

SENATE



SÉNAT

CANADA

First Session
Forty-second Parliament, 2015-16-17-18

*Standing Senate Committee on
National Security and Defence
Proceedings of the Subcommittee on*

Première session de la
quarante-deuxième législature, 2015-2016-2017-2018

*Comité sénatorial permanent de la
sécurité nationale et de la défense
Délibérations du Sous-comité des*

VETERANS AFFAIRS

ANCIENS COMBATTANTS

Chair:
The Honourable JEAN-GUY DAGENAI

Wednesday, October 17, 2018

Issue No. 19

Sixteenth meeting:

Study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families

WITNESSES:
(See back cover)

Président :
L'honorable JEAN-GUY DAGENAI

Le mercredi 17 octobre 2018

Fascicule n° 19

Seizième réunion :

Étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable Jean-Guy Dagenais, *Chair*

The Honourable Mobina S.B. Jaffer, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Boniface

McIntyre

Richards

(Quorum 3)

SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

Président : L'honorable Jean-Guy Dagenais

Vice-présidente : L'honorable Mobina S.B. Jaffer

et

Les honorables sénateurs :

Boniface

McIntyre

Richards

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, October 17, 2018
(29)

[*English*]

The Subcommittee on Veterans Affairs met this day at 12:03 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Jean-Guy Dagenais, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Boniface, Dagenais and McIntyre (3).

Other senators present: The Honourable Senators Griffin and Wallin (2).

In attendance: Isabelle Lafontaine-Emond, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament; Stav Nikta, Communications Officer, Senate Communications Directorate.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Monday, February 1, 2016, the subcommittee continued its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the subcommittee, Issue No. 1.*)

Topic: Study on Cannabis Use for Medical Purposes by Canadian Veterans

WITNESSES:

As individuals:

Dr. Greg Passey, Psychiatrist;

Dr. Édouard Auger, Psychiatrist (by video conference).

The chair made a statement.

Dr. Auger and Dr. Passey each made a statement and together answered questions.

At 12:59 p.m., the subcommittee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Le greffier du sous-comité,

Mark Palmer

Clerk of the Subcommittee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 17 octobre 2018
(29)

[*Traduction*]

Le Sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui, à 12 h 3, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Jean-Guy Dagenais (*président*).

Membres du sous-comité présents : Les honorables sénateurs Boniface, Dagenais et McIntyre (3).

Autres sénatrices présentes : Les honorables sénatrices Griffin et Wallin (2).

Également présents : Isabelle Lafontaine-Emond, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement; Stav Nikta, agent de communications, Direction des communications du Sénat.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 1^{er} février 2016, le sous-comité poursuit son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et aux anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et leurs familles. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du sous-comité.*)

Sujet : Étude sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les anciens combattants canadiens.

TÉMOINS :

À titre personnel :

Dr Greg Passey, psychiatre;

Dr Édouard Auger, psychiatre (par vidéoconférence).

Le président fait une déclaration.

Le Dr Auger et le Dr Passey font des déclarations et répondent aux questions.

À 12 h 59, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 17, 2018

The Subcommittee on Veterans Affairs met this day at 12:03 p.m. to continue its study on the services and benefits provided to members of the Canadian Forces; to veterans; to members and former members of the Royal Canadian Mounted Police and their families (Topic: study on cannabis use for medical purposes by Canadian veterans).

Senator Jean-Guy Dagenais (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Ladies and gentlemen, welcome to the Subcommittee on Veterans Affairs. Before we start, I would like to give senators an opportunity to introduce themselves, starting on my right.

[*English*]

Senator Boniface: Gwen Boniface, senator from Ontario.

Senator Griffin: Diane Griffin, Prince Edward Island.

[*Translation*]

Senator McIntyre: Paul McIntyre from New Brunswick.

The Chair: Thank you, ladies and gentlemen. I am Senator Jean-Guy Dagenais, Chair of the Subcommittee on Veterans Affairs. I would like to thank our two guests, Dr. Greg Passey and Dr. Édouard Auger, for accepting our invitation. Today we will continue our study on cannabis use for medical purposes by Canadian veterans.

Once again, gentlemen, welcome. We will listen to your presentations, starting with Dr. Auger, who is with us by video conference. Following your presentations, we will move on to the question period. Dr. Auger, we are listening.

Dr. Édouard Auger, Psychiatrist, as an individual: Thank you very much, Mr. Chair, for allowing me to speak to you on this very important topic, which has had, and is still having, a major impact on our clinical activities.

First of all, I have been a psychiatrist since 1998. Following my psychiatry residency, I trained in psychotherapy for post-traumatic stress disorder, and I began my work on that problem at the anxiety disorders clinic of the Institut universitaire en santé mentale de Québec. I was medical chief of that clinic from 1999 until I left the institute. I was also medical chief of the

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 17 octobre 2018

Le Sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui, à 12 h 3, afin de poursuivre son étude sur les services et les prestations dispensés aux membres des Forces canadiennes; aux anciens combattants; aux membres et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada et à leurs familles (sujet : l'étude sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les anciens combattants du Canada).

Le sénateur Jean-Guy Dagenais (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Mesdames et messieurs, bienvenue au Sous-comité des anciens combattants. Avant de commencer, j'aimerais donner l'occasion aux sénateurs de se présenter, en commençant par ma droite.

[*Traduction*]

La sénatrice Boniface : Gwen Boniface, de l'Ontario

La sénatrice Griffin : Diane Griffin, de l'Île-du-Prince-Édouard.

[*Français*]

Le sénateur McIntyre : Paul McIntyre, du Nouveau-Brunswick.

Le président : Merci, mesdames et messieurs les sénateurs. Je suis le sénateur Jean-Guy Dagenais, président du Sous-comité des anciens combattants. J'aimerais remercier nos deux invités, les Drs Greg Passey et Édouard Auger, d'avoir accepté notre invitation. Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales par les anciens combattants canadiens.

Encore une fois, messieurs, je vous souhaite la bienvenue. Nous allons écouter vos présentations en commençant par le Dr Auger qui est avec nous par vidéoconférence. À la suite de vos présentations, nous passerons à la période des questions. Dr Auger, nous vous écoutons.

Dr Édouard Auger, psychiatre, à titre personnel : Merci beaucoup, monsieur le président, de me permettre de vous adresser la parole à propos de ce sujet très important qui a eu et qui a encore un impact majeur sur nos activités cliniques.

Tout d'abord, je suis psychiatre depuis 1998. Après ma résidence en psychiatrie, j'ai fait une formation en psychothérapie du trouble de stress post-traumatique et j'ai commencé mon travail sur cette problématique au sein de la clinique de troubles anxieux de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. J'ai été chef médical de cette clinique de

affective disorders program from 2006 to 2008. In 2007, I began my part-time involvement at the operational stress injury clinic, or OSI clinic, in Quebec City. The clinic is, of course, sponsored by the Department of Veterans Affairs. In 2008, I left the institute to join the OSI clinic on a full-time basis and have been its medical chief since then.

I am also a clinical professor in the department of psychiatry and neuroscience at Laval University, where I have mainly been involved in teaching cognitive behavioural therapy to psychiatry residents. I am currently taking part in a research project on the use of service dogs for veterans suffering from post-traumatic stress disorder. I therefore have extensive experience in the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder among civilians and veterans.

I understand from your invitation, after reading the minutes of previous meetings, that you are mainly interested in my experience as a clinician who has treated patients suffering from this very painful and debilitating illness. I will therefore briefly describe to you what has happened in recent years and how we, as clinicians, have tried at our clinic to maintain a rational approach to protect the well-being of our vulnerable patients. I believe the exercise will help you understand the issues on the ground for clinicians.

In the 2010s, when we began talking about medical cannabis in the treatment of post-traumatic stress disorder, we were quite surprised. Incidentally, I say “we” here because I believe I am speaking for my medical colleagues at the clinic. We have had numerous discussions and communications on this subject in recent years. We were initially surprised because, speaking anecdotally, we had never really noted any benefits among the many patients who used cannabis. However, we were also curious since we had previously started using nabilone, a synthetic cannabinoid with no euphoric effects, in treating nightmares, since that problem had resisted other treatments.

You must understand that, at the time, Quebec had established a provincial registry for patients receiving medical cannabis. So we thought cannabis might perhaps become an experimental treatment, given the absence of recommendations and research data. We had thought at the time that we might establish advisory committees in our clinics to review cases for which we might consider prescribing the drug, while taking part in the provincial registry, of course. We were very naïve at the time. We were somewhat like people who walk on a beach where large waves have been predicted and who find themselves, at the last

1999 jusqu’à mon départ de l’institut. J’ai été aussi chef médical du programme des troubles affectifs de 2006 à 2008. En 2007, j’ai commencé à temps partiel mon implication au sein de la Clinique TSO de Québec. La clinique est parrainée, bien sûr, par le ministère des Anciens Combattants. En 2008, j’ai quitté l’institut pour me joindre à temps plein à la Clinique TSO, dont je suis chef médical depuis ce temps.

Je suis aussi professeur de clinique au département de psychiatrie et de neuroscience de l’Université Laval où j’ai participé surtout à l’enseignement de la thérapie cognitive comportementale aux résidents en psychiatrie. Je participe actuellement au projet de recherche sur l’utilisation des chiens de service pour les anciens combattants qui souffrent d’un trouble de stress post-traumatique. J’ai donc une bonne expérience dans les diagnostics et le traitement du trouble de stress post-traumatique, autant chez les civils que chez les anciens combattants.

J’ai déduit de votre invitation, à la suite de la lecture des comptes rendus de réunions précédentes, que vous vous intéresserez surtout à mon expérience de clinicien qui traite depuis plusieurs années des patients atteints de cette maladie très souffrante et invalidante. Je vais donc vous décrire rapidement comment les choses se sont passées au cours des dernières années et comment, comme cliniciens, nous avons tenté, au sein de notre clinique, de garder une approche rationnelle pour protéger le bien-être de nos patients vulnérables. Je crois que cet exercice vous permettra de saisir les enjeux vécus sur le terrain des cliniciens.

Dans les années 2010, quand nous avons commencé à parler du cannabis à des fins thérapeutiques pour traiter le trouble de stress post-traumatique, nous avons été plutôt surpris. En passant, j’utilise ici le « nous » parce que je crois parler au nom de mes collègues médecins de la clinique. Nous avons eu de nombreuses discussions et communications à ce sujet au cours des dernières années. Nous avons été d’abord surpris parce que de façon anecdotique, nous n’avons jamais particulièrement remarqué de bienfaits chez les nombreux patients qui consommaient du cannabis. Nous avons cependant aussi ressenti de la curiosité, étant donné que nous avions déjà commencé à utiliser du nabilone, un cannabinoïde synthétique qui n’a pas d’effets euphorisants, dans le traitement des cauchemars, puisque ce problème résistait aux autres traitements.

Il faut savoir que, à ce moment-là, le Québec s’était doté d’un registre provincial pour les patients qui recevaient du cannabis à des fins thérapeutiques. Nous nous sommes donc dit que le cannabis pourrait peut-être devenir un traitement expérimental, compte tenu de l’absence de recommandations et de données de recherches. Nous avons pensé alors créer un comité consultatif dans nos cliniques pour réviser les dossiers pour lesquels nous pourrions envisager une telle prescription, avec, bien sûr, une participation au registre provincial. Nous étions alors bien naïfs. Nous étions un peu comme des gens qui marchent sur une plage

minute, facing a tsunami, without an emergency or evacuation plan.

To continue with the same analogy, we were inundated at the time with patient requests —

The Chair: Dr. Auger, I'm going to ask you to speak more slowly for the interpreters. Thank you very much.

Dr. Auger: — for prescriptions for cannabis. We turned to our governing bodies, in particular, the hospital and network of OSI clinics, and realized there was no policy at the time on that type of prescription. Of course, physicians refused to prescribe or authorize any such treatment, given the lack of research data and recommendations by professional associations, because our professional associations claimed at the time, and still do, that cannabis was not recognized as a treatment for psychiatric conditions.

In view of that refusal, patients readily circumvented the problem. With outside help, they were promptly put in touch with prescribing physicians who, in most instances, saw patients for a few minutes and then wrote the prescriptions. In most cases, those physicians practised outside the province of Quebec and were not subject to the provincial registry. Furthermore, those prescribers never contacted us for a clearer understanding of the patients' issues and provided no follow-up on the patients' condition. Many patients with, in my opinion, clear contraindications, such as histories of toxic psychosis, recognized and severe drug addiction problems and unstable bipolar conditions, found themselves overnight receiving 10 grams of cannabis per day delivered to them in the mail. In addition, in my experience, the vast majority of patients initially received the maximum possible dose, 10 grams per day, and subsequently 3 grams a day. Patients therefore came and consulted us for follow-up care and didn't understand that we didn't want to validate another physician's prescription and that we were also reconsidering their involvement in other types of treatment at the clinic.

It has to be said, however, that just as I wouldn't want the pilot on my flight to Regina to be smoking 10 grams of cannabis a day, a patient on the same dosage is completely incapable of undertaking or continuing psychotherapy of any value at all. This all resulted in major confusion. You can understand the tsunami image here.

We physicians therefore decided to prepare an in-house policy to establish a concerted, rational and flexible approach while trying not to harm our sickest patients. Without going into the details, the policy reaffirmed the fact that cannabis was not recognized as a valid treatment for post-traumatic stress disorder, that the clinic's physicians would not prescribe it and that

où on annonce une grosse vague et qui, à la dernière seconde, se retrouvent confrontés à un tsunami, sans plan d'urgence ou d'évacuation.

Afin de poursuivre avec la même analogie, nous avons été alors inondés de demandes d'ordonnances...

Le président : Docteur Auger, je vais vous demander de ralentir votre débit pour les interprètes. Merci beaucoup.

Dr Auger : ...de cannabis de la part de patients. Nous nous sommes retournés vers nos instances dirigeantes, entre autres l'hôpital et le réseau des Cliniques TSO, pour nous rendre compte qu'il n'existait, à ce moment-là, aucune politique encadrant ce type d'ordonnance. Bien sûr, les médecins ont refusé de prescrire ou d'autoriser un tel traitement en raison du manque de données de recherche et de recommandations de la part d'associations professionnelles, car nos associations professionnelles prétendaient alors et toujours que le cannabis n'était pas reconnu comme un traitement de conditions psychiatriques.

Devant ce refus, les patients ont facilement contourné le problème. Avec de l'aide extérieure, ils ont rapidement été mis en contact avec des médecins prescripteurs qui, la plupart du temps, voyaient les patients quelques minutes pour ensuite rédiger l'ordonnance. Ces médecins pratiquaient la plupart du temps à l'extérieur de la province de Québec et n'étaient pas assujettis au registre provincial. De plus, ces prescripteurs ne nous contactaient jamais pour mieux saisir les enjeux du patient et n'offraient pas de suivi de la condition. Beaucoup de patients avec des contre-indications claires, à mon avis, par exemple des antécédents de psychose toxique, des problèmes de toxicomanie reconnus et sévères et des maladies bipolaires instables, se sont donc retrouvés du jour au lendemain avec 10 grammes de cannabis par jour, livrés par la poste. Aussi, selon notre expérience, la grande majorité des patients recevaient d'emblée le maximum de la dose possible, soit 10 grammes par jour et, par la suite, 3 grammes par jour. Les patients revenaient donc nous consulter pour leur suivi et ne comprenaient pas que nous ne voulions pas valider l'ordonnance d'un autre médecin et que, en plus, on remettait en cause leur participation aux autres modalités de traitement de la clinique.

Il faut toutefois dire que, autant je n'aurais pas aimé que le pilote de mon avion pour Regina consomme 10 grammes de cannabis par jour, autant un patient avec le même dosage est complètement inapte à entreprendre ou à poursuivre une psychothérapie de la moindre valeur. Tout cela a mené à une grande confusion. Vous saisissez ici l'image du tsunami.

Nous avons donc décidé, entre médecins, de préparer une politique maison pour nous permettre d'avoir une approche concertée, rationnelle et flexible en tentant de ne pas nuire à nos patients les plus atteints. Sans entrer dans les détails, cette politique réaffirmait le fait que le cannabis n'est pas reconnu comme un traitement valable du trouble de stress post-

patients who received it would have their involvement in other treatments at the clinic reassessed. All this is still under way and is being assessed on a case-by-case basis. If the committee wishes, I can send it a copy of that policy, which was supported by all stakeholders at the clinic, whether or not they were physicians.

Of course, cutting the maximum dosage from 10 grams to 3 grams made the problem less significant, but, in our view, 3 grams a day is still too high a dosage in view of the recognized harmful effects of the substance.

Personally, I find that some patients who stick with dosages of usually less than 1 gram per day are the ones who appear to benefit most from what I admit are partial effects on sleep and anxiety. In that instance, they don't change their medication and may take part in other treatments.

The same is true of a patient who uses non-prescribed cannabis or takes a non-problematic alcoholic drink. Should the cost of cannabis be reimbursed in the case of a psychological condition? I'm not sure, particularly since the American Psychiatric Association, one of the leading psychiatric associations, recently reiterated that cannabis is not a treatment option for psychiatric conditions.

In conclusion, I think that it's way too easy for veterans suffering from post-traumatic stress disorder to obtain medical cannabis and that it can undermine their long-term recovery. At our clinic, we see, over time, that the health of patients who consume higher dosages of cannabis — following a honeymoon period — gradually deteriorates. They become apathetic, for example, or less functional.

It would be helpful for requests to be analyzed by assessment committees to prevent this experimental treatment from being perceived as a first-line treatment. Cannabis suppliers should be well regulated, and prescribers and suppliers should be independent of one another. Physicians should also be able to decide between two dosages and the type of cannabis used in order to prevent excesses.

So why has cannabis experienced an increase in popularity as a treatment for post-traumatic stress disorder? We can definitely look to the endocannabinoid system and the effects of CBD and THC, but there is another very important factor. Post-traumatic stress disorder is often a severe and debilitating illness, and it is true that current treatments are gruelling. The medications have secondary effects and limited therapeutic effects. Psychotherapies are also daunting and require considerable motivation and work on the patients' part. Cannabis, on the other hand, offers dreams. It offers a quick alternative with no effort or

traumatique, que les médecins de la clinique n'en prescriraient pas et que le fait d'en recevoir entraînerait une évaluation de la participation aux autres traitements de la clinique. Tout cela est toujours en cours et est évalué au cas par cas. Si le comité le souhaite, je peux lui faire parvenir le texte de cette politique qui a été appuyée par tous les intervenants de la clinique, qu'ils soient médecins ou non.

Bien sûr, le fait de diminuer le dosage maximal de 10 grammes à 3 grammes par jour a diminué l'importance de la problématique, mais, à notre avis, 3 grammes par jour s'avèrent encore un dosage trop élevé compte tenu des effets néfastes reconnus de cette substance.

Personnellement, je trouve que certains patients qui s'en tiennent à des dosages habituellement en dessous de 1 gramme par jour sont ceux qui semblent en profiter le plus des effets — je l'avoue — partiels au niveau du sommeil et de l'anxiété. À ce moment-là, ils ne modifient pas leur médication et ils peuvent participer aux autres traitements.

C'est la même chose pour un patient qui prendrait du cannabis non prescrit ou une consommation d'alcool non problématique. Est-ce que ce cannabis devrait être remboursé dans le contexte d'une condition psychologique? Je n'en suis pas sûr. D'autant plus que, tout récemment, l'American Psychiatric Association, l'une des plus importantes associations de psychiatres, a réitéré que le cannabis n'est pas une option de traitement pour des conditions psychiatriques.

En conclusion, je crois qu'il est beaucoup trop facile pour d'anciens combattants souffrant du trouble de stress post-traumatique de se procurer du cannabis à des fins thérapeutiques et que cela peut nuire à leur rétablissement à long terme. À notre clinique, on remarque, avec le temps, que la santé des patients qui consomment des dosages plus élevés de cannabis — après une période de lune de miel — se détériore petit à petit. Ils deviennent entre autres apathiques ou moins fonctionnels.

Il serait avantageux que les demandes soient analysées par des comités évaluateurs pour éviter que ce traitement expérimental continue d'être perçu comme un traitement de première intention. Il faudrait que les fournisseurs de cannabis soient bien encadrés et qu'il y ait une indépendance entre le prescripteur et le fournisseur. Il faudrait aussi que le médecin puisse décider entre deux dosages et du type de cannabis pour éviter les excès.

Alors, pourquoi le cannabis a-t-il connu une hausse de popularité pour le traitement du trouble de stress post-traumatique? On peut certainement parler du système endocannabinoïde, de l'effet du CBD, du THC, mais il y a un autre élément qui est très important. Le trouble de stress post-traumatique est souvent une maladie sévère et handicapante, et il est vrai que les traitements actuels sont ardues. Les médicaments ont des effets secondaires et des effets thérapeutiques limités. Les psychothérapies sont ardues et demandent beaucoup de motivation et de travail de la part des patients. Le cannabis, lui,

pain. Patients are fragile and vulnerable to talk about miraculous treatments, and you can understand them. They need to be careful to avoid next day regret.

Thank you very much.

The Chair: Thank you very much for your presentation, Dr. Auger. Before we continue with Dr. Passey, I'm going to introduce Senator Wallin from Saskatchewan, who has joined us. Welcome to the committee, Senator Wallin.

Now we'll continue with Dr. Passey's presentation.

[*English*]

Dr. Greg Passey, Psychiatrist, as an individual: Good morning. I wish to thank you for this opportunity to once again provide medical information to this committee.

I will not go through all my background, suffice to say I served for 22 years in the military and have been doing PTSD assessment and treatment for 25 years since 1993. I have had the privilege to assess and treat military members from all of our wars, and almost every single UN or overseas deployment since Canada started to deploy overseas.

I would like to point two things out. First, in all that time, I have never had one of my patients commit suicide while they've been under my active care. The only soldier who has ever died under my care was Greg Matters when he was shot in the back by an RCMP ERT team that did not understand what they were dealing with and didn't give me an opportunity to actually talk with my patient.

The research that Dr. Crockett and I did in 1993 formed the basis for the establishment of the Canadian Forces Operational Trauma Stress Support Centres in 1999, as well as the subsequent VAC Operational Stress Injury clinics.

It has been noted — and I'm taking a little bit of different direction than my colleague — that the mission of Veterans Affairs Canada is to provide exemplary client-centred services and benefits that respond to the needs of our veterans, other clients and their families in recognition of their services in Canada, and to keep the memory of their achievements and sacrifices alive for all Canadians. It is my opinion that this is not actually being practised, especially in regard to the VAC cannabis policy.

I first started prescribing medicinal cannabis in 2008. I got backdoored into this. I had numerous veterans who were using cannabis at that time and I did not want them to be in situations where RCMP standoffs were going to occur. I started to

offre du rêve. Il offre une alternative rapide, sans effort et sans douleur. Les patients sont vulnérables, et ils sont fragiles aux discours sur les traitements miraculeux, et on peut les comprendre. Il faut être prudent pour éviter les lendemains qui déchantent.

Merci beaucoup.

Le président : Merci beaucoup, docteur Auger, pour votre présentation. Avant de continuer avec le Dr Passey, je vais présenter la sénatrice Wallin, de la Saskatchewan, qui s'est jointe à nous. Bienvenue au comité, sénatrice Wallin.

Nous allons maintenant poursuivre avec la présentation du Dr Passey.

[*Traduction*]

Dr Greg Passey, psychiatre, à titre personnel : Bonjour. Je vous remercie de me permettre une fois de plus de fournir des renseignements médicaux à votre comité.

Je ne vais pas passer toute ma carrière en revue, mais je dirai seulement que j'ai fait 22 ans de service dans l'armée. J'évalue et je traite l'ESPT depuis 25 ans, c'est-à-dire depuis 1993. J'ai eu le privilège d'évaluer et de traiter les anciens combattants de toutes les guerres et de la presque totalité des déploiements outremer de l'ONU depuis que le Canada y participe.

J'aimerais souligner deux choses : premièrement, au cours de ma carrière, aucun de mes patients ne s'est suicidé alors qu'il était sous ma responsabilité. Le seul soldat qui est mort alors qu'il était à ma charge est Greg Matters, qui a été atteint par une balle dans le dos par une équipe d'intervention d'urgence de la GRC qui ne comprenait pas à quoi elle avait affaire et qui ne m'a pas donné la chance de parler avec mon patient.

Les recherches que le Dr David Crockett et moi avons faites en 1993 ont servi de point de départ aux Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels des Forces armées canadiennes en 1999 et à la création subséquentes des cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel d'ACC.

On a souligné — et je n'emprunte pas tout à fait le même chemin que mon collègue — qu' Anciens Combattants Canada avait pour mission de fournir des services et des avantages axés sur le client qui soient exemplaires et adaptés aux besoins des anciens combattants, de nos autres clients et des familles de ceux-ci, de manière à reconnaître les services qu'ils ont rendus au Canada et à graver dans la mémoire de tous les Canadiens et de toutes les Canadiennes le souvenir de leurs réalisations et de leurs sacrifices. Selon moi, ce n'est pas ce qui se passe avec la politique sur le cannabis d'ACC.

Je prescris du cannabis médicinal depuis 2008. J'ai commencé à le faire de façon détournée. Bon nombre de mes patients anciens combattants consommaient du cannabis à l'époque et je ne voulais pas qu'ils doivent affronter la GRC. J'ai commencé à

prescribe for them. During that time, I noticed something interesting. As the prescriptions went on, their need for prescribed medications decreased over time and they maintained their recovery process.

According to VAC, in 2016-17, there were over 4,400 veterans on medicinal cannabis. VAC spent \$63 million. The average daily dose at that time was 4.6 grams. In 2017, VAC decided to limit the payments for all veterans to only 3 grams unless they had a specialist's letter. There were over 7,200 veterans registered at that time and the daily maximum dose was forcibly dropped to 3 grams per day. This caused the overall average to decrease to 2.25 grams per day because of VAC's unilateral decision to save money regardless of the effects on the veterans' symptoms and well-being. If VAC had not forced this action on to our veterans and if the daily average dose had remained at 4.6 grams, it would have cost over \$104 million. So VAC saved \$53 million by instituting this medically draconian policy.

A previous presenter stated that this meets the Auditor General's recommendations to contain costs while ensuring that the health and well-being of veterans is maintained. In actual fact, this policy was implemented without any regard to the effect on veterans' health and their well-being. To my knowledge, no treating physician was consulted to discuss the effect of abruptly dropping the medicinal cannabis dose to only 3 grams on any of their patients. I had veterans, who had been stabilized since 2008, suddenly become very symptomatic again because of this policy. I received phone calls from veterans from all across the country because they couldn't find a specialist to write a letter for funding and to prescribe greater than 3 grams.

Dr. Courchesne's statement that "Fewer people are asking for an exceptional reimbursement" is very misleading. It is not because less is needed, but because there are too few specialists to meet the demand. Likewise, the comment that, "While the number of veterans seeking reimbursement continues to rise, the cost per veteran has decreased," is also misleading.

In my opinion, the way this policy was initiated was ill-conceived and medically negligent. The Hippocratic oath states do not harm. This was not followed. The PTSD suicide rate is 19 per cent; up to 46 per cent actually have thought of suicide.

leur prescrire du cannabis. Ensuite, j'ai constaté quelque chose d'intéressant : lorsque je leur prescrivais du cannabis, leur besoin de médicaments sur ordonnance diminuait au fil du temps et ils continuaient leur processus de rétablissement.

Selon ACC, en 2016-2017, plus de 4 000 anciens combattants consommaient du cannabis médicinal remboursé à hauteur de 63 millions de dollars par ACC. La consommation moyenne quotidienne par ancien combattant était de 4,6 grammes. En 2017, ACC a décidé de limiter le remboursement pour tous les anciens combattants à seulement 3 grammes par jour, à moins que les anciens combattants n'obtiennent une lettre d'un spécialiste qui leur prescrivait une dose plus élevée. Plus de 7 200 anciens combattants étaient inscrits pour utiliser du cannabis médicinal et leur dose quotidienne maximale a été ramenée de force à 3 grammes. Cette situation s'est soldée par une moyenne générale de 2,25 grammes par jour en raison de la décision unilatérale d'ACC d'économiser de l'argent, peu importe les répercussions sur les symptômes et le bien-être des anciens combattants. Si ACC n'avait pas imposé cette réduction à nos anciens combattants et si la dose moyenne quotidienne était demeurée à 4,6 grammes, le coût aurait été de plus de 104 millions de dollars. ACC a donc économisé 53 millions de dollars en imposant cette politique draconienne sur le plan médical.

Un autre témoin a affirmé que cela correspondait à la recommandation du vérificateur général de limiter les coûts tout en veillant au maintien de la santé et du mieux-être des anciens combattants. En réalité, cette politique a été mise en œuvre sans qu'on se préoccupe de ses répercussions sur la santé et le bien-être des anciens combattants. Pour autant que je sache, aucun médecin traitant n'a été consulté au sujet des conséquences d'une baisse abrupte de la dose de cannabis médicinal à seulement 3 grammes par jour. Chez certains de mes patients anciens combattants dont l'état était stable depuis 2008, les symptômes sont réapparus soudainement en raison de cette politique. Des anciens combattants d'un peu partout au pays m'ont appelé, car ils ne parvenaient pas à trouver un spécialiste pouvant confirmer par lettre qu'ils avaient besoin de plus de 3 grammes par jour et demander le remboursement.

La Dre Courchesne a déclaré qu'il y avait moins de personnes qui présentaient des demandes d'autorisation exceptionnelle de remboursement. C'est là une affirmation fort trompeuse. Le besoin n'a pas diminué, mais il y a trop peu de spécialistes pour suffire à la demande. En outre, l'affirmation selon laquelle même si le nombre d'anciens combattants qui présentent des demandes de remboursement continue d'augmenter, le coût par ancien combattant a diminué est aussi trompeuse.

Selon moi, cette politique a été mal pensée et constitue de la négligence médicale. On n'a pas respecté le serment d'Hippocrate qui prévoit qu'il ne faut pas causer de tort. Dix-neuf pour cent des patients atteints de stress post-traumatique

The previous presenters did not testify to even one positive clinical outcome because of this policy. Likewise, they did not testify to even one negative outcome. They actually have no idea about the clinical impact of this policy. The policy put many veterans at risk for a deterioration of their health, family function and suicide.

If VAC was really concerned about veterans, then the veterans who were already on medical cannabis would have been grandfathered and this policy would have applied only to new veterans seeking medicinal marijuana.

There has been a number of previous experts who have recommended a careful approach to cannabis and I agree with that absolutely with regard to new patients. Some experts have indicated 1 to 2 grams per day was a reasonable quantity. The difficulty with these recommendations is that no one is talking about whether it is Sativa, Indica or hybrid. What is the percentage of THC or cannabinoids? No one is talking about these things; they are talking about marijuana in general. This is equivalent to me saying, "Well, painkillers are bad for you." What are we talking about? Are we talking about morphine or Aspirin? That is the difference: no one is talking about this with medicinal marijuana.

I was never contacted with regard to the impact on any of my patients. I have more than 200 patients at this point. No one from VAC has ever phoned and asked me about the impact. I had contacted Dr. Courchesne's office and arranged for an appointment where we could speak and I could talk about my cases. The appointment came and went. The doctor never phoned me and none of my calls were returned.

When it is said that we don't see any decrease in use of other classes of drugs, such as benzodiazepines or sleep aids, other than the growth in expenditures for cannabis, but other drugs basically have not changed, this is very misleading. The problem is they didn't look at changes in medication in individuals who have actually been prescribed medical marijuana. I am careful with what I prescribe with regard to the percentage of THC versus CBD, for instance.

As an example, veteran *B* in 2009 was diagnosed with pain disorder associated with psychological factors and a general medical condition, major depression, chronic PTSD and severe pain; all of this sort of stuff. He had to use a cane and sometimes a walker. He had difficulty going up stairs, so I did his appointments on the main floor of the Saskatoon clinic.

font une tentative de suicide et 46 p. 100 ont déjà songé au suicide.

Les témoins précédents n'ont pas pu fournir un seul résultat clinique positif attribuable à cette politique. Ils n'ont pas non plus parlé des résultats négatifs. En fait, ils n'ont aucune idée de l'impact clinique de cette politique. La politique pourrait nuire à la santé de nombreux anciens combattants et à leur vie de famille, et les porter au suicide.

Si ACC se préoccupait réellement des anciens combattants, il aurait laissé ceux qui consommaient déjà du cannabis médicinal conserver leur dose quotidienne prescrite avant la mise en œuvre de la politique et assujetti seulement les nouvelles ordonnances à la nouvelle politique.

Plusieurs experts ont recommandé d'adopter une approche prudente en ce qui concerne l'usage du cannabis, et je suis tout à fait d'accord avec eux en ce qui concerne les nouveaux patients. Certains experts ont indiqué que 1 à 2 grammes par jour représentaient une quantité raisonnable. Le problème avec ces recommandations, c'est que personne ne dit s'il s'agit de la variété sativa, indica ou hybride. Quel est le pourcentage de THC ou de cannabinoïdes? Personne ne parle de cela; on parle de la marijuana de façon générale. C'est comme si je disais : « Les analgésiques sont mauvais pour vous. » De quoi parle-t-on? De la morphine ou de l'aspirine? Personne ne fait la distinction avec la marijuana à des fins thérapeutiques.

Personne ne m'a contacté pour me parler de l'incidence de cette décision sur mes patients. J'en ai plus de 200 à l'heure actuelle. Personne d'ACC ne m'a téléphoné à ce sujet. J'ai communiqué avec le bureau de la Dre Courchesne et fixé un rendez-vous afin que nous puissions discuter de la situation et de mes cas. Le rendez-vous est passé; le médecin ne m'a jamais rappelé et mes appels par la suite sont restés sans réponse.

Lorsqu'on dit qu'on n'a constaté aucune diminution dans la consommation des autres catégories de médicaments, comme les benzodiazépines ou les somnifères, et qu'on a uniquement constaté une augmentation des dépenses associées au cannabis, c'est une déclaration très trompeuse. Le problème, c'est qu'on n'a pas examiné les changements dans la médication des personnes à qui l'on avait prescrit la marijuana à des fins thérapeutiques. Lorsque je fais une prescription, je fais attention au pourcentage de THC et de CBD, par exemple.

À titre d'exemple, l'ancien combattant *B* a reçu en 2009 un diagnostic de trouble de la douleur associé à des troubles psychologiques et à une condition médicale générale : dépression grave, état de stress post-traumatique chronique et douleurs sévères; tout cela. Il utilisait une canne et parfois un déambulateur pour marcher. Il avait de la difficulté à monter les marches et c'est pourquoi je le rencontrais dans un bureau situé au rez-de-chaussée de la clinique de Saskatoon.

Until he was prescribed medicinal cannabis, he was taking 10,000 prescribed pills per year from a doctor before I actually received this gentleman. His prescriptions included Clonazepam, Nortriptyline, Targin and Baclofen, which are painkillers, Oxycodone — which is a painkiller and addictive — Propranolol for anxiety, Gabapentin — a painkiller — Citalopram, which is an antidepressant, Fluvoxamine, Trazodone and Zopiclone.

I started him on medicinal cannabis in 2013. We started to taper his other medications while titrating his cannabis and he was tapered off all of his pain medications by December 2017.

He is currently on 10 grams of medicinal cannabis, which is high in CBD and lower in THC, that he uses as a suppository twice a day. He is being tapered off his last medication, Nortriptyline, and it will be discontinued before the end of this year. He now walks without a cane and he bought and uses a Ski-doo and a quad. He is fully mobile and his cognition is clear.

This policy continues to be a problem even for those vets who have been authorized greater than 3 grams in previous years. The denial is usually done by a nurse and there is no contact with the veteran or the prescribing physician before the denial is made. The decision time usually takes four to six weeks, even for those previously authorized, and an appeal is another four to six weeks.

During this time the veteran is deprived of this stabilizing medication. Unfortunately, I don't think they have been translated yet, but I brought two examples of denial letters and despite me putting everything in there that VAC has asked for, the denial was done by a nurse. She never talked to me or about the effect on the veteran, and never talked to the veteran.

I've mentioned the issues about the various strains and THC versus CBD.

Senator Richards mentioned that cannabis covers up the problem but it doesn't cure it. Dr. Wong stated that they aren't getting well, necessarily; they may be masking some of the symptoms. I want to make this very clear: this can be said about every medication we use to treat PTSD. There is no cure for PTSD, just as there is no cure for something like diabetes. We manage it.

The side effect profile of medicinal cannabis versus all of our prescribed medications is much less harmful. The prescribed typical pharmaceutical medications' side effects include sexual dysfunction, bruxism — which is the grinding and breaking of teeth — anxiety, movement disorders and impaired motor skills, to name but a few. There are numerous medications that are used

Jusqu'à ce qu'il obtienne une ordonnance de cannabis médicinal, il consommait chaque année 10 000 pilules sous ordonnance: clonazépam, nortriptyline, targin, baclofène — des analgésiques —, oxycodone — un analgésique qui entraîne une dépendance —, propranolol — pour l'anxiété —, gabapentine — un analgésique —, citalopram — un antidépresseur —, fluvoxamine, trazodone et zopiclone.

Je lui ai prescrit du cannabis médicinal en 2013. Nous avons ensuite commencé à réduire ses autres médicaments tout en ajustant la posologie de son cannabis médicinal. Il a cessé de prendre des médicaments contre la douleur en décembre 2017.

Il a une prescription de 10 grammes de cannabis médicinal, à teneur élevée en CBD et à faible teneur en THC, à prendre deux fois par jour sous forme de suppositoires. Il continue de réduire sa consommation de nortriptyline et devrait pouvoir complètement s'en passer d'ici la fin de l'année. Il marche maintenant sans canne et il s'est acheté une motoneige et un véhicule tout-terrain. Il est parfaitement mobile et a toute sa tête.

La politique continue de causer des problèmes, même aux anciens combattants qui avaient été autorisés à consommer plus de 3 grammes par jour. La demande d'autorisation est habituellement rejetée par une infirmière et il n'y a aucune communication préalable avec le vétérinaire ou son médecin traitant. Le vétérinaire doit généralement attendre de quatre à six semaines avant d'obtenir une décision, même s'il avait déjà obtenu une autorisation par le passé. La procédure d'appel prend elle aussi de quatre à six semaines.

Entre-temps, le vétérinaire ne peut pas utiliser le médicament qui avait pourtant stabilisé son état. J'ai ici deux exemples de lettres de refus. Je crois qu'elles n'ont pas été traduites, malheureusement. Même si j'avais répondu à tous les critères d'ACC dans la demande, une infirmière l'a refusée. Elle ne m'a jamais parlé, n'a jamais parlé de l'incidence d'une telle décision sur l'ancien combattant et ne lui a jamais parlé non plus.

J'ai parlé des diverses souches de cannabis et du THC par rapport au CBD.

Le sénateur Richards a fait valoir que le cannabis masquait le problème, mais ne le réglait pas. Le Dr Wong a dit que les patients ne prenaient pas nécessairement du mieux; que certains symptômes pourraient être dissimulés. Je veux être clair : on peut dire la même chose de tous les médicaments employés pour traiter l'ESPT. Les médicaments ne peuvent guérir l'ESPT, tout comme il n'y a pas de cure contre le diabète. On peut seulement en gérer les symptômes.

Les effets secondaires du cannabis médicinal sont beaucoup moins dommageables que ceux des médicaments sur ordonnance. Les effets secondaires typiques des médicaments sur ordonnance habituellement prescrits incluent la dysfonction sexuelle, le bruxisme — c'est-à-dire le grincement et la fragmentation des dents —, l'anxiété, les troubles moteurs,

off-label by physicians and psychiatrists. That means there are no random studies done or randomized controlled trials to support their use in PTSD, yet they are used anyway and their side-effect profiles are worse than what I see with cannabis, particularly CBD.

Dr. MacKillopp stated earlier that:

Furthermore, a number of studies have linked cannabis use to self-harm and suicide in . . . veterans.

As I have already noted, veterans with PTSD already have high rates of suicide. Dr. Jetly said:

We have evidence of the potential harm of marijuana, including apathy, depression, anxiety and psychosis.

These can also be the same side effects with our prescribed medications and the problem comes back, once again, to the fact that no one is talking about the different strains in the THC versus CBD.

I'd like to finish this presentation on the fact that the research is quite clear and has demonstrated that lack of support is as important as exposure to traumatic events in the evolution, severity and perpetuation of post-traumatic stress disorder. Recurrent VAC denials are perceived by veterans as a lack of support and contribute on a number of levels to the worsening of veterans' psychological symptoms, and that is not just with regard to marijuana or cannabis, but with regard to all of their claims.

[*Translation*]

The Chair: Thank you very much for your presentation, Dr. Passey. Now we'll move to questions with Senator Boniface.

[*English*]

Senator Boniface: A question for both of you. Dr. Auger, I note you use the term "medical" and Dr. Passey you use the term "medicinal." What is the distinction, or are they equivalent?

Dr. Auger: Maybe you got that in the translation. In French I said "à fins thérapeutiques."

l'altération des habiletés motrices, pour n'en nommer que quelques-uns. Il y a aussi bien d'autres médicaments dont l'utilisation n'est pas indiquée — c'est-à-dire qu'aucun essai contrôlé aléatoire n'a été fait pour justifier leur utilisation dans le traitement de l'ESPT —, mais qui sont pourtant prescrits par des médecins et qui ont des effets secondaires bien plus graves.

Le Dr MacKillopp a fait valoir ceci :

Qui plus est, des études ont établi un lien entre la consommation de cannabis et l'automutilation et le suicide chez les vétérans [...]

Comme je le disais plus tôt, les anciens combattants souffrant d'ESPT présentent des taux de suicide plus élevés. Le Dr Jetly a pour sa part déclaré :

Nous avons la preuve des dangers possibles de la marijuana, y compris l'apathie, la dépression, l'anxiété et la psychose.

Ces troubles sont aussi des effets secondaires de nombreux médicaments prescrits. Cette affirmation ne fait pas non plus la distinction entre les diverses variétés de cannabis et les concentrations de THC ou de CBD.

Je vais clore mon exposé en vous rappelant que la recherche a démontré que le manque de soutien est aussi important que l'exposition à des incidents traumatiques pour expliquer l'évolution, la gravité et la persistance de l'ESPT. Les anciens combattants perçoivent les refus répétés d'ACC comme un manque de soutien. Ces refus sont responsables de diverses manières de l'aggravation des symptômes psychologiques des anciens combattants, et ce n'est pas seulement pour les demandes associées à la marijuana ou au cannabis, mais bien pour toutes leurs demandes.

[*Français*]

Le président : Je vous remercie beaucoup de votre présentation, docteur Passey. Nous allons maintenant passer à la période des questions avec la sénatrice Boniface.

[*Traduction*]

La sénatrice Boniface : Ma question s'adresse à vous deux. Docteur Auger, je remarque que vous utilisez les termes « *medical* », tandis que le Dr Passey utilise le terme « *medicinal* ». Quelle est la différence entre les deux? Est-ce qu'ils sont équivalents?

Dr Auger : C'est peut-être les termes utilisés par les interprètes. En français, j'ai dit « à des fins thérapeutiques ».

[Translation]

So we're talking about use for treatment purposes. I don't think this is a treatment that's usually medical because it isn't currently recognized by medical associations. The French term I used wasn't "*médical*" but rather "*à des fins de traitement*." Does that answer your question?

[English]

Senator Boniface: Yes, thank you.

Senator Wallin: Welcome. I'm sure, Dr. Auger, that you might have spent some time at the CIMVHR conference under way in Regina. I was there for a couple of days, where everyone is wrestling with this issue. I would like to hear from both of you. Dr. Passey, you noted that we do not seem to have clinical outcomes — either positive or negative — because we actually haven't done clinical trials because, of course, the substance was illegal. So now what happens? Dr. Auger, why don't you start?

[Translation]

Dr. Auger: I'm a clinician, not a researcher. We hope to acquire more clinical data to demonstrate effectiveness, or lack thereof, and dosages depending on type of cannabis. We do sense that cannabis probably contains a molecule or a mix of various molecules that are useful. We also hope that more exhaustive research will be done. Some CBD compounds and THC-based medications are better controlled, and we now have a better idea of what we're prescribing, instead of prescribing a plant that contains at least 100 active molecules. We would also like to obtain the approval of the scientific associations, which would demonstrate that the substance can be used, how and when.

[English]

Dr. Passey: That's a very good question. For my patients, my preference is that they use oils because I then know exactly what the dose is and I know the percentage of THC versus the percentage of CBD. When you are smoking or eating it, I have no idea of the dose that you are getting.

The state-of-the-art standards now are randomized clinical trials. I understand that, but if we had waited for Edward Jenner when he first found that cowpox would prevent smallpox — they didn't have randomized control trials back then. The reality is, most of medicine is based on observation. I have been observing this for a decade now. I have numerous cases. In the research community that's called anecdotal, so they don't give it much weight, but I have seen the difference. Does it work for everybody? No. Does it cure it? No, but it's effective.

[Français]

On parle donc d'utilisation à des fins de traitement. Je ne pense pas que c'est un traitement qui est habituellement médical, car il n'est pas reconnu par les associations médicales actuellement. Le terme en français que j'ai utilisé n'est pas « médical », mais « à des fins de traitement ». Est-ce que cela répond à votre question?

[Traduction]

La sénatrice Boniface : Oui, merci.

La sénatrice Wallin : Bienvenue à vous deux. Docteur Auger, je suis certaine que vous avez participé à la conférence de l'ICRSMV qui se tient à Regina. J'y ai passé quelques jours et tout le monde jonglait avec cette question. J'aimerais vous entendre tous les deux à ce sujet. Docteur Passey, vous avez dit que nous ne semblons pas avoir de résultats cliniques — positifs ou négatifs — parce que, comme la substance était illégale, aucun essai clinique n'a été réalisé. Qu'est-ce qu'on fait maintenant? Docteur Auger, vous pouvez commencer.

[Français]

Dr Auger : Je ne suis pas un chercheur, mais bien un clinicien. On espère avoir plus de données cliniques pour démontrer l'efficacité ou le manque d'efficacité et le dosage selon les types de cannabis. On sent bien que le cannabis contient probablement une molécule ou un mélange de différentes molécules qui sont utiles. On espère qu'on fera aussi de la recherche plus exhaustive. Il existe déjà des composés de CBD et certains médicaments à base de THC qui sont mieux contrôlés, et on sait un peu plus ce qu'on prescrit, au lieu de prescrire une plante dans laquelle on retrouve au moins 100 molécules actives. On aimerait aussi obtenir l'aval des associations scientifiques, qui démontreront que la substance peut être utilisée, de quelle façon et à quel moment.

[Traduction]

Dr Passey : C'est une très bonne question. Je préfère que mes patients utilisent les huiles parce que je connais exactement la dose et le pourcentage de THC qu'elles contiennent, par rapport au pourcentage de CBD. Lorsqu'on fume ou qu'on mange le cannabis, on n'a aucune idée de la dose consommée.

Les essais cliniques aléatoires représentent maintenant la norme de pointe. Je comprends, mais si nous avions attendu cela lorsqu'Edward Jenner a découvert que la vaccine pouvait prévenir la varicelle... Il n'y avait pas d'essais cliniques aléatoires à l'époque. Dans les faits, la médecine se fonde surtout sur les observations. J'observe mes patients depuis une décennie maintenant. J'ai de nombreux cas. Dans la communauté de recherche, c'est ce qu'on appelle des données empiriques, qui n'ont pas beaucoup de poids, mais j'ai vu la différence. Est-ce

If I can get people off alcohol and opioids — which are highly addictive and known for suicide risk — by using something like a high percentage CBD cannabis, then I'm going to do that because it works. I'll wait for the research to catch up. I'll come back to do no harm. I am doing no harm.

Senator Wallin: That's where the jury is still out until we get some kind of randomized clinical trials or any kind of testing.

So what's the next step? Now that we have cannabis legalized to some degree, what do we do? Do we need to go to Veterans Affairs and say, please ask the veterans who are funded through Veterans Affairs to be part of a clinical trial? Can we do that in exchange for funding this product for their use?

Dr. Passey: You can't coerce subjects. They'd have to agree. There would be a bit of a problem with that. It would be great for the veteran population, but the civilian researchers would be saying you have a biased population.

We do need randomized control trials, absolutely, but it's difficult. It's not just that we are going to study medicinal cannabis. Is it high THC, low CBD? Is it fifty-fifty? Is it low THC, high CBD? Which types of CBDs? There is a cannabinoid that's good for sleep, do we isolate that? There are something like 87 different compounds in marijuana. I'm just trying to struggle with the oil.

There is a lot of work to be done. To be cutting off veterans now, when it's proved effective in my patient population — maybe it's very different from my colleagues — but in mine are stable and I have gotten them off of lots of medications. This is only a small percentage of my total population. Not all my vets are on medicinal cannabis. I don't use it so I have no experience, but I see it works.

Senator Wallin: How do we get to actual testing? To clinical trials where we are testing apples to apples, not apples to oranges and pears and bananas?

que cela fonctionne pour tout le monde? Non. Est-ce que le cannabis enraye le problème? Non, mais il est efficace.

Si je peux aider les gens à cesser de consommer de l'alcool et des opioïdes — qui entraînent une forte dépendance et augmentent le risque de suicide — en ayant recours au cannabis à teneur élevée en CBD, alors je vais le faire, parce que cela fonctionne. Je vais attendre que la recherche nous rattrape. Je reviendrai, et je ne nuirai à personne. Je ne fais de tort à personne.

La sénatrice Wallin : Nous ne le saurons pas tant que nous n'aurons pas fait d'essais cliniques aléatoires ou d'autres types d'essais.

Quelle est la prochaine étape, donc? Le cannabis est maintenant légal dans une certaine mesure; que peut-on faire? Est-ce que nous demandons à ACC de demander aux anciens combattants qui reçoivent un financement de participer à un essai clinique? Pouvons-nous leur demander cela en échange du remboursement du produit qu'ils utilisent?

Dr Passey : On ne peut forcer les sujets. Ils doivent être d'accord. Cela poserait problème. Ce serait bien pour la population d'anciens combattants, mais les chercheurs civils diraient qu'il s'agit d'une population biaisée.

Nous avons tout à fait besoin d'essais cliniques aléatoires, mais ce sera difficile. Il n'est pas seulement question d'examiner le cannabis médicinal. Est-ce qu'il aura une teneur élevée en THC, une faible teneur en CBD? Est-ce que ce sera moitié-moitié? Est-ce qu'il aura une faible teneur en THC et une teneur élevée en CBD? Quels types de CBD seront utilisés? Il y a un cannabinoïde qui aide à dormir; est-ce qu'on l'isolera? La marijuana compte quelque 87 composés. J'essaie de me restreindre à l'huile.

Il y a beaucoup de travail à faire. Si l'on coupait les vivres aux anciens combattants maintenant, alors que la marijuana s'est avérée efficace au sein de ma population de patients... Ce n'est peut-être pas du tout le cas pour mes collègues, mais mes patients sont stables et ils ont réussi à abandonner bon nombre d'autres médicaments. Ce n'est qu'un petit pourcentage de ma population totale. Ce ne sont pas tous les anciens combattants qui consomment du cannabis. Je n'en consomme pas, alors je n'en ai pas l'expérience, mais je constate les résultats.

La sénatrice Wallin : Comment pouvons-nous effectuer des essais réels? C'est-à-dire des essais cliniques dans lesquels nous comparons des pommes et des pommes, et non des pommes et des oranges et des poires et des bananes?

[Translation]

Dr. Auger: That's very difficult. Currently, since there are 7,000 veterans who use cannabis, it would be an interesting population to study to see how they evolve over time.

We don't prescribe cannabis, but we don't necessarily push patients out the door when they use it because some are very sick. We have to keep an eye on them. We monitor their progress. So it would be interesting to see how they evolve because we have a lot of patients who, after a period of time, are somewhat disappointed to see that cannabis gets them nowhere.

It's not true that all the treatments always work very well. Many patients ultimately move on to something else. They come back to see us after two or three years and say they realize they aren't on the right track and can't function any more and ask us to find a solution. It would be interesting to take a look at that.

Conducting placebo-controlled studies is definitely a very complicated and complex process. You have to select the right doses. As Dr. Passey says, you have to know what you're prescribing.

What I know right now is that, when we don't prescribe cannabis — What we see most of the time is that cannabis is approved and the patient chooses the type of cannabis he wants to consume. I would say that, 90 per cent of the time, patients choose cannabis with high levels of THC in order to get the euphoric effect. Yes, some patients will take CBD, but not the majority. We don't have any control over that. We're opening a door, and we don't know what will happen. That's not how I practise medicine. I don't have any control over the dosage they take.

[English]

Senator Wallin: What I would like to ask both of you is, whose job is this to start doing this? Whose bailiwick is it in?

[Translation]

Dr. Auger: I think we have to have independent institutions. The problem is that a lot of information is somewhat tainted by suppliers.

Somewhat like Dr. MacKillop, who is completely independent, I think we must encourage those research institutions where there are serious people who don't have any conflict of interest with the cannabis industry. I think this should be entrusted to those people. We have to use currently accessible

[Français]

Dr Auger : C'est en effet très difficile. Actuellement, comme il y a quand même 7 000 anciens combattants qui consomment du cannabis, ce serait une population intéressante à examiner afin de voir leur évolution avec le temps.

Nous ne prescrivons pas de cannabis, mais nous ne jetons pas nécessairement les patients à la porte lorsqu'ils en consomment, parce que certains sont très malades. Nous devons les garder à l'œil. On voit leur évolution. Il serait donc intéressant de voir comment ils évoluent, parce qu'on a beaucoup de patients qui sont un peu déçus, après un certain temps, de se rendre compte que le cannabis ne les mène nulle part.

Ce n'est pas vrai que tous les traitements fonctionnent toujours très bien. Beaucoup de patients, finalement, passent à autre chose. Ils nous reviennent après deux ou trois ans pour dire qu'ils se rendent compte qu'ils ne sont pas dans la bonne voie, qu'ils ne sont plus capables de fonctionner et qui nous demandent de trouver une solution. Ce serait intéressant d'examiner cela.

Il est sûr que le fait de mener des études contrôlées par placebo, c'est très compliqué et très complexe. Il faut choisir les bonnes doses. Comme le dit le Dr Passey, il faut savoir ce qu'on prescrit.

Ce que je sais, actuellement, c'est que lorsqu'on ne prescrit pas de cannabis... La plupart du temps, ce que nous constatons, c'est qu'on autorise le cannabis et le patient choisit le type de cannabis qu'il veut consommer. Je vous dirais qu'à 90 p. 100 du temps, il s'agit de hautes teneurs en THC, donc, pour avoir l'effet euphorisant. Oui, certains patients vont prendre le CBD, mais ce n'est pas la majorité. On n'a pas de contrôle sur ça. On ouvre une porte et on ne sait pas ce qui va arriver. Ce n'est pas de cette façon que je pratique la médecine. Je n'ai pas le contrôle sur le dosage qu'ils prennent.

[Traduction]

La sénatrice Wallin : Ce que j'aimerais savoir, c'est à qui incombe une telle initiative? De qui est-ce la responsabilité? Les deux témoins peuvent répondre.

[Français]

Dr Auger : Je crois qu'il doit y avoir des institutions qui sont indépendantes. Le problème, c'est qu'il y a beaucoup d'informations qui sont un peu teintées par les fournisseurs.

Un peu comme le Dr MacKillop, qui est complètement indépendant, je pense qu'il faut encourager ces institutions de recherche où il y a des gens sérieux qui ne sont pas en conflit d'intérêts avec le domaine du cannabis. Je pense que c'est à ces gens qu'il faut confier cela. Il faut utiliser les données qui sont

data, and we have to move forward. However, we also have to be cautious. I think we've opened a door far too wide.

I'm also speaking on behalf of the nine physicians at my clinic. We've seen more disasters than good outcomes.

[*English*]

Dr. Passey: Veterans Affairs has teamed up with the Canadian Forces. I can't remember the acronym, but they are, in conjunction with a number of universities, looking at studies and research on the treatment of PTSD, and I think the issue around medicinal cannabis needs to be looked at.

I wanted to point out two other things which don't seem to be mentioned. Our best treatment is actually our talk therapies. They have upwards of a 60 per cent success rate. That means somewhere in the neighbourhood of 40 per cent don't get better with that. The medications are even lower, so we need to be aware of that piece.

The other thing that's never been talked about — and most people don't know about it and I learned this in the 1990s — there are three themes to PTSD. One is fear. The treatment works very well with exposure and those types of talk therapies. The other two themes are guilt and anger. The success rate with exposures therapy and CBT, unless you do this properly, is under 20 per cent. So we are dealing with a disorder that is very hard to treat. We need to see how well the cannabis situation will add to our talk therapies and allow people to move forward.

Senator Wallin: Would you agree to the DeGroot Institute that Dr. Auger cited? Would that be a good place for some research to be conducted?

Dr. Passey: I think any university-level organization that is unbiased — because there is a lot of bias out there right now — will look at this. It's difficult, as I mentioned. There are all these different types of cannabis and percentages. It's going to be a lot of money and a lot of work.

Senator Wallin: Thank you.

Senator Griffin: I have two questions. I'm from Prince Edward Island and the department of Veterans Affairs is headquartered there so I'm very interested in this topic.

In terms of medical cannabis for veterans, what specifically would you like to see the federal government do?

accessibles actuellement, et il faut aller de l'avant. Cependant, il faut être prudent. Je crois que nous avons ouvert une porte beaucoup trop grande.

Je parle également au nom des neuf médecins de ma clinique. On a vu plus de désastres que de bons résultats.

[*Traduction*]

Dr Passey : Anciens Combattants Canada fait équipe avec les Forces armées canadiennes. Je ne me souviens plus de l'acronyme utilisé, mais en collaboration avec plusieurs universités, ils examinent la possibilité de mener des études et des recherches sur le traitement de l'ESPT, et je crois qu'il faut se pencher sur la question du cannabis thérapeutique.

J'aimerais souligner deux autres points qu'on ne semble pas mentionner. Le meilleur traitement que nous offrons, c'est la thérapie verbale. Ce traitement a un taux de réussite de plus de 60 p. 100. Cela signifie que cette thérapie n'améliore pas l'état d'environ 40 p. 100 des patients. Le taux de réussite des médicaments est encore moins élevé; nous devons donc tenir compte de cela.

L'autre chose dont on ne parle jamais — la plupart des gens ne sont pas au courant, et je l'ai moi-même appris dans les années 1990 —, c'est qu'il y a trois volets dans l'ESPT. Le premier est la peur. Ce volet se traite très bien avec la thérapie par exposition et les différents types de thérapies verbales. Les deux autres volets sont la culpabilité et la colère. Le taux de réussite des thérapies par exposition et des thérapies cognitivo-comportementales, à moins qu'elles soient menées de façon appropriée, est de moins de 20 p. 100. Il s'agit donc d'un trouble très difficile à traiter. Nous devons déterminer dans quelle mesure la situation du cannabis contribuera à nos thérapies verbales et permettra aux patients de progresser.

La sénatrice Wallin : Êtes-vous d'accord avec ce que le Dr Auger a dit au sujet du DeGroot Institute? Serait-ce un bon endroit pour mener certaines recherches?

Dr Passey : Je crois que toute organisation de niveau universitaire qui est impartiale — car ces temps-ci, il y a beaucoup de partialité — se penchera sur la question. C'est difficile, comme je l'ai mentionné. Il y a tous ces différents types de cannabis et de pourcentages. Cela coûtera beaucoup d'argent et nécessitera beaucoup de travail.

La sénatrice Wallin : Merci.

La sénatrice Griffin : J'ai deux questions. Je viens de l'Île-du-Prince-Édouard et c'est là que se trouve l'administration centrale du ministère des Anciens Combattants. Ce sujet m'intéresse donc beaucoup.

En ce qui concerne le cannabis thérapeutique pour les anciens combattants, quelles mesures précises le gouvernement devrait-il prendre, selon vous?

Dr. Passey: It's difficult. To be honest, the government has influence over Veterans Affairs but doesn't seem to be able to make them do anything. Part of the issue is that there needs to be research. There's no doubt about that.

The one thing I would like to see from Veterans Affairs is, if I have prescribed somebody something — and this only seems to happen with cannabis — and the person has been stable on it and I have gotten them off all these other drugs, I would just like them to leave me alone.

I'm a clinician. If my patient is getting worse, I'll deal with that. If I think they are using marijuana inappropriately, I'll deal with that. But the reality is that most of my patients don't use high THC and, if they are using that, it's at nighttime because it helps with sleep and nightmares. Most of them are using higher CBD during the daytime for their chronic pain, anxiety and irritability.

The reality is I don't want a nurse telling me, "We don't think that this is appropriate, so we are cutting you off," and my guy goes from 10 grams down to 3 grams. What does he turn to? Alcohol? Do I prescribe narcotics for his pain?

Let's do the research, but for the ones that it's working for, just let us do our medicine.

Senator Griffin: Can the patient still get 10 grams but only 3 grams is paid for?

Dr. Passey: Absolutely. The problem, though, is who can afford it?

Senator Griffin: That's another issue, yes.

Dr. Passey: It is another issue.

Senator Griffin: As of today, as you know, it's now legal to have recreational marijuana. Can you see what impact that might have on the use of medical marijuana? Will this be used as one of the things to make up the difference, especially going from 10 grams down to 3 grams?

Dr. Passey: I have to be truthful here. The minority of patients are on ten. Most of them are on five or less. In fact, a good chunk of them are on three. But I don't get the easy PTSD cases. The OSI clinic refers the difficult ones to me, it seems like, particularly if cannabis is involved.

Dr Passey : C'est difficile. Pour être honnête, le gouvernement a de l'influence sur Anciens Combattants Canada, mais il ne semble pas être en mesure de lui faire faire quoi que ce soit. Une partie du problème, c'est qu'on doit mener plus de recherches. Cela ne fait aucun doute.

L'autre chose que je demanderais à Anciens Combattants Canada, c'est que lorsque je prescris une substance à un patient — et cela semble seulement se produire dans le cas du cannabis — et que l'état du patient est stable pendant qu'il la prend et que j'ai réussi à lui faire arrêter de prendre tous les autres médicaments, j'aimerais que le ministère n'intervienne pas.

Je suis clinicien. Si l'état de mon patient se détériore, je m'en occuperai. Si je crois qu'un patient utilise de la marijuana de façon inappropriée, je m'occuperai du problème. En réalité, la plupart de mes patients n'utilisent pas de la marijuana à teneur élevée en THC et, s'ils le font, c'est pour la nuit, car cela les aide à dormir et à ne pas faire de cauchemars. La plupart d'entre eux utilisent de la marijuana à teneur plus élevée en CBD pendant la journée pour traiter leurs douleurs chroniques, leur anxiété et leur irritabilité.

Je ne veux pas que le personnel infirmier m'informe qu'on juge que ce n'est pas approprié et que l'approvisionnement sera réduit, et que mon patient passe de 10 grammes à 3 grammes. Que fera ce patient? Va-t-il avoir recours à l'alcool? Dois-je lui prescrire des narcotiques pour ses douleurs?

Nous pouvons mener des recherches, mais dans les cas où cela fonctionne, laissez-nous simplement faire notre travail.

La sénatrice Griffin : Le patient peut-il continuer d'utiliser 10 grammes, mais dont seulement 3 grammes sont remboursés?

Dr Passey : Certainement, mais cela pose un problème lorsque les patients ne peuvent pas se le permettre.

La sénatrice Griffin : C'est un autre problème, vous avez raison.

Dr Passey : C'est un autre problème.

La sénatrice Griffin : À partir d'aujourd'hui, comme vous le savez, il est maintenant légal d'avoir de la marijuana à des fins récréatives. Avez-vous une idée de l'impact que cela pourrait avoir sur l'utilisation de la marijuana thérapeutique? Cela sera-t-il utilisé pour combler l'écart, surtout lorsqu'on réduit la dose fournie de 10 grammes à 3 grammes?

Dr Passey : Je dois être honnête. Une minorité de patients utilisent 10 grammes. La plupart d'entre eux utilisent 5 grammes ou moins. En fait, une bonne partie d'entre eux utilisent 3 grammes. Cependant, je ne traite pas les cas faciles d'ESPT. La clinique de TSO semble m'envoyer les cas difficiles, surtout s'il est question de cannabis.

My patients have gone wherever they could to get supplemental if they have been cut off. The problem is the dispensaries often don't know what percentage THC and CBD are there. We don't know if it's laced with other stuff. So they are at great risk when their supply is cut down.

Now, maybe it will be a little easier, because if it's legalized and being sold out of legitimate stores, hopefully we'll know. It should be, because most of the dispensaries, because of the cost, don't do this. How much THC and how much CBD is in each of their products. Most of the time, up until this day, that has not been known. It may actually improve things to some degree, but, again, I'd like to see all my patients just on the oils, period, so I know exactly what the dose is.

Senator Griffin: Thank you.

[*Translation*]

Dr. Auger: I didn't answer the previous question. I would've liked to respond to the idea of reducing the dosage to 3 grams. I agree with Dr. Passey that it's not easy to pull back once you've opened the door to something. I understand that, when you've allowed something, it isn't easy then to take it back, especially if it's been shown to be beneficial over a long period of time. Consequently, legalization may perhaps help in a way.

That goes together with the second question on what the rules will be, given that cannabis will no longer be illegal and will be available. We may turn to things that are more recognized and recommended, and we may then ask ourselves whether it should be paid for or reimbursed. I've heard so many stories about people who receive 3 grams or 10 grams of cannabis. This may be an opportunity to refocus on what will be allowed or not.

The Chair: Dr. Auger, does permitting treatment with cannabis create dependency at some point? Once the treatment is finished, will the patient want to continue using it?

Dr. Auger: Cannabis isn't the drug that causes the most dependence. The higher the dosage, the greater the risk of dependency. This hasn't happened in a disastrous way, but we have had to send people for treatment at detox units authorized by the Department of Veterans Affairs. It was all paid for by the department. Paradoxically, we've prescribed a treatment to undo that treatment.

Mes patients vont où ils peuvent pour obtenir le reste de leur dose si elle a été réduite. Le problème, c'est que les dispensaires ne connaissent pas souvent le pourcentage de THC et de CBD dans leurs produits. Nous ne savons pas si le produit est mélangé à d'autres ingrédients. Les patients sont donc exposés à un risque très élevé lorsque leur approvisionnement est réduit.

Ce sera peut-être un peu plus facile maintenant, car si le produit est légal et vendu dans des magasins légitimes, nous connaissons peut-être ces informations. Cela devrait être plus facile, car la plupart des dispensaires, en raison des coûts, ne mesurent pas la quantité de THC et de CBD dans chacun de leurs produits. La plupart du temps, jusqu'à aujourd'hui, cette information n'était pas connue. Cela pourrait peut-être améliorer les choses dans une certaine mesure, mais encore une fois, j'aimerais que mes patients utilisent seulement les huiles, car je pourrais connaître la composition exacte de chaque dose.

La sénatrice Griffin : Merci.

[*Français*]

Dr Auger : Je n'ai pas répondu à la question précédente. J'aurais aimé répondre sur la diminution à 3 grammes. Je suis d'accord avec le Dr Passey pour dire que ce n'est pas facile de reculer lorsqu'on a ouvert la porte à quelque chose. Je comprends que, lorsqu'on a autorisé quelque chose, ce n'est pas facile de l'enlever par la suite, surtout si on fait la démonstration que c'est bénéfique sur une longue période. Donc, peut-être que la légalisation pourra aider dans un certain sens.

Cela va avec la deuxième question sur ce que seront les règles, étant donné que le cannabis ne se sera plus illégal et qu'il sera disponible. Peut-être qu'on se tournera vers des choses qui sont plus reconnues et recommandées, et on pourra se poser par la suite la question à savoir si ça doit être payé ou remboursé. J'ai tellement entendu d'histoires de gens qui reçoivent 3 grammes de cannabis ou 10 grammes de cannabis. C'est peut-être une occasion de se recentrer sur ce qui sera autorisé ou non. C'est une hypothèse.

Le président : Docteur Auger, autoriser un traitement avec du cannabis, cela peut-il créer une dépendance à un certain moment? Une fois le traitement terminé, est-ce que le patient voudra continuer d'en consommer?

Dr Auger : Le cannabis n'est pas la drogue qui occasionne le plus de dépendance. Plus les dosages sont élevés, plus les risques de dépendance augmentent. Ce n'est pas arrivé de façon catastrophique, mais il est arrivé qu'on ait dû envoyer des gens se faire traiter dans des unités de désintoxication autorisées par le ministère des Anciens Combattants. Tout cela était payé par le ministère. Il est paradoxal qu'on ait prescrit un traitement pour défaire ce traitement.

We've had patients who have been hospitalized, who have suffered from psychotic episodes. Many psychiatric emergency physicians have asked us what happened with our patients and why they were completely intoxicated. There's a lack of control. Things have happened far too quickly. That's why I referred to a tsunami. We've never had the time to reflect, to stop and realize that we can't tolerate this. There may be a place for cannabis, but we have to find it.

What I think right now is that this is an experimental treatment. It's becoming a first-line treatment for some of our patients. We go directly to cannabis. We don't want to consider other approaches that are difficult but are recognized. Even though those therapies are tough, they're recognized by the science. There are more than 200 or 300 studies showing that exposure therapies are effective. They are definitely hard, but they can work.

Senator McIntyre: Dr. Auger, I understand that your clinic is part of the network of operational stress injury clinics. However, here's a December 2017 newspaper article that states that the team at the Clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel in Quebec City sent a letter to Veterans Affairs Canada in 2016 expressing its concerns, citing, and I quote:

... [the] comments of patients who used high doses in order to provide cannabis to family members and friends or to resell it.

What did you mean by that? Are these isolated cases or does this involve a significant number of patients?

Dr. Auger: I didn't count them, but these are things that were happening often enough to become troubling. I had to explain to patients that they had not been entitled to offer cannabis to family members since that was illegal. I had to explain to them that, from a legal standpoint, it was prescribed for them.

People weren't aware. I heard that people were even reselling cannabis. I haven't done any research on that, but we've heard it enough at the clinic that it concerns us. When you refer to that letter, that's the policy that was prepared in 2016. That's precisely the letter I sent to the clinical network at Veterans Affairs Canada and to our own hospital to state our recommendations.

Senator McIntyre: Do you think that reducing the amount of cannabis reimbursed by Veterans Affairs Canada to 3 grams solved that potential problem?

On a eu des patients qui ont été hospitalisés, qui ont fait des psychoses. De nombreux médecins des urgences psychiatriques nous ont demandé ce qui se passait avec nos patients et pourquoi ils étaient complètement intoxiqués. Il y a un manque de contrôle. Les choses sont allées beaucoup trop vite. C'est pour cette raison que j'ai parlé d'un tsunami. On n'a jamais eu le temps de réfléchir et de s'arrêter en se disant qu'on ne peut pas tolérer cela. Il y a peut-être une place pour le cannabis, mais il faut la trouver.

À mon avis, actuellement, il s'agit d'un traitement expérimental. Pour certains de nos patients, cela devient un traitement de première ligne. On va directement vers le cannabis. On ne veut pas tenir compte des autres approches qui sont difficiles, mais qui sont reconnues. Même si les thérapies sont difficiles, elles sont reconnues par la science. Les thérapies d'exposition, il y a au-dessus de 200 ou de 300 études qui démontrent leur efficacité. C'est sûr que c'est difficile, mais ça peut fonctionner.

Le sénateur McIntyre : Docteur Auger, je comprends que votre clinique fait partie du réseau de Cliniques pour traumatismes liés au stress opérationnel. Cela dit, dans un article journalistique de décembre 2017, on affirme que l'équipe de la Clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel de Québec a envoyé une lettre à Anciens Combattants Canada, en 2016, exprimant ses inquiétudes en ce qui concernait, et je cite :

[les] témoignages de patients qui utilisaient des doses élevées pour fournir du cannabis aux membres de leur famille et à leurs amis ou encore en faire la revente.

Qu'entendiez-vous par cela? S'agit-il de cas isolés ou d'un nombre important de patients?

Dr Auger : Je n'ai pas fait le calcul, mais ce sont des choses qui se produisaient assez souvent pour que ça devienne inquiétant. Je devais expliquer aux patients qu'ils n'avaient pas le droit d'offrir du cannabis aux membres de leur famille puisque c'était illégal. Je devais leur expliquer que, légalement, c'était prescrit pour eux.

Les gens n'étaient pas au courant. J'ai entendu dire que des gens faisaient même la revente de cannabis. Je n'ai pas fait de recherches là-dessus, mais on l'a assez entendu dans toute la clinique pour que ça nous inquiète. Lorsqu'on fait référence à cette lettre-là, il s'agit de la politique qu'on a préparée en 2016. C'est exactement cette lettre que j'avais envoyée dans le réseau des cliniques, à Anciens Combattants Canada et dans notre propre hôpital pour indiquer nos recommandations.

Le sénateur McIntyre : Estimez-vous que le fait d'avoir réduit à 3 grammes le montant de cannabis remboursé par Anciens Combattants Canada a corrigé ce problème potentiel?

Dr. Auger: I think it improved the situation because we've stopped prescribing extreme dosages of 10 grams of cannabis. There are virtually no such cases now. Some individuals will wind up with more than 3 grams. I'm not saying that's perfect, but, as a result of this limit, there are fewer major and unusual incidents and hospitalizations for psychotic episodes resulting from cannabis treatment. This is still a problem, but I admit it has enabled us to take a step back and not put patients in situations where they have to choose their treatment. We're in a better position to keep them and encourage them to take part in other treatments and reduce their cannabis consumption.

[English]

Senator McIntyre: My next question is addressed to both witnesses. Are there gender considerations to take into account with respect to the use of medical cannabis?

I notice you are smiling.

Are there indications cannabis could affect men and women differently? Do men and women face different barriers with regard to the use of medical cannabis?

Dr. Passey: That's a really great question. We don't know. Most of the studies are done on males and they are not necessarily looking at differences.

The majority of members that serve are male not female. I don't have a lot of women who are on marijuana. Having said that, I'm always concerned if they get pregnant, that's a big issue in regards to the fetus-brain development. If they are breastfeeding, again it's an issue. Those are things I would talk about.

Maybe my colleague would know more about that. Right now, as far as I'm aware, we don't know of a difference. Size does make a difference. It's distributed through the fat, and in fat in women versus males, there is a difference. I would expect there would be a difference, but I'm not aware of any studies. There haven't been enough is the problem.

Senator McIntyre: I'd like to go back to the question I asked Dr. Auger a while ago regarding patients using high doses to supply cannabis to their family members and friends or to resell it. Have you come across that situation?

Dr. Passey: I personally have not. Have I heard of it? Yes, I have. Do I suspect it? It may be occurring. Again, I keep a fairly close eye on most of my patients regarding marijuana.

Dr Auger : À mon avis, cela l'a tout de même amélioré, parce qu'on n'a plus les dosages extrêmes de 10 grammes de cannabis. Il n'y en a presque plus. Certaines personnes vont compléter avec plus de 3 grammes de cannabis. Je ne dis pas que c'est parfait, mais en raison de cette limite, il y a moins d'événements majeurs et hors du commun et d'hospitalisations dans des contextes de psychose secondaire au traitement par le cannabis. Ça reste une problématique, mais je vous avoue que ça nous a permis de prendre un certain recul et de ne pas mettre les patients dans des situations où ils doivent choisir leur traitement. On est plus à même de les garder, de les amener à participer à d'autres traitements et à diminuer leur consommation de cannabis.

[Traduction]

Le sénateur McIntyre : Ma prochaine question s'adresse aux deux témoins. Doit-on tenir compte de facteurs liés au sexe dans le cas de l'utilisation du cannabis thérapeutique?

Je remarque que vous souriez.

Y a-t-il des indications selon lesquelles le cannabis pourrait avoir des effets différents chez les hommes et chez les femmes? Les hommes et les femmes font-ils face à des obstacles différents lors de l'utilisation du cannabis thérapeutique?

Dr Passey : C'est une excellente question. Nous ne le savons pas. La plupart des études sont menées sur des hommes et on ne cherche pas nécessairement les différences.

La majorité des militaires en service sont des hommes, et non des femmes. Je n'ai pas un grand nombre de patientes qui utilisent la marijuana. Cela dit, je suis toujours inquiet si elles tombent enceintes, car c'est un gros problème pour le développement du cerveau du fœtus. Si elles allaitent, c'est un autre problème. Je parlerais de ces choses.

Mon collègue en sait peut-être davantage sur le sujet. Actuellement, à ma connaissance, nous ne savons pas s'il y a une différence. La taille fait une différence. En effet, le produit se répand dans le gras, et il y a une différence entre le gras des femmes et des hommes. Je m'attendrais à ce qu'il y ait une différence, mais je n'ai jamais entendu parler d'aucune étude à cet égard. Le problème, c'est qu'on n'a pas mené suffisamment d'études sur la question.

Le sénateur McIntyre : J'aimerais revenir à la question que j'ai posée au Dr Auger au sujet des patients qui utilisent des doses élevées pour approvisionner les membres de leur famille et leurs amis ou pour revendre le produit. Avez-vous fait face à cette situation?

Dr Passey : Personnellement, je n'ai pas eu à faire face à cette situation. Ai-je entendu parler de cette situation? Oui. Ai-je des soupçons? Cela peut arriver. Encore une fois, je surveille assez étroitement la plupart de mes patients qui consomment de la marijuana.

The stuff you would sell would be high THC. I don't have a large number of veterans on high THC. They may be on both where they use CBD during the daytime and some THC at night. I have probably two or three with high THC. That may be a difference of metabolism or what their need is. I'm not personally aware of any.

We may have different patient populations. I have had one patient since 2008 who developed a psychosis in all the patients I have assessed and treated with marijuana. The reason he did that is he doubled his dose without me knowing. Once we cut it down to the dose I had suggested, the psychosis went away.

I'm not seeing hospitalizations. I know there are veterans who attend clinics. A GP gives up to three grams and they get the prescription and away they go. I don't do that. I don't think that's good medicine. You need to follow those patients on an ongoing basis and look for the very things my colleague has spoken about as far as potential side effects.

[Translation]

The Chair: I have a few questions before I close the meeting. Dr. Auger, according to your research, there is a desire to minimize the euphoric feelings that some veterans get, and the term "medical" is used. Isn't that a factor that facilitates cannabis use? As you mentioned, sometimes it's difficult to provide follow-up care under this kind of treatment.

Dr. Auger: I'm not sure I understand the question.

The Chair: You said that the drug is designated as "medical." Is that designation a factor that facilitates cannabis use but prevents you from providing follow-up care to the patient?

Dr. Auger: Yes, I called it that because it's ultimately not something that's under medical supervision. It's allowed in our part of the country, but there's no control. I can't call it a medical treatment because there's no medical follow-up. I agree with Dr. Passey. If treatment is provided, there has to be follow-up. It's essential, and it's not being done in this case.

The Chair: My question is for Dr. Passey. You mentioned the savings that can be achieved when the Canadian Armed Forces reimburse the cost of cannabis treatment. Isn't it all interconnected? You prescribe cannabis, it's reimbursed by the Armed Forces, and it saves money, but doesn't that increase the cost of other drugs that are reimbursed by the Armed Forces?

Le produit qui serait revendu a une teneur élevée en THC. Je n'ai pas un grand nombre de patients anciens combattants qui utilise une teneur élevée en THC. Il se peut qu'ils utilisent le CBD pendant la journée et un peu de THC pour la nuit. J'ai probablement deux ou trois patients qui utilisent une teneur élevée en THC. Cela peut être attribuable à un métabolisme ou à des besoins différents. Je ne suis personnellement pas au courant d'aucun cas de ce genre.

Nous avons peut-être des groupes de patients différents. Depuis 2008, parmi tous les patients que j'ai évalués et traités avec de la marijuana, un seul a fait une psychose, et c'est arrivé parce qu'il a doublé sa dose sans m'avertir. Lorsqu'on a réduit sa dose à la quantité que j'avais suggérée, les psychoses ont cessé.

Je n'ai vu aucune hospitalisation. Je sais que des anciens combattants consultent des cliniques. Un omnipraticien leur prescrit jusqu'à 3 grammes et les laisse partir. Je ne fais pas cela. Je ne crois pas que c'est une bonne façon de pratiquer la médecine. En effet, il faut suivre ses patients continuellement et chercher les signes d'effets secondaires potentiels que mon collègue a décrits.

[Français]

Le président : Avant de clore la séance, j'aurais quelques questions. Docteur Auger, dans vos recherches, on dit qu'on veut minimiser le sentiment d'euphorie obtenu par certains vétérans, et on utilise l'appellation thérapeutique. Est-ce que ce n'est pas un élément qui a facilité la consommation du cannabis? Comme vous l'avez mentionné, il est parfois difficile de faire des suivis avec ce genre de thérapies.

Dr Auger : Je ne suis pas certain d'avoir bien compris la question.

Le président : Vous parlez d'une appellation thérapeutique. Est-ce que cette appellation thérapeutique est un élément qui facilite la consommation du cannabis, mais qui ne vous permet pas d'assurer un suivi comme tel auprès du patient?

Dr Auger : Oui, je l'ai appelée comme ça parce que, en fin de compte, ce n'est pas quelque chose qui est sous supervision médicale. Dans notre coin de pays, c'est autorisé et, ensuite, il n'y a plus de contrôle. Je ne peux pas appeler cela un traitement médical, parce qu'il n'y a pas de suivi médical. Je suis d'accord avec le Dr Passey. S'il y a un traitement, il faut qu'il y ait un suivi. C'est essentiel. Ça ne se faisait pas dans ce cas-là.

Le président : Ma question s'adresse au Dr Passey. Vous avez parlé des économies qui peuvent être réalisées lorsque les Forces armées canadiennes remboursent le traitement au cannabis. Est-ce que cela n'a pas un effet de vases communicants? On prescrit du cannabis, remboursé par les forces armées; c'est plus économique, mais, à ce moment-là, est-

[English]

Dr. Passey: Let me make a quick correction. The Armed Forces doesn't pay for cannabis. It's not done. It would be Veterans Affairs.

The point I was making was that Veterans Affairs saved a whole lot of money by cutting back. Part of the rationale for that was the cost, but also they weren't seeing any difference in the prescription rates and costs of the other medications. My concern is it's misleading because they weren't actually looking at veterans who were on medication and then prescribed cannabis. What happened to those other medications?

Almost every patient I have ever treated with cannabis, their other medication have gone down. Is there an overall cost savings? I don't know because I don't know what the other medications cost. Nobody has looked at that. Cannabis is not cheap. It's \$8.50 a gram. That's what VAC will pay for it. For the opioids and anti-depressants, the costs add up. I don't think there would be an overall saving with the cannabis, but I do think they have to take into account the decrease of these other medications when cannabis is added to the treatment regime.

[Translation]

The Chair: I'd like to close with a topical question for our two guests. Do you think the authorized sale of recreational cannabis, at prices that will be quite low in Quebec and elsewhere, could put downward pressure on purchases of medical cannabis?

Dr. Auger: That's an excellent question that's very hard to answer. The issue of social acceptability often arises. People tell me, "I want to use cannabis, but I don't want to be arrested by the police." If that acceptability is there, perhaps people won't come and ask us for prescriptions. They'll simply go and purchase their cannabis in the same way they purchase beer on Friday night.

[English]

Dr. Passey: It's an excellent question. There are approximately 292,000 people in Canada using cannabis for medicinal purposes. Part of the problem is the regulations and quality assurance et cetera that are necessary when you are prescribing a medicinal product. So that keeps the medicinal side high. However, scale of production — again I'm not an economic expert — but I happen to be working with a company

ce que cela ne pourrait pas faire augmenter le coût d'autres médicaments qui sont remboursés par l'armée?

[Traduction]

Dr Passey : Permettez-moi d'apporter une petite correction. Les Forces canadiennes ne remboursent pas le cannabis. Cela ne se fait pas. C'est Anciens Combattants Canada qui s'en occupe.

Le point que je faisais valoir, c'est qu'Anciens Combattants Canada a épargné beaucoup d'argent en effectuant des réductions. On a justifié cela en partie par les coûts, mais c'était aussi parce qu'on n'observait aucune différence entre les taux de prescription et les coûts d'autres médicaments. Ce qui me préoccupe, c'est que ce résultat est trompeur, car on n'a pas tenu compte des anciens combattants qui prenaient des médicaments et qui ont ensuite obtenu une prescription de cannabis. Qu'est-il arrivé à ces autres médicaments?

Presque tous les patients que j'ai traités avec du cannabis ont diminué les autres médicaments qu'ils utilisaient. Épargne-t-on de l'argent, au bout du compte? Je ne le sais pas, car je ne connais pas le prix des autres médicaments. Personne n'a examiné cela. Le cannabis coûte cher; il coûte 8,50 \$ le gramme. C'est ce qu'Anciens Combattants Canada paie pour le cannabis. À cela s'ajoutent les coûts des opioïdes et des antidépresseurs. Je ne crois pas que le cannabis permettrait d'épargner de l'argent au bout du compte, mais je crois qu'il faut tenir compte de la diminution de l'utilisation d'autres médicaments lorsque le cannabis est ajouté au traitement.

[Français]

Le président : J'aimerais terminer par une question d'actualité pour nos deux invités. Croyez-vous que la vente autorisée de cannabis récréatif, dont les prix, entre autres au Québec, seront assez bas, pourrait avoir un effet à la baisse sur l'achat de cannabis thérapeutique?

Dr Auger : C'est une excellente question à laquelle il est très difficile de répondre. Souvent, il y a la question de l'acceptabilité sociale. Des gens m'ont dit : « Moi, je veux consommer du cannabis, mais je ne veux pas me faire arrêter par la police. » S'il y a cette acceptabilité, peut-être que les gens ne viendront pas nous demander une ordonnance. Ils vont tout simplement aller acheter leur cannabis comme on achète une petite bière le vendredi soir.

[Traduction]

Dr Passey : C'est une excellente question. Au Canada, environ 292 000 personnes utilisent le cannabis à des fins thérapeutiques. Une partie du problème concerne les règlements, l'assurance de la qualité et d'autres éléments qui sont nécessaires lorsqu'on prescrit un produit thérapeutique. Cela contribue donc à faire augmenter le prix du produit thérapeutique. Toutefois, en ce qui concerne l'échelle de production... Encore une fois, je ne

that we are putting together called veterans initiative program. We are looking at things such as the cost of marijuana. We are interested in medicinal marijuana and the oils particularly.

There will be certainly a market adjustment to the cost. The major producers are really scaling up; 350,000 square feet of production. It's happening all through B.C. and I expect through Canada. There should be a reduction in costs on the recreational side. Hopefully that will bring down the medicinal side. But, again, if you are using the oils, there is extraction, purification and a bunch of things which are necessary to go that route. So will it bring it down? Absolutely.

For instance, in Canada a pound of cannabis right now is approximately \$3,800. I can get the same cannabis in Africa for a dollar. So, there is the possibility of absolutely bringing down the cost.

[*Translation*]

The Chair: If there are no further questions, we will adjourn. Thanks to our two guests, Dr. Auger and Dr. Passey, for their excellent testimony.

(The committee adjourned.)

suis pas un expert en économie, mais je travaille à la création d'une entreprise appelée le programme d'initiative des anciens combattants. Nous examinons des choses comme le prix de la marijuana. Nous nous intéressons à la marijuana thérapeutique et surtout aux huiles.

Il y aura certainement un ajustement des prix sur le marché. En effet, les principaux producteurs augmentent grandement leur production, jusqu'à 350 000 pieds carrés de production. Cela se produit dans l'ensemble de la Colombie-Britannique et, je présume, d'un bout à l'autre du Canada. Le prix du cannabis à des fins récréatives devrait donc diminuer. Nous espérons que cela fera également diminuer le prix du cannabis thérapeutique. Encore une fois, si vous utilisez les huiles, il faut tenir compte de l'extraction, de la purification et d'autres étapes qui sont nécessaires pour les produire. En résumé, cela fera-t-il à diminuer les coûts? Certainement.

Par exemple, au Canada, une livre de cannabis coûte environ 3 800 \$. Je peux obtenir le même cannabis en Afrique pour 1 \$. Il est donc tout à fait possible de faire diminuer les coûts.

[*Français*]

Le président : S'il n'y a pas d'autres questions, nous allons lever la séance. Je remercie nos deux invités, le Dr Auger et le Dr Passey, pour leur excellent témoignage.

(La séance est levée.)

WITNESSES

As individuals:

Dr. Greg Passey, Psychiatrist;

Dr. Édouard Auger, Psychiatrist (by video conference).

TÉMOINS

À titre personnel :

Dr Greg Passey, psychiatre;

Dr Édouard Auger, psychiatre (par vidéoconférence).