sera nécessairement permanent à moins, bien entendu, qu'il y ait une prédisposition sous-jacente à un trouble psychotique ou certains problèmes cardiaques sous-jacents. Comme je l'ai dit, la décision et le degré de sûreté sur le plan clinique dépendent vraiment d'où en est le patient, de l'état de son cerveau et de sa condition physique.

En fait, il s'agit de surveiller attentivement, d'effectuer un suivi et d'être un vrai médecin.

M. Arnold Viersen: Dans les centres de traitement d'ACC, je suppose qu'il y a des médecins. La plupart de nos anciens

combattants ont-ils des ordonnances pour de la marijuana thérapeutique? Est-ce vrai ou non? Est-ce que la plupart d'entre eux en ont?

Dre Celeste Thirlwell: Il ne faut pas oublier que jusqu'à tout récemment, il n'y a pas si longtemps, vous auriez été traduit en cour martiale pour avoir consommé du cannabis dans l'armée. Cette philosophie persiste encore chez les plus haut gradés qui sont passés par là...

M. Arnold Viersen: Oui, mais nos anciens combattants ne sont plus dans l'armée, alors ils pourraient aller dans les hôpitaux civils, chez un médecin civil et obtenir...

Dre Celeste Thirlwell: Les médecins civils ne font pas d'ordonnances. La plupart des anciens combattants seront rembarrés par un médecin qui leur dira: « Allez voir dans une clinique où l'on vous fera une ordonnance ». Il y a une pénurie de ces médecins.

Le président: Je vous remercie.

Nous allons terminer avec M. Johns, pour trois minutes.

M. Gord Johns: J'allais vous parler des risques associés aux opioïdes et au cannabis et approfondir un peu la question, mais je pense que vous avez commencé à couvrir la plus grande partie du sujet. Je vais peut-être l'élargir un peu. J'ai déjà posé cette question à Max; quel serait l'aspect que vous changeriez en ce qui concerne les politiques à l'égard du cannabis?

Je vais commencer par vous, docteur Thirlwell, puis je passerai au Dr Walsh.

Dre Celeste Thirlwell: Je vous dis ce à quoi je fais face en ce moment. Je rédige les lettres de renouvellement de deux ans pour mes anciens combattants qui prennent 6, 8 ou 10 grammes. Ce qu'ils me demandent actuellement au téléphone, c'est: « Vais-je être approuvé? Si ma demande n'est pas approuvée, combien de temps faudra-t-il attendre entre le moment où je serai ramené à trois grammes et celui où on me fournira de nouveau ce dont j'ai besoin pour pouvoir continuer à fonctionner et être là pour ma famille? »

M. Gord Johns: Je vous remercie.

Docteur Walsh.

Dr Zach Walsh: Étant l'un des rares pays où nous couvrons le cannabis pour les anciens combattants, nous devrions être fiers de cette approche compatissante. J'espère que nous n'essaierons pas de faire marche arrière. Je pense qu'il y a une relation importante entre les médecins et leurs patients. ACC devrait respecter que ce le médecin et le patient jugent bon, et non établir ces règles, comme c'est le cas pour les autres médicaments.

Il y a une chose que je dirais de manière générale: traitez-le comme les autres médicaments.

M. Gord Johns: En effet.

Max, peut-être pourriez-vous conclure là-dessus: l'importance pour l'ancien combattant d'avoir la liberté de choisir, au cours de son cheminement de guérison, la dose et les différentes modalités de guérison, qu'il s'agisse de cannabis ou de produits pharmaceutiques. Pouvez-vous nous parler de l'importance de cela?

M. Max Gaboriault: D'accord, je vais essayer. J'ai déjà oublié la moitié de votre question.

Ce que je peux vous dire, c'est que le cannabis m'a sauvé la vie. Tous les autres opioïdes ont détruit mon cerveau ou certaines fonctions de celui-ci, comme la parole. J'ai dû réapprendre à parler, en fait, après avoir pris de la quétiapine, qui est un antipsychotique. Évidemment, il y a un endroit et un moment pour tout. La médecine occidentale a sa chance. Je ne vois pas le cannabis comme un produit occidental. Il existe depuis des milliers d'années. Personne n'en est jamais mort. Il fournit même son propre antidote. Si vous prenez trop de THC, prenez du CBD, et cela vous ramènera à un niveau normal.

Si les gens voulaient apprendre et écouter, cela me rendrait la vie beaucoup plus facile. Je n'ai aucun problème à éduquer les gens, mais j'ai dû apprendre par moi-même comment tout gérer, au sein de la communauté du cannabis, auprès de gens qui le font depuis encore plus longtemps. Je produis ma propre huile. Je peux la commander, mais le plus important est que je l'utilise de façon responsable.

Quand je suis revenu d'Afghanistan, toutes les pilules et autres produits ont détruit mon foie. Ma thyroïde a été touchée. Il a fallu des années pour tout remettre en état. Le cannabis m'a sauvé la vie à cet égard. Je peux être un père, pas un zombie sur le canapé qui ne veut rien faire — pas même sortir de la maison. Je pense qu'il me permet de mieux fonctionner. Est-ce parfait? Non, ce n'est pas parfait, mais c'est ma réalité. Ça ne sera jamais parfait. Personne ne dirait que c'est parfait, mais vous voyez ce que je veux dire. Si je n'avais pas le cannabis, je prendrais des cocktails de pilules, qui créent des pensées suicidaires. J'ai essayé dans le passé, vous savez. Comment aurais-je pu vivre ainsi pour le reste de ma vie? Ce n'est pas une vie. Le cannabis m'a permis de fonctionner. Je suis médicamenté en ce moment. Je peux vous parler sans trop bégayer, parce qu'il m'empêche de bégayer. En ce sens... Je ne sais pas, je peux fonctionner comme une personne normale.

J'aimerais mentionner le point de vue du Dr Walsh sur la combinaison avec un traitement. Je souscris tout à fait à cette idée. Le cannabis devrait être combiné à un traitement. Je suis allé au Camp My Way, en Colombie-Britannique, dont nous avons parlé. Cela a complètement changé ma vie. Cessez de considérer le cannabis comme un médicament, mais voyez-le peut-être plutôt comme une approche globale, comme c'est le cas avec les chevaux, les chiens et ainsi de suite. Il s'agit d'un outil. Si vous le considérez comme un médicament ou une drogue, vous avez besoin d'être éduqués.

• (1730)

M. Gord Johns: Le président attend après nous pour conclure, mais, Max, nous sommes heureux que vous soyez là. Votre témoignage m'a beaucoup appris, ainsi qu'à nous tous.

M. Max Gaboriault: Je l'espère.

M. Gord Johns: Nous vous sommes très reconnaissants. Merci beaucoup.

Je vais laisser la parole au président.

Le président: Au nom du Comité, je remercie tous les témoins de leur excellent témoignage d'aujourd'hui.

Si vous avez quelque chose à ajouter, vous pouvez l'envoyer au greffier et il nous le transmettra.

Cela met fin la séance d'aujourd'hui.

M. Sheehan propose une motion d'ajournement.

(La motion est adoptée.)

Le président: La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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 de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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 House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>