

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Autorisation de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété :

ORIENTATION PRÉLIMINAIRE

Septembre 2014

Ce document d'orientation a été rédigé au nom du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) par les membres des comités de programme sur la médecine de la dépendance et la douleur chronique, en collaboration avec les membres des comités de programme sur la santé de l'enfant et de l'adolescent, sur les soins de maternité et de périnatalité, sur la santé mentale, sur les soins palliatifs et sur la médecine respiratoire de la Section des médecins de famille avec intérêts particuliers ou pratique ciblée du CMFC.

©Le Collège des médecins de famille du Canada 2014. Tous droits réservés.

Citation suggérée :

Collège des médecins de famille du Canada. *Autorisation de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété : Orientation préliminaire du Collège des médecins de famille du Canada*. Mississauga ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2014.

Renonciation

Ce document a été rédigé par le CMFC dans le but de fournir une orientation préliminaire, plutôt qu'exhaustive, en fonction de ce que l'on sait à l'heure actuelle sur la consommation de cannabis à certaines fins médicales. Le cannabis séché n'est pas une drogue ni un médicament homologué au Canada, et l'information contenue dans le présent document ne doit aucunement être interprétée comme un appui à l'utilisation de ce produit, ou du cannabis en général, par le CMFC.

Le contenu de ce document est fourni à des fins d'information et de formation au sujet d'un nouveau domaine de pratique n'ayant pas fait l'objet d'études. Il ne vise pas à remplacer les conseils d'un médecin. Les patients doivent toujours consulter leur médecin pour obtenir des renseignements précis sur des sujets de santé personnels, ou un autre professionnel pertinent afin de tenir compte de leurs propres circonstances.

Le CMFC n'accepte aucune responsabilité civile ou juridique découlant d'une erreur ou d'une omission ou de l'utilisation de l'information contenue dans le présent document.

Il est strictement interdit de reproduire le logo du CMFC ou de créer un hyperlien vers ce document à des fins commerciales.

Communiquez avec nous

Le Collège des médecins de famille du Canada est heureux de recevoir vos commentaires.

Nous veillons à ce que les recommandations contenues dans ce document d'orientation continuent de refléter les plus récentes données probantes et d'incorporer l'expertise pratique des membres du CMFC qui les utilisent.

Nous serons heureux de recevoir toute suggestion d'ajout ou de modification à ce document. Tous les commentaires reçus seront considérés pour inclusion dans une version révisée du guide, dont la publication est prévue pour l'hiver 2015.

Veillez faire parvenir vos suggestions à healthpolicy@cfpc.ca.

Le Collège des médecins de famille du Canada

2630, avenue Skymark
Mississauga (Ontario) L4W 5A4
Téléphone : 905 629-0900
Courriel : info@cfpc.ca

Nous sommes sur le Web : www.cfpc.ca

Table des matières

Introduction	iv	Tableau 3. Manifestations cliniques de trouble de consommation de cannabis chez les patients souffrant de douleur chronique	12
Méthodes	1	Tableau 4. Outil CAGE-AID*	13
Comment consulter ce document	2	Évaluation, surveillance et arrêt du cannabis	13
A. Résumé des recommandations	3	Recommandation 8	13
Principes généraux	3	Recommandation 9	13
Prévention du mauvais usage et intervention	4	Stratégies de prévention des méfaits	14
Évaluation, surveillance et arrêt	4	Recommandation 10	14
Stratégies de prévention des méfaits	4	Recommandation 11	14
Communication avec les patients et les consultants	4	Tableau 5. Conseils aux patients en matière de sécurité et de réduction des méfaits.....	15
Ajustement de la dose	5	Communication avec les patients et les consultants	16
B. Discussion et données à l'appui	5	Recommandation 12	16
Principes généraux	5	Tableau 6. Messages aux patients qui ne sont pas d'accord avec votre décision de refuser d'autoriser le traitement par le cannabis.....	16
Recommandation 1	5	Recommandation 13	17
Recommandation 2	5	Posologie	17
Recommandation 3	6	Recommandation 14	17
Recommandation 4	6	Recommandation 15	20
Recommandation 5	8	Tableau 7. Souches contenant 9 % de THC ou moins, par producteur autorisé*	20
Recommandation 6	9	Conclusions	21
Tableau 1. Politiques d'autorisation du cannabis séché adoptées par les organismes provinciaux de réglementation.....	10	Remerciements	22
Tableau 2. Échantillon d'une entente de participation au traitement	11	Références	23
Prévention du mauvais usage et intervention	12		
Recommandation 7	12		

Introduction

Le Règlement sur la marijuana à des fins médicales (RMFM)¹, adopté par Santé Canada et entré en vigueur le 1^{er} avril 2014, permet à un médecin de signer un document médical autorisant au patient l'accès à une quantité précise d'une plante de cannabis séché, et sa distribution, que les patients se procurent auprès d'un producteur autorisé. Le format et la fonction du document médical sont comparables à ceux d'une ordonnance. Toutefois, le cannabis séché se démarque des produits d'ordonnance, car Santé Canada n'a pas examiné les données sur son innocuité ou son efficacité et ne l'a pas homologué pour l'usage thérapeutique.

Cette situation place les médecins de famille dans une situation difficile : on nous demande d'autoriser à nos patients l'accès à un produit dont l'utilisation est étayée par peu de données, et en l'absence de surveillance réglementaire et d'homologation.

Pour résoudre cette situation, le présent document offre aux médecins de famille une orientation préliminaire sur l'autorisation de l'usage de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété, dans l'attente de lignes directrices officielles. Bien que le RMFM s'en tienne à l'usage à des fins médicales sans préciser de diagnostic, l'équipe de rédaction a choisi de se concentrer sur les domaines cliniques de la douleur chronique et de l'anxiété, car ce sont probablement les affections les plus courantes pour lesquelles un patient demande l'autorisation à son médecin de famille d'utiliser le cannabis.

La recherche montre que le cannabis séché est une substance psychotrope puissante capable de produire des effets cognitifs aigus et chroniques. Ses effets aigus sont la déformation perceptive, le déficit cognitif, l'euphorie et l'anxiété². L'usage chronique de cannabis séché serait lié à des déficits neuropsychologiques persistants, même après une période d'abstinence^{3,4}. Le patient pourrait rapporter un bienfait initial après avoir fumé le cannabis et, comme c'est le cas avec plusieurs substances psychotropes, telles qu'alcool, opioïdes, benzodiazépines et cocaïne, obtenir un soulagement temporaire de la douleur et de l'anxiété. Ces produits ont aussi le potentiel de nuire en affaiblissant la mémoire et la fonction cognitive, en détériorant le rendement professionnel ou scolaire et en perturbant les relations sociales. Avant d'autoriser l'usage de cannabis, les médecins de famille doivent se demander si les données sont suffisantes pour démontrer que les bienfaits thérapeutiques attendus sur la santé du patient l'emportent sur les torts potentiels. Aussi, la poursuite du traitement par le cannabis n'est justifiée que si le médecin qui en autorise l'usage constate une amélioration satisfaisante de la douleur, du fonctionnement et/ou de la qualité de vie du patient, et qu'il ne perçoit aucun signe que le patient soit à risque de mauvais usage ou de méfait.

Méthodes

Le présent document a été rédigé par les membres des comités de programme sur la médecine de la dépendance et la douleur chronique de la Section des médecins de famille avec intérêts particuliers ou pratique ciblée (IPPC) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), en collaboration avec d'autres membres des comités de programme d'IPPC, dont : santé de l'enfant et de l'adolescent, soins de maternité et de périnatalité, santé mentale, soins palliatifs et médecine respiratoire. Les comités de programme du CMFC sont composés de membres ayant un intérêt particulier, et souvent une grande expertise, dans un domaine clinique précis, pertinent à la pratique de la médecine familiale.

Le document repose sur un recensement des écrits et une revue des données probantes sur des sujets précis liés à l'efficacité, à l'innocuité et aux effets secondaires du cannabis. L'équipe de rédaction reconnaît les travaux de Kahan et collab.⁵, qui ont été adaptés dans la rédaction du présent document. Le matériel y apparaît avec la permission de l'éditeur, *Médecin de famille canadien*.

Les membres des comités de programmes participants ont collaboré à la rédaction d'une série d'ébauches, lesquelles ont été révisées par une équipe éditoriale. Un sous-groupe de l'équipe éditoriale a rédigé le document final au nom des participants. La version finale du document a été soumise au groupe aux fins de consensus avant sa publication.

Les recommandations sont cotées ainsi : Niveau I (en fonction d'études ou de méta-analyses contrôlées et bien conçues), Niveau II (études d'observation bien conçues) ou Niveau III (opinion d'experts; aux fins du présent document, consensus parmi les membres du comité de rédaction au nom du CMFC).

Comme mentionné plus haut, le document a été produit dans un contexte plutôt extraordinaire : l'autorisation d'une substance pour laquelle l'absence d'études cliniques est criante, un domaine de pratique médicale particulièrement difficile (douleur et toxicomanie), le grand intérêt des patients (souvent jumelé à un intérêt beaucoup moins grand pour les données probantes), l'absence de réglementation et surtout, l'empressement de fournir aux médecins de famille des paramètres de base pour les guider dans le traitement sécuritaire de leurs patients.

Les personnes nommées dans les **Remerciements** ont accepté que leur nom apparaisse dans la liste des contributeurs, car ce document :

- devait de toute urgence combler l'écart en matière de connaissances dans un domaine controversé de la pratique dépourvue des mécanismes de soutien habituels;
- fournir une orientation préliminaire alors que le CMFC entreprend un processus rigoureux visant à fournir des lignes directrices de pratique clinique formelles et des activités de développement professionnel continu.

Terminologie

Marijuana à des fins médicales : Ce terme est populaire, mais flou. Il désigne d'une manière générale le cannabis séché délivré, ou obtenu autrement, et utilisé sous supervision à des fins médicales ou à des fins d'automédication. Dans un contexte scientifique, le terme « cannabis séché » est préférable.

Cannabis séché/cannabis : Ces termes sont interchangeables pour parler de la substance dont il est question dans le présent document : le produit qu'un patient pourrait acheter d'un producteur autorisé, en vertu de la RMFM, s'il ou elle est en possession d'un document l'autorisant à l'obtenir.

Cannabinoïdes pharmaceutiques : Ce terme désigne les médicaments d'ordonnance nabilone (Cesamet) et nabiximols (Sativex). Marinol (dronabinol) a déjà été disponible, mais a été retiré du marché canadien par le fabricant.

Document médical : Santé Canada utilise ce terme pour décrire le formulaire tenant lieu d'ordonnance que le médecin remplit et signe afin d'autoriser l'accès des patients au cannabis séché auprès de producteurs autorisés. Santé Canada fournit un **exemplaire de document médical** sur son site Web⁶.

Comment consulter ce document

Ce document se divise en deux parties. La première, « **A. Résumé des recommandations** » trace les grandes lignes des recommandations, décrivant sous forme abrégée le nouveau contexte en développement dans lequel se trouvent les médecins de famille en ce qui a trait à la « marijuana à des fins médicales » :

- La réglementation fédérale déléguant au médecin la responsabilité de donner accès à cette substance non réglementée;
- Les données probantes limitées à ce jour sur les effets et l'efficacité du cannabis utilisé en clinique;
- Le degré auquel les données probantes découlant des études sur les cannabinoïdes pharmaceutiques peuvent être appliquées au cannabis séché, et vice-versa;
- Les exigences des autorités réglementaires médicales provinciales auxquelles les médecins doivent se soumettre lorsqu'ils signent un document médical sur le cannabis;
- Les enjeux et questions qui surviennent lors des conversations parfois difficiles entre les médecins et les patients au sujet du cannabis.

La deuxième partie, « **B. Discussion et données à l'appui** » discute plus en détail de ces sujets. Elle décrit :

- ce que nous savons jusqu'ici sur les bienfaits et les méfaits potentiels du cannabis sur diverses populations et pour le traitement de différentes affections, avec une attention portée sur la douleur et l'anxiété;
- la réglementation et les suggestions de meilleures pratiques pour autoriser l'accès d'un patient au cannabis et la continuité de cet accès.

Elle décrit également les ressources pratiques à utiliser en pratique clinique, dont :

- les messages pour les patients;
- les outils pour dépister le mauvais usage et les patients à risque de dépendance;
- un exemplaire d'entente de participation à un traitement;
- les calculs d'information sur les souches disponibles auprès des producteurs autorisés;
- les calculs de la posologie.

Dans les sections A et B, les recommandations sont groupées en deux catégories :

- Principes généraux (recommandations 1-6);
- Prévention du mauvais usage et intervention (recommandation 7);
- Évaluation, surveillance et arrêt (recommandations 8 et 9);
- Stratégies de prévention des méfaits (recommandations 10 et 11);
- Communication avec les patients et les consultants (recommandations 12 et 13);
- Ajustement de la dose (recommandation 14 et 15).

A. Résumé des recommandations

Cette section donne un aperçu des recommandations. Pour accéder à la discussion et aux données cliniques liées à une recommandation en particulier, cliquer sur l'[hyperlien](#) dans le titre.

Principes généraux

Recommandation 1

Aucune donnée probante issue de la recherche n'étaye l'autorisation du cannabis séché pour le traitement des affections douloureuses couramment traitées en soins primaires, comme la fibromyalgie ou la lombalgie (Niveau III). L'autorisation de cannabis séché doit être envisagée exclusivement pour les patients souffrant de douleur neuropathique réfractaire aux traitements classiques (Niveau I).

Recommandation 2

S'il envisage d'autoriser le cannabis séché pour le traitement de la douleur neuropathique, le médecin doit d'abord faire l'essai adéquat a) d'autres thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques et b) de cannabinoïdes pharmaceutiques (Niveau I).

Recommandation 3

Le cannabis séché n'est pas un traitement approprié de l'anxiété ni de l'insomnie (Niveau II).

Recommandation 4

Le cannabis séché n'est pas approprié pour les patients qui :

- a) ont moins de 25 ans (Niveau II)
- b) présentent des antécédents personnels ou de forts antécédents familiaux de psychose (Niveau II)
- c) présentent un trouble de consommation de cannabis actuel ou antérieur (Niveau III)
- d) présentent un trouble de consommation de substances actives (Niveau III)
- e) sont atteints d'une maladie cardiovasculaire (angine, vasculopathie périphérique, maladie cérébrovasculaire, arythmies) (Niveau III)
- f) sont atteints d'une maladie respiratoire (Niveau III)
- g) sont enceintes, prévoient le devenir ou allaitent (Niveau II)

Recommandation 5

L'accès au cannabis séché doit être autorisé *avec prudence* aux patients qui :

- a) présentent un trouble actif concomitant anxieux ou de l'humeur (Niveau II)
- b) fument du tabac (Niveau II)
- c) présentent des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (Niveau III)
- d) font une grande consommation d'alcool ou qui prennent de fortes doses d'opioïdes ou de benzodiazépines ou d'autres sédatifs sur ordonnance ou en vente libre (Niveau III)

Recommandation 6

Lorsqu'ils autorisent l'accès au cannabis séché, les médecins doivent respecter les règlements de l'organisme de réglementation médicale de leur province (Niveau III).

Prévention du mauvais usage et intervention

Recommandation 7

Les médecins doivent évaluer et surveiller tous les patients qui suivent un traitement par le cannabis afin d'éviter le mauvais usage ou l'usage abusif potentiel (Niveau III).

Évaluation, surveillance et arrêt

Recommandation 8

Avant de signer un document médical autorisant l'accès au cannabis séché pour soulager la douleur, le médecin doit avoir fait tout ce qui suit :

- a) Une évaluation de la douleur (Niveau II)
- b) Une évaluation du patient pour un trouble anxieux ou de l'humeur (Niveau II)
- c) Un test de dépistage et une évaluation pour un trouble de consommation de substances (Niveau II)

Recommandation 9

Le médecin doit surveiller régulièrement la réponse du patient au traitement par le cannabis séché, en tenant compte du fonctionnement du patient et de sa qualité de vie, en plus du soulagement de la douleur (Niveau III). Le médecin doit retirer l'autorisation s'il n'est pas évident que le traitement est efficace ou si ce dernier est nuisible au patient (Niveau III).

Stratégies de prévention des méfaits

Recommandation 10

Il faut conseiller aux patients qui consomment le cannabis séché de ne pas prendre le volant pendant au moins :

- a) quatre heures après l'inhalation (Niveau II)
- b) six heures après l'ingestion orale (Niveau II)
- c) huit heures après l'inhalation ou l'ingestion orale si le patient est euphorique (Niveau II)

Recommandation 11

Lorsque le médecin autorise l'accès d'un patient au cannabis séché, il doit mettre ce dernier au courant des stratégies de réduction des méfaits (Niveau III).

Communication avec les patients et les consultants

Recommandation 12

Le médecin doit gérer les désaccords avec les patients au sujet des décisions concernant l'autorisation, la posologie ou les autres problèmes à l'aide d'énoncés non équivoques et factuels (Niveau III).

Recommandation 13

Le médecin qui autorise le cannabis pour une indication clinique en particulier doit être la principale personne responsable des soins concernant cette affection et du suivi régulier du patient (Niveau III). Les médecins qui souhaitent obtenir un deuxième avis concernant l'usage clinique potentiel du cannabis pour leur patient ne doivent communiquer qu'avec des établissements qui répondent aux normes de qualité des soins habituellement appliquées aux cliniques spécialisées de gestion de la douleur (Niveau III). Dans les deux cas, il est essentiel que, s'il n'est pas le médecin principal du patient, le médecin qui autorise l'accès au cannabis communique régulièrement avec le médecin de famille qui dispense des soins complets, globaux et continus au patient (Niveau III).

Ajustement de la dose

Recommandation 14

Étant donné la faiblesse des données étayant un bienfait et les risques connus de l'usage de cannabis, le seul conseil raisonnable que l'on puisse donner aux médecins qui autorisent l'accès au cannabis séché est « Commencez lentement et allez-y lentement » (Niveau III).

Recommandation 15

Bien que le RMFM ne l'exige pas, les médecins doivent préciser le pourcentage de THC sur le document médical de toutes les autorisations d'accès au cannabis séché, tout comme ils préciseraient la posologie d'un analgésique sur une ordonnance (Niveau III).

B. Discussion et données à l'appui

Principes généraux

RECOMMANDATION 1

Aucune donnée probante issue de la recherche n'étaye l'autorisation du cannabis séché pour le traitement des affections douloureuses couramment traitées en soins primaires, comme la fibromyalgie ou la lombalgie (Niveau III). L'autorisation de cannabis séché doit être envisagée exclusivement pour les patients souffrant de douleur neuropathique réfractaire aux traitements classiques (Niveau I).

À ce jour, cinq études contrôlées se sont penchées sur le cannabis séché dans le traitement de la douleur neuropathique chronique⁷⁻¹¹. Ces études étaient de petite envergure, incluaient des patients qui avaient déjà fumé le cannabis et leur durée était de 1 à 15 jours. Le statut fonctionnel, la qualité de vie et autres paramètres d'évaluation importants n'ont pas été mesurés. Les bienfaits thérapeutiques et les manifestations indésirables n'ont jamais fait l'objet d'une comparaison directe avec les traitements classiques ou les préparations de cannabinoïde pharmaceutique pour ces indications.

L'efficacité et l'innocuité du cannabis séché n'ont pas été étudiées dans le contexte des affections douloureuses, telles que la fibromyalgie et la lombalgie. Aucune étude contrôlée portant sur le cannabis séché dans le traitement de l'arthrose n'a été menée, et la Société canadienne de rhumatologie ne sanctionne pas le recours au cannabis séché dans le traitement de la fibromyalgie ou de l'arthrose¹². Le nabilone, un cannabinoïde pharmaceutique par voie orale s'appuie sur des données étayant ses bienfaits pour ces affections, quoique les données soient plus faibles que celles des traitements oraux de premier recours^{13,14}. On conseille aux médecins de famille de recommander d'autres traitements s'appuyant sur davantage de données d'innocuité et d'efficacité pour ces affections.

RECOMMANDATION 2

S'il envisage d'autoriser le cannabis séché pour le traitement de la douleur neuropathique, le médecin doit d'abord faire l'essai adéquat a) d'autres thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques et b) de cannabinoïdes pharmaceutiques (Niveau I).

Il existe de nombreux traitements pharmacologiques ou non pharmacologiques ayant démontré leur efficacité dans le traitement de la douleur neuropathique et il faut faire l'essai de ces traitements établis avant de passer aux cannabinoïdes. L'efficacité des cannabinoïdes pharmaceutiques par voie orale et buccale est étayée par

beaucoup plus de données que ne l'est le cannabis séché dans le traitement de la douleur neuropathique¹⁵⁻²⁰, quoique, mis à part Sativex (indiqué pour la douleur neuropathique associée à la sclérose en plaques ou au cancer), il s'agit d'une utilisation non approuvée de ces médicaments. Les données probantes portent à croire que les cannabinoïdes par voie orale sont également plus sûrs, présentent un risque plus faible de dépendance et leurs effets cognitifs sont plus légers^{19,21-27}.

En attendant les recherches plus poussées, le cannabis séché est assujéti aux mêmes contre-indications et précautions que les cannabinoïdes pharmaceutiques. Les patients qui font la demande de cannabis, mais refusent de faire l'essai de cannabinoïdes pharmaceutiques pourraient utiliser le cannabis pour ses effets euphoriques plutôt qu'analgésiques.

RECOMMANDATION 3

Le cannabis séché n'est pas un traitement approprié de l'anxiété ni de l'insomnie (Niveau II).

Autant que nous le sachions, il n'existe pas d'étude contrôlée sur l'utilisation du cannabis séché dans le traitement des troubles anxieux. Il existe cependant un lien étroit et constant entre l'utilisation du cannabis et l'anxiété et les troubles de l'humeur, mais le lien causal n'a pas été établi²⁸⁻³⁸. L'usage aigu de cannabis peut en effet déclencher des crises d'anxiété et de panique³⁹, et les études menées sur des animaux et des volontaires humains laissent croire que de fortes doses de cannabis intensifient l'anxiété⁴⁰. L'usage de cannabis aggraverait les déficiences d'ordre psychiatrique chez les patients atteints d'un trouble anxieux^{36,41,42}.

Le tétrahydrocannabinol (THC) contenu dans le cannabis est lié à l'anxiété⁴¹ et cette relation semble être bidirectionnelle^{43,44}. Les médecins devraient tenir compte de la concentration en THC du cannabis disponible et envisager d'autoriser, ou non, une souche moins concentrée pour les patients anxieux⁴⁵. Les personnes qui font un usage régulier de cannabis pourraient ressentir des symptômes précoces de sevrage du cannabis, y compris une exacerbation de l'anxiété lorsqu'ils s'abstiennent; les symptômes de sevrage peuvent au bout du compte disparaître avec l'abandon du cannabis⁴⁶.

Les données appuyant l'emploi des cannabinoïdes pharmaceutiques dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie sont plus robustes que celles appuyant l'emploi du cannabis séché. Des essais de petite envergure ont montré que le nabilone par voie orale améliore le sommeil chez les patients atteints de fibromyalgie ou d'un état de stress post-traumatique^{13,47}. Un extrait de cannabidiol pur par voie orale a soulagé les symptômes d'anxiété sociale⁴⁸.

RECOMMANDATION 4

Le cannabis séché n'est pas approprié pour les patients qui :

- a) ont moins de 25 ans (Niveau II)
- b) présentent des antécédents personnels ou de forts antécédents familiaux de psychose (Niveau II)
- c) présentent un trouble de consommation de cannabis actuel ou antérieur (Niveau III)
- d) présentent un trouble de consommation de substances actives (Niveau III)
- e) sont atteints d'une maladie cardiovasculaire (angine, vasculopathie périphérique, maladie cérébrovasculaire, arythmies) (Niveau III)
- f) sont atteints d'une maladie respiratoire (Niveau III)
- g) sont enceintes, prévoient le devenir ou allaitent (Niveau II)

Patients de moins de 25 ans (Niveau II)

Les jeunes qui fument le cannabis présentent un risque plus élevé que les adultes âgés de méfaits psychosociaux liés au cannabis, dont des idées suicidaires, une consommation de drogues illicites, un trouble de consommation de cannabis et un déficit cognitif prolongé^{4,33,49-52}.

Patients qui présentent des antécédents actuels, antérieurs ou de forts antécédents familiaux de psychose (Niveau II)

Les études d'observation ont fait ressortir un lien constant entre la consommation de cannabis dans l'adolescence et la psychose persistante⁵³⁻⁶⁰.

Patients qui présentent un trouble actuel ou antérieur de consommation de cannabis (Niveau III)

On doit conseiller aux patients qui ressentent de la douleur et qui sont aux prises avec un trouble de consommation de cannabis d'arrêter le cannabis et ces patients doivent être recommandés à un traitement de la toxicomanie.

Patients atteints d'un trouble actif de consommation de substances (Niveau III)

L'accès au cannabis séché ne devrait pas être autorisé aux patients dont l'usage d'alcool, d'opioïdes ou d'autres drogues est problématique.

Patients atteints d'une maladie cardiovasculaire (Niveau III)

L'emploi de cannabis a des effets physiologiques aigus, comme l'hypertension, la tachycardie, la libération de catécholamines et la constriction vasculaire⁶¹⁻⁶⁴. Des cas de jeunes subissant des événements cardiovasculaires peu après avoir fumé le cannabis ont été signalés⁶⁵⁻⁶⁷.

Patients atteints d'une maladie respiratoire (Niveau III)

Le fait de fumer de grandes quantités de cannabis serait un facteur de risque indépendant d'affaiblissement de la fonction respiratoire et de maladie pulmonaire obstructive chronique^{68,69}.

Le fait de fumer des cannabinoïdes a accru le risque d'obstruction bronchique et d'hyperinflation, mais le lien avec l'emphysème macroscopique est plus faible⁷⁰. L'emploi de cannabis est associé à un risque accru de cancer du poumon⁷¹ et de cancer de la tête et du cou⁷². Les symptômes respiratoires associés au cannabis séché sont notamment la respiration sifflante (sauf durant un rhume), l'essoufflement à l'effort, les réveils nocturnes pour cause d'oppression thoracique et la production matinale d'expectorations⁷³.

La profondeur de l'inhalation et la durée à laquelle la respiration est retenue sont habituellement plus importantes lorsqu'une personne fume la marijuana que lorsqu'elle fume la cigarette. Cela signifie que l'exposition aux produits chimiques de la fumée est plus grande avec le cannabis qu'elle ne l'est avec les cigarettes, même si la personne fume moins fréquemment. Le fumeur de cannabis, par exemple, se retrouve avec cinq fois plus de monoxyde de carbone dans le sang que le fumeur de tabac⁷¹.

Patientes enceintes, qui prévoient le devenir ou qui allaitent (Niveau II)

Les données préliminaires établissent un lien entre la consommation de cannabis durant la grossesse et les anomalies de neurodéveloppement chez les nourrissons⁷⁴. Le cannabis passe dans le lait maternel; il est donc contre-indiqué chez les femmes qui allaitent.

RECOMMANDATION 5

L'accès au cannabis séché doit être autorisé avec prudence aux patients qui :

- a) présentent un trouble actif concomitant anxieux ou de l'humeur (Niveau II)
- b) fument le tabac (Niveau II)
- c) présentent des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (Niveau III)
- d) font une grande consommation d'alcool ou qui prennent de fortes doses d'opioïdes ou de benzodiazépines ou d'autres sédatifs sur ordonnance ou en vente libre (Niveau III)

Patients atteints actuellement d'un trouble anxieux ou de l'humeur (Niveau II)

Les médecins doivent être prudents lorsqu'ils autorisent le cannabis aux patients atteints d'un trouble actif anxieux ou de l'humeur, pour les raisons expliquées à la [Recommandation 3](#). Si les patients souffrant d'anxiété et de douleur neuropathique en concomitance sont autorisés à suivre un traitement par le cannabis, i) la dose doit être faible afin d'éviter de déclencher l'anxiété; ii) le fournisseur devrait envisager d'indiquer sur le document médical des souches à faible teneur en THC ou contenant du cannabidiol seulement (CBD seulement); iii) il faut mettre un terme au traitement par le cannabis si l'anxiété ou l'humeur du patient s'aggrave.

Fumeurs de tabac (Niveau II)

Même après le contrôle des résultats en fonction du tabagisme, le fait de fumer le cannabis a été lié au cancer du poumon⁷⁵ et à la bronchite chronique. Il faut recommander fortement aux patients qui fument la cigarette de consommer le cannabis sous forme de vaporisation plutôt que sous forme de cigarette.

Patients qui présentent des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (Niveau III)

Il est conseillé aux médecins d'être extrêmement prudents lorsqu'ils autorisent l'accès au cannabis séché aux patients qui présentent des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (voir la [Recommandation 4e](#)). La dose doit être faible, et il faut encourager le patient à le prendre par vaporisation ou par voie orale plutôt que de le fumer.

Grands usagers d'alcool, ou usagers de fortes doses d'opioïdes ou de benzodiazépines (Niveau III)

La consommation de cannabis peut aggraver le déficit cognitif causé par les opioïdes, les benzodiazépines, d'autres sédatifs et l'alcool⁷⁶. Il faut conseiller aux patients qui consomment le cannabis séché de consommer l'alcool avec modération, et les médecins devraient envisager de réduire graduellement la dose chez les patients qui prennent de fortes doses d'opioïdes ou de benzodiazépines^{77,78}.

RECOMMANDATION 6

Lorsqu'ils autorisent l'accès au cannabis séché, les médecins doivent respecter les règlements de l'organisme de réglementation médicale de leur province (Niveau III).

De nombreux organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation ont publié des politiques sur l'autorisation du cannabis⁷⁹. Ces organismes conseillent aux médecins d'effectuer une évaluation détaillée et de faire l'essai de solutions conventionnelles avant de remettre au patient un document médical autorisant le cannabis. Les exigences additionnelles, qui varient considérablement d'une province à l'autre, apparaissent au **Tableau 1** ci-après. Les médecins doivent prendre connaissance de la politique intégrale adoptée par l'organisme de réglementation de leur province avant de signer un document médical autorisant le cannabis.

Conflits d'intérêts

Les médecins doivent être exempts de tout intérêt financier dans une compagnie qui produit la marijuana à des fins médicales, et doivent respecter le code de déontologie de l'organisme de réglementation de leur province en matière de conflits d'intérêts potentiels. Normalement, et comme décrit dans le RMFM, le producteur autorisé fait parvenir le cannabis séché au patient par messagerie. Dans des circonstances extraordinaires (si, par exemple, le patient n'a pas d'adresse postale), le médecin peut recevoir et entreposer le cannabis séché. Il est conseillé de discuter des mesures de cette nature avec les organismes provinciaux de réglementation.

Autorisations

Plusieurs provinces demandent aux médecins de :

- mentionner l'affection médicale du patient sur le document médical;
- s'inscrire auprès de l'organisme de réglementation comme signataire autorisé de cannabis;
- faire parvenir un exemplaire du document médical à l'organisme de réglementation, et/ou de conserver les documents médicaux dans un dossier séparé pour inspection.

Certaines provinces précisent que seul le médecin traitant de l'affection du patient peut remplir un document médical autorisant le cannabis, de manière à ce que le traitement ait lieu dans le contexte le plus bénéfique possible des soins complets, globaux et continus. Une relation médecin-patient continue est également importante dans le contexte de télémédecine — soit lorsque le patient et le médecin doivent communiquer par interface plutôt que face à face. Pour cette raison, l'autorisation de cannabis séché par un médecin qui ne participe pas habituellement aux soins du patient et qui utilise la télémédecine est problématique; le médecin ayant signé l'autorisation est contraint de surveiller la réponse au traitement, l'apparition de manifestations indésirables et de signes et symptômes de dépendance sans être physiquement présent auprès du patient. Cela soulève des questions au sujet de la possibilité d'atteindre ces normes de qualité de soins dans le contexte d'une relation par télémédecine.

Documentation et consentement

Plusieurs organismes de réglementation recommandent que le patient signe une entente écrite de participation au traitement (voir le **Tableau 2**), que le médecin documente les tentatives faites avec d'autres traitements et que le patient soit conscient des risques liés au cannabis séché. Ils recommandent également une réévaluation du patient tous les trois mois.

Évaluation et surveillance du mauvais usage de cannabis

Plusieurs organismes provinciaux de réglementation conseillent aux médecins d'utiliser un outil standardisé pour évaluer le risque de dépendance d'un patient, et d'avoir une procédure ou un protocole en place pour détecter le mauvais usage de cannabis.

Tableau 1. Politiques d'autorisation du cannabis séché adoptées par les organismes provinciaux de réglementation

Exigences s'appliquant aux médecins	Organismes de réglementation médicale (Collèges ou Conseils provinciaux)						
	CB	AB	SK	MB	QC	NB	TNL
Conflits d'intérêts							
Ne peut faire une demande pour devenir un producteur autorisé		●			●		
Ne doit pas entreposer, fournir, ni délivrer la marijuana		●	●	●	●		
Ne doit pas avoir un intérêt financier ou de gestion dans un distributeur ou un producteur autorisé			●				●
Ne doit pas recevoir de gain personnel de la prestation d'un service non-médical						●	
Autorisations	BC	AB	SK	MB	QC	NB	NL
L'affection du patient doit apparaître sur le document médical		●	●	●			
S'inscrire auprès de l'organisme de réglementation comme signataire autorisé de cannabis séché		●					
Fournir une copie du document médical à l'organisme de réglementation		●	●				
Envoyer l'original du document médical au producteur autorisé, en donner une copie au patient et en déposer une autre copie dans le dossier du patient					●		
Consulter les bases de données d'ordonnances afin de déterminer l'usage de médicaments du patient	●	●					
Conserver tous les documents médicaux dans un dossier séparé pour inspection par le Collège			●	●	●		
Ne peut signer un document médical autorisant l'accès au cannabis à un patient que s'il ou elle est la principale personne traitant l'affection du patient			●	●			●
Ne peut autoriser le cannabis par télémédecine	●						
Tenir un registre des patients sous cannabis afin de les inviter à participer aux projets de recherche sur la base de données					●		
Consentement et documentation	CB	AB	SK	MB	QC	NB	TNL
Aviser le patient que le cannabis ne peut être autorisé que dans le cadre du projet de recherche sur la base de données					●		
Demander au patient de lire le document d'information destiné aux patients					●		
Demander au patient de signer une entente écrite de traitement			●		●		
Demander au patient de signer un formulaire de consentement	●				●		
Consigner que le patient a été mis au courant des risques et des bienfaits, et que d'autres traitements ont été essayés	●	●	●	●			●
Évaluer le patient au moins tous les trois mois		●			●		
Évaluation et surveillance	CB	AB	SK	MB	QC	NB	TNL
Remplir le formulaire d'évaluation et de suivi accessible sur le site Web de l'organisme de réglementation					●		
Mauvais usage de cannabis	CB	AB	SK	MB	QC	NB	TNL
Évaluer le risque de dépendance à l'aide d'un outil standardisé	●	●					●
Mettre en place un protocole d'identification du mauvais usage		●		●			●

Source : Consortium canadien pour l'investigation des cannabinoïdes, www.ccic.net/index.php?home_fr&lng=fr. Date de consultation : le 17 juin 2014.

Pour de plus amples renseignements, voir les déclarations et exigences les plus récentes de l'organisme provincial de réglementation sur le site Web du CMFC, au http://www.cfpc.ca/la_marijuana_therapeutique/.

Tableau 2. Échantillon d'une entente de participation au traitement

Puisque nous prenons très au sérieux nos responsabilités liées à l'autorisation et à la supervision de l'usage de marijuana (cannabis séché) à des fins médicales, nous vous demandons de lire, de comprendre et de signer le présent formulaire.

1. Je demande au D^r _____, MD, de signer un document médical, en vertu du règlement RMFM de Santé Canada, afin que je puisse utiliser la marijuana en toute légalité pour traiter mon affection.
2. Je consens à recevoir un document médical pour la marijuana d'un seul médecin, le D^r _____, MD.
3. Je consens à ne pas consommer plus de marijuana que la dose autorisée par le D^r _____, MD. Je ne demanderai pas un renouvellement avant la date de renouvellement entendue.
4. Je consens à ne pas remettre ma marijuana à une autre personne, pour un usage personnel ou pour la vente. Je sais que la distribution de la marijuana pour la revente est une activité illégale.
5. Je sais que la consommation de marijuana est liée à la psychose chez les personnes dont la croissance du cerveau n'est pas terminée. Ainsi, je m'assurerai qu'aucune personne de moins de 25 ans n'ait accès à ma marijuana.
6. Je consens à entreposer ma marijuana de façon sûre.
7. Je sais que la consommation de marijuana avec d'autres substances, surtout des sédatifs, peut causer des méfaits, voire la mort. Je ne prendrai pas de drogues illégales (p. ex., cocaïne, héroïne) ni des substances contrôlées (p. ex., narcotiques, stimulants, pilules d'anxiété) ne m'ayant pas été prescrites.
8. Je n'utiliserai pas de substances contrôlées ayant été prescrites par un autre médecin, à moins que le D^r _____, MD soit au courant.
9. Je consens à me soumettre à des tests (p. ex., dépistage de drogue dans l'urine) lorsque mon médecin en fait la demande.
10. Je consens à me rendre au bureau du médecin et à me soumettre à une évaluation médicale au moins tous/toutes les ____ (mois ou semaines).
11. Je comprends que Santé Canada a autorisé l'accès à la marijuana en vertu d'un document médical signé par un médecin pour le traitement de certaines affections médicales, mais malgré cela, Santé Canada n'a pas approuvé la marijuana comme un médicament homologué au Canada.
12. Je comprends que mon médecin pourrait ne pas connaître tous les risques associés à l'usage d'une substance non approuvée par Santé Canada, comme la marijuana.
13. Je consens à communiquer à mon médecin, le D^r _____, MD, toute expérience d'altération de l'état mental ou toute manifestation indésirable possible liée à la consommation de la marijuana.
14. J'accepte l'entière responsabilité pour tous les risques associés à la consommation de la marijuana, y compris le vol, l'altération de l'état mental et les effets secondaires du produit.
15. Je sais qu'il est déconseillé de consommer de la marijuana durant la grossesse et l'allaitement. Je consens à informer mon médecin, le D^r _____, MD, si je deviens enceinte.
16. Je sais que fumer une substance peut nuire à ma respiration et peut causer des complications médicales. Je vais éviter de fumer la marijuana et de la mélanger au tabac. Je consens à consommer ma marijuana seulement sous vaporisation ou sous forme de produit comestible.
17. Je suis conscient que mon médecin pourrait mettre fin à l'autorisation de marijuana pour mon affection s'il ou elle juge que le risque médical ou mental ou les effets secondaires sont trop élevés.
18. Je consens à consulter un spécialiste ou thérapeute pour mon affection, à la demande de mon médecin.
19. Je consens à éviter de prendre le volant d'un véhicule ou d'être aux commandes de machinerie lourde pendant au moins 4 heures après ma consommation de marijuana, et plus longtemps si je sens que les effets négatifs sur ma capacité de conduire persistent.
20. En vertu du règlement RMFM de Santé Canada, je consens à acheter ma marijuana exclusivement d'un producteur autorisé. Je suis conscient qu'il est illégal de posséder de la marijuana obtenue auprès d'autres sources.
21. Je sais que toute activité criminelle possible liée à ma consommation de marijuana peut faire l'objet d'une enquête par les autorités judiciaires et que des accusations criminelles peuvent être portées. Durant une enquête, les autorités judiciaires ont le droit de prendre connaissance de mes renseignements médicaux sur présentation d'un mandat.
22. Suivre les modalités du présent contrat est une des conditions que je dois accepter pour avoir accès à mon traitement par la marijuana. Je comprends que si j'enfreins les modalités de cette entente, mon médecin pourrait cesser d'autoriser mon usage de cannabis.
23. Le D^r _____ MD a le droit de discuter des problèmes liés à mes soins de santé avec d'autres professionnels de la santé ou membres de ma famille, s'il juge qu'en définitive, ma sécurité l'emporte sur mon droit à la confidentialité.

Nom du patient en caractères d'imprimerie

Signature du patient

Date

Signature du praticien

Prévention du mauvais usage et intervention

RECOMMANDATION 7

Les médecins doivent évaluer et surveiller tous les patients qui suivent un traitement par le cannabis afin d'éviter le mauvais usage ou l'usage abusif potentiel (Niveau III).

Tous les patients qui utilisent régulièrement le cannabis séché doivent être surveillés de près et évalués régulièrement pour tout trouble de consommation de cannabis. Les manifestations cliniques du trouble de consommation du cannabis figurent au [Tableau 3](#). Les patients chez qui on soupçonne l'existence d'un trouble de consommation de cannabis doivent savoir que leur humeur et leur fonctionnement s'amélioreraient probablement s'ils mettaient un terme à leur consommation ou la réduisaient. Les patients qui sont incapables d'arrêter ou de réduire leur consommation doivent être recommandés à un traitement de la toxicomanie. L'accès au cannabis ne doit pas être autorisé aux patients dont la consommation actuelle de cannabis, d'alcool ou d'autres drogues est problématique (voir la [Recommandation 5d](#)).

Tableau 3. Manifestations cliniques de trouble de consommation de cannabis chez les patients souffrant de douleur chronique

- Insiste pour obtenir un document médical autorisant le cannabis séché plutôt que de faire l'essai d'autres traitements dont on connaît l'efficacité pour son affection
- Consomme du cannabis tous les jours ou presque, et passe beaucoup de temps non productif à cette activité
- A un piètre fonctionnement scolaire, professionnel et social
- Est actuellement dépendant d'autres substances (autre que le tabac) ou en fait un mauvais usage
- Présente des facteurs de risque de trouble de consommation de cannabis : est jeune, présente actuellement un trouble anxieux ou de l'humeur, ou des antécédents de toxicomanie ou de mauvais usage
- Rapporte avoir de la difficulté à arrêter ou à réduire sa consommation
- Rapporte des symptômes de sevrage du cannabis après une journée ou plus d'abstinence : anxiété intense, fatigue
- Sa famille ou ses amis s'inquiètent de sa consommation de cannabis

Avant d'autoriser un patient à utiliser le cannabis, le médecin doit obtenir l'anamnèse détaillée de la consommation actuelle et antérieure de substances, y compris de cannabis, d'alcool, de tabac, d'opioïdes et de benzodiazépines d'ordonnance et de drogues illégales, telles l'héroïne et la cocaïne. Plusieurs organismes de réglementation médicale recommandent d'utiliser un outil standardisé pour évaluer le risque de dépendance. Le questionnaire CAGE-AID⁸⁰ est un exemple d'outil simple à utiliser ([Tableau 4](#)). L'évaluation initiale peut aussi compter un test de dépistage de drogues dans l'urine.

Si la consommation de substances d'un patient n'est pas problématique et celui-ci entreprend un traitement par le cannabis, on conseille au médecin de demander au patient, à chaque visite, s'il ressent des effets cognitifs ou d'altération de l'humeur, et s'il observe les recommandations posologiques et utilise une autre substance. Il est aussi conseillé de procéder périodiquement à un test de dépistage de drogues dans l'urine.

Il faut mettre un terme à l'autorisation d'utiliser le cannabis si le patient :

- épuise sa réserve plus tôt que prévu ou utilise du cannabis obtenu d'autres sources;
- commence à consommer de l'alcool, des opioïdes ou d'autres drogues de façon problématique;
- commence à montrer des signes de trouble de consommation de cannabis.

Tableau 4. Outil CAGE-AID

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous déjà pensé à réduire votre consommation d'alcool ou de drogues? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Êtes-vous agacé lorsqu'on critique votre consommation d'alcool ou de drogues? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous êtes-vous déjà senti mal ou coupable au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogue? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous déjà pris un verre ou de la drogue en vous levant le matin pour vous calmer les nerfs ou traiter la « gueule de bois »? |

Score : Une réponse « positive » indique le besoin d'une évaluation plus en profondeur. Il est aussi conseillé d'obtenir un test de dépistage de drogues dans l'urine.

Source : Brown RL et collab. *Wis Med J* 1995;94:135-140.

Évaluation, surveillance et arrêt

RECOMMANDATION 8

Avant de signer un document médical autorisant l'accès au cannabis séché pour soulager la douleur, le médecin doit avoir fait tout ce qui suit :

- a) une évaluation de la douleur (Niveau II)
- b) une évaluation du patient pour un trouble anxieux ou de l'humeur (Niveau II)
- c) un test de dépistage et une évaluation pour un trouble de consommation de substances (Niveau II)

Le médecin doit demander au patient d'évaluer sa douleur sur une échelle de 0 à 10, et de décrire l'impact de la douleur sur les activités quotidiennes, y compris le sommeil. Le médecin doit aussi évaluer l'humeur du patient et obtenir une anamnèse détaillée de la consommation actuelle et antérieure de substances, y compris de cannabis, d'alcool, de tabac, d'opioïdes et de benzodiazépines d'ordonnance et de drogues illégales, telles l'héroïne et la cocaïne. Plusieurs organismes provinciaux de réglementation médicale (les ordres provinciaux responsables d'octroyer un permis) recommandent d'utiliser un outil standardisé pour évaluer le risque de dépendance; le questionnaire CAGE-AID est un exemple d'outil validé et simple⁸¹ que les médecins peuvent utiliser ([Tableau 4](#)). Il est aussi conseillé de procéder à un test de dépistage de drogues dans l'urine, et il faut demander au patient de lire et de signer une entente de participation au traitement ([Tableau 2](#)).

RECOMMANDATION 9

Le médecin doit surveiller régulièrement la réponse du patient au traitement par le cannabis séché, en tenant compte du fonctionnement du patient et de sa qualité de vie, en plus du soulagement de la douleur (Niveau III). Le médecin doit retirer l'autorisation s'il n'est pas évident que le traitement est efficace ou si ce dernier est nuisible au patient (Niveau III).

Aux visites de suivi, le médecin doit réévaluer les effets du cannabis sur le fonctionnement du patient et son score de douleur.

Nombreuses sont les drogues psychotropes présentant un potentiel d'usage abusif qui atténuent temporairement la perception de la douleur sans pour autant améliorer le fonctionnement. Tous les

analgésiques agissant sur le système nerveux central peuvent également causer de la sédation, de l'euphorie ou un déficit cognitif. Afin d'autoriser ou de continuer d'autoriser le cannabis séché aux fins d'analgésie, le médecin doit être aussi certain qu'il le serait lorsqu'il prescrit d'autres analgésiques que ses bienfaits potentiels l'emportent sur les risques potentiels.

Le traitement par le cannabis séché doit être réévalué et possiblement arrêté dans les circonstances suivantes :

- L'analgésie est insuffisante ou l'amélioration du fonctionnement du patient est piètre ou non existante (certains patients qui ressentent de la douleur continuent de se plaindre de douleur intense même lorsque leur fonctionnement s'améliore).
- Le traitement n'améliore pas le sommeil, l'humeur, le fonctionnement et/ou la qualité de vie.
- Le patient présente des manifestations indésirables comme l'affaiblissement de la mémoire, la sédation, la fatigue et une aggravation du fonctionnement.
- Le patient présente des manifestations cliniques de trouble de consommation de cannabis (**Tableau 3**), comme épuiser sa réserve plus tôt que prévu ou utiliser du cannabis obtenu d'autres sources.

Stratégies de prévention des méfaits

RECOMMANDATION 10

Il faut conseiller aux patients qui consomment le cannabis séché de ne pas prendre le volant pendant au moins

- a) quatre heures après l'inhalation (Niveau II)
- b) six heures après l'ingestion orale (Niveau II)
- c) huit heures après l'inhalation ou l'ingestion orale si le patient est euphorique (Niveau II)

La consommation de cannabis avant de prendre le volant est un facteur de risque indépendant d'accidents de véhicules motorisés⁸²⁻⁸⁶. Il faut conseiller aux patients d'éviter de prendre le volant pendant au minimum quatre heures après l'inhalation ou au minimum six heures après l'ingestion orale⁸⁷; ils devraient s'abstenir de conduire pendant huit heures s'ils sont euphoriques⁸⁸.

Il convient cependant de noter que « Santé Canada est d'avis que la capacité de conduire ou de faire des activités exigeant la vigilance pourrait être affaiblie pour une période pouvant aller jusqu'à 24 heures après une seule consommation »¹².

RECOMMANDATION 11

Lorsque le médecin autorise l'accès d'un patient au cannabis séché, il doit mettre ce dernier au courant des stratégies de réduction des méfaits (Niveau III).

Certains patients considèrent le cannabis comme un produit « naturel », donc plus sûr que les produits pharmaceutiques. Ils ne sont peut-être pas conscients qu'il est important de suivre les recommandations posologiques du cannabis séché, à l'instar de n'importe quel autre traitement, et que certaines voies d'administration sont plus sûres et plus précises que d'autres.

Par exemple, vaporiser le cannabis semble être plus sûr que le fumer (combustion), car la vapeur contient moins d'éléments toxiques⁸⁹. La vaporisation d'herbe de cannabis a aussi été évaluée dans le cadre d'essais cliniques⁹⁰. Un vaporisateur est d'ailleurs approuvé à titre de dispositif médical au Canada (le Volcano Medic)⁹¹. Cependant, les effets d'innocuité à long terme des techniques non réglementées de vaporisation de cannabis (comme les cigarettes électroniques) sont inconnus pour le moment.

Il est important de s'assurer que les patients comprennent bien que les effets secondaires potentiels du cannabis, comme la sédation ou le déficit cognitif, peuvent avoir un impact sur leur sécurité. Comme le note la **Recommandation 10**, Santé Canada est d'avis que prendre le volant d'un véhicule ou les commandes de machinerie lourde, ou faire d'autres activités exigeant la vigilance et la coordination pourrait être dangereux pour une période pouvant aller jusqu'à 24 heures après une seule consommation, en fonction de la posologie, de la voie d'administration, de l'âge du patient et d'autres facteurs liés à la santé. Il est important de mentionner aux patients que leurs réactions à la substance et aux différentes formulations sont individuelles, et qu'il faut procéder lentement avec le traitement jusqu'à l'atteinte d'une dose efficace stable.

Nous recommandons aux médecins de remettre aux patients à qui ils autorisent l'accès au traitement par le cannabis séché des documents informatifs, comme les stratégies qui figurent au **Tableau 5**.

Tableau 5. Conseils aux patients en matière de sécurité et de réduction des méfaits

- Utilisez la dose la plus faible possible.
- Ne retenez pas votre respiration ou ne prenez pas plus de cannabis que la dose prescrite par votre médecin.
- Nous recommandons que vous ingérez (c'est-à-dire mangiez) votre cannabis ou le consommiez dans un vaporisateur plutôt que le fumer, afin de réduire le risque d'exposition aux toxines produites par la combustion de cannabis dans une cigarette. Cela est important pour vous protéger d'une maladie cardiaque ou pulmonaire.
- Ne consommez pas le cannabis séché avec de l'alcool ou d'autres sédatifs.
- Si vous fumez le cannabis, n'ajoutez pas de tabac dans la cigarette.
- Ne remettez ni ne vendez pas votre cannabis à d'autres personnes—c'est dangereux et illégal.
- Entreposez votre cannabis séché dans un contenant sous clé à votre domicile, hors de la portée des enfants et hors de la vue des visiteurs et des adolescents.
- Ne fumez pas le cannabis à l'intérieur de votre domicile, afin de limiter l'exposition des membres de votre famille à la fumée secondaire.
- Ne prenez pas le volant pendant au moins quatre heures après avoir consommé, peu importe la voie d'administration; et pendant au moins six heures après l'ingestion orale. De même, ne prenez pas le volant pendant au moins huit heures après avoir consommé le cannabis si vous ressentez de l'euphorie lors de la consommation.
- Ne consommez pas de cannabis, peu importe la forme, si vous êtes enceinte ou prévoyez le devenir, ou si vous allaitez.

Communication avec les patients et les consultants

RECOMMANDATION 12

Le médecin doit gérer les désaccords avec les patients au sujet des décisions concernant l'autorisation, la posologie ou les autres problèmes à l'aide d'énoncés non équivoques et factuels (Niveau III).

Les principaux messages à communiquer aux patients qui font une demande d'autorisation de cannabis sont a) le cannabis n'est pas un médicament approuvé; b) les données issues de la littérature médicale disponible à ce jour rapportant un bienfait sont limitées et elles rapportent un risque considérable de méfait lié à sa consommation (voir le [Tableau 6](#)).

Tableau 6. Messages aux patients qui ne sont pas d'accord avec votre décision de refuser d'autoriser le traitement par le cannabis

- Le cannabis séché ne vous convient pas, même si votre anxiété, ou votre douleur, est atténuée après sa consommation. Dans l'ensemble, il pourrait vous faire du tort. Il peut causer sédation et fatigue, dépression, anxiété ou déficit de la mémoire. Il peut aussi porter atteinte à votre travail, vos études ou vos relations sociales.
- Le cannabis séché s'accompagne de risques sérieux et les données à l'appui de ses bienfaits sont limitées.
- Ni Santé Canada ni aucun autre organisme médical national n'a sanctionné le cannabis séché comme médicament. Je suis médecin et je dois me plier aux normes de ma profession.
- Nous allons collaborer pour concevoir un plan thérapeutique individualisé pour vous. Il existe des traitements sûrs et efficaces pour votre affection.
- *Si le patient présente un risque élevé de méfaits liés au cannabis, p. ex., s'il est jeune ou anxieux en concomitance ou encore s'il est aux prises avec un trouble de consommation de substances* : Je suis votre médecin et je ne peux pas vous prescrire un traitement qui pourrait vous faire du mal.
- *Si le patient refuse de faire l'essai d'un cannabinoïde par voie orale avant d'envisager le cannabis séché, tentez d'établir si le patient consomme le cannabis séché pour ses effets sur l'humeur* : Si ces médicaments n'aident pas à soulager la douleur ou à rétablir le fonctionnement, est-il possible que le cannabis vous rende euphorique et que cela semble soulager la douleur temporairement? Si c'est le cas, l'euphorie peut aussi perturber votre pensée et votre perception, ce qui peut créer plus de problèmes pour vous.
- *Si le patient est toujours insatisfait* : Je ne peux autoriser un traitement qui n'a pas fait l'objet d'études alors qu'il existe d'autres traitements efficaces et bien étudiés, qui sont plus sûrs et ont été soumis à des tests stricts de contrôle de la qualité. Je n'autoriserai pas le cannabis séché dans votre cas. Je peux vous recommander à un spécialiste de la douleur, qui vous conseillera sur les risques et bienfaits du cannabis séché pour traiter votre affection.
- *Si vous soupçonnez la présence d'un trouble de consommation du cannabis* : À mon avis, la consommation de cannabis pourrait vous causer du tort. Nous devons parler des façons de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis.
- *Si le patient rétorque que votre refus le force à acheter le cannabis illégalement* : Je vous conseille de ne pas acheter de cannabis ni aucune autre drogue dans la rue. À mon avis, la consommation de cannabis de la rue n'a aucun bienfait sur votre santé, il peut même vous nuire.

RECOMMANDATION 13

Le médecin qui autorise le cannabis pour une indication clinique en particulier doit être la principale personne responsable des soins concernant cette affection et du suivi régulier du patient (Niveau III). Les médecins qui souhaitent obtenir un deuxième avis concernant l'usage clinique potentiel du cannabis pour leur patient ne doivent communiquer qu'avec des établissements qui répondent aux normes de qualité des soins habituellement appliquées aux cliniques spécialisées de gestion de la douleur (Niveau III). Dans les deux cas, il est essentiel que, s'il n'est pas le médecin principal du patient, le médecin qui autorise l'accès au cannabis communique régulièrement avec le médecin de famille qui dispense des soins complets et continus au patient (Niveau III).

La fragmentation des soins n'est jamais souhaitable. Plusieurs organismes de réglementation (voir la [Recommandation 6](#)) ont recommandé que l'autorisation de cannabis et les soins pour une affection clinique incluant un traitement par le cannabis doivent être gérés par le principal fournisseur de soins de ce patient.

Avant de recommander un patient, le médecin doit d'abord s'assurer que la clinique :

- a) a les compétences pour soigner l'affection médicale ou psychiatrique du patient;
- b) évalue systématiquement le patient avant de recommander une intervention thérapeutique;
- c) fournit un énoncé explicite sur les politiques en vigueur à la clinique en matière d'indication, de contre-indications et de posologie pour le cannabis séché;
- d) n'est pas en situation de conflit d'intérêt financier, comme le fait d'exiger des frais au patient, ni ne participe financièrement avec un producteur autorisé de cannabis.

Le médecin traitant doit communiquer au consultant tous les renseignements pertinents sur le plan clinique concernant la consommation de substance du patient, sa santé mentale et ses antécédents en matière de douleur.

Posologie

RECOMMANDATION 14

Étant donné la faiblesse des données étayant un bienfait et les risques connus de l'usage de cannabis, le seul conseil raisonnable que l'on puisse donner aux médecins qui autorisent l'accès au cannabis séché est « Commencez lentement et allez-y lentement » (Niveau III).

La dose optimale doit soulager la douleur et améliorer la fonction, tout en causant une euphorie ou un déficit cognitif minimal. Il est nécessaire d'ajuster la dose graduellement afin d'établir l'efficacité et l'innocuité de la dose. Cela est d'importance cruciale, car comme l'a énoncé Santé Canada, même à faible dose, le cannabis à faible teneur en THC peut causer un déficit cognitif pouvant persister jusqu'à 24 heures chez certaines personnes^{2,12}.

Ce qui suit est une synthèse de ce que nous avons pu tirer des essais contrôlés disponibles sur le cannabis séché et des écrits médicaux sur les cannabinoïdes pharmaceutiques. En l'absence de données rigoureuses, nous ne pouvons assez insister sur l'importance d'épuiser toutes les autres options thérapeutiques avant d'entreprendre l'essai d'un traitement par le cannabis, de même que la nécessité de « commencer lentement et d'y aller lentement », tout en continuant de surveiller la réaction du patient au traitement.

Posologie suggérée : Commencer lentement

Il est beaucoup plus difficile de déterminer une dose sûre et efficace d'herbe de cannabis que d'un produit pharmaceutique. Puisque les usagers utilisent différents modes d'administration (inhalation comparativement à la voie orale), la variation de la dose administrée peut être très grande. Une grande variabilité de la dose d'un patient à l'autre a aussi été observée avec les cannabinoïdes pharmaceutiques⁹².

La douleur des sujets dans un essai a été soulagée avec une inhalation, trois fois par jour de cannabis contenant 9,4 % de THC. Une seule inhalation a produit un taux sérique de 45 µg/L¹¹, un taux légèrement plus faible que celui associé à l'euphorie (50–100 µg/L).

Les patients qui entreprennent un traitement par le cannabis par inhalation (fumé ou vaporisé) devraient d'abord consommer de très petites quantités d'herbe de cannabis. Les patients mesurent souvent leur « dose » en termes de bouffées; une inhalation représente donc une façon sensée et intuitive de mesurer la « dose ». Puisque la quantité de cannabinoïdes varie dans les différents produits disponibles aux patients (les profils de cannabinoïde diffèrent en fonction de la souche de cannabis), entreprendre le traitement avec une seule inhalation d'une nouvelle souche permet au patient d'explorer tranquillement les effets de la drogue. Commencer avec des souches à faible teneur en THC a beaucoup de sens, car le faible pourcentage réduit au minimum les effets cognitifs indésirables; les doses plus fortes de THC ne soulagent pas nécessairement mieux la douleur.

Puisque les documents médicaux précisent des quantités de 30 jours, et que l'autorisation entre en vigueur à la date de signature, les patients peuvent commander plusieurs grammes sur une période d'un mois; ils peuvent se procurer quelques grammes seulement en réserve de deux semaines, puis changer de souche pour les deux autres semaines. Pourvu qu'ils ne dépassent pas la limite permise sur 30 jours, et qu'ils puissent collaborer avec le producteur autorisé, les patients ont le choix d'explorer différents profils de THC et de CBD. Le producteur autorisé pourrait téléphoner au médecin ayant signé l'autorisation afin d'en confirmer les détails. Nous conseillons de demander au producteur autorisé d'émettre un avis lorsque des changements sont apportés à ce que le médecin a autorisé (voir la **Recommandation 15**).

Il existe de nombreux rapports de patients devant utiliser des quantités plus importantes d'herbe de cannabis dans les jus (c.-à-d. la macération dans un malaxeur avec des liquides) ou dans les produits comestibles; l'information est insuffisante pour étayer ces rapports.

Les calculs suivants sont fournis à titre de considérations pharmacocinétiques préliminaires, en fonction de plusieurs hypothèses.

La quantité de cannabinoïdes actifs administrée au patient qui fait usage d'herbe de cannabis dépend de plusieurs facteurs, dont le contenu en cannabinoïde de la source et la voie d'administration, de même que des facteurs génétiques et métaboliques liés au patient. De toute évidence, les deux premiers facteurs sont ajustables; la teneur en THC et en CBD de l'herbe est standardisée par les producteurs autorisés en vertu du RMFM et les médecins doivent suggérer aux patients de commencer avec des concentrations faibles de THC. Le RMFM ne permet actuellement que l'herbe de cannabis séché, et non n'importe quelle forme d'extrait ou de produit comestible oral; les patients peuvent aussi choisir leur voie d'administration. Ici, le médecin doit faire un choix difficile : l'inhalation peut signifier la vaporisation, au sujet de laquelle l'information est limitée, ou la combustion (fumer), qui n'est certainement pas idéale, mais demeure le moyen d'auto-administration du cannabis le plus répandu.

Il est utile de se pencher sur certains points généraux concernant ces techniques d'inhalation afin d'orienter les discussions et les décisions.

- D'après les estimations de l'OMS, un « joint » contient en moyenne 500 mg (0,5 g) d'herbe de cannabis. En revanche, une cigarette contient habituellement 1 g de tabac.
- Les études portant sur le cannabis fumé pour le traitement de la douleur neuropathique proposent que les doses efficaces varient d'une inhalation, trois fois par jour de 25 mg d'herbe de cannabis contenant 9,4 % de THC dans une pipe¹¹ à 9 inhalations d'un « joint » de 900 mg d'herbe de cannabis contenant 7 % de THC^{7,8}. Cela se traduit en données actuelles pour une dose inhalée quotidienne de 100-700 mg de cannabis séché dont le contenu en THC atteint 9 %.
- Il convient de souligner que dans toutes les études, l'incidence des manifestations indésirables s'est accrue proportionnellement aux taux de THC,

Dans l'unique étude effectuée à ce jour sur le cannabis vaporisé dans le traitement de la douleur neuropathique, la quantité d'herbe placée dans le vaporisateur était de 800 mg et les sujets ont pris entre 8 et 12 inhalations dans le sac du vaporisateur sur deux heures⁹⁰. Encore une fois, les effets analgésiques ont été notés à des concentrations faibles de THC et les manifestations indésirables se sont accrues proportionnellement au taux de THC du cannabis administré.

La plupart des études portant sur la consommation fumée ou vaporisée de cannabis ont eu recours à une procédure d'inhalation normalisée : inhaler lentement pendant 5 secondes, retenir la respiration pendant 10 secondes, puis expirer doucement.

En attendant la publication de plus d'information sur la dose et les systèmes d'administration, ces données rudimentaires peuvent être utilisées pour fournir au patient les conseils et informations ci-dessous :

1. On leur conseille de penser à vaporiser plutôt que fumer le cannabis.
2. Ils doivent consommer le cannabis par inhalation dans un endroit bien aéré, privé et calme.
3. L'autorisation de cannabis séché concerne la teneur en THC efficace la plus faible disponible.
4. Ils doivent commencer un nouveau produit avec une seule inhalation lente, et attendre quatre heures avant d'en apprécier les effets complets.
5. Ils doivent faire plusieurs essais avec une seule inhalation d'un produit en particulier puis de discuter de leur réponse avec leur médecin avant de décider d'augmenter le nombre d'inhalations ou le produit qu'ils commandent auprès du producteur autorisé.
6. Comme avec toutes les drogues psychotropes, les patients doivent connaître les effets sédatifs, euphorisants et modificateurs de l'humeur et y être vigilants. Ces effets peuvent survenir et présenter un risque, même à des doses très faibles.
7. Ils doivent prendre en note les effets et expériences en cours du traitement pour faciliter la discussion avec le médecin qui signe l'autorisation et les autres professionnels de la santé.

Augmenter la dose : Y aller lentement

Bien que le RMFM permette aux médecins d'autoriser jusqu'à 5,0 g de cannabis séché par patient par jour, l'on s'attend à ce que les effets analgésiques surviendront à des doses considérablement plus faible chez la plupart des patients. L'on s'attend à ce que la limite supérieure de l'utilisation sûre de cannabis séché soit de l'ordre de 3,0 g par jour, et que même à cette posologie, l'utilisation soit envisagée exclusivement dans des *conditions strictement définies* :

- Cette posologie ne doit être appliquée qu'aux utilisateurs expérimentés de cannabis séché, jamais aux patients n'ayant jamais utilisé de cannabis
- Cette posologie ne doit être établie qu'à la suite d'un processus minutieux d'évaluation de la réponse du patient à mesure que la dose est progressivement augmentée, en soupesant les bienfaits analgésiques, l'amélioration de la fonction et la présence ou l'absence de manifestations indésirables

En outre, on conseille fortement aux médecins qui envisagent d'autoriser le cannabis séché à des doses supérieures à celles étayées par les données probantes actuelles (une dose inhalée de 100–700 mg de cannabis dont le contenu en THC ne dépasse pas 9 % tous les jours) ce qui suit :

- Discuter de la décision d'augmenter la posologie pour approcher ou dépasser les 3,0 g/jour, avec un collègue expérimenté en qui vous avez confiance
- Consigner dans le dossier du patient les raisons pour augmenter la dose

RECOMMANDATION 15

Bien que le RMFM ne l'exige pas, les médecins doivent préciser le pourcentage de THC sur le document médical de toutes les autorisations d'accès au cannabis séché, tout comme ils préciseraient la posologie d'un analgésique sur une ordonnance (Niveau III).

Les concentrations de THC utilisées dans les cinq essais contrôlés sur la douleur neuropathique (voir la [Recommandation 1](#)) variaient de 1 à 9 %. Les médecins doivent savoir que les concentrations de THC dans certaines souches commerciales peuvent s'élever jusqu'à 15 % et même 30 %; ces concentrations pourraient élever le risque de déficit cognitif.

Ainsi, le document médical doit porter la mention « Fournir le cannabis séché contenant 9 % de THC ou moins. Faire parvenir l'information sur le pourcentage en THC contenu dans la souche utilisée directement au bureau du médecin. Aviser le médecin de tout changement dans la concentration de THC du produit remis au patient. »

Le document d'autorisation du RMFM exige également l'indication de la quantité quotidienne de cannabis autorisée. Comme indiqué ci-dessus ([Recommandation 14](#)), pour le moment, la littérature médicale appuie une dose quotidienne de 100–700 mg.

Le [Tableau 7](#) dresse la liste des producteurs autorisés au Canada, et le nom des souches qu'ils vendent contenant 9 % de THC ou moins.

Tableau 7. Souches contenant 9 % de THC ou moins, par producteur autorisé*

Compagnie	Variété et pourcentage de THC
Bedrocan	Bediol : 6,5 %
	Bedrolite : 0,5 %
Canna Farms	Aucune souche contenant 9 % ou moins
Cannimed	Cannimed 9,9 : 9 %
	Cannimed 1,13 : 0,7 %
Delta 9 biotech	N'inscrit pas le % de THC sur son site Web
In the Zone	N'inscrit pas le % de THC sur son site Web
Mettrum	Purple #2 : 7,9 %
	Green #1, 5 : 5,5 %
	Green #2 : 5,5 %
MedReleaf Corp	Avidekel : 1,1 %
Organigram	Ne figure pas dans la liste
Peace Naturals	Harvest Moon : 9 %
	Nina : 8 %
Thunderbird	Ne figure pas dans la liste
Tilray	Aucune souche contenant 9 % ou moins
Tweed	Argyle : 5 %
Whistler	Aucune souche contenant 9 % ou moins

*Information compilée en mai 2014
Source : Santé Canada, *Liste de producteurs autorisés en vertu du RMFM*, 2014

Conclusions

Comme mentionné plus tôt, le CMFC a rédigé ce document d'orientation en réponse à un besoin criant de ses membres pour de l'aide afin de gérer une situation extraordinaire dans leur pratique. Ils sont en effet pris entre leur désir et leur obligation de dispenser à leurs patients des soins fondés sur les données probantes et une loi qui semble, du moins aux yeux des patients, les obliger à composer avec le cannabis séché comme si c'était un médicament.

Pour cette raison, le document a été rédigé avec empressement. Nous avons confiance en l'expertise pratique et au jugement des membres qui ont participé à sa création, mais reconnaissons que les conditions cliniques qu'ils envisagent et l'absence de données probantes appuyant presque toutes les affirmations dans ce domaine rendent difficiles tous conseils absolus. Nous avons toutefois tenté de fournir des conseils les plus définitifs possible, car nous savons que les médecins de famille ne pourront éviter d'avoir à prendre des décisions lorsque leurs patients les consulteront à ce sujet.

Le Collège continuera d'appuyer les efforts fournis par Santé Canada et les autres organismes de recherche pour générer des données issues de la recherche sur la place qu'occupe le cannabis séché dans le traitement de la douleur chronique, de l'anxiété et d'une variété d'autres affections pour lesquelles son usage a été suggéré. Nous encourageons les membres du CMFC **à nous faire part** de leurs contributions et expériences alors que nous naviguons dans ce nouveau et difficile domaine thérapeutique.

Remerciements

L'équipe souligne la recherche des D^{rs} Meldon Kahan, Anita Srivastava, Sheryl Spithoff, et Lisa Bromley⁵ utilisée pour préparer ce document d'orientation. *Autorisation de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété : Orientation préliminaire du Collège des médecins de famille du Canada* est le fruit d'une collaboration entre plusieurs personnes. Toutes les personnes nommées ci-après ont revu et approuvé la version finale du manuscrit.

Comités de programme IPPC du CMFC

Les comités de programme de la Section des médecins de famille avec intérêts particuliers ou pratique ciblée suivants appuient la version finale du manuscrit :

Douleur chronique	Santé mentale
Médecine de la dépendance	Soins de maternité et de périnatalité
Médecine respiratoire	Soins palliatifs
Santé de l'enfant et de l'adolescent	

Principal groupe de rédaction

Les membres du principal groupe de rédaction ont contribué de façon considérable à la conception ainsi qu'à la recherche et à l'analyse du document, ont rédigé les versions préliminaires et revu le contenu intellectuel du document et ont approuvé la version finale pour publication.

Membres du CMFC

Sharon Cirone, MD, CCMF(MU), FCMF; présidente, Comité de programme sur la médecine de la dépendance
Ruth E. Dubin, MD, PhD, FCMF, DAPPM, DCAPM; présidente, Comité de programme sur la douleur chronique
Meldon Kahan, MD, CCMF, FCMF; membre, Comité de programme sur la médecine de la dépendance
Mark A. Ware, MBBS, MRCP(UK), MSc

Personnel du CMFC

Jamie Meuser, MD, CCMF, FCMF; directeur général, Développement professionnel continu et Soutien à la pratique
Lynn Schellenberg, BA, CPE; rédactrice/révisure (document anglais)
Lucie Hamelin, B. Sc., M.A.; révisure (document français)

Autres collaborateurs

Les personnes suivantes ont fourni des commentaires sur les versions préliminaires et ont approuvé la version finale du manuscrit.

Membres du CMFC

Alan Kaplan, MD, CCMF(MU), FCMF; président, Comité de programme sur la médecine respiratoire
Ellen Anderson, MD, MHSc; présidente, Comité de programme sur la santé mentale
Lisa Graves, MD, CCMF, FCMF; présidente, Comité de programme sur les soins de maternité et de périnatalité
Roxanne MacKnight, MD, CCMF, FCMF; membre, Comité de programme sur la santé de l'enfant et de l'adolescent
Lori Montgomery, MD, CCMF; membre, Comité de programme sur la douleur chronique
Patricia Mousmanis, MD, CCMF, FCMF; présidente, Comité de programme sur la santé de l'enfant et de l'adolescent

Personnel du CMFC

Victor Ng, MSc, MD, CCMF(MU); médecin-conseil, Programmes et Soutien à la pratique
Roy Wyman, MD, CCMF, FCMF; médecin-conseil, Programmes et Soutien à la pratique

Divulgence financière

D^r Ware a reçu un financement de recherche de Cannimed pour des essais cliniques du cannabis vaporisé pour le traitement de la douleur chronique par l'intermédiaire de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill.

Intérêts concurrents

Aucun.

Références

1. Canada. Règlement sur la marijuana à des fins médicales (DORS/2013-119). Ottawa : Ministère de la Justice; 2014. Dans : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2013-119/index.html>. Date de consultation : le 26 mai 2014.
2. Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme de Santé Canada. Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marijuana, marihuana) et les cannabinoïdes. Ottawa : Santé Canada; 2013. Dans : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-fra.php>. Date de consultation : le 13 mai 2014.
3. *Gonzalez R. Acute and non-acute effects of cannabis on brain functioning and neuropsychological performance. *Neuropsychol Rev* 2007;17(3):347-361.
4. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RS, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012;109(40):E2657-2664. Doi : 10.1073/pnas.1206820109. Epub 2012 Aug 27.
5. Kahan M, Srivastava A, Spithoff S, Bromley L. Prescribing smoked cannabis for chronic noncancer pain. Preliminary recommendations. *Can Fam Physician* 2014;9. In press.
6. Santé Canada. Médicaments et produits de santé. Exemple d'un document médical aux fins du Règlement sur la marijuana à des fins médicales. Dans : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/marihuana/info/med-fra.pdf. Date de consultation : le 12 juillet 2014.
7. Abrams DI, Jay CA, Shade SB, Vizoso H, Reda H, Press S, et collab. Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology* 2007;68(7):515-521.
8. Wilsey B, Marcotte T, Tsodikov A, Millman J, Bentley H, Gouaux B, et collab. A randomized, placebo-controlled, crossover trial of cannabis cigarettes in neuropathic pain. *J Pain* 2008;9(6):506-521. Epub 2008 Apr 10.
9. Ellis RJ, Toperoff W, Vaida F, van den Brande G, Gonzales J, Gouaux B, et collab. Smoked medicinal cannabis for neuropathic pain in HIV: a randomized, crossover clinical trial. *Neuropsychopharmacology* 2009;34(3):672-680. Epub 2008 Aug 6.
10. Corey-Bloom J, Wolfson T, Gamst A, Jin S, Marcotte TD, Bentley H, et collab. Smoked cannabis for spasticity in multiple sclerosis: a randomized, placebo-controlled trial. *CMAJ* 2012;184(10):1143-1150.
11. Ware MA, Wang T, Shapiro S, Robinson A, Ducruet T, Huynh T, et collab. Smoked cannabis for chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2010;182(14):e694-e701. Epub 2010 Aug 30.
12. Fitzcharles MA, Clauw DJ, Ste-Marie PA, Shir Y. The dilemma of medical marijuana use by rheumatology patients. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014;66(6):797-801. doi : 10.1002/acr.22267.
13. Ware MA, Fitzcharles MA, Joseph L, Shir Y. The effects of nabilone on sleep in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial. *Anesth Analg* 2010;110(2):604-610. Epub 2009 Dec 10.
14. Skrabek RQ, Galimova L, Ethans K, Perry D. Nabilone for the treatment of pain in fibromyalgia. *J Pain* 2008;9(2):164-173.
15. Barnes MP. Sativex: clinical efficacy and tolerability in the treatment of symptoms of multiple sclerosis and neuropathic pain. *Expert Opin Pharmacother* 2006;7(5):607-615.
16. Bestard JA, Toth CC. An open-label comparison of nabilone and gabapentin as adjuvant therapy or monotherapy in the management of neuropathic pain in patients with peripheral neuropathy. *Pain Pract* 2011;11(4):353-368.
17. Frank B, Serpell MG, Hughes J, Matthews JN, Kapur D. Comparison of analgesic effects and patient tolerability of nabilone and dihydrocodeine for chronic neuropathic pain: randomised, crossover, double blind study. *BMJ* 2008;336(7637):199-201. Epub 2008 Jan 8.
18. Toth C, Mawani S, Brady S, Chan C, Liu C, Mehina E, et collab. An enriched-enrolment, randomized withdrawal, flexible-dose, double-blind, placebo-controlled, parallel assignment efficacy study of nabilone as adjuvant in the treatment of diabetic peripheral neuropathic pain. *Pain* 2012;153(10):2073-2082.
19. Aragona ME, Onesti E, Tomassini V, Conte A, Gupta S, Gilio F, et collab. Psychopathological and cognitive effects of therapeutic cannabinoids in multiple sclerosis: a double-blind, placebo controlled, crossover study. *Clin Neuropharmacol* 2009;32(1):41-47.
20. Namaka M, Leong C, Grossberndt A, Klowak M, Turcotte D, Esfahani F, et collab. A treatment algorithm for neuropathic pain : an update. *Consult Pharm* 2009;24(12) : 885-902.
21. Cooper ZD, Comer SD, Haney M. Comparison of the analgesic effects of dronabinol and smoked marijuana in daily marijuana smokers. *Neuropsychopharmacology* 2013;38(10):1984-1992. doi : 10.1038/npp.2013.97. Epub 2013 Apr 22.
22. Mendelson JH, Mello NK. Reinforcing properties of oral delta 9-tetrahydrocannabinol, smoked marijuana, and nabilone: influence of previous marijuana use. *Psychopharmacology (Berl)* 1984;83(4):351-356.
23. Issa MA, Narang S, Jamison RN, Michna E, Edwards RR, Penetar DM, et collab. The subjective psychoactive effects of oral dronabinol studied in a randomized, controlled crossover clinical trial for pain. *Clin J Pain* 2014;30(6):472-478.
24. Wesnes KA, Annas P, Edgar CJ, Deepröse C, Karlsten R, Philipp A, et collab. Nabilone produces marked impairments to cognitive function and changes in subjective state in healthy volunteers. *J Psychopharmacol* 2010;24(11):1659-1669. Epub 2009 Jun 12.

25. Kurtzthaler I, Bodner T, Kemmler G, Entner T, Wissel J, Berger T, et collab. The effect of nabilone on neuropsychological functions related to driving ability: an extended case series. *Hum Psychopharmacol* 2005;20(4):291-293.
26. Karschner EL, Darwin WD, McMahon RP, Liu F, Wright S, Goodwin RS, et collab. Subjective and physiological effects after controlled Sativex and oral THC administration. *Clin Pharmacol Ther* 2011;89(3):400-407. Epub 2011 Feb 2.
27. Ware MA, St Arnaud-Trempe E. The abuse potential of the synthetic cannabinoid nabilone. *Addiction* 2010;105(3) : 494-503.
28. Saban A, Flisher AJ, Grimsrud A, Morojele N, London L, Williams DR, et collab. The association between substance use and common mental disorders in young adults: results from the South African Stress and Health (SASH) Survey. *Pan Afr Med J* 2014;17(Suppl 1):11.
29. Crippa JA, Zuardi AW, Martín-Santos R, Bhattacharyya S, Atakan Z, McGuire P, et collab. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol* 2009;24(7):515-523.
30. Cheung JT, Mann RE, Ialomiteanu A, Stoduto G, Chan V, Ala-Leppilampi K, et collab. Anxiety and mood disorders and cannabis use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36(2):118-122.
31. Horwood LJ, Fergusson DM, Coffey C, Patton GC, Tait R, Smart D, et collab. Cannabis and depression: An integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug Alcohol Depend* 2012;126(3):369-378.
32. Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012;21(8):443-450.
33. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 2002;97(9):1123-1135.
34. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* 2006;101(4):556-569.
35. Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD, et collab. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction* 2013;108(1):124-133.
36. Buckner JD, Heimberg RG, Schneier FR, Liu SM, Wang S, Blanco C. The relationship between cannabis use disorders and social anxiety disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend* 2012;124(1-2):128-134.
37. Cogle JR, Bonn-Miller MO, Vujanovic AA, Zvolensky MJ, Hawkins KA. Posttraumatic stress disorder and cannabis use in a nationally representative sample. *Psychol Addict Behav* 2011;25(3):554-558.
38. Wong SS, Zhou B, Goebert D, Hishinuma ES. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(10):1611-1620. Epub 2013 Jun 7.
39. Dannon PN, Lowengrub K, Amiaz R, Grunhaus L, Kotler M. Comorbid cannabis use and panic disorder: short term and long term follow-up study. *Hum Psychopharmacol* 2004;19(2):97-101.
40. Moreira FA, Wotjak CT. Cannabinoids and anxiety. *Curr Top Behav Neurosci* 2010;2 : 429-450.
41. Lev-Ran S, Le Foll B, McKenzie K, Rehm J. Cannabis use and mental health-related quality of life among individuals with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2012;26(8):799-810.
42. Arendt MR, Rosenberg R, Fjordback L, Brandholdt J, Foldager L, Sher L, et collab. Testing the self-medication hypothesis of depression and aggression in cannabis-dependent subjects. *Psychol Med* 2007;37(7):935-945.
43. Tambaro S, Bortolato M. Cannabinoid-related agents in the treatment of anxiety disorders: current knowledge and future perspectives. *Recent Pat CNS Drug Discov* 2012;7(1):25-40.
44. Ruehle S, Rey AA, Remmers F, Lutz B. The endocannabinoid system in anxiety, fear memory and habituation. *J Psychopharmacol* 2012;26(1):23-39.
45. Sarris J, McIntyre E, Camfield DA. Plant-based medicines for anxiety disorders, part 2: a review of clinical studies with supporting preclinical evidence. *CNS Drugs* 2013 Aug; 27(8):675] *CWS Drugs* 2013;27(4):301-319.
46. Budney AJ, Moore BA, Vaudrey RG, Hughes JR. The time course and significance of cannabis withdrawal. *J Abnorm Psychol* 2003;112(3):393-402.
47. Fraser GA. The use of a synthetic cannabinoid in the management of treatment-resistant nightmares in posttraumatic stress disorder (PTSD). *CNS Neurosci Ther* 2009;15(1):84-88.
48. Bergamaschi MM, Queiroz RH, Chagas MH, de Oliveira DC, De Martinis BS, Kapczinski F, et collab. Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naive social phobia patients. *Neuropsychopharmacology* 2011;36(6):1219-1226.
49. Nocon A, Wittchen HU, Pfister H, Zimmermann P, Lieb R. Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. *J Psychiatr Res* 2006;40(5):394-403. Epub 2005 Sept 15.
50. Lynskey MT, Vink JM, Boomsma DI. Early onset cannabis use and progression to other drug use in a sample of Dutch twins. *Behav Genet* 2006;36(5):195-200.

51. Lisdahl KM, Price JS. Increased marijuana use and gender predict poorer cognitive functioning in adolescents and emerging adults. *J Int Neuropsychol Soc* 2012;18(4):678-688. Epub 2012 May 22.
52. Jager G, Ramsey NF. Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: an overview of animal and human research. *Curr Drug Abuse Rev* 2008;1(2):114-123.
53. Hall W, Degenhardt L. Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World Psychiatry* 2008;7(2):68-71.
54. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004;184:110-117.
55. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et collab. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007;370(9584):319-328.
56. Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, van der Meer F, Becker H, de Haan L, et collab. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(1):45-53. Epub 2011 Aug 29.
57. Manrique-Garcia E, Zammit S, Dalman C, Hemmingsson T, Andreasson S, Allebeck P. Cannabis, schizophrenia and other non-affective psychoses: 35 years of follow-up of a population-based cohort. *Psychol Med* 2011;42(6):1321-1328. Epub 2011 Oct 17.
58. Le Bec PY, Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. Cannabis et psychose : recherche d'un lien de causalité à partir d'une revue critique systématique de la littérature. *Encephale (L)* 2009;35(4):377-385. Epub 2008 Jul 9.
59. Kuepper R, van Os J, Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Henquet C. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *BMJ* 2011;342:d738. Doi: 10.1136/bmj.d738.
60. Davis GP, Compton MT, Wang S, Levin FR, Blanco C. Association between cannabis use, psychosis, and schizotypal personality disorder: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Schizophr Res* 2013;151(1-3):197-202. Epub 2013 Nov 5.
61. Thomas G, Kloner RA, Rezkalla S. Adverse cardiovascular, cerebrovascular, and peripheral vascular effects of marijuana inhalation: what cardiologists need to know. *Am J Cardiol* 2014;113(1):187-190.
62. Sheikh HU, Mathew PG. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: updates and new perspectives. *Curr Pain Headache Rep* 2014;18(5):414.
63. Wolff V, Lauer V, Rouyer O, Sellal F, Meyer N, Raul JS, et collab. Cannabis use, ischemic stroke, and multifocal intracranial vasoconstriction: a prospective study in 48 consecutive young patients. *Stroke* 2011;42(6):1778-1780. Epub 2011 Apr 21.
64. GW Pharma Ltd. Sativex product monograph. Dernière mise à jour 30 mars 2012. Dans : <http://www.bayer.ca/files/SATIVEX-PM-ENG-30MAR2012-149598.pdf?#>. Date de consultation : le 12 juillet 2014.
65. Hartung B, Kauferstein S, Ritz-Timme S, Daldrup T. Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. *Forensic Sci Int* 2014;237:e11-e13.
66. Rodriguez-Castro CE, Alkhateeb H, Elfar A, Saifuddin F, Abbas A, Siddiqui T. Recurrent myopericarditis as a complication of Marijuana use. *Am J Case Rep* 2014;15:60-62.
67. Deharo P, Massoure PL, Fourcade L. Exercise-induced acute coronary syndrome in a 24-year-old man with massive cannabis consumption. *Acta Cardiol* 2013;68(4):425-428.
68. Reid PT, Macleod J, Robertson JR. Cannabis and the lung. *J R Coll Physicians Edinb* 2010;40(4):328-333.
69. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 2009;374(9698):1383-1391.
70. Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A, Robinson G, Beasley R. Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax* 2007;62:1058-1063.
71. Aldington S, Harwood M, Cox B, Weatherall M, Beckert L, Hansell A, et collab. Cannabis and Respiratory Disease Research Group. Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study. *Eur Respir J* 2008;31:280-286.
72. Aldington S, Harwood M, Cox B, Weatherall M, Beckert L, Hansell A, et collab. Cannabis and Respiratory Disease Research Group. Cannabis use and cancer of the head and neck: case-control study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;138(3):374-380.
73. Taylor D, Poulton R, Moffitt T, Ramankutty P, Sears M. The respiratory effects of cannabis dependence in young adults. *Addiction* 2000;95(11):1669-1677.
74. Wong S, Ordean A, Kahan M; Maternal Fetal Medicine Committee; Family Physicians Advisory Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(4):367-384.
75. Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control* 2013;24(10):1811-1820. Doi: 10.1007/s10552-013-0259-0. Epub 2013 Jul 12.
76. Sewell RA, Poling J, Sofuoglu M. The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict* 2009;18(3):185-193.
77. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. Canada: National Opioid Use Guideline Group (NOUGG); 2010. Dans : <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>. Date de consultation : le 13 mai 2014.

78. Reisfield GM. Medical cannabis and chronic opioid therapy. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2010;24(4):356-361.
79. Consortium Canadien pour l'Investigation des Cannabinoïdes. Énoncés provinciaux. Dans : http://www.ccic.net/index.php?home_fr&lng=fr. Date de consultation : le 17 juin 2014.
80. Brown RL, Rounds LA. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in a primary care practice. *Wis Med J* 1995;94:135-140.
81. Couwenbergh C, Van Der Gaag RJ, Koeter M, De Ruiter C, Van den Brink W. Screening for substance abuse among adolescents validity of the CAGE-AID in youth mental health care. *Subst Use Misuse* 2009;44(6):823-834.
82. Mann RE, Adlaf E, Zhao J, Stoduto G, Ialomiteanu A, Smart RG, et collab. Cannabis use and self-reported collisions in a representative sample of adult drivers. *J Safety Res* 2007;38(6):669-674. Epub 2007 Nov 13.
83. Drummer OH, Gerostamoulos J, Batziris H, Chu M, Caplehorn J, Robertson MD, et collab. The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accid Anal Prev* 2004;36(2):239-248.
84. Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB, SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. [Correction publiée dans *BMJ* 2006; 332(7553): 1298] *BMJ* 2005;331(7529):1371. Epub 2005 Dec 1.
85. Ramaekers JG, Berghaus G, van Laar M, Drummer OH. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend* 2004;73(2):109-119.
86. Hartman RL, Huestis MA. Cannabis effects on driving skills. *Clin Chem* 2013;59(3):478-492.
87. Fischer B, Jeffries V, Hall W, Room R, Goldner E, Rehm J. Lower Risk Cannabis use Guidelines for Canada (LRCUG): a narrative review of evidence and recommendations. *Can J Public Health* 2011;102(5):324-327.
88. Neavyn MJ, Blohm E, Babu KM, Bird SB. Medical marijuana and driving: a review. *J Med Toxicol* 2014 Mar 20. [Epub avant impression]
89. Abrams DI, Vizoso HP, Shade SB, Jay C, Kelly ME, Benowitz NL. Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: a pilot study. *Clin Pharmacol Ther* 2007;82(5):572-578.
90. Wilsey B, Marcotte T, Deutsch R, Gouaux B, Sakai S, Donaghe H. Low-dose vaporized cannabis significantly improves neuropathic pain. *J Pain* 2013;14(2):136-148.
91. Consortium Canadien pour l'Investigation des Cannabinoïdes. Vaporization: approved medical devices. The Volcano Medic Vaporizer. <http://www.vapormed.com/volcano-medic-vaporizer/en/>. Date de consultation: le 31 juillet 2014.
92. Serpell MG, Notcutt W, Collin C. Sativex long-term use: an open-label trial in patients with spasticity due to multiple sclerosis. *J Neurol* 2013;260(1):285-295.
93. Santé Canada. Médicaments et produits de santé. Liste de producteurs autorisés en vertu du Règlement sur la marijuana à des fins médicales. Mise à jour le 22 avril 2014. Dans : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/info/list-fra.php>. Date de consultation : le 1^{er} juillet 2014.

