

Renaud Colson
Maître de conférences à l'université de Nantes
Contact : Renaud.Colson@univ-nantes

Cannabis thérapeutique : les leçons canadiennes

Article paru dans la *Revue de droit sanitaire et social* (n° 2018-5, p. 847-861)

Résumé : L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament a récemment annoncé la création d'un comité scientifique sur « l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France ». Cette instance consultative analysera les données scientifiques disponibles et prendra en compte les enseignements issus des pays qui ont déjà autorisé l'usage de cannabis à des fins médicales. Dans cette perspective, l'exemple du Canada, qui fût l'un des premiers Etats à s'engager dans cette voie, se révèle particulièrement instructif. Quelles sont les modalités juridiques de la légalisation canadienne du cannabis thérapeutique et quelles leçons peut-on tirer ? S'agit-il d'une mesure de santé publique suffisamment encadrée par le droit pour exclure toute confusion entre les usages médicaux et non médicaux du chanvre indien ? Ou faut-il y voir un dispositif hypocrite conférant aux médecins le pouvoir de prescrire du chanvre récréatif, et la première étape d'un processus qui mène inévitablement à la légalisation du cannabis ?

Introduction*

Utilisé depuis des millénaires sur plusieurs continents pour ses vertus thérapeutiques¹, le chanvre indien (*Cannabis sativa L.*) a occupé une place de choix dans la pharmacopée occidentale jusqu'au début du 20^e siècle². Il a ensuite été rapidement marginalisé et finalement exclu du champ des remèdes autorisés. Cette disqualification trouve son origine non pas dans un désaveu des sciences médicales, mais dans une politique prohibitionniste qui visait à éradiquer l'usage de certains produits psychoactifs. Initiée aux Etats-Unis, cette croisade aux origines idéologiques troubles³ a été progressivement relayée par la communauté internationale⁴. C'est ainsi que le cannabis a été inscrit, aux côtés de l'héroïne, aux tableaux I

* La production de cet article est le fruit d'un séjour à l'Institut universitaire sur les dépendances de Montréal. Cette recherche a bénéficié d'une subvention du CNRS au titre du programme SMI 2018. L'auteur remercie le professeur Serge Brochu, Laurence D'Arcy et Serge Karsenty pour leurs relectures attentives et leurs conseils avisés.

¹ R. Evans Schultes, A. Hofmann, C. Ratsch, *Plants of the Gods: Their Sacred, Healing, and Hallucinogenic Powers*, Healing Arts Press; 2nd Edition, 2001, p. 92-101 [trad. française par A. Hubert, *Les Plantes des dieux. Les plantes hallucinogènes. Botanique et ethnologie*, Paris, Berger-Levrault, 1981].

² S. Pisanti, M. Bifulco, « Modern History of Medical Cannabis: From Widespread Use to Prohibitionism and Back », *Trends in Pharmacological Sciences*, March 2017, 38(3), p. 195-197. V. également le V° « Cannabis en thérapeutique », in D. Richard, J.-L. Senon, M. Valleur (dir.), *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Paris, Larousse, 2009, p. 129-135.

³ Cette histoire a été écrite par D.F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotics Control*, 3^e éd., Oxford, OUP, 1999. V., pour une perspective synthétique en français, C. Bachmann et A. Coppel, *La drogue dans le monde, hier et aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 1989, not. p. 253-274.

⁴ Sur les modalités de ce processus, v. D.R. Bewley-Taylor, *The United States and International Drug Control: 1909-1997*, London, Continuum, 2001. Voir également W.B. McAllister, *Drug Diplomacy in the Twentieth Century: An International History*, London, Routledge, 2002. Rapp. F.-X. Dudouet, *Le grand deal de l'opium*, Paris, Syllepse, 2009.

et IV de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 qui recensent les drogues « particulièrement susceptible(s) de donner lieu à des abus et de produire des effets nocifs » sans que ce danger ne soit « compensé par des avantages thérapeutiques appréciables » (Art. 3.5). Le potentiel thérapeutique du cannabis désormais nié par le droit international, les recherches médicales sur cette plante ont connu une éclipse de plusieurs décennies.

Depuis quelques années néanmoins, le chanvre indien connaît un retour en grâce. Son activité émétique dans la prévention des vomissements post-chimiothérapeutiques, ses effets antalgiques dans le traitement des douleurs chroniques et son efficacité dans le traitement de la spasticité en cas de sclérose en plaques sont désormais bien documentés⁵. Et les propriétés antitumorales du cannabis, observées chez l'animal, intriguent. Les plus hautes autorités médicales américaines invitent désormais à approfondir la recherche sur les cannabinoïdes⁶ et l'Organisation mondiale de la santé procède actuellement à une réévaluation de leur utilité médicale⁷. Plusieurs médicaments à base d'extraits de cannabis ou de cannabinoïdes de synthèse ont déjà été mis sur le marché (notamment le Cesamet®, le Marinol® et le Sativex®) dans de nombreux pays⁸. Sous forme d'herbe séchée, d'herbe fraîche ou d'huile, la plante elle-même a fait son retour, en certains endroits, comme médication autorisée⁹.

Ce n'est pas encore le cas en France où l'usage médical de cannabis n'est pas permis. Une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le Sativex®, un spray sublingual composé d'extraits de chanvre indien a, certes, été délivrée en 2014 par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Mais cette AMM, très restrictive dans ses conditions de prescription, reste pour l'instant purement théorique : ce médicament demeure indisponible faute d'accord sur son prix de vente entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et le laboratoire qui le produit¹⁰. Conscient du retard français et de son caractère difficilement justifiable dans une « démocratie sanitaire » où certains n'hésitent plus à revendiquer « un accès sécurisé, contrôlé et remboursé aux phytocannabinoïdes sur prescription

⁵ National Academies of Sciences Engineering and Medicine - Health and Medicine Division, *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids. The Current State of Evidence and Recommendations for Research*, Washington, 2017, disponible en ligne : <<http://nationalacademies.org/hmd/Reports/2017/health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids.aspx>> (consulté le 18/08/2018). Voir également Whiting, P.F. et al. « Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, 2015, 313, p. 2456-2473. Et plus particulièrement, s'agissant du cannabidiol (ou CBD): Pisanti, S. et al., « Cannabidiol: State of the art and new challenges for therapeutic applications », *Pharmacology & Therapeutics*, 2017, 175, p. 133-150.

⁶ Voir notamment le récent rapport de l'Académie nationale de médecine américaine cité note précédente.

⁷ Les rapports provisoires sur le cannabis préparés pour la réunion du Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'Organisation mondiale de la santé qui s'est tenu en juin 2018 sont disponibles en ligne: http://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd_40_meeting/en/ (consulté le 18/08/2018).

⁸ Voir par exemple, la récente décision de la Food and Drug Administration (principale autorité de régulation américaine en matière médicale) d'approuver la mise sur le marché de l'Epidiolex®, un médicament à base de cannabis destiné au traitement de certaines formes sévères d'épilepsies : <<https://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm611046.htm>> (consulté le 18/08/2018). Dans un autre registre (celui du traitement de la douleur dans les pays européens), voir N. Krceviski-Skvarc C. Wells, W. Hauser, « Availability and approval of cannabis-based medicines for chronic pain management and palliative/supportive care in Europe: A survey of the status in the chapters of the European Pain Federation », *European Journal of Pain*, 2018, 22, p. 440-454.

⁹ C'est notamment le cas aux Etats-Unis où, en juillet 2018, plus de 31 Etats avaient établi un cadre juridique autorisant l'usage de la plante de cannabis à des fins médicales.

¹⁰ Voir, à ce sujet, la question écrite posée au gouvernement et la réponse du Ministère des affaires sociales et de la santé : <<https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ150817632.html>>

médicale »¹¹, la ministre de la Santé a récemment annoncé que le cannabis médical « pourrait arriver en France »¹². Cette volonté politique, confirmée par la création d'un comité scientifique sur « l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France »¹³, risque de se heurter à de sérieux obstacles réglementaires. Non seulement le chanvre indien n'est, à ce jour, inscrit sur aucune des listes de plantes médicinales de la Pharmacopée française et de la Pharmacopée européenne, mais il tombe surtout, à l'instar de tous les produits stupéfiants, sous le coup d'une prohibition générale dont la rigueur symbolique risquerait d'être affaiblie par la légalisation de l'usage médical. De sorte que, quand bien même l'intérêt thérapeutique du cannabis serait avéré, la décision éminemment politique de procéder à sa réintroduction dans la palette des soins conventionnels requiert au préalable une réflexion juridique. Celle-ci doit nécessairement faire toute sa place à l'étude des législations étrangères.

Plusieurs pays ont déjà légalisé la prescription de cannabis, et il semble judicieux de se pencher sur ces expériences. La variété des cultures, juridiques et médicales, rend délicat le transfert de dispositifs réglementaires d'un pays à l'autre sans prise en compte approfondie de la spécificité des contextes nationaux¹⁴. Mais l'étude des expériences étrangères n'en est pas moins essentielle pour éviter certaines erreurs, prendre la mesure des risques que peut comporter telle ou telle réforme et s'inspirer de bonnes pratiques existantes¹⁵. Dans cette perspective, l'exemple du Canada, qui fût l'un des premiers Etats à autoriser le cannabis médical, mérite toute notre attention. Quelles sont les modalités juridiques de cette expérience et quelles leçons peut-on tirer ? S'agit-il d'une mesure de santé publique suffisamment encadrée par le droit pour exclure toute confusion entre les usages thérapeutique et non thérapeutique du chanvre indien ? Ou faut-il y voir un dispositif hypocrite conférant aux médecins le pouvoir de prescrire du chanvre récréatif¹⁶, et la première étape d'un processus qui mène inévitablement à la légalisation du cannabis ? Ces interrogations prennent un relief particulier à la lumière de l'actualité récente : le législateur canadien vient de retirer le cannabis de la liste des drogues prohibées¹⁷ après en avoir autorisé, il y a près de 20 ans, l'usage médical. Il apparaît donc opportun de se pencher sur ce processus de légalisation du cannabis thérapeutique (1) avant de présenter la

¹¹ V. notamment l'« Appel unitaire pour le développement de la recherche et l'accès médical aux cannabinoïdes » porté par des associations de malades, des chercheurs, des professionnels de santé, et des personnalités politiques : <<http://cannabis-medical.wesign.it/fr>> (consulté le 18/08/2018).

¹² France Inter, « L'invité de 8h20 : le grand entretien », jeudi 24 mai 2018 : <<https://www.franceinter.fr/emissions/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien/l-invite-de-8h20-le-grand-entretien-24-mai-2018>> (consulté le 18/08/2018).

¹³ Ce comité, dont la création a été annoncée le 10 septembre 2018 par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), a été constitué à la demande de la ministre de la Santé, Madame Agnès Buzyn.

¹⁴ Pour une mise en garde contre l'oubli des cultures locales dans l'étude des droits étrangers et le transfert d'institutions juridiques d'un territoire à un autre, v. P. Legrand, *Le droit comparé*, 2^e éd., Paris, PUF, 2006. Et de manière générale, sur les transferts de politiques publiques dans le domaine de la santé : H. Bergeron, P. Castel, *Sociologie politique de la santé*, Paris, PUF, 2014, p. 72-76.

¹⁵ C'est l'une des missions revendiquées par l'étude des droits étrangers comme le rappellent régulièrement les introductions au droit comparé. En ce sens, voir par exemple R. David et C. Jauffret-Spinozi, *Les grands systèmes de droit contemporains*, 11^e éd., Paris, Dalloz, 2002, p. 4-5.

¹⁶ S. Wilkinson, D. D'Souza, « Problems with the Medicalization of Marijuana », *Journal of the American Medical Association*, 2014, 311:23, p. 2377.

¹⁷ Le texte de loi C-45 ayant reçu la Sanction royale après avoir été approuvé par les deux chambres, la légalisation du cannabis récréatif sera une réalité juridique au Canada à partir du mois d'octobre 2018.

réglementation qui encadre aujourd'hui son utilisation (2), et de rendre compte de la manière dont cette réforme a modelé les pratiques sociales (3).

I – Le processus de légalisation du cannabis thérapeutique

La revendication d'une utilisation médicale de cannabis apparaît au milieu des années 1990. Elle est alors portée par des groupes de consommateurs qui organisent, dans une semi-clandestinité, des dispensaires communautaires où se prodiguent conseils et soins et où s'organise le commerce de ce produit alors totalement interdit¹⁸. C'est dans cet environnement spécifique et à la faveur du contentieux de la répression de l'usage de stupéfiants que les juridictions canadiennes ont forcé la main au gouvernement et l'ont contraint à autoriser le cannabis médical (A) et à en réglementer l'accès (B).

A. La protection constitutionnelle de l'accès au cannabis médical

Fruit d'un dialogue entre les plus hautes juridictions canadienne et l'administration fédérale¹⁹, la légalisation de l'accès au cannabis médical est la conséquence directe des nouvelles possibilités de contrôle constitutionnel ouvertes par l'entrée en vigueur, en 1982, de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Dans de longues décisions argumentées relevant d'une logique de *common law*, les juges canadiens se sont prononcés sur la conformité de l'incrimination de la possession de cannabis²⁰ à l'article 7 de cette Charte²¹. Ils ont constaté qu'en cas d'usage à finalité thérapeutique, les consommateurs de marijuana étaient confrontés à un dilemme cornélien : prendre le risque d'être emprisonnés ou renoncer à une médication dont l'usage relevait de leur sphère d'autonomie personnelle. Les juges en ont déduit que les droits à la liberté et à la sécurité de ces malades étaient menacés par l'interdit pénal. Si les juridictions se sont abstenues de reconnaître l'existence d'un « droit » à l'usage de cannabis médical, elles ont en revanche affirmé qu'une telle consommation ne pouvait être sanctionnée pénalement sans porter atteinte aux « principes de justice fondamentale ».

Procédant par voie d'exemption constitutionnelle (*Wakeford c. Canada*)²², puis d'invalidation de dispositions législatives (*R. c. Parker*)²³, les juges ont ainsi contraint l'administration

¹⁸ Sur l'histoire de la prohibition du cannabis au Canada, voir B. Fischer, K. Ala-Leppilampi, E. Single, A. Robins, « Cannabis Law Reform in Canada: Is the Saga of Promise, Hesitation and Retreat Coming to an End », *Canadian Journal of Criminology & Criminal Justice*, 2003, 45, p. 265-295. Rapp. S. Boyd, *Busted. An Illustrated History of Drug Prohibition in Canada*, Halifax, Fernwood Publishing, 2017.

¹⁹ Pour une présentation chronologique (jusqu'en 2015) des principales décisions et des textes réglementaires en la matière, voir R. Solomon, M. Clarizio, « The Highs and Lows of Medical Marijuana Regulation in Canada », *Criminal Law Quarterly*, 2015, 62, p. 536-561. Pour une description plus sociologique du processus de légalisation du cannabis médical au Canada, v. P. Lucas, « Regulating Compassion: An Overview of Canada's Federal Medical Cannabis Policy and Practice », *Harm Reduction Journal*, 2008, 5.5, accessible à : <<http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/5>> (consulté le 18/08/2018).

²⁰ Les Art. 4(1) et 4(3) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* prévoyaient, à l'époque, une amende de mille dollars et un emprisonnement de six mois en cas de possession de cannabis.

²¹ La Charte canadienne des droits et libertés constitue la première partie de la Loi constitutionnelle de 1982. Elle est inscrite au cœur de la Constitution canadienne. L'article 7 de la Charte dispose que « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

²² *Wakeford c. Canada*, 1999 CanLII 15037 (ON SC) : <<http://canlii.ca/t/1wcl>> (consulté le 18/08/2018).

²³ *R. v. Parker*, 2000 CanLII 5762 (ON CA) : <<http://canlii.ca/t/1fb95>> (consulté le 18/08/2018).

fédérale à établir, dans le cadre de la législation prohibitionniste en vigueur²⁴, une procédure permettant aux malades d'obtenir une autorisation d'usage médical de cannabis.

Entré en vigueur en 2001, le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM) a établi un système conférant à certains patients la possibilité de détenir légalement du cannabis thérapeutique sous forme d'herbe séchée et d'en produire, individuellement ou par procuration, à des fins personnelles. Les autorisations, délivrées par Santé Canada (le ministère canadien de la Santé), étaient conditionnées à l'épuisement préalable de tous les traitements conventionnels envisageables. La procédure requérait la déclaration d'un médecin généraliste dans l'hypothèse d'un malade en phase terminale, d'un spécialiste pour le traitement de symptômes associés à des maladies graves nommément identifiées (cancer, VIH-sida, sclérose en plaques, épilepsie...), et de deux spécialistes pour le traitement de symptômes particulièrement invalidants mais non associés à une maladie visée par le RAMM. Le dispositif ainsi cadenassé devait offrir toutes garanties contre de possibles dérives. Il a néanmoins rencontré une forte opposition du corps médical. Méfiantes, plusieurs associations professionnelles ont conseillé aux médecins de ne pas remplir les formulaires de demande d'autorisation d'usage d'un produit qui était alors une drogue illicite²⁵.

La complexité bureaucratique du dispositif mis en place par l'administration fédérale, ses conditions restrictives et les résistances des médecins ont eu pour conséquence qu'un nombre très limité de patients seulement ont pu accéder au programme de cannabis médical. Au point que les juges ont finalement dénoncé le caractère « illusoire » de celui-ci et imposé au gouvernement de revoir sa copie. La Cour d'appel de l'Alberta a tout d'abord constaté que les malades qui étaient dans l'impossibilité de produire ou de faire cultiver leur marijuana par une personne désignée étaient forcés de s'approvisionner sur les marchés illégaux (*R. c. Krieger*)²⁶. Puis celle de l'Ontario a invalidé plusieurs dispositions du RAMM au motif qu'elles restreignaient injustement l'accès au cannabis médical (*Hitzig c. Canada*)²⁷.

B. Une évolution réglementaire sous contrainte judiciaire

Sous la pression judiciaire, le gouvernement a amendé à plusieurs reprises la réglementation du cannabis médical. Les modalités d'admissibilité au programme et d'allocation des licences de production ont été assouplies. Et une source d'approvisionnement étatique²⁸ a été établie pour les patients ne pouvant ni cultiver leur cannabis, ni le faire produire par une personne désignée.

²⁴ Une telle procédure d'exemption relève du pouvoir exécutif conformément aux articles 55 et 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* qui organisait, à l'époque, la prohibition du cannabis.

²⁵ R. Solomon, M. Clarizio, *op. cit.*, spéc. 545-546.

²⁶ R. v. Krieger, 2003 CanLII 85 (ABCA) : <<http://canlii.ca/t/5ck1>> (consulté le 18/08/2018).

²⁷ Hitzig v. Canada, 2003 CanLII 30796 (ON CA) : <<http://canlii.ca/t/5291>> (consulté le 18/08/2018).

²⁸ Santé Canada, responsable de cet approvisionnement étatique, avait chargé une société privée (Prairie Plant Systems Inc) d'assurer la production de cannabis médical. La distribution du produit était assurée par Santé Canada et donnait lieu à une distribution par voie postale.

Le nombre de patients bénéficiant d'un accès licite au cannabis thérapeutique a logiquement augmenté, passant de moins de 1500 en 2006²⁹ à plus de 37 000 en 2014³⁰.

Se prévalant de risques sanitaire et sécuritaire résultant de la culture de cannabis dans des locaux d'habitation, de résistances municipales à ce type de production individuelle et du coût économique excessif du dispositif existant, le gouvernement conservateur a choisi de le réformer pour le rapprocher de celui des médicaments stupéfiants³¹. En 2014, il a substitué le *Règlement sur la marihuana à des fins médicales* (RMFC) au *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales* (RAMM). Le nouveau texte a profondément remanié le programme gouvernemental en lui insufflant un esprit plus libéral. D'une part, il a retiré à l'administration le pouvoir d'autoriser l'usage de cannabis médical pour conférer cette responsabilité aux seuls médecins, renonçant ainsi à un contrôle étatique de l'appréciation des praticiens. D'autre part, il a substitué aux autorisations de culture individuelle un système de production et de distribution de cannabis médical privatisé, confié à des sociétés commerciales soumises à une rigoureuse réglementation.

Pas plus que son prédécesseur le RMFC n'a échappé à la censure constitutionnelle des juridictions supérieures. Dans un premier temps, la Cour suprême du Canada a considéré que la disposition, présente dans le RAMM et reprise dans le RMFC, qui restreignait le cannabis médical à la marihuana séchée, à l'exclusion de son huile ainsi que des bourgeons et des feuilles de marihuana fraîche était incompatible avec les droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés* (R. c. Smith)³². Dans un second temps, la Cour fédérale a invalidé le nouveau règlement au motif, entre autres, qu'en renvoyant au marché industriel l'approvisionnement des malades, le nouveau dispositif restreignait l'accès au cannabis de manière excessive et injustifiée (Allard c. Canada)³³.

Ces décisions de justice constituent le dernier épisode du dialogue conflictuel mené, depuis plus de 15 ans, entre les plus hautes juridictions du pays et l'administration fédérale au sujet de l'accès au cannabis médical. Les juges n'ont pas hésité, à cette occasion, à étendre le contrôle de la réglementation à ses détails les plus techniques. Ils ont ainsi suscité la critique de certains commentateurs pour qui la censure de la qualité de la loi par le pouvoir judiciaire s'apparentait ici à un contrôle en opportunité bien peu conforme au rôle de gardien de la Constitution attendu

²⁹ L. Belle-Isles, *Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH-sida* : « Notre droit, notre choix », Ottawa, Société canadienne du Sida, 2016, p. 27.

³⁰ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, *Usage de la marijuana à des fins médicales : Document d'orientation*, 2015, p. 3 : <<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Medical-Purposes-Marijuana-Policy-Brief-2015-fr.pdf>> (consulté le 18/08/2018).

³¹ En ce sens, voir la déclaration de la ministre de la santé (2013-089) en date du 3 juillet 2013 : « Lettre d'opinion : Le Règlement sur la marihuana à des fins médicales établit un juste équilibre entre les besoins des patients et la sécurité de la population canadienne » : <<https://www.canada.ca/fr/nouvelles/archive/2013/07/lettre-opinion-rcglement-marihuana-fins-medicales-etablit-juste-equilibre-entre-besoins-patients-securite-population-canadienne.html>> (consulté le 18/08/2018). Voir également l'étude d'impact attaché au Règlement sur la marihuana à des fins médicales : <<http://gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2013/2013-06-19/html/sor-dors119-fra.html>> (consulté le 18/08/2018).

³² R. c. Smith, [2015] 2 RCS 602, 2015 CSC 34 (CanLII), <<http://canlii.ca/t/gjgtm>> (consulté le 18/08/2018). Selon les juges, la restriction du cannabis médical à la marijuana séchée contraignait les malades à consommer le chanvre indien par voie d'inhalation (à l'exclusion d'une consommation par ingestion) et compromettait ainsi la santé et la sécurité de ceux qui en consomment en diminuant les vertus thérapeutiques du produit.

³³ Allard c. Canada, 2016 CF 236 (CanLII), <<http://canlii.ca/t/gngc6>> (consulté le 18/08/2018).

des juges³⁴. Toujours est-il que ces décisions de justice ont contraint le gouvernement à refondre, une fois de plus, le programme d'accès au cannabis médical pour le mettre en conformité avec la *Charte constitutionnelle* telle qu'interprétée par les juridictions. Un nouveau *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* (RACFM) est ainsi entrée en vigueur en août 2016.

II – Le droit en vigueur

Tant que le cannabis était inscrit sur la liste des drogues interdites au Canada, sa réglementation médicale reposait sur une exception, établie par le *Règlement sur les stupéfiants*, aux interdictions posées par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRC DAS). La récente légalisation du chanvre indien rend superflu ce mécanisme d'exemption. Mais le régime de l'accès au cannabis à des fins médicales établi par le *Règlement sur les stupéfiants* reste néanmoins en vigueur, distinct de celui désormais applicable au cannabis récréatif tant en ce qui concerne ses conditions de détention (A) que de production et de distribution (B).

A. L'autorisation médicale de détention de cannabis

S'agissant des malades, le principe est que ceux-ci sont autorisés à détenir du cannabis à condition d'être en possession d'un document médical fourni par un praticien de la santé³⁵. Ce praticien est généralement un médecin mais peut également être, dans les provinces qui l'autorisent, un infirmier praticien³⁶. L'attestation remise au malade doit mentionner, outre l'identité et les coordonnées de son auteur et de son destinataire, la quantité quotidienne de cannabis autorisée et la période d'usage³⁷, à l'instar des renseignements figurant sur une ordonnance (voir, en annexe, le formulaire-type d'autorisation).

A l'origine dévolu à l'administration fédérale (Santé Canada), le pouvoir d'autoriser un malade à détenir du cannabis médical est désormais confié au corps médical. Les praticiens de santé ont désormais le dernier mot. La réglementation ne mentionne plus les états de santé pouvant justifier une autorisation. La nécessité d'obtenir un second avis médical a également été supprimé. De sorte que tout symptôme qu'un médecin estime pouvoir être soulagé par l'administration de cannabis médical peut donner lieu à une autorisation d'accéder à ce produit sur décision de ce praticien en l'absence de toute supervision administrative

Mais, si le gouvernement a renoncé à contrôler l'activité des praticiens, les autorisations délivrées le sont néanmoins dans un cadre normé. D'une part, Santé Canada met à destination des professionnels de santé une conséquente documentation sur le sujet qui inclut, notamment, une monographie exhaustive (à jour de 2013) de la pharmacologie et des utilisations

³⁴ R. Solomon, M. Clarizio, *op. cit.*, p. 357.

³⁵ Art. 3(1) du *Règlement sur les stupéfiants*.

³⁶ A ce stade, il semble que la participation des infirmiers praticiens au programme d'accès au cannabis médical reste marginale. Les ordres professionnels des infirmiers, institués à l'échelle des provinces et des territoires, ont en la matière un pouvoir réglementaire. Si certains de ces organismes provinciaux ont explicitement exclu que leur personnel puisse autoriser l'usage de cannabis thérapeutique, la plupart sont restés silencieux sur la question. Sur le sujet, v. l'article de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, « Cannabis à des fins médicales : implications juridiques pour le personnel infirmier », *Infirmière canadienne*, Janv.-Fév. 2017 : <<https://www.canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2017/janvier-fevrier-2017/cannabis-a-des-fins-medicales-implications-juridiques-pour-le-personnel-infirmier>> (consulté le 18/08/2018).

³⁷ Article 8(1) RACFM.

thérapeutiques possibles du cannabis³⁸, et une fiche d'information sur les doses journalières³⁹. D'autre part, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a publié un document d'orientation contenant diverses recommandations relatives à l'usage de cannabis dans le traitement de la douleur chronique et de l'anxiété⁴⁰. Enfin et surtout, les médecins sont tenus de se conformer aux directives établies sur le sujet par leurs ordres professionnels établis à l'échelle de chaque province.

Ces règles ont une autorité juridique variable, standards obligatoires pouvant donner lieu à sanction disciplinaire dans certains cas, bonnes pratiques sans force contraignante dans d'autres⁴¹. Elles varient significativement d'une province à l'autre et portent, entre autres, sur la nécessité d'épuiser les traitements conventionnels avant d'autoriser l'usage de cannabis, de présenter aux malades une information approfondie sur les risques et les incertitudes propres à cette forme de traitement, d'exclure toute autorisation en l'absence d'une relation de longue durée entre le praticien et son patient. D'autres règles requièrent, par exemple, que les praticiens autorisant l'usage de cannabis médical s'enregistrent à ce titre auprès de leur collège et lui adressent copie signée des autorisations, qu'ils mentionnent l'affection du patient sur ce document, ou qu'ils collaborent au recueil de données scientifiques permettant d'améliorer les connaissances sur l'usage médical de cannabis⁴²...

Dans le respect de ces directives professionnelles, les praticiens sont libres d'autoriser leurs patients à détenir du cannabis médical sous forme d'herbe séchée, d'herbe fraîche ou d'extrait huileux, pour une durée d'un an renouvelable. Les médecins sont également habilités à approvisionner un malade à hauteur de trente jours de traitement (Art. 7 et 9, RAFCM). Passée cette période, le patient dispose de trois options pour accéder au cannabis médical : en le produisant lui-même (production personnelle), en désignant une personne qui le produira pour lui (production désignée), ou par l'intermédiaire d'un producteur commercial autorisé.

B. Les modalités de production du cannabis médical

Ayant renoncé à intervenir dans le processus d'autorisation de cannabis médical, l'administration fédérale assume en revanche un rôle important de régulateur en matière de production. Contraint par le pouvoir judiciaire de maintenir la possibilité, pour les patients, de cultiver leur cannabis médical personnel ou d'en confier la culture à une personne désignée (R

³⁸ Santé Canada, *Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marijuana, marihuana) et les cannabinoïdes*, 2013 : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/reenseignements-medecins/reenseignements-destines-professionnels-sante-cannabis-cannabinoïdes.html>> (consulté le 18/08/2018).

³⁹ Santé Canada, *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales - Fiche d'information sur les doses journalières*, 2016 : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/reenseignements-medecins/reglement-cannabis-fins-medicales-fiche-information-doses.html>> (consulté le 18/08/2018).

⁴⁰ Collège des médecins de famille du Canada, *Autorisation de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété : Orientation préliminaire*, 2014 : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/PDFs/cannabis_orientation_preliminaire.pdf> (consulté le 18/08/2018).

⁴¹ N.M. Ries, « Prescribe with Caution: The Response of Canada's Medical Regulatory Authorities to the Therapeutic Use of Cannabis », *McGill Journal of Law and Health*, 2016, 9(2), not. p. 231-232.

⁴² Voir en ce sens les *Directives concernant l'ordonnance de cannabis séché à des fins médicales* publiées par le Collège des médecins du Québec en 2015 : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2014-04-01-fr-directives-concernant-ordonnance-cannabis-seche-fins-medicales.pdf?t=1529594393960>> (consulté le 18/08/2018).

c. Smith, précité), le cadre réglementaire fixe les conditions de cette production à petite échelle. La procédure d'inscription, qui peut donner lieu à un refus dans des cas spécifiques (commission d'infraction à la législation sur les stupéfiants...), donne, le cas échéant, droit à produire et stocker du cannabis dans des lieux identifiés et dans une limite calculée en fonction d'une formule dont la variable essentielle est la quantité quotidienne autorisée par le document médical.

Mais l'essentiel du RAFCM porte moins sur cette activité de culture individuelle, désormais marginale, que sur la production commerciale. L'autorisation de produire, vendre et livrer du chanvre indien à finalité médicale est conditionnée à l'obtention d'une licence. Celle-ci requiert le dépôt préalable d'un dossier contenant, outre l'identification du demandeur et les détails de l'installation de production prévue, une habilitation de sécurité destinée à contrôler les antécédents des intéressés. Sur présentation de ces informations, l'administration délivre la licence de producteur autorisé sauf à refuser pour un motif déterminé, par exemple l'existence d'une menace à la sécurité ou à la santé publiques « notamment en raison du risque de voir le chanvre indien détourné vers un marché ou un usage illicites » (Art. 36 (1) RAFCM). A ces dispositions qui précisent les règles de délivrance, mais également de suspension et de révocation des licences, s'ajoutent des mesures de sécurité diverses sur l'accès aux lieux de production et de stockage, sur leur vidéo-surveillance et l'installation de systèmes d'alarme.

Le second volet des règles relatives à la production commerciale de cannabis médical porte sur les bonnes pratiques de culture, par exemple en matière de contamination microbienne et chimique, d'usage de produits antiparasitaires ou de solvants. Le RAFCM fixe des méthodes d'exploitation normalisées et exige la mise en place d'un dispositif d'assurance de la qualité permettant, le cas échéant, un retrait rapide du marché des lots mis en vente. La réglementation établit également des normes d'emballage et d'étiquetage précisant la composition des produits vendus et leur teneur en molécules psychoactives, et des règles d'expédition aux malades régulièrement inscrits étant entendu que le choix a été fait d'organiser la distribution du cannabis médical uniquement par voie de livraison personnalisée.

Finalement, le RAFCM organise un système de collecte de l'information qui fournit une image précise du marché du cannabis médical, du nombre de producteurs commerciaux et non-commerciaux, et du volume de marchandises produit et échangé. Ces données, qui informent sur le nombre de participants au programme, attestent de son développement massif au cours des dernières années. Qu'on en juge : en 2017, 11 058 praticiens ont signé au moins une autorisation de détention de cannabis à des fins médicales⁴³, et 269 502 patients sont inscrits auprès d'un des 111 producteurs autorisés. Chiffres auxquels il convient d'ajouter les 13 829 inscrit auprès de Santé Canada au titre de la production personnelle ou par une personne désignée⁴⁴.

⁴³ Ce nombre, qui mérite d'être rapproché de celui des médecins au Canada (plus de 82 000), comprend non seulement des docteurs en médecine mais également, dans les provinces et territoires qui ne l'ont pas exclu, des infirmiers praticiens (sur ce point, voir note 36).

⁴⁴ Santé Canada, « Données sur le marché » recueillies en vertu du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales » : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/producteurs-autorises/donnees-marche.html>> (consulté le 18/08/2018).

III – L'épreuve des pratiques

Le régime du cannabis médical s'est construit autour de la protection des droits des patients par les juges plutôt que de l'évaluation du bénéfice thérapeutique de ce produit par les médecins. L'application des nouvelles règles a mis à l'épreuve les pratiques thérapeutiques en bousculant certaines catégories du droit de la santé, à commencer par celle du médicament (A). Les frontières de la légalité en matière d'usage de cannabis ont été redéfinies au bénéfice des patients mais, entre application rigoriste ou laxiste des règles, la persistance des illégalités témoigne des difficultés de réglage du dispositif canadien (B).

A. Le cannabis médical n'est pas un médicament

Le cannabis présente des vertus bien documentées pour traiter les symptômes de certaines pathologies. Mais tel qu'il est autorisé par les médecins et produit pour les patients, dans sa forme naturelle, ce produit n'est pas un médicament. Il ne fait pas partie de la pharmacopée canadienne et pour cause. Il n'a pas été soumis aux évaluations, normes et règlements associés au processus d'approbation des nouveaux médicaments (processus qui comporte notamment des essais cliniques, une analyse des voies d'administration et des contre-indications, et la déclaration et le contrôle des réactions indésirables). La *Loi sur les aliments et drogues* et le *Règlement sur les aliments et drogues* qui régissent les produits de santé ne lui sont pas applicables. Enfin, contrairement aux médicaments sur ordonnance, le cannabis médical n'est admissible à aucun remboursement sous les régimes d'assurance publics, et il n'est pas exonéré de la Taxe sur les produits et services, contrairement aux autres produits pharmaceutiques.

Ce point est d'ailleurs rappelé en exergue de la *Monographie exhaustive de la pharmacologie, des utilisations thérapeutiques possibles et des risques de l'utilisation du cannabis à des fins médicales* mise à disposition des professionnels de la santé par Santé Canada : « Le cannabis n'est pas un produit thérapeutique approuvé (...) et n'a pas obtenu un avis de conformité de la part de Santé Canada qui en autorise la vente au Canada ». Cette formule trouve un écho dans les directives des ordres provinciaux, à l'instar de celles élaborées par le Collège des médecins du Québec qui rappelle que le cannabis « n'est pas un traitement médical reconnu », que « les indications ne sont pas précises, les dosages thérapeutiques ne sont ni connus, ni standardisés, et (que) trop peu de données valables quant à l'innocuité sont disponibles »⁴⁵.

De sorte que, si l'autorisation de détention de cannabis thérapeutique présente l'aspect d'une prescription de médicaments sur ordonnance, il s'agit d'une décision médicale de nature juridiquement différente. En l'occurrence, le médecin ne prescrit pas à son patient un produit de santé dont l'intérêt thérapeutique est certifié par l'Etat, mais il lui confère le privilège d'accéder légalement à une drogue qui était jusqu'à maintenant illicite. Cet acte d'autorisation place le praticien de santé dans une situation compliquée⁴⁶. Gardien de l'accès au cannabis médical en lieu et place de l'Etat, il reste en même temps soumis aux obligations juridiques et déontologiques de sa fonction. Ainsi, le médecin qui autorise à son patient l'usage de cannabis

⁴⁵ Collège des médecins du Québec, *op. cit.*, p. 2.

⁴⁶ En ce sens, voir l'« énoncé de position du Collège des médecins de famille du Canada sur les modifications proposées par Santé Canada au règlement sur la marijuana thérapeutique » publié en février 2013 : <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=5535&terms=cannabis>

pourra être tenu responsable des conséquences dommageables qui en résultent pour sa santé. Mais, à l'inverse, celui qui refuse cette autorisation prend le risque de fragiliser la relation thérapeutique existante et de pousser le malade à s'approvisionner, de manière illégale, sur un marché non régulé où la qualité du cannabis n'est pas contrôlée. Ces difficultés, qui expliquent les réticences du corps médical à l'égard du programme de cannabis médical, ont rendu plus difficile dans un premier temps la mise en œuvre de ses objectifs.

B. Aux marges de la loi : obstacles à l'exercice des droits et illégalités persistantes

Dans sa mise en œuvre, le programme canadien d'accès au cannabis médical a été confronté à deux problèmes différents. L'un concerne les obstacles légaux et sociaux tenant à l'écart de ce dispositif de nombreux patients qui présentaient pourtant les conditions requises pour en bénéficier. L'autre tient, au contraire, à une application indulgente des règles qui a permis le développement de pratiques de prescription peu rigoureuses et d'activités de distribution illégales, avec un risque avéré de détournement vers le marché illicite du cannabis récréatif.

S'agissant des barrières à l'accès au programme gouvernemental, plusieurs études ont mis en évidence que le premier état de la réglementation (RAMM), sous couvert de légaliser le cannabis médical, était, avant tout, destiné à protéger l'administration fédérale des risques politiques et contentieux engendrés par une prohibition jusqu'alors inflexible⁴⁷. L'écart entre le nombre de consommateurs de cannabis revendiquant un usage thérapeutique et celui, moins élevé, des bénéficiaires du programme est longtemps resté très important⁴⁸. Parmi les explications avancées à ce décalage, les rigoureuses conditions d'inscription au programme, qui se sont progressivement assouplies, sont souvent évoquées. S'y ajoutent, entre autres, les réticences des patients à solliciter une autorisation en raison du stigma attaché à ce type de médication⁴⁹, et les résistances d'un corps médical insuffisamment (in)formé sur ses vertus et les risques qui y sont associés⁵⁰. Ces obstacles à l'obtention d'une autorisation se doublent, une fois celle-ci obtenue, de potentielles difficultés à accéder à une source légale de cannabis. Il est ainsi établi qu'une proportion importante des patients autorisés continuaient, jusqu'à une date récente, à s'approvisionner auprès de sources illicites⁵¹.

La limitation de l'accès au cannabis médical explique en partie la persistance d'organisations, « dispensaires » et « clubs compassions », où les patients s'approvisionnent dans l'illégalité. Ces clubs, qui revendiquent souvent un but non lucratif, ne bénéficient d'aucune reconnaissance juridique. Formellement illégaux, ils ont élaboré des codes de bonne conduite⁵² et des

⁴⁷ Lucas P, « Moral regulation and the presumption of guilt in Health Canada's medical cannabis policy and practice », *International Journal of Drug Policy*, 2009, 20(4), p. 296-303

⁴⁸ L. Belle-Isle et al., « Barriers to access for Canadians who use cannabis for therapeutic purposes », *International Journal of Drug Policy*, 2014, 25, p. 691–699.

⁴⁹ Botorff et al., « Perceptions of cannabis as a stigmatized medicine: a qualitative descriptive study », *Harm Reduction Journal*, 2013, 10:2, accessible à : <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-10-2> (consulté le 18/08/2018).

⁵⁰ Ziemianski et al., « Cannabis in medicine: A national educational needs assessment among Canadian physicians ». *BMC Medical Education*, 2015, 15(1), 1.

⁵¹ L. Belle-Isle et al., « Barriers to access... », *op. cit.*, p. 697.

⁵² Parmi les règles d'organisation fréquemment adoptées, on évoquera entre autres la nécessité d'une attestation médicale pour pouvoir acheter du cannabis et la condition d'une adhésion préalable.

mécanismes de certification infra-juridiques⁵³ qui témoignent d'une forme d'autorégulation avancée et leur confèrent une certaine légitimité. Au point que ces organisations, tolérées dans certaines provinces, font parfois l'objet d'une reconnaissance officielle de la part des autorités locales⁵⁴.

Les dispensaires, dont l'existence est antérieure à la légalisation du cannabis médical, auraient pu disparaître à la faveur du développement du programme gouvernemental. Ils ont, au contraire, eu tendance à prospérer, en concurrence avec les dispositifs légaux⁵⁵. Cette vitalité associative s'explique notamment par la forte dimension communautaire de ces clubs. Inscrits dans un « mouvement social » de malades et d'activistes, ils présentent, en dépit de leur nature « déviante », des caractéristiques très similaires aux organisations de patients plus traditionnelles⁵⁶. Mais d'autres explications, plus commerciales, ne sont pas à exclure. À l'approche de la légalisation du cannabis récréatif, certains de ces dispensaires semblent avoir troqué l'esprit militant original pour une approche commerciale et n'hésitent pas à vendre du cannabis en l'absence de toute preuve médicale de pathologie justificatrice. Cet esprit de lucre n'épargne pas le monde médical qui se livre parfois, dans la plus stricte légalité, à une publicité agressive en faveur du cannabis thérapeutique. Ainsi est-il désormais possible d'obtenir une autorisation d'un médecin sur la base d'un simple entretien en ligne de quelques minutes⁵⁷.

Conclusion

Il est difficile de prévoir quelles conséquences aura la légalisation du cannabis récréatif sur le programme d'accès au cannabis médical. Dans son rapport fondamental, le groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis recommandait de « maintenir un cadre distinct pour l'accès à des fins médicales afin de soutenir les patients »⁵⁸ et de procéder à l'évaluation de ce régime spécifique cinq ans après la légalisation du cannabis récréatif⁵⁹. Le gouvernement fédéral s'est rallié à cette recommandation.

À long terme, l'hypothèse du maintien d'un double régime n'est pas exclue. Cela permettrait d'instituer un système de taxation spécifique pour le cannabis médical, d'asseoir la légitimité de son usage thérapeutique, et de réduire les risques d'automédication en conservant aux

⁵³ Voir notamment les « Certification Standards for Medical Cannabis Dispensaries in Canada » disponibles sur le site de l'Association canadienne de dispensaires de cannabis médical : <<https://www.camed-acdcm.ca/>> (consulté le 18/08/2018).

⁵⁴ Voir, par exemple, la réglementation de juin 2015 prise par le Conseil municipal de Vancouver qui établit un zonage urbain autorisant les dispensaires dans certaines parties de la ville et les soumet à une taxe... contre la loi fédérale : <<https://vancouver.ca/doing-business/medical-marijuana-related-business-regulations.aspx>> (consulté le 18/08/2018).

⁵⁵ Voir en ce sens R. Capler *et al.* selon qui on serait passé de 40 dispensaires et 40 000 patients inscrits en 2013 à plus de 175 dispensaires et au moins 100 000 patients en 2016 : « Are dispensaries indispensable? Patient experiences of access to cannabis from medical cannabis dispensaries in Canada », *International Journal of Drug Policy*, 2017, 47, p. 1–8.

⁵⁶ R.A. Penn, « Establishing expertise: Canadian community-based medical cannabis dispensaries as embodied health movement organisations », *International Journal of Drug Policy*, 2014, 25(3), p. 372-377. De manière plus générale, sur les organisations de patients, v. H. Bergeron, P. Castel, *op. cit.*, p. 325-352.

⁵⁷ Voir par exemple le dispositif d'autorisation de Medical Marijuana Services : <<https://medicalmarijuanaservices.ca/>> (consulté le 18/08/2018).

⁵⁸ Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis, *Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2016, p. 61.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 59.

praticiens de santé un rôle de médiateur entre les malades et ce produit. Cette perspective est d'autant plus plausible que, dans le contexte nord-américain, la prescription médicale de cannabis se présente comme une possible modalité de réduction des risques liés à l'abus de médicaments opioïdes⁶⁰. Mais il est également envisageable que, libérés du risque pénal, les consommateurs de cannabis thérapeutique ne désertent les cabinets médicaux pour s'approvisionner sur le marché du chanvre récréatif, quitte à aller chercher informations et soutiens dans les espaces d'échanges plus informels que constituent les dispensaires. On assisterait alors à un effacement de la frontière entre usage médical et usage récréatif qui pourrait donner lieu, à terme, à la fusion des régimes juridiques leur étant applicables. Une telle évolution, que semblent appeler de leurs vœux les principales organisations professionnelles médicales⁶¹, cantonnerait alors les praticiens de santé à la prescription de médicaments à base de cannabinoïdes dûment homologués, à l'exclusion de cannabis sous forme de plante.

S'il est difficile de préjuger du devenir de la politique canadienne en matière de cannabis thérapeutique, l'étude de son histoire et de son architecture permet d'ores et déjà de tirer des enseignements à destination des Etats qui souhaiteraient s'engager dans une voie similaire. D'une part, une telle réforme doit nécessairement s'accompagner d'un programme de formation des personnels de santé et d'information des patients. A défaut de directives précises sur les indications et les modalités d'usage de cette plante, en partie médicinale, le risque est grand de voir son accès entravé par la réticence qu'elle peut logiquement nourrir à une époque où la science pharmaceutique privilégie massivement les médicaments de synthèse. D'autre part, il convient de préciser le régime de responsabilité susceptible de s'appliquer à l'acte médical d'autorisation d'usage dès lors que celui-ci n'est pas juridiquement assimilé à une prescription. En tout état de cause, le réglage d'un dispositif d'accès au cannabis thérapeutique est un exercice périlleux. Il doit éviter l'écueil du contrôle excessif, qui tient injustement à l'écart une partie des malades, et du laisser-faire, qui comporte un risque important de détournement du produit vers le marché récréatif.

Ces difficultés annoncées ne sauraient pour autant justifier que l'on écarte l'hypothèse d'un tel projet en France. En effet, au-delà du strict intérêt médical d'un tel programme, sur l'évaluation duquel le juriste n'est pas compétent, l'introduction du chanvre thérapeutique apparaît comme un moyen possible de sortir de l'impasse qui caractérise la politique française de lutte contre les consommations problématiques de cannabis. En dépit de son interdiction légale, on assiste aujourd'hui à une normalisation sociale de ce produit⁶² qui se traduit notamment par la

⁶⁰ S. Lake, M. Milloy, « Legal weed: an accidental solution to the opioid crisis? », *The Conversation*, 2017, August 14, accessible à : <http://theconversation.com/legal-weed-an-accidental-solution-to-the-opioid-crisis-81603> (consulté le 18/08/2018). *Contra* W. Hall, « It is premature to expand access to medicinal cannabis in hopes of solving the US opioid crisis », *Addiction*, 2018, 113(6), p. 987-988 ; et la duplique dans *Addiction*, 2018, 113(8), p. 1550-1551.

⁶¹ Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis, *op. cit.*, p. 56. Rappr. « Avenir incertain pour le cannabis médical », *Le Devoir*, 28 août 2018 : <<https://www.ledevoir.com/societe/sante/535444/cannabis-medical-l-association-medicale-canadienne-demande-l-abolition-du-programme-de-sante-canada>>, (consulté le 30/08/2018).

⁶² La normalisation sociale de l'usage de cannabis est attestée non seulement par une consommation massive (voir en ce sens les données régulièrement actualisées mises à disposition sur le site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies : <https://www.ofdt.fr/>) mais également par le traitement complaisant que lui réservent les médias de masse. Pour un regard canadien sur ce processus de normalisation, voir C. Duff et al., « A Canadian perspective on cannabis normalization among adults », *Addiction Research and Theory*, 2012, 20(4), p. 271-283.

massification et la diversification de ses usages. L'échec patent de la prohibition est aggravé par ses externalités négatives, tant sur un plan sanitaire (défiance des consommateurs problématiques à l'égard des institutions de santé) que sécuritaire (croissance de la criminalité organisée qui prospère grâce au trafic). Et il n'est pas exagéré de dire que la réponse politique à la consommation de cannabis se réduit désormais à l'énonciation d'un message symbolique inaudible doublé d'un inquiétant renoncement à normer les pratiques existantes au motif qu'elles sont interdites. Dans cette perspective, la légalisation du cannabis médical permettrait à l'Etat de réguler certains types de consommations et de reprendre le contrôle sur une partie de la production sans abandonner le principe d'interdiction qui pèse sur l'usage récréatif. Dans un climat politique peut propice à un débat dépassionné sur la réponse à apporter à la consommation de cannabis, médicaliser en partie cette déviance constituerait pour l'Etat un moyen de l'appivoiser⁶³ tout en évitant les écueils d'une répression inefficace et d'une banalisation non souhaitable. Une telle évolution, idéologiquement plus acceptable qu'une dépénalisation de toutes les formes de consommation, offrirait une voie médiane permettant de repousser à un horizon plus lointain l'hypothèse, désormais de plus en plus plausible, d'une légalisation du cannabis récréatif.

Annexe : Formulaire-type d'autorisation

⁶³ Sur la médicalisation de l'usage de cannabis considérée comme une politique de traitement de la déviance, v. B. Fischer, S. Kuganesan, R. Room, « Medical Marijuana programs: implications for cannabis control policy : Observations from Canada », *International Journal of Drug Policy*, 2015, 26(1), pp 15-19.



Document médical autorisant l'usage du cannabis à des fins médicales en vertu du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales

Si vous avez besoin d'aide pour accéder aux formats de rechange, tels que Portable Document Format (PDF), Microsoft Word et PowerPoint (PPT), visitez la [section d'aide sur les formats de rechange](#).

Pour obtenir des renseignements connexes, veuillez consulter la section [Renseignements pour les praticiens de la santé](#) de Santé Canada.

Ce document peut être rempli par le praticien de la santé aux termes de la définition prévue au Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales. Un praticien de la santé inclut les médecins ainsi que les infirmières praticiennes. Afin d'être admissible à fournir un document médical, le praticien de la santé doit avoir l'autorité pour fournir le document médical en vertu de ses soins professionnels donnés au client. Que ce formulaire soit ou non utilisé, le document médical doit contenir toutes les informations requises (voir notamment l'article 8 du RACFM).

Votre praticien de la santé peut se servir de ce formulaire pour vous autoriser à utiliser du cannabis à des fins médicales. Il peut également utiliser un autre formulaire, mais les renseignements exigés en vertu de l'article 8 du RACFM (décrits ci-dessous) doivent y être indiqués.

Accès par l'entremise des producteurs autorisés de Santé Canada : Si vous choisissez de vous procurer du cannabis auprès d'un producteur autorisé, ce formulaire doit être envoyé directement au producteur autorisé de votre choix. Vous pouvez choisir tout producteur autorisé qui a le droit de vendre du cannabis à des clients inscrits. Veuillez consulter le site Web de Santé Canada pour accéder à la liste des producteurs autorisés. Si vous souhaitez vous approvisionner auprès d'un autre producteur autorisé de Santé Canada, vous devrez vous procurer un nouveau document médical, car les producteurs autorisés sont tenus de conserver le document médical original dans leurs dossiers.

Accès par l'intermédiaire de la production à ses propres fins médicales : Si vous choisissez de produire votre propre cannabis ou de désigner une personne qui le fera pour vous, la version originale de ce document doit être envoyée à Santé Canada avec votre formulaire de demande d'inscription.

Nom et prénom du patient :

Date de naissance du patient (JJ/MM/AAAA) :

Quantité quotidienne de marijuana séchée qui sera utilisée par le patient : grammes / jour

La période d'usage est de jour(s) OU semaine(s) OU mois.

Remarque : La période d'usage ne peut excéder un an.

Les nom et prénom du praticien de la santé:

Sa profession:

Adresse de son lieu de travail:

L'adresse complète du lieu où le patient a consulté le praticien de la santé (si elle diffère de l'adresse précédente):

Numéro de téléphone:

Numéro de télécopieur (s'il y a lieu):

Son adresse électronique (s'il y a lieu):

La province où il est autorisé à exercer sa profession:

Le numéro de la licence du praticien de la santé:

Lorsqu'il signe ce, le praticien de la santé atteste que les renseignements qui y figurent sont exacts et complets.

Signature du praticien de la santé: _____

Date de la signature (JJ/MM/AAAA):

Remarque importante relative à l'autorisation du praticien de la santé

Si le patient choisit de produire du cannabis à ses propres fins médicales ou si vous ne transmettez pas ce document par télécopieur sécurisé, n'apposez pas vos initiales dans la case ci-dessous.

Si votre patient choisit de se procurer du cannabis à des fins médicales auprès d'un producteur autorisé, ce document médical peut être envoyé au producteur autorisé depuis le télécopieur sécurisé du praticien de la santé. Si vous choisissez d'envoyer le document médical par télécopieur sécurisé, veuillez apposer vos initiales après l'énoncé suivant pour indiquer que vous en avez bien pris connaissance.

Je, praticien de la santé, reconnais que ce document médical soumis par télécopieur est l'original du document médical et que j'en garde une copie dans mes dossiers.

Apposez vos initiales ici :