

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées

2019

ccsmh.ca



Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées

Déni de responsabilité :

La présente publication est conçue uniquement à des fins d'information et ne doit pas être interprétée ou utilisée comme une norme d'exercice de la médecine. Tous les efforts ont été faits pour assurer que les renseignements contenus dans cette publication sont exacts. Toutefois, l'éditeur et toutes les personnes ayant participé à son élaboration n'offrent aucune garantie à l'effet que son contenu est exact, complet ou actuel. La présente publication est distribuée compte tenu que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à son élaboration n'offrent des conseils de nature professionnelle. Les médecins et tous autres lecteurs doivent déterminer les soins cliniques qui conviennent à chaque patient sur une base individuelle, en fonction des données cliniques connues dans chaque cas particulier. L'éditeur et toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de la présente publication déclinent toute responsabilité découlant d'un contrat, d'une négligence ou de tout autre motif d'action, envers toute partie, pour le contenu de la publication ou toute conséquence découlant de son utilisation. Les opinions exprimées dans la présente publication ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

Nous encourageons la copie et la distribution de ces lignes directrices, pourvu que celles-ci soient attribuées à la bonne source. Veuillez-vous référer à la citation suggérée ci-dessous.

Citation suggérée : Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto, Canada (2019)

Remerciements :

Le financement des lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a été assuré par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada. La CCSMPA désire exprimer sa reconnaissance envers Santé Canada pour son soutien constant et son engagement continu dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées.

De plus, nous désirons remercier les co-responsables et chaque membre du groupe de travail qui ont consacré d'innombrables heures à l'élaboration des lignes directrices et des recommandations. Nous tenons également à remercier D^r Michael Beazley, D^{re} Kim Corace et D^r Meldon Kahan d'avoir contribué à l'examen du présent document et d'avoir fourni leurs commentaires.

Nous désirons remercier le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et le Groupe de collaboration sur l'usage de substances de l'initiative Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario, pour leur soutien et leur contribution tout au long de l'élaboration des lignes directrices, ainsi que Tonya Mahar (directrice des services de bibliothèque, Baycrest) pour son aide pour les recherches dans la littérature médicale. Enfin, la CCSMPA souhaite souligner le dévouement constant des membres de son comité directeur de même que la contribution extraordinaire de sa directrice, Claire Checkland, et de ses coordonnateurs de projet, Indira Fernando, Natasha Kachan et Marc-André LeBlanc.

La CCSMPA est un projet de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

Groupe de travail sur l'élaboration des lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées

Jonathan Rajeevan Bertram, B. Sc. (spéc.), M. D., CCMF(MT)

Co-responsable
Chargé de cours clinique, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto
Médecin consultant, services de soutien concomitants en toxicomanie médicale et psychosociale en clinique externe, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Amy J. Porath, Ph. D.

Co-responsable
Directrice de la recherche
Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Dallas Seitz, M. D., Ph. D., FRCP

Co-responsable
Professeur agrégé, Département de psychiatrie Hotchkiss Brain Institute et O'Brien Institute for Public Health
Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary

Harold Kalant, CM, B. Sc. (Méd.), M. D., Ph. D., FRS(C)

Professeure émérite, Faculté de médecine, Université de Toronto
Directeur émérite de la recherche, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Membre, Comité consultatif des anciens du conseil, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Ashok Krishnamoorthy, M. D., MRC Psych., FRCP, DABAM

Professeur agrégé (clinique), Université de Colombie-Britannique
Gérontopsychiatre spécialisé en toxicomanie, Vancouver Coastal Health Authority

Jason W. Nickerson, TRA, FCSRT, Ph. D.

Chercheur clinicien, Institut de recherche Bruyère
Professeur associé, Centre de droit, politique et éthique de la santé, Faculté de droit, Université d'Ottawa

Amanjot Mona Sidhu, M. D., FRCP

Gériatre, Hamilton Health Sciences
Professeur clinique adjoint
Université McMaster

Andra Smith, Ph. D.

Professeure titulaire, Faculté de psychologie, Université d'Ottawa
Spécialiste de l'imagerie cérébrale et neuroscientifique, Institut de recherche sur le cerveau, Université d'Ottawa

Rand Teed, B. A., B. Éd., ICPS, CCAC

Directeur, Drug Class
Personne ayant une expérience vécue

Comité directeur du projet de lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives de la CCSMPA :

Président, CCSMPA : D^r David Conn

Co-président, CCSMPA : D^{re} Kiran Rabheru

Directrice, CCSMPA : Claire Checkland

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées : D^r Peter Butt et Marilyn White-Campbell

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation de BZRA chez les personnes âgées : D^r David Conn et D^r David Hogan

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées : D^r Jonathan Bertram, D^{re} Amy Porath et D^r Dallas Seitz

Co-responsables, trouble lié à l'utilisation des opioïdes chez les personnes âgées : D^{re} Launette Rieb et D^{re} Zainab Samaan

Table des matières

Champ d'application	4
Définition des termes clés.	4
Résumé des recommandations et des classements.	6
Explication.	9
Contexte	10
Prévention du trouble lié à l'utilisation du cannabis.	11
Éducation des cliniciens.	11
Éducation du patient, de la famille et des soignants	12
Dépistage du trouble lié à l'utilisation du cannabis.	16
Évaluation du trouble lié à l'utilisation du cannabis	17
Traitement du trouble lié à l'utilisation du cannabis	18
Orientations futures.	20
References.	21

La méthodologie des lignes directrices et l'introduction sur les lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances se trouvent sur notre site Web, à ccsmh.ca

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées

Champ d'application :

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a reçu une subvention du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada pour élaborer un ensemble de quatre lignes directrices sur la prévention, l'évaluation et le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TUSP) chez les personnes âgées relativement à l'alcool, aux agonistes des récepteurs des benzodiazépines (BZRA), au cannabis et aux opioïdes. La méthode GRADE (« Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation », classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation) a été utilisée pour l'élaboration de ces lignes directrices. La description de cette méthode est fournie dans un document distinct qui se trouve au ccsmh.ca.

Une introduction aux lignes directrices, mettant en lumière les enjeux d'importance s'appliquant aux quatre ensembles, se trouve au ccsmh.ca.

Ces lignes directrices ne visent pas à servir de guide complet sur l'utilisation de ces substances, que ce soit sur autorisation médicale ou pour un usage non médical.

L'objectif du présent document est de fournir une orientation utile aux cliniciens pour soit prévenir le développement d'un trouble lié à l'utilisation du cannabis (TUC) ou évaluer et traiter de façon optimale les personnes âgées ayant développé un trouble de ce type. Ces lignes directrices ont été élaborées en réponse au manque d'information concernant la relation entre l'utilisation du cannabis et l'effet des processus du vieillissement tel que les changements physiologiques, les changements métaboliques et la hausse de la polypharmacie. Ces lignes directrices doivent servir de complément à d'autres sources fiables d'information. Bien que les cliniciens puissent décider d'autoriser l'utilisation du cannabis à des fins médicales chez les patients âgés, le présent document ne porte pas sur les utilisations médicales possibles, mais vise plutôt à aborder les questions liées à l'utilisation non médicale du cannabis et au TUC chez les personnes âgées.

Définition des termes clés

Trouble lié à l'utilisation du cannabis : Selon le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), le trouble lié à l'utilisation du cannabis (TUC) est un schéma problématique d'utilisation du cannabis qui entraîne une incapacité ou une détresse d'importance clinique, qui se manifeste par la survenue d'au moins deux des événements suivants au cours d'une période de 12 mois (American Psychiatric Association, 2013). Il est important de souligner que chez les personnes âgées, leur rôle social (p. ex., retraité du monde du travail) ou le processus de vieillissement peuvent modifier certaines de ces conditions, donnant lieu à des manifestations plus subtiles (Kuerbis et coll., 2014).

- ✦ Le cannabis est souvent pris en plus grande quantité et sur une période plus longue que ce qui était prévu.
- ✦ Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation du cannabis.
- ✦ La personne passe beaucoup de temps dans des activités visant à se procurer du cannabis, à en consommer ou à se rétablir de ses effets.
- ✦ Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
- ✦ Consommation récurrente de cannabis menant à une incapacité à remplir ses principales obligations professionnelles, scolaires ou domestiques.
- ✦ Utilisation persistante du cannabis malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
- ✦ Abandon ou diminution d'activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes en raison de l'utilisation du cannabis.
- ✦ Utilisation récurrente du cannabis dans des situations où cela pose un danger physique.
- ✦ Utilisation persistante du cannabis bien que la personne sache qu'elle a un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'usage du cannabis.

- ✚ Tolérance, définie soit par :
 - Le besoin d’une quantité notablement plus grande de cannabis pour obtenir une intoxication ou l’effet désiré ou
 - Un effet notablement diminué en cas d’utilisation continue d’une même quantité de cannabis.
- ✚ Sevrage se manifestant soit par :
 - Les symptômes caractéristiques du sevrage du cannabis (c.-à-d. hyperactivité autonome, tremblement des mains, insomnie, nausées ou vomissements, hallucinations ou illusions sensorielles transitoires, agitation psychomotrice, anxiété ou crises convulsives de type grand mal) OU
 - La prise de cannabis ou d’une substance étroitement apparentée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Diagnostic :

- ✚ **1 symptôme ou moins** : pas de diagnostic
- ✚ **2-3 symptômes** : trouble lié à l’utilisation du cannabis léger
- ✚ **4-5 symptômes** : trouble lié à l’utilisation du cannabis modéré
- ✚ **6 symptômes ou plus** : trouble lié à l’utilisation du cannabis grave

Rémission

- ✚ À la suite d’un traitement, une période d’abstinence de 3 à 12 mois est considérée être une rémission précoce.
- ✚ Une période de plus de 12 mois est considérée être une rémission prolongée.

Résumé des recommandations et des classements

Nous avons utilisé la méthode GRADE (« Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation », classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation) comme méthode de classement de la qualité des données probantes et de la solidité des recommandations. Conformément au processus de classement GRADE, la première étape consistait à classer la qualité des données probantes connues à l'appui de chaque recommandation. Nous avons ensuite déterminé la solidité générale de la recommandation, en tenant compte non seulement de la qualité des données probantes mais aussi d'autres facteurs tels que le potentiel de conséquences nocives, le coût et la faisabilité.

Nous avons également créé une catégorie distincte pour les recommandations qui ne sont pas fondées sur des données empiriques, mais avons convenu qu'elles représentent les meilleures pratiques cliniques. Citons par exemple : processus d'évaluation optimaux et les recommandations liées à l'éducation ou aux politiques. Ces recommandations ont été classées dans la catégorie « C » pour consensus. Nous n'avons pas utilisé la méthode GRADE pour ces recommandations. Une façon de faire semblable a été utilisée pour d'autres ensembles de lignes directrices, par exemple les lignes directrices de la British Association for Psychopharmacology (Lingford-Hughes et coll., 2012). Bien que ce type de recommandations ne soit pas fondé sur des données empiriques, nous croyons qu'elles sont tout de même utiles et importantes.

GRADE

QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	SOLIDITÉ DES RECOMMANDATIONS
La qualité des données probantes pour chaque recommandation est déterminée au terme d'un examen approfondi des facteurs suivants : 1) la structure de l'étude et la qualité des études incluses; 2) le caractère direct des données probantes (caractère généralisable ou applicable) et 3) la conviction que le traitement sera bénéfique aux patients.	La solidité de chaque recommandation est déterminée au terme de l'examen de facteurs suivants : 1) l'équilibre entre les avantages et les effets indésirables/risques; 2) l'incertitude ou la variabilité des valeurs et préférences des patients; et 3) les ressources liés aux options de gestion.

*** Des données probantes de qualité élevée ne donnent pas nécessairement lieu à des recommandations élevées, et des recommandations élevées peuvent découler des données probantes de faible qualité.

QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES

ÉLEVÉE	Des recherches plus poussées sont peu susceptibles de modifier le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs.
MODÉRÉE	Des recherches plus poussées sont susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et pourraient donner lieu à leur modification.
FAIBLE	Des recherches plus poussées sont très susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et de donner lieu à leur modification.

Note : Les méta-analyses et les essais randomisés contrôlés sont considérés comme étant de qualité élevée, alors que les études observationnelles sont considérées comme étant de faible qualité.

SOLIDITÉ DES RECOMMANDATIONS

ÉLEVÉE	Des recommandations élevées dénotent une forte conviction que les conséquences désirables de la ligne de conduite proposée l'emportent sur les conséquences indésirables, ou vice versa.
FAIBLE	Des recommandations faibles indiquent qu'il y a un équilibre étroit entre les avantages et les inconvénients (y compris les effets nuisibles et le fardeau du traitement), une incertitude entourant l'ampleur des avantages et des inconvénients, une incertitude ou grande variabilité à l'égard des valeurs et des préférences des patients, ou que le coût ou le fardeau de l'intervention proposée pourrait ne pas être justifié.

(adapté de Guyatt et coll., 2008)

RECOMMANDATION N° 1 :

Le cannabis doit généralement être évité par les personnes âgées qui :

- a. Ont déjà souffert ou souffrent présentement d'un trouble de santé mentale, de problèmes de consommation de substances psychoactives ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (TUSP); [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]
- b. Souffrent d'un déficit cognitif, d'une maladie cardiovasculaire, d'arythmie cardiaque, de coronaropathie, de tension artérielle instable ou de problèmes d'équilibre. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 2 :

Les cliniciens doivent savoir ce qui suit :

- a. À l'heure actuelle, il existe relativement peu de données probantes sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales, alors que le cannabis et la plupart des produits dérivés n'ont pas été approuvés comme agents thérapeutiques par Santé Canada, à l'exception de deux produits cannabinoïdes de qualité pharmaceutique. Les cliniciens doivent se tenir informés des nouvelles données au sujet des indications et des contre-indications possibles de l'utilisation du cannabis et des cannabinoïdes. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- b. Les signes et les symptômes courants associés à l'utilisation du cannabis, à l'affaiblissement des facultés induit par le cannabis, au sevrage du cannabis et au TUC, ainsi que les conséquences courantes d'une utilisation problématique du cannabis. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- c. Les effets indésirables possibles de l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées, tels qu'une altération de la perception de la profondeur pouvant entraîner des pertes d'équilibre et des chutes, une altération de l'appétit, le déficit cognitif, l'arythmie cardiaque, l'anxiété, la panique, la psychose et la dépression. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]
- d. Les troubles de santé mentale qui surviennent souvent de façon comorbide avec le TUC, tels que la dépression, l'anxiété et la schizophrénie/psychose. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 3 :

Afin de favoriser la rétention de l'information, les cliniciens doivent offrir de l'éducation et des conseils au sujet du cannabis et des cannabinoïdes aux patients âgés et à leur famille ou à leurs soignants sous forme verbale et sous forme écrite. [Consensus]

RECOMMANDATION N° 4 :

Les cliniciens doivent aviser les patients, les soignants et les membres de la famille d'être conscients que les personnes âgées peuvent être plus sensibles que les adultes plus jeunes à certains effets indésirables liés à la dose associés à l'utilisation du cannabis. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 5 :

Les cliniciens doivent aviser les patients, les soignants et les membres de la famille des risques potentiellement accrus liés aux extraits de delta-9-tétrahydro-cannabinol (THC) ou aux variétés de cannabis à teneur élevée comparativement aux produits à plus faible teneur en THC. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 6 :

Les cliniciens doivent aviser les patients, les soignants et les membres de la famille des risques associés aux différents modes de consommation du cannabis et des produits du cannabis (p. ex., fumage, vapotage, huiles, vaporisateurs, etc.) et conseiller les patients au sujet de ces risques. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 7 :

Les cliniciens doivent enseigner aux patients d'éviter les cannabinoïdes synthétiques (p. ex., K2 et SPICE) en raison du risque d'effets néfastes importants. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 8 :

Les cliniciens doivent éduquer les patients sur le risque d'affaiblissement des facultés induit par le cannabis, en particulier si le patient n'a jamais pris de cannabis ou s'il procède à l'ajustement posologique vers une nouvelle dose. Il est recommandé que la dose de départ soit aussi faible que possible et qu'elle soit augmentée graduellement au fil du temps s'il y a lieu. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 9 :

Les cliniciens doivent aviser les patients des effets à long terme potentiels liés à l'utilisation fréquente du cannabis, notamment les problèmes respiratoires, les changements épithéliaux précancéreux et le déficit cognitif. Les patients doivent également être avisés du risque d'exacerbation des problèmes de santé mentale due au TUC, en particulier lorsque des variétés à teneur élevée en THC sont utilisées. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 10 :

Les cliniciens doivent aviser les patients, les soignants et les membres de la famille que :

- a. Le cannabis peut nuire à la capacité de conduire un véhicule automobile de façon sécuritaire pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 heures. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- b. L'utilisation concomitante du cannabis et d'alcool entraîne un affaiblissement synergique des facultés et augmente les risques lors de la conduite automobile et doit donc être évitée. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- c. Il est dangereux pour un passager de se trouver dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé du cannabis dans les 24 heures précédentes. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 11 :

Les patients, les soignants et les membres de la famille doivent recevoir de l'information au sujet des signes, des symptômes et des risques liés au sevrage du cannabis. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 12 :

Les cliniciens doivent entamer une discussion au sujet de l'utilisation du cannabis et des cannabinoïdes sans porter de jugement. Une anamnèse rigoureuse doit être réalisée auprès des patients, des soignants et des membres de la famille au sujet des signes et des symptômes du TUC, qui peuvent s'apparenter à ceux associés aux altérations du système nerveux liées à l'âge tels que la somnolence, les étourdissements, les troubles de la mémoire et les chutes. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 13 :

Tous les patients, peu importe leur âge, doivent subir un dépistage pour vérifier :

- a. L'utilisation à des fins non médicales et l'utilisation sous autorisation médicale du cannabis, des cannabinoïdes et des cannabinoïdes synthétiques illicites, ainsi que du tabac, de l'alcool et d'autres drogues. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]
- b. La quantité et le type de cannabis ou de cannabinoïde consommés ainsi que la fréquence d'usage, chez les patients qui admettent en consommer. Les patients qui admettent en avoir consommé *récemment* (toute utilisation au cours du dernier mois) doivent alors subir le test de dépistage ciblé CUDIT (« Cannabis Use Disorder Identification Test », test de dépistage du trouble lié à l'utilisation du cannabis). [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 14 :

Les cliniciens doivent savoir que l'exactitude diagnostique de certains outils de dépistage peut être variable étant donné que certains symptômes du vieillissement peuvent être les mêmes que ceux du TUC. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

RECOMMANDATION N° 15 :

L'évaluation du TUC chez les personnes âgées doit analyser :

- a. Les méthodes d'utilisation, c.-à-d. ingestion, fumage, vapotage, usage d'extraits, d'agents topiques, de nabilone et de nabiximols, etc., et tenir compte des risques/bienfaits/effets nocifs de tout ce qui s'applique au patient. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- b. La fréquence et la dose. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 16 :

L'évaluation clinique du TUC chez les personnes âgées doit analyser les signes et les symptômes du sevrage du cannabis et tenir compte qu'une diminution rapide ou la cessation subite de la consommation de cannabis peut également être associée à des symptômes de sevrage. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 17 :

Lors de l'évaluation des patients, les cliniciens doivent être conscients du risque de syndrome d'hyperémèse cannabinoïde lié à l'utilisation chronique du cannabis, en particulier dans le cas de préparations à teneur élevée. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 18 :

La méthode SBIRT (« Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment », dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement) doit être envisagée pour l'évaluation et la prise en charge du TUC, comme pour les autres TUSP. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 19 :

Des programmes de soutien par les pairs doivent être envisagés pour les personnes souffrant d'un TUC. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 20 :

Il est recommandé d'envisager diverses approches psychosociales d'atténuation des effets nocifs ou de prévention de la rechute, notamment : thérapie cognitivo-comportementale (TCC), technique d'entrevue motivationnelle (TEM), méthode MBRP (« Mindfulness Based Relapse Prevention », prévention de la rechute basée sur la pleine conscience), thérapie de renforcement de la motivation (TRM) et organisation des contingences (OC). [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

RECOMMANDATION N° 21 :

Il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement pharmacologique établi dont l'innocuité et l'efficacité ont été démontrées dans le traitement du TUC ou des symptômes de sevrage du cannabis. [Consensus]

RECOMMANDATION N° 22 :

Une thérapie en établissement agréé doit être envisagée au besoin pour le traitement d'un TUC si la personne concernée est incapable de diminuer de manière appréciable ou de cesser l'utilisation du cannabis. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées

Explication :

L'utilisation du cannabis à des fins médicales est devenue un sujet de grand intérêt au cours des dernières années. Une attention accrue est portée aux nombreux types de produits offerts (produit séché, huiles, cannabis comestible, etc.) ainsi qu'à leurs effets. Cependant, il existe peu de données probantes au sujet des bienfaits et des effets nocifs potentiels de l'utilisation du cannabis, en particulier chez les personnes âgées. Les personnes nées entre 1946 et 1964, dont bon nombre ont maintenant entamé le troisième âge, présentent une prévalence d'utilisation au cours de leur vie et au cours de la dernière année plus élevée que celle de toutes les générations qui les ont précédées (Simoni-Wastila et Yang, 2006). Le manque de données probantes et l'exposition accrue chez de nombreux adultes au cours de leur vie, sans compter la légalisation récente de l'utilisation du cannabis à des fins non médicales au Canada et l'augmentation de l'intérêt du public qui s'en est suivi, ont fait de la possibilité d'une utilisation problématique du cannabis et des TUC chez les personnes âgées un sujet de préoccupation.

Le manque de données sur le cannabis est dû au fait qu'il a longtemps été classé comme drogue illégale. Cela a entravé la recherche sur son utilisation, sur les effets de son utilisation ainsi que sur ses effets potentiellement bénéfiques ou néfastes pour la santé. Il importe d'étudier ces questions d'une façon générale, mais aussi de façon spécifique à différents groupes de patients comme les personnes âgées. Celles-ci sont confrontées à des circonstances physiques et socioéconomiques uniques qui peuvent influencer leur réponse à l'utilisation du cannabis. Les changements physiologiques qui affectent le sommeil, la mobilité, l'alimentation, l'activité physique et la qualité de vie globale, de même que les problèmes comme la polypharmacie et le déclin cognitif constituent tous des facteurs qui peuvent influencer les effets et la réponse à la consommation de cannabis dans cette population. Tous ces facteurs doivent être pris en considération lors de l'évaluation clinique du patient et de la prise de décision lorsque l'utilisation du cannabis est envisagée.

Comme la base de données probantes sur l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées est inexistante à l'heure actuelle, des études de recherche clinique sont nécessaires pour comprendre l'ampleur des effets, en particulier dans le contexte de l'utilisation de substances psychoactives et du vieillissement. Malgré cet état de fait, les consommateurs ont accès à une grande quantité de conseils anecdotiques (et parfois contradictoires) fondés sur des récits personnels et collectifs recueillis sur une période de plusieurs décennies d'utilisation. Il existe un besoin évident de non seulement réconcilier les expériences (positives ou négatives) anecdotiques et autodéclarées avec les données probantes pour orienter le processus de prise de décision clinique, mais également de mieux comprendre l'effet des incidences physiologiques et socioéconomiques de l'utilisation du cannabis chez les personnes

âgées. Il est nécessaire d'utiliser certaines données probantes existant pour les jeunes adultes lorsqu'on donne des conseils aux personnes âgées sur l'utilisation du cannabis jusqu'à ce que l'on soit en mesure de bien comprendre les effets de l'utilisation du cannabis dans le contexte du vieillissement.

Le vieillissement présente des enjeux uniques en ce qui concerne l'utilisation du cannabis, en particulier lorsque l'on tient compte des comorbidités multiples, de la prise de plusieurs médicaments et de l'usage d'une substance psychoactive par une population qui est plus susceptible de souffrir entre autres de problèmes de vision, de mobilité et de fonction cognitive. Ces facteurs, jumelés à la diversification actuelle du marché du cannabis, s'inscrivent dans un paysage en évolution rapide où il y a peu d'information sur les habitudes de consommation et les nouveaux produits sur le marché. C'est pourquoi les professionnels de la santé doivent être conscients que les personnes âgées consomment effectivement du cannabis, qu'ils doivent les questionner à ce sujet et qu'ils doivent leur donner des conseils pour les aider à s'assurer de consommer du cannabis de façon sécuritaire et de recourir à des traitements appropriés si son utilisation est problématique.

Les renseignements apparaissant dans le présent document sont fondés sur les travaux de recherche en langue anglaise les plus actuels et les plus fiables au moment de la publication. Étant donné la fiabilité hautement variable des données concernant l'utilisation du cannabis à des fins médicales ou non médicales, il est nécessaire d'avoir accès à de l'information impartiale et à des méthodes systématiques de pratique clinique fondées sur des données probantes. C'est dans cette optique que nous espérons que les présentes lignes directrices aideront autant les professionnels de la santé que les patients et leur famille.

POINTS CLÉS POUR CES LIGNES DIRECTRICES

- ✦ Il y a de plus en plus de données probantes sur les effets nocifs et les bienfaits potentiels associés à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées.
- ✦ Comme les effets indésirables du cannabis peuvent varier considérablement en fonction de la voie d'administration et de la sous-variété utilisée et qu'il y a un manque de données probantes au sujet des personnes âgées, nous avons rédigé les présentes lignes directrices en adoptant une approche fondée sur la prudence.
- ✦ Il est à espérer qu'à mesure que la recherche progressera et que les connaissances s'amélioreront au cours des prochaines années, nous comprendrons mieux les risques et les bienfaits de l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées, de même que le risque de développement d'un trouble lié à l'utilisation du cannabis.

Contexte :

Le cannabis est une plante contenant des centaines de composés dont les cannabinoïdes, qui agissent sur le système cannabinoïde endogène (endocannabinoïde). Ce système complexe joue un rôle dans l'attachement, le sommeil, l'appétit, la réponse immunitaire et la régulation de la douleur. Certains cannabinoïdes agissent en influençant les signaux de récompense et de motivation et ceux liés aux substances psychoactives. Les deux cannabinoïdes au sujet desquels les publications sont les plus abondantes sont le delta-9-tétrahydro-cannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD). Ces substances exercent divers effets en se liant aux récepteurs des cannabinoïdes : CB1 est situé dans le système nerveux central, dans le cerveau, alors que CB2 se trouve principalement en périphérie et partout dans le corps, dans les éléments du système immunitaire en circulation. Le principal ingrédient psychoactif du cannabis est le THC, qui imite l'endocannabinoïde appelé anandamide et se lie aux récepteurs des cannabinoïdes de type 1 (CB1) dans le cerveau, ce qui produit souvent un état d'euphorie (un « high »). Le THC provoque également la vasoconstriction des vaisseaux sanguins du cœur et du cerveau et peut de ce fait accroître le risque d'événements cardiovasculaires tels qu'un accident vasculaire cérébral, une arythmie cardiaque et un infarctus du myocarde. En revanche, le CBD se lie faiblement aux récepteurs CB1 et peut entraver la liaison du THC, ce qui entraîne une absence d'effet euphorisant et renforçateur (Cohen et Weinstein, 2018). De plus, le CBD s'est révélé être un agoniste semblable à un autre endocannabinoïde, le 2-AG, et se lie principalement aux sites des récepteurs CB2.

Il est important de noter que la composition en cannabinoïdes d'un plant de cannabis varie grandement et selon la variété. Certaines variétés ont une teneur plus élevée en CBD alors que d'autres contiennent plus de THC. Par conséquent, les effets de l'utilisation du cannabis sont aussi grandement variables et le cannabis présente diverses propriétés psychosomatiques. Bien que ni le CBD, ni le THC ne se soit révélé directement mortel chez les adultes, il y a eu des incidents de surdose chez des enfants qui ont ingéré des produits comestibles dérivés du cannabis (p. ex., oursons en gelée); il y a également un risque accru de divers problèmes chez les adultes qui peuvent entraîner des blessures et même la mort, par exemple des accidents de la route chez les conducteurs qui ont consommé du cannabis et une psychose qui peut mener à des accidents (Els, 2018). De plus, la consommation fréquente de THC est associée à des effets psychiatriques négatifs à long terme, à l'augmentation de la dépression et de l'anxiété, à l'aggravation des symptômes du syndrome de stress post-traumatique et des crises de panique et à une hausse du taux d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicides (Volkow et coll., 2014; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2017). L'absorption des cannabinoïdes par l'organisme diffère selon la méthode de consommation (inhalation comparativement à ingestion).

Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent prendre connaissance des plus récents travaux de recherche sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales ou non médicales, puisqu'ils s'apercevront qu'un certain nombre des gens dont ils prennent soin choisissent de consommer du cannabis. Au Canada, le taux d'utilisation du cannabis chez les personnes âgées est en hausse au cours de la dernière décennie avec le vieillissement des baby-boomers et la facilité accrue de se procurer du cannabis. Une étude a montré que le pourcentage de personnes âgées faisant usage du cannabis en Ontario a doublé de 2005 à 2015 et a quintuplé depuis 1977 (Ialomiteanu et coll., 2016; Centre de toxicomanie et de santé mentale [CTSM]). Les cliniciens doivent impérativement s'assurer que leurs patients et leurs clients sont conscients des risques potentiels liés à l'utilisation du cannabis et des données probantes médicales à l'effet que l'utilisation du cannabis (et plus particulièrement certains cannabinoïdes) peut présenter des bienfaits seulement pour un petit nombre d'indications cliniques, notamment la douleur neuropathique chronique, les nausées et les vomissements causés par la chimiothérapie, les convulsions, la spasticité chez les patients atteints de sclérose en plaques et la stimulation de l'appétit chez les patients présentant une perte de poids importante causée par le sida et potentiellement le cancer (NASEM, 2017; Allan et coll., 2018). Il y a de plus en plus de données probantes à l'appui de certaines autres indications possibles (Kalant et Porath, 2016). En raison du rythme et de la portée de la recherche sur le cannabis, il pourrait être nécessaire de procéder à l'actualisation et à la modification des recommandations cliniques, comme celles apparaissant ci-dessous, afin qu'elles demeurent à jour.

Prévention du trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées

RECOMMANDATION N° 1 :

Le cannabis doit généralement être évité par les personnes âgées qui :

- a) Ont déjà souffert ou souffrent présentement d'un trouble de santé mentale, de problèmes de consommation de substances psychoactives ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (TUSP);** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]
- b) Souffrent d'un déficit cognitif, d'une maladie cardiovasculaire, d'arythmie cardiaque, de coronaropathie, de tension artérielle instable ou de problèmes d'équilibre.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Le système endocannabinoïde module les fonctions de plusieurs systèmes d'organes dans l'ensemble du corps. Le cannabis et certains cannabinoïdes ont donc un effet sur le système nerveux central et périphérique, la respiration ainsi que la fonction cardiovasculaire, squelettique, musculaire et osseuse. Les effets du cannabis peuvent également ressembler à ceux de divers états pathologiques et changements liés à l'âge dans ces systèmes d'organes ou peuvent accentuer ces problèmes chez les personnes âgées. Par exemple, fumer régulièrement du cannabis peut causer une bronchite chronique et des symptômes respiratoires (Ribeiro et Ind, 2016). L'usage du cannabis sous d'autres formes peut entraîner l'ostéoporose et diminuer les fonctions cognitives et motrices (Santé Canada, 2018). Les études de cas et de série de cas cliniques ont indiqué que l'utilisation régulière du cannabis peut être associée à des accidents vasculaires cérébraux (AVC) même chez les adultes plus jeunes ne présentant aucun autre facteur de risque connu (Hackam, 2015; Hemachandra et coll., 2016). Comme les personnes âgées présentent une fréquence accrue de facteurs de risque d'AVC, il est possible que l'utilisation du cannabis puisse aussi accroître la fréquence d'AVC dans cette population. Par conséquent, les problèmes de santé existants ou les changements physiologiques liés à l'âge pourraient être aggravés par le cannabis chez certaines personnes, qui doivent être informées de ces risques et doivent généralement être avisées d'éviter l'utilisation du cannabis. Les bienfaits potentiels du cannabis dans les quelques situations où son utilisation est indiquée sur le plan médical (p. ex., traitement des nausées causées par la chimiothérapie) doivent être évalués en fonction des risques potentiels.

Des données solides indiquent que les personnes souffrant d'un TUC présentent un risque accru de développer un trouble lié à l'utilisation de l'alcool, du tabac ou d'autres substances psychoactives et doivent faire l'objet d'une surveillance appropriée pour déceler ces problèmes (Choi et coll., 2017). De plus, les personnes âgées souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de l'alcool ou d'une autre substance psychoactive présentent un risque accru de développer un TUC. L'usage du cannabis peut précipiter ou aggraver les problèmes de santé mentale tels que la psychose, la dépression et l'anxiété, en particulier chez les personnes souffrant actuellement d'un de ces

troubles ou ayant des antécédents personnels ou d'importants antécédents familiaux. Il n'y a pas encore eu d'étude de recherche analysant la différence entre le THC et le CBD en ce qui a trait à des issues de santé particulières (p. ex., psychose, anxiété, dépression et dépendance). De ce fait, nous recommandons que les personnes souffrant actuellement d'un de ces troubles ou ayant des antécédents personnels ou d'importants antécédents familiaux liés à ces troubles évitent d'utiliser le cannabis (NASEM, 2017).

Éducation des cliniciens

RECOMMANDATION N° 2 :

Les cliniciens doivent prendre connaissance de ce qui suit :

- a) À l'heure actuelle, il existe relativement peu de données probantes sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales, alors que le cannabis et la plupart des produits dérivés n'ont pas été approuvés comme agents thérapeutiques par Santé Canada, à l'exception de deux produits cannabinoïdes de qualité pharmaceutique (voir ci-dessous). Les cliniciens doivent se tenir informés des nouvelles données au sujet des indications et des contre-indications possibles de l'utilisation du cannabis et des cannabinoïdes.** [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- b) Les signes et les symptômes courants associés à l'utilisation du cannabis, à l'affaiblissement des facultés induit par le cannabis, au sevrage du cannabis et au TUC, ainsi que les conséquences courantes d'une utilisation problématique du cannabis.** [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- c) Les effets indésirables possibles de l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées, tels qu'une altération de la perception de la profondeur pouvant entraîner des pertes d'équilibre et des chutes, une altération de l'appétit, le déficit cognitif, l'arythmie cardiaque, l'anxiété, la panique, la psychose et la dépression.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]
- d) Les troubles de santé mentale qui surviennent souvent de façon comorbide avec le TUC, tels que la dépression, l'anxiété et la schizophrénie/psychose.** [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Bien que l'utilisation du cannabis à des fins médicales soit légale en vertu de la Loi sur le cannabis, Santé Canada n'appuie aucune allégation en matière de santé relativement à l'utilisation du cannabis à des fins médicales ni aucun bienfait sur la santé qui y serait associé; Santé Canada offre toutefois de l'information sur les effets nocifs associés à l'utilisation du cannabis (Santé Canada, 2018). Ainsi, le cannabis séché (feuilles, bourgeons,

graines) et les produits dérivés (huiles, beurre, cires, ambre et cannabis comestible) n'ont pas été homologués à titre d'agents thérapeutiques par Santé Canada et ne sont pas offerts sur prescription. Les cliniciens doivent se tenir informés des nouvelles données au sujet des indications et des contre-indications possibles de l'utilisation de ces produits. Les seuls produits cannabinoïdes homologués par Santé Canada sont le nabilone (Cesamet^{MD}), qui est un produit de THC synthétique, et le nabiximols (Sativex^{MD}), qui est un mélange de THC et de CBD de source naturelle. La prescription de ces produits médicaux doit être envisagée en premier, avant d'envisager l'utilisation à des fins médicales de produits de cannabis vendus sans ordonnance.

Une revue systématique exhaustive réalisée en 2017 (NASEM, 2017) n'a relevé que trois affections pour lesquelles il existe des données concluantes ou substantielles sur l'efficacité du cannabis ou des cannabinoïdes dans le traitement de symptômes spécifiques, soit les spasmes musculaires associés à la sclérose en plaques, les nausées et les vomissements associés à la chimiothérapie et la douleur chronique, en particulier celle d'origine neuropathique (Allan et coll., 2018). Ces observations ont été validées par une revue de revues systématiques sur les cannabinoïdes à usage médical réalisée récemment par des chercheurs canadiens (Allan et coll., 2018). Les cliniciens doivent connaître la différence entre le THC et le CBD, les différentes méthodes d'administration des préparations de cannabis ainsi que la teneur et la posologie des différentes préparations de cannabis (Santé Canada, 2018). Tous ces éléments ont une grande pertinence pour comprendre l'administration du cannabis et doivent faire l'objet de recherches approfondies pour brosser un tableau précis des effets thérapeutiques du cannabis et bien comprendre les effets psychoactifs et les autres effets touchant les personnes âgées. Les symptômes courants associés à l'utilisation du cannabis, y compris les effets indésirables, sont décrits au [tableau 1](#).

Il est important d'examiner les risques particuliers associés à l'utilisation du cannabis avec chaque patient individuellement. Cet examen peut comprendre les habitudes d'utilisation de même que les types particuliers de cannabis consommés pour bien comprendre les risques potentiels qui leur sont associés. Les conséquences particulières de l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées doivent être prises en considération, notamment le risque accru de chute, le déficit cognitif, la confusion, les interactions médicamenteuses et les autres facteurs associés aux changements physiologiques liés à l'âge et aux maladies. Toutefois, il existe aussi des données à l'effet que de nombreuses personnes âgées qui consomment du cannabis ne subissent pas de complications ou d'événements indésirables graves; il faut donc être conscient, lors d'un test de dépistage du TUC, que la consommation à l'intérieur de limites relativement sécuritaires est possible (Choi et coll., 2015).

Des troubles psychiatriques comorbides, tels que la dépression, l'anxiété et la schizophrénie, ont été associés au TUC et doivent faire l'objet de l'évaluation clinique.

Éducation du patient, de la famille et des soignants

RECOMMANDATION N° 3 :

Afin de favoriser la rétention de l'information, les cliniciens doivent offrir de l'éducation et des conseils au sujet du cannabis et des cannabinoïdes aux patients âgés et à leur famille ou à leurs soignants sous forme verbale et sous forme écrite. [Consensus]

Les données existantes indiquent que les adultes qui consomment du cannabis et à qui l'on présente de l'information pertinente, précise et mise dans le bon contexte au sujet des effets de l'utilisation du cannabis sur la santé pourraient modérer la quantité ou le type de cannabis qu'ils utilisent ou la façon dont ils en consomment (Murphy et coll., 2015). Les lignes directrices actuelles suggèrent aux cliniciens d'offrir aux patients de l'éducation et des conseils au sujet de l'utilisation du cannabis (Allan et coll., 2018). Bien qu'il existe peu de données probantes au sujet des interventions éducatives auprès des personnes âgées et qu'aucun essai contrôlé à répartition aléatoire n'ait été mené sur la prestation de programmes d'éducation des patients traitant des risques et des bienfaits associés spécifiquement à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées, le recours à de la documentation écrite ou imprimée pourrait aider le patient à retenir et à consolider cette information et faciliter les discussions avec sa famille ou ses amis.

RECOMMANDATION N° 4 :

Les cliniciens doivent aviser les patients, les soignants et les membres de la famille d'être conscients que les personnes âgées peuvent être plus sensibles que les adultes plus jeunes à certains effets indésirables liés à la dose associés à l'utilisation du cannabis. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

L'éducation et le counseling sont des éléments importants pour que les personnes âgées puissent éviter les risques potentiels liés aux effets indésirables, notamment une altération de la perception de la profondeur pouvant entraîner des pertes d'équilibre et des chutes, une altération de l'appétit, le déficit cognitif, l'arythmie cardiaque, l'anxiété, la panique et la psychose. Il y a un risque de danger accru chez les personnes âgées en raison de leur vulnérabilité physiologique accrue, de la prévalence d'états médicaux comorbides et de la possibilité d'interactions médicamenteuses si elles commencent à utiliser du cannabis. On doit inciter les patients qui ont l'intention de consommer du cannabis à rechercher des produits à faible teneur en THC (< 10 %) et à y aller doucement en commençant par une faible dose pour surveiller l'apparition d'effets secondaires ou de complications.

Tableau 1 : Effets indésirables courants du cannabis chez les personnes âgées***

ZONE AFFECTÉE	SYMPTÔMES
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	Étourdissement, somnolence, altération de la perception, altérations sensorielles, affaiblissement des facultés de conduite automobile, maux de tête, troubles de mémoire à court terme, diminution de l'attention et des capacités de résolution de problèmes, chutes, diminution du temps de réaction
PSYCHIATRIQUES	Effets psychoactifs tels qu'anxiété accrue, paranoïa, euphorie, dépression; risque accru de psychose
RESPIRATOIRES	Bronchite chronique et irritation des bronches (préparation à inhaler), bronchospasme
CARDIOVASCULAIRES	Palpitations, arythmies, tachycardie, bradycardie, hypotension orthostatique
GASTROINTESTINAUX	Altération des habitudes intestinales, altération de l'appétit, sécheresse buccale, nausées, vomissements

*** Il est à noter que la plupart des études publiées décrivant les effets indésirables de l'utilisation du cannabis portent sur l'effet du THC. Certains effets secondaires s'appliquent autant au THC qu'au CBD, mais la plupart des informations portent sur les produits à base de THC. Il est important de noter que les effets indésirables peuvent se produire autant dans le cas d'utilisation ponctuelle que chronique et qu'ils varient en fonction de la préparation utilisée, de la concentration et de la dose (MacCallum et Russo, 2018).

RECOMMANDATION N° 5 :

Les cliniciens doivent aviser les patients, les soignants et les membres de la famille des risques potentiellement accrus liés aux extraits de delta-9-tétrahydro-cannabinol (THC) ou aux variétés de cannabis à teneur élevée comparativement aux produits à plus faible teneur en THC. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Il existe plusieurs formes de produits du cannabis à forte teneur en THC (p. ex., les produits appelés familièrement ambre [ou « Shatter »], cristal [ou « Dab »], cire [ou « Wax »] et résine [ou « Budder »]); les cliniciens doivent donc aviser les patients des effets nocifs potentiels liés à l'utilisation de ces produits. Autant les patients que les cliniciens doivent savoir que ces produits ne sont pas offerts par les réseaux d'approvisionnement légaux du cannabis tels que les producteurs agréés et les autres producteurs assujettis à la réglementation gouvernementale. Cependant, certains de ces produits seront réglementés dans le cadre de la Loi sur le cannabis en octobre 2019 et seront commercialisés dès décembre 2020. L'utilisation de produits à teneur élevée en THC accroît les risques associés à la consommation aiguë de cannabis, notamment le risque d'accidents d'automobile et en particulier de collisions mortelles (Karila et coll., 2014).

RECOMMANDATION N° 6 :

Les cliniciens doivent aviser les patients, les soignants et les membres de la famille des risques associés aux différents modes de consommation du cannabis et des produits du cannabis (p. ex., fumage, vapotage, huiles, vaporisateurs, etc.) et conseiller les patients au sujet de ces risques. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Les produits du cannabis, peu importe leur teneur en THC et en CBD, sont offerts sous différentes formes, y compris pour inhalation, pour ingestion et pour application topique. Les cliniciens doivent comprendre les différences pharmacocinétiques fondamentales entre les préparations et les risques qui leur sont associés (Santé Canada, 2018). Bien qu'il existe peu de données probantes au sujet des produits de CBD, les cliniciens doivent aviser leurs patients que les produits de CBD peuvent induire certains des effets indésirables associés au THC, mais que les effets du CBD sur le système nerveux sont très différents de ceux du THC. Pour tous les types de produits du cannabis, les préparations à inhaler ont un délai d'action plus rapide que les formes à ingérer (MacCallum et Russo, 2018). Les risques associés à l'usage chronique de préparations à inhaler comprennent entre autres un risque accru de bronchospasme induit par l'irritation des bronches. Certaines cartouches d'huile de cannabis sont fabriquées à l'aide de butane, un produit cancérigène (Miller et coll., 2016).

Les formes de cannabis à ingérer, tels que les produits comestibles et les huiles, ont un délai d'action plus lent et ont généralement une plus longue durée d'action (NASEM, 2017). Cela peut entraîner l'utilisation d'une dose supérieure à celle prévue en raison des effets retardés et cumulatifs de l'ingestion ponctuelle à répétition. En raison de ces risques, les patients doivent être mis en garde contre l'utilisation de doses multiples de cannabis administré par voie buccale sur une brève période de temps.

Les produits du cannabis administrés de façon topique contournent la première phase du métabolisme hépatique; certaines sources ont donc spéculé que cette voie d'administration pourrait être associée à moins d'effets indésirables. Cependant, il existe peu de données probantes à l'appui de cette hypothèse et d'autres études sont requises sur les préparations topiques (Huestis, 2007). D'après l'expérience clinique, les patients signalent rarement des effets secondaires cognitifs lorsqu'ils utilisent des dérivés du cannabis pour application topique contre la douleur, en particulier pour les produits ne contenant que du CBD. Il pourrait donc être moins risqué pour les personnes sans contre-indications qui souhaitent essayer un produit du cannabis de commencer par ce type de produit.

RECOMMANDATION N° 7 :

Les cliniciens doivent enseigner aux patients d'éviter les cannabinoïdes synthétiques (p. ex., K2 et SPICE) en raison du risque d'effets néfastes importants. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Les produits de cannabinoïde synthétique illicites comme K2 et SPICE sont plus puissants que les autres formes de cannabis et exposent les personnes âgées à un risque accru d'événements indésirables. L'utilisation de ces produits peut entraîner de graves problèmes de santé tels que convulsions, rythme cardiaque irrégulier et hallucinations (Gunderson et coll., 2012; Seely et coll., 2012; Harris et Brown, 2013; van Amsterdam et coll., 2015) et peut dans de rares cas entraîner la mort (Seely et coll., 2012; Harris et Brown, 2013; van Amsterdam et coll., 2015).

RECOMMANDATION N° 8 :

Les cliniciens doivent éduquer les patients sur le risque d'affaiblissement des facultés induit par le cannabis, en particulier si le patient n'a jamais pris de cannabis ou s'il procède à l'ajustement posologique vers une nouvelle dose. Il est recommandé que la dose de départ soit aussi faible que possible et qu'elle soit augmentée graduellement au fil du temps s'il y a lieu. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Commencer à prendre du cannabis à des fins médicales ou non médicales peut provoquer une altération, notamment une dégradation, des capacités physiologiques, cognitives, perceptives et émotionnelles. Le risque de dégradation due au cannabis est accru lorsque des préparations à forte teneur en THC sont utilisées. L'utilisation de produits du cannabis contenant du THC à une concentration supérieure à 20 % n'est justifiée en aucune circonstance. Les bienfaits potentiels du cannabis allégués dans les publicités de produits ne sont peut-être pas validés scientifiquement, et les patients doivent donc se méfier des renseignements fournis par les fabricants ou les distributeurs de produits du cannabis. De plus, il est recommandé d'utiliser de prudence dans l'analyse des renseignements qui se trouvent en ligne étant donné que la crédibilité des

sources peut varier. Les patients doivent connaître la concentration en THC des préparations de cannabis et savoir qu'une diminution de l'attention et du temps de réaction, une dégradation de l'humeur, de la mémoire et de la perception de la profondeur et du temps ainsi qu'une détérioration de la fonction cardiaque constituent tous des effets indésirables possibles qui surviennent plus fréquemment lorsque des produits à teneur élevée en THC sont utilisés. Seuls les cannabinoïdes de qualité médicale offerts sur ordonnance présentent une concentration exacte validée par Santé Canada. La prudence est de mise lors de l'achat de produits auprès d'officines ou sur le marché illicite. Dans le cadre d'une étude portant sur des produits de cannabis comestibles choisis aléatoirement auprès d'officines aux États-Unis et analysés par un laboratoire indépendant, l'indication de la concentration en THC s'est révélée exacte dans seulement 17 % des cas, alors que 0 % présentait une indication exacte de la teneur en CBD (Vandrey et coll., 2015).

RECOMMANDATION N° 9 :

Les cliniciens doivent aviser les patients des effets à long terme potentiels liés à l'utilisation fréquente du cannabis, notamment les problèmes respiratoires, les changements épithéliaux précancéreux et le déficit cognitif. Les patients doivent également être avisés du risque d'exacerbation des problèmes de santé mentale due au TUC, en particulier lorsque des variétés à teneur élevée en THC sont utilisées. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

À mesure que le nombre de personnes âgées commençant à utiliser du cannabis à des fins médicales ou non médicales augmente, bon nombre d'entre elles pourraient utiliser le cannabis de façon chronique plutôt qu'intermittente et donc être exposées à un risque accru d'effets à long terme sur leur santé. Ces risques peuvent comprendre des problèmes respiratoires et cardiovasculaires (Hall et Degenhardt, 2014), des changements squelettiques pouvant accroître le risque de fractures (Sophocleous et coll., 2017), des troubles émotionnels et cognitifs (NASEM, 2017) et un TUSP lié non seulement au cannabis lui-même, mais aussi aux opioïdes et à d'autres analgésiques (Choi et coll., 2017). Bien qu'il n'y ait pas de données concluantes sur un lien causal entre l'utilisation prolongée du cannabis et le cancer, une association ne peut être écartée étant donné que des changements précancéreux ont été observés dans l'épithélium respiratoire de personnes qui fument du cannabis de façon chronique (Barsky et coll., 1998). Les cliniciens doivent savoir que certains produits fabriqués par des producteurs agréés de cannabis thérapeutique du Canada contiennent une concentration élevée de THC (> 20 % de THC) et doivent aviser les patients d'éviter ces produits puisqu'ils peuvent accroître davantage le risque de problèmes de santé mentale au fil du temps.

RECOMMANDATION N° 10 :

Les cliniciens doivent aviser les patients, les soignants et les membres de la famille que :

- a) Le cannabis peut nuire à la capacité de conduire un véhicule automobile de façon sécuritaire pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 heures.** [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- b) L'utilisation concomitante du cannabis et d'alcool entraîne un affaiblissement synergique des facultés et augmente les risques lors de la conduite automobile et doit donc être évitée.** [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]
- c) Il est dangereux pour un passager de se trouver dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé du cannabis dans les 24 heures précédentes.** [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

En raison de la puissance et de la durée variable de l'effet de différents produits du cannabis, il est important de souligner l'influence importante qu'a le cannabis sur les facultés à conduire une automobile et son potentiel élevé d'entraîner un affaiblissement de ces facultés. De nombreuses études expérimentales ont montré que le THC diminue les fonctions cognitives, les fonctions psychomotrices et les facultés de conduite réelles de manière proportionnelle à la dose (Ramaekers et coll., 2004). De plus, des enquêtes au cours desquelles le THC dans le sang a été mesuré directement pour établir l'utilisation récente de cannabis ont montré que les personnes obtenant des résultats positifs au dosage du THC, et en particulier celles présentant un taux élevé de THC, étaient environ de trois à sept fois plus susceptibles d'être responsables de leur collision que les conducteurs qui n'avaient pas pris de drogues ou d'alcool (Ramaekers et coll., 2004). Une revue systématique récemment menée a montré que le rapport de cotes de subir une collision après la consommation de cannabis se situait entre 2,49 et 2,84 (Els et coll., 2019). Il est important de souligner que les effets du CBD sur les facultés de conduite ne sont pas bien connus et qu'à l'heure actuelle, la plupart des données sur l'affaiblissement des facultés de conduite concernent l'utilisation du THC (Beirness et Porath, 2019). Cependant, dans le cadre d'étude sur l'épilepsie infantile où du CBD pur a été utilisé, 30 % des participants ont rapporté ressentir un effet sédatif important (Ali et coll., 2019). C'est pourquoi le Dr Charle Els et ses collègues, dans un énoncé de position approuvé par l'Association canadienne de la médecine du travail et de l'environnement et la Société médicale canadienne sur l'addiction, recommandent de ne pas consommer de cannabis (peu importe la concentration de THC ou de CBD) dans les 24 heures avant un travail posant un risque sur le plan de la sécurité (Els et al., 2018). En particulier, ce document indique qu'il n'est pas conseillé de conduire un véhicule, d'utiliser de la machinerie ou d'effectuer d'autres tâches posant un risque sur le plan de la sécurité pendant les 24 heures suivant la consommation de cannabis ou plus longtemps si l'affaiblissement des facultés persiste.

Étant donné que les effets du THC sur la conduite automobile varient selon les préparations de THC/CBD, il est essentiel de souligner que la consommation concomitante de cannabis et d'alcool produira un effet synergique sur l'affaiblissement des facultés et que les personnes qui présenteraient un taux d'alcoolémie inférieur à la limite légale permise pourraient tout de même être incapables de conduire un véhicule automobile de façon sécuritaire lorsqu'elles consomment de l'alcool avec du cannabis (Neavyn et coll., 2014).

RECOMMANDATION N° 11 :

Les patients, les soignants et les membres de la famille doivent recevoir de l'information au sujet des signes, des symptômes et des risques liés au sevrage du cannabis.

[Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Les symptômes de sevrage du cannabis seront plus prononcés lors de l'abstinence après l'utilisation de longue date d'une quantité élevée de cannabis. La plupart des études de recherche ont examiné les symptômes chez des adultes plus jeunes plutôt que chez les personnes âgées. Les symptômes typiques du sevrage comprennent des fluctuations du comportement et de l'humeur de même que des symptômes physiques tels que faiblesse, sudation, agitation, dysphorie, troubles du sommeil, diminution de l'appétit, nervosité/anxiété, irritabilité, agressivité et envies impérieuses de consommer. La désensibilisation et la régulation à la baisse des récepteurs CB1 commencent à être annulées au cours de deux premiers jours d'abstinence et les récepteurs reprennent un fonctionnement plus normal dans les quatre premières semaines d'abstinence. La sévérité du syndrome de sevrage varie grandement et dépend de la quantité de cannabis consommée, du sexe du patient de même que de facteurs spécifiques au patient et au contexte.

Dépistage du trouble lié à l'utilisation du cannabis

Les cliniciens peuvent sous-estimer la probabilité d'un mésusage de substances psychoactives ou d'un TUSP chez les personnes âgées. C'est pourquoi il est important de procéder à une évaluation complète de l'utilisation actuelle et antérieure de substances psychoactives, y compris le cannabis et les cannabinoïdes. Une évaluation complète est recommandée lorsqu'on soupçonne un TUSP.

RECOMMANDATION N° 12 :

Les cliniciens doivent entamer une discussion au sujet de l'utilisation du cannabis et des cannabinoïdes sans porter de jugement. Une anamnèse rigoureuse doit être réalisée auprès des patients, des soignants et des membres de la famille au sujet des signes et des symptômes du TUC, qui peuvent s'apparenter à ceux associés aux altérations du système nerveux liées à l'âge tels que la somnolence, les étourdissements, les troubles de la mémoire et les chutes. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Comme c'est le cas pour les autres substances psychoactives, les discussions avec des personnes âgées au sujet de l'utilisation du cannabis et de la possibilité d'un TUC doivent se faire de façon bienveillante, sans jugement. Il faut s'assurer d'adapter le dépistage du TUC chez les personnes âgées à l'âge et de recourir à l'écoute active, de le faire de façon bienveillante, dans un cadre médical ou de soins de santé, de tenir compte des troubles de la mémoire ou du déclin cognitif et de ne pas recourir aux menaces et à la stigmatisation. L'incapacité de remplir des obligations majeures (sociales ou professionnelles) est un critère essentiel à l'identification du trouble lié à l'utilisation du cannabis selon le DSM-5; il faut donc tenir compte des rôles sociaux et fonctionnels particuliers des personnes âgées dans l'évaluation des conséquences que peut avoir l'utilisation du cannabis sur elles. Il est important de respecter l'autonomie et la vie privée des personnes âgées, mais il peut tout de même être utile de recueillir, avec le consentement du patient s'il peut le donner, des renseignements complémentaires auprès des membres de la famille, des amis et des soignants, en particulier dans le cas des personnes qui pourraient présenter un déficit cognitif causé soit par le cannabis ou à des troubles médicaux ou psychiatriques comorbides. De nombreux symptômes du TUC, comme la somnolence, les étourdissements, les troubles de mémoire et les chutes, sont relativement courants chez les personnes âgées ne souffrant pas d'un TUC, mais le TUC doit être considéré comme une cause possible de ces symptômes chez les personnes âgées ou un facteur pouvant y contribuer (Allan et coll., 2018; NASEM, 2017).

RECOMMANDATION N° 13 :

Tous les patients, peu importe leur âge, doivent subir un dépistage pour vérifier :

- L'utilisation à des fins non médicales et l'utilisation sous autorisation médicale du cannabis, des cannabinoïdes et des cannabinoïdes synthétiques illicites, ainsi que du tabac, de l'alcool et d'autres drogues.** [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]
- La quantité et le type de cannabis ou de cannabinoïde consommé ainsi que la fréquence d'usage, chez les patients qui admettent en consommer. Les patients qui admettent en avoir consommé récemment (toute utilisation au cours du dernier mois) doivent alors subir le test de dépistage ciblé CUDIT (« Cannabis Use Disorder Identification Test », test de dépistage du trouble lié à l'utilisation du cannabis).** [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

Le dépistage de l'utilisation du cannabis devrait idéalement être réalisé pour tous les groupes de population présentant un risque élevé, tels que les personnes ayant des antécédents de mésusage de substances psychoactives, ayant récemment vécu un deuil ou souffrant de dépression, d'isolement social, d'une négligence de soi importante ou de douleur chronique. Les réponses aux questions de dépistage peuvent varier d'une personne à l'autre en fonction de la façon dont la question est posée. Lorsqu'on les interroge au sujet du cannabis, les patients âgés pourraient omettre de mentionner l'usage à des fins médicales. Le test CUDIT est d'une bonne utilité pour déterminer si les problèmes décelés dans un cas particulier pourraient ne pas être attribuables à l'utilisation du cannabis. Si la quantité, la puissance et la fréquence d'utilisation sont faibles et que les résultats aux questions sur les problèmes de mémoire ou de fonctionnement sont élevés, le cannabis n'est peut-être pas à l'origine du problème.

RECOMMANDATION N° 14 :

Les cliniciens doivent savoir que l'exactitude diagnostique de certains outils de dépistage peut être variable étant donné que certains symptômes du vieillissement peuvent être les mêmes que ceux du TUC. [Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : faible]

Il est important d'évaluer le risque de TUC chez les patients utilisant du cannabis à des fins médicales ou non médicales. Le dépistage et le diagnostic d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées posent de nombreuses difficultés (Kuerbis et coll., 2014). Les critères du DSM-5 pour l'identification des TUSP comportent plusieurs critères évaluant la diminution des capacités en fonction de l'effet de l'utilisation d'une substance psychoactive sur l'accomplissement des fonctions sociales ou interpersonnelles ou du fonctionnement dans des domaines qui ne sont pas toujours pertinents dans les cas des personnes âgées (par exemple, au travail, à l'école ou lors de la conduite automobile).

Il est également possible de passer à côté du TUC en raison de la présence accrue de comorbidités médicales dont les symptômes peuvent masquer un TUC chez les personnes âgées.

Évaluation du trouble lié à l'utilisation du cannabis

RECOMMANDATION N° 15 :

L'évaluation du TUC chez les personnes âgées doit analyser :

a) Les méthodes d'utilisation, c.-à-d. ingestion, fumage, vapotage, usage d'extraits, d'agents topiques, de nabilone et de nabiximols, etc., et tenir compte des risques/bienfaits/effets nocifs de tout ce qui s'applique au patient. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

b) La fréquence et la dose. [Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Les différents modes de consommation sont associés à différents risques et conséquences, et il faut identifier le mode de consommation de chaque personne. L'inhalation (fumage) régulière du cannabis brûlé représente la voie d'administration la plus courante au Canada (Ialomiteanu et coll., 2016). Ce mode de consommation a un effet néfaste sur la santé respiratoire (Lee et Hancox, 2011; Pletcher et coll., 2012; Gates et coll., 2014; Tashkin, 2014; Martinasek et coll., 2016) et présente le plus grand risque pour la santé. L'utilisation du cannabis sous forme comestible, de liquide ou d'huile peut éliminer les risques respiratoires, mais ces méthodes d'administration entraîne le risque qu'une dose supérieure à celle prévue soit consommée en raison d'un début d'effet retardé (Wang et coll., 2013; 2014; Monte et coll., 2015). Le mode d'utilisation doit faire l'objet d'un examen minutieux dans le cas où il y a des antécédents d'effets indésirables qui ne semblent pas être proportionnels aux effets généralement observés à la suite de la consommation de la quantité déclarée.

La fréquence d'utilisation et la dose utilisée lors de chaque épisode de consommation sont de solides prédictors du risque de développer un problème lié au cannabis autant en aigu qu'en chronique (Solowij et coll., 2016). Des revues systématiques ont révélé des associations entre la fréquence d'utilisation ou la dose de cannabis et divers effets néfastes sur la santé, y compris des problèmes de santé mentale, des problèmes cardiovasculaires, les accidents de voiture, la suicidalité et des effets cognitifs (Moore et coll., 2007; Reece, 2009; Lorenzetti et coll., 2010; Elvik, 2013; Gibbs et coll., 2015; Ganzer et coll., 2016). Il est important de dépister l'anxiété liée au cannabis et la dépendance au cannabis lors de l'évaluation d'un TUC. Le risque d'anxiété et de dépendance au cannabis est fortement associé à l'utilisation quotidienne ou quasi quotidienne (Coffey et coll., 2002; Degenhardt et coll., 2013; Silins et coll., 2014). L'évaluation du TUC chez les personnes âgées doit également comprendre une évaluation exhaustive des manifestations physiques potentielles du TUC ou des conséquences de l'usage du cannabis. Comme c'est le cas pour les autres TUSP, il est possible que les critères du DSM-5 pour le TUC ne soient pas d'une grande utilité dans l'évaluation de la gravité du TUC chez les personnes âgées (Budney et coll., 2003; Kuerbis et coll., 2014).

RECOMMANDATION N° 16 :

L'évaluation clinique du TUC chez les personnes âgées doit analyser les signes et les symptômes du sevrage du cannabis et tenir compte qu'une diminution rapide ou la cessation subite de la consommation de cannabis peut également être associée à des symptômes de sevrage.

[Classement GRADE : Données probantes : élevées; Solidité : élevée]

Comme toutes les substances posant un risque de dépendance, le cannabis peut être associé à un syndrome de sevrage. Cet état peut survenir lorsque les utilisateurs de cannabis diminuent rapidement leur consommation. Le syndrome de sevrage du cannabis apparaît généralement après 1 à 3 jours d'abstinence de cannabis. Les symptômes ont tendance à être à leur maximum après 2 à 6 jours et peuvent durer jusqu'à 14 jours (Budney et coll., 2003). Les symptômes du sevrage au cannabis peuvent être évalués de façon fiable à l'aide de la liste de vérification des symptômes du sevrage du cannabis (Budney et coll., 2003), qui comprend des questions sur les symptômes couramment observés tels que : tremblements, humeur dépressive, diminution de l'appétit, nausées, irritabilité, difficulté à dormir, sudation, envie impérieuse de fumer de la marijuana, agitation, nervosité/anxiété, agressivité accrue, maux de tête, maux d'estomac, rêves bizarres et colère accrue. Les symptômes de sevrage du cannabis peuvent donc être confondus avec les raisons que déclarent les utilisateurs eux-mêmes pour expliquer leur consommation de produits du cannabis. Comme dans le cas du sevrage de l'alcool ou des opioïdes, la reprise de la consommation de cannabis pendant le sevrage peut soulager les symptômes, ce qui renforce le comportement d'utilisation. Une évaluation des symptômes de sevrage doit être réalisée chez les personnes obtenant un résultat positif au test de dépistage de l'utilisation du cannabis.

La fréquence d'apparition du syndrome de sevrage du cannabis dépend de facteurs tels que la durée et la fréquence d'utilisation ainsi que la quantité de cannabis utilisée. Dans la plupart des études, des réactions au sevrage surviennent chez environ 20–30 % des personnes qui consomment fréquemment du cannabis (Budney et coll., 2003; 2004). Les symptômes sont souvent assez graves pour entraîner un taux élevé de rechute. Les méthodes de traitement actuelles du syndrome de sevrage sont décrites à la [recommandation n° 22](#).

RECOMMANDATION N° 17 :

Lors de l'évaluation des patients, les cliniciens doivent être conscients du risque de syndrome d'hyperémèse cannabinoïde lié à l'utilisation chronique du cannabis, en particulier dans le cas de préparations à teneur élevée.

[Classement GRADE : Données probantes : élevées;
Solidité : élevée]

Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde est caractérisé par des épisodes récurrents de nausées et vomissements accompagnés de douleur abdominale qui surviennent généralement chez les utilisateurs de doses élevées de cannabis sur une période prolongée. La prévalence du syndrome d'hyperémèse chez les personnes souffrant d'un TUC n'est pas bien connue, mais il semble que ce syndrome soit relativement peu fréquent, bien qu'il s'agisse d'un état inquiétant et potentiellement dangereux. La prise en charge du syndrome d'hyperémèse se fait principalement par soins de soutien pour assurer une hydratation adéquate et l'administration d'antiémétiques. L'hyperémèse s'estompe généralement dans les 48 heures suivant l'arrêt de l'utilisation du cannabis (Galli et coll., 2011). Le syndrome d'hyperémèse peut survenir sans égard à la fréquence d'utilisation du cannabis, mais s'observe principalement chez les personnes consommant du cannabis depuis un an ou plus à une fréquence quotidienne ou hebdomadaire (Sorensen et coll., 2017).

Traitement du trouble lié à l'utilisation du cannabis

La section qui suit porte sur le traitement des personnes âgées souffrant d'un TUC. Les traitements actuels du TUC sont fondés principalement sur la psychothérapie et l'organisation des contingences. Des essais ont été menés sur la pharmacothérapie comme intervention d'appoint au traitement psychosocial, mais aucun traitement pharmacologique ne s'est révélé efficace.

RECOMMANDATION N° 18 :

La méthode SBIRT (« Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment », dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement) doit être envisagée pour l'évaluation et la prise en charge du TUC, comme pour les autres TUSP. [Classement GRADE : Données probantes : faibles;
Solidité : élevée]

L'utilisation des méthodes SBIRT dans le contexte du traitement du TUC est un domaine de recherche relativement inexploré. Il existe cependant une grande quantité de données probantes à l'appui du recours aux interventions brèves (p. ex., renforcement de la motivation et conseils brefs) chez les personnes âgées (Fleming et coll., 1999; Gordon et coll., 2003; Fink et coll., 2005; Schonfeld et coll., 2010; Moore et coll., 2011; Schonfeld et coll., 2015). Les techniques SBIRT se sont révélées efficaces pour réduire, chez les personnes âgées, la surconsommation d'alcool qui autrement pourrait ne pas être détectée par les services d'aide aux toxicomanes (Schonfeld et coll., 2010).

RECOMMANDATION N° 19 :

Des programmes de soutien par les pairs doivent être envisagés pour les personnes souffrant d'un TUC.

[Classement GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité : élevée]

Les programmes de soutien par les pairs peuvent s'avérer être des outils précieux dans le rétablissement des patients présentant un TUC (Tracey et Wallace, 2016). L'absence ou la perte de liens sociaux est un des facteurs qui exacerbent les TUSP et le TUC (Sarkar et coll., 2015). Les personnes âgées présentent un risque accru de perdre leurs liens sociaux en raison de la retraite, de la perte d'amis ou de proches, etc. Les cliniciens doivent connaître les programmes de soutien par les pairs offerts dans leur région et peuvent aider les patients à s'inscrire à un programme pour soutenir leur processus de rétablissement.

RECOMMANDATION N° 20 :

Il est recommandé d'envisager diverses approches psychosociales d'atténuation des effets nocifs ou de prévention de la rechute, notamment : thérapie cognitivo-comportementale (TCC), technique d'entrevue motivationnelle (TEM), méthode MBRP (« Mindfulness Based Relapse Prevention », prévention de la rechute basée sur la pleine conscience), thérapie de renforcement de la motivation (TRM) et organisation des contingences (OC).

[Classement GRADE : Données probantes : modérées; Solidité : élevée]

Les traitements les plus efficaces à l'heure actuelle consistent en une association de TRM/TCC/OC, y compris des traitements offerts sur ordinateur qui permettent d'obtenir un des taux d'abstinence les plus élevés jusqu'à maintenant, comparable aux résultats obtenus dans le traitement du trouble lié à l'utilisation de la cocaïne, mais à une efficacité moindre que pour l'alcool. Une méta-analyse a relevé un taux d'abstinence inférieur chez les consommateurs de cannabis comparativement aux utilisateurs de cocaïne, d'opiacés ou de plusieurs substances psychoactives (Sherman et McRae-Clark, 2016). Une intervention brève d'auto-assistance par OC a permis d'obtenir une baisse significative de la quantité de cannabis consommée et de la fréquence d'utilisation au cours du dernier mois de même qu'une baisse du score de gravité de la dépendance (Copeland et coll., 2017), bien que les participants admissibles n'aient pas tous reçu un diagnostic de TUC (âge médian de 26 ans, mais comprenant des adultes jusqu'à 65 ans). Des données montrent que la TRM permet d'améliorer les résultats liés au cannabis chez les adultes cherchant à obtenir un traitement, chez ceux ne cherchant pas à obtenir de traitement, de même que chez les personnes souffrant de troubles concomitants (Danovitch et Gorelick, 2012). Les interventions technologiques offrant de la TCC, de la TRM et de la TEM, idéalement en association, ont permis d'obtenir un taux d'efficacité semblable à celui des thérapies administrées par un thérapeute (TAT), bien que les études ne comprenaient pas la répartition aléatoire ou le suivi qui sont inclus dans les études sur les TAT qui ont fait leurs preuves. Ce type d'intervention doit être envisagé si l'accès à une TAT est limité. Dans le cadre de l'essai contrôlé à répartition aléatoire évaluant l'efficacité de la méthode MBRP (prévention de la rechute basée sur la pleine conscience) dans les cas de TUSP en général à la suite d'un traitement intensif en milieu hospitalier ou en clinique externe, on a obtenu des données empiriques prometteuses montrant la faisabilité et l'efficacité initiale de la méthode MBRP dans le traitement postcure des TUSP. Parmi les participants à cette étude, 5,4 % d'entre eux ont indiqué que la marijuana était la principale substance psychoactive qu'ils consommaient (Banes et coll., 2014).

RECOMMANDATION N° 21 :

Il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement pharmacologique établi dont l'innocuité et l'efficacité ont été démontrées dans le traitement du TUC ou des symptômes de sevrage du cannabis. [Consensus]

Certains médicaments montrent du potentiel dans le domaine de la prise en charge du sevrage et des envies impérieuses. La gabapentine s'est révélée efficace dans l'atténuation des symptômes de sevrage, alors que la N-acétylcystéine (NAC) a montré des résultats prometteurs dans la diminution des envies impérieuses. Une synthèse réalisée par Sherman et ses collègues (2016) montre quelques données probantes à l'appui de l'efficacité de la gabapentine, mais la plus grande quantité de données probantes concerne la NAC. Les effets secondaires potentiels que sont la somnolence, les étourdissements et la fatigue, jumelés à l'absence de données probantes suffisantes pour montrer une efficacité dans l'amélioration des symptômes du sevrage ou du taux d'abstinence, sont cités comme éléments négatifs contrecarrant tout résultat prometteur obtenu (Marshall et coll., 2014; Hassell et coll., 2017). Cependant, une revue systématique réalisée par Werneck et ses collègues (2018) a permis de conclure que le traitement de substitution des cannabinoïdes (par le nabilone ou le dronabinol) montre des résultats suffisamment prometteurs pour justifier des essais cliniques approfondis. Ce traitement hors indications officielles doit être envisagé uniquement dans le cas de patients très réfractaires qui n'ont répondu à aucune autre intervention, où les bienfaits sont susceptibles de l'emporter sur les risques. Il faut être très prudent avec la posologie utilisée.

Il n'existe aucune étude sur le traitement de l'insomnie causée par le sevrage du cannabis ou des cannabinoïdes chez les personnes âgées. Le trazodone a été utilisé à cet effet chez les adultes plus jeunes.

RECOMMANDATION N° 22 :

Une thérapie en établissement agréé doit être envisagée au besoin pour le traitement d'un TUC si la personne concernée est incapable de diminuer de manière appréciable ou de cesser l'utilisation du cannabis. [Classement GRADE : Données probantes : faibles; Solidité : élevée]

En se basant sur les données probantes utilisées pour la prise en charge d'autres TUSP et qui peuvent raisonnablement s'appliquer à la prise en charge de tous les TUSP, la plupart des cliniciens expérimentés peuvent prendre en charge les personnes âgées présentant un TUC léger ou modéré. Il pourrait être avantageux pour les patients souffrant d'un trouble plus grave ou complexe de faire intervenir une équipe ou un programme spécialisé dans les TUSP, notamment en milieu hospitalier si le service y est offert. Par la suite, le seuil requis pour admettre une personne âgée présentant des comorbidités sociales, psychologiques ou physiques en centre hospitalier ou en établissement pour le traitement d'un TUC ou la prise en charge du sevrage peut être inférieur à celui qui s'appliquerait à un adulte plus jeune.

Orientations futures

Pour les recherches futures sur l'utilisation du cannabis et le TUC chez les personnes âgées, il faut commencer par identifier et comprendre les habitudes et les motifs d'utilisation au sein de cette population. Il est évident que des personnes âgées consomment du cannabis; ce qui est moins évident, c'est comment et pourquoi cette population en consomme, quelle est la prévalence d'utilisation au cours de la vie entière, comment les nombreux facteurs spécifiques au vieillissement influencent positivement ou négativement les habitudes de consommation et quels sont les effets nocifs qui y sont associés. La perception que l'usage du cannabis mène à un risque significatif de conséquences négatives a diminué; pourtant, le cannabis est tout de même associé à un déficit cognitif, à un risque accru de troubles psychiatriques et à d'autres problèmes de santé mentale. Parmi les facteurs aggravant cet état de fait, on note le processus de vieillissement, qui s'accompagne de changements physiologiques qui peuvent modifier le métabolisme et l'effet du cannabis, et une prévalence accrue de multimorbidité, qui peut augmenter la probabilité d'exacerbation d'un trouble médical chronique ou aigu ou d'une interaction médicamenteuse imprévue.

Malgré ces limitations, les cliniciens doivent parler de l'utilisation du cannabis et des cannabinoïdes avec leurs patients, pour aider à favoriser les comportements sains et à déceler les risques ou les dangers potentiels ou les problèmes de consommation qui nécessiteraient un suivi ou une intervention. Les cliniciens doivent également être conscients du contexte social dans lequel s'inscrit le cannabis – une substance psychoactive dorénavant légale dont l'utilisation est répandue et qu'on peut se procurer facilement. Cela comprend les récits anecdotiques au sujet de ses propriétés thérapeutiques qui, bien qu'elles soient prometteuses, sont pour la plupart non fondées et susceptibles d'être exploitées. En outre, le fait que le cannabis projette une image de contre-culture qui est maintenant commercialisée dans des établissements de vente légaux expose les personnes âgées au risque de devenir un groupe démographique ciblé spécifiquement dans les publicités sur le cannabis.

La réglementation et le contrôle de la qualité qu'offre la légalisation présentent des avantages certains pour la diminution de certains effets nocifs, mais les conséquences sur le taux d'utilisation chez les personnes âgées demeurent inconnues, même dans les États où l'utilisation du cannabis à des fins non médicales est légalisée depuis longtemps.

C'est pourquoi les cliniciens doivent être au courant de l'état actuel des connaissances et des pratiques sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis et sur l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées. Il faut garder à l'esprit que des personnes âgées consomment du cannabis, se posent probablement des questions et méritent des réponses et des conseils fondés sur des données probantes. Les présentes lignes directrices offrent des recommandations fondées sur les données probantes existantes et l'expérience des cliniciens et admettent qu'il y a manifestement des lacunes dans les données probantes. Les patients auront sans aucun doute des questions, et il est important que les cliniciens leur donnent des réponses fondées sur des données probantes plutôt que sur des suppositions et des anecdotes au sujet de l'utilisation du cannabis.

Références

- Ali, S. et coll. (2019). Efficacy of cannabinoids in paediatric epilepsy. *Dev Med Child Neurol*, 61(1) : 13-18. doi:10.1111/dmcn.14087
- Allan, G. M. et coll. (2018). Lignes directrices simplifiées en matière de prescription de cannabinoïdes médicaux en soins de première ligne. *Canadian Family Physician*, 64(2) : e64-e75.
- Allan, G. M. et coll. (2018). Lignes directrices simplifiées en matière de prescription de cannabinoïdes médicaux en soins de première ligne. *Can Fam Physician*, 64(2) : e64-e75.
- Banes, K. E. et coll. (2014). Changing motives for use: outcomes from a cognitive-behavioral intervention for marijuana-dependent adults. *Drug Alcohol Depend*, 139 : 41-46. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.02.706
- Barsky, S. H. et coll. (1998). Histopathologic and molecular alterations in bronchial epithelium in habitual smokers of marijuana, cocaine, and/or tobacco. *J Natl Cancer Inst*, 90(16) : 1198-1205.
- Beirness, D. et Porath, A. (2019). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Cannabis au volant – version actualisée*. Tiré du site https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-10/CCSA-Cannabis-Use-Driving-Report-2019-fr_0.pdf
- Budney, A. J. et coll. (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 161(11) : 1967-1977.
- Budney, A. J. et coll. (2003). The time course and significance of cannabis withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3) : 393.
- Budney, A. J. et coll. (2003). The time course and significance of cannabis withdrawal. *J Abnorm Psychol*, 112(3) : 393-402.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2018). *Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-and-Aging-Report-2018-fr.pdf>
- Choi, N. G. et coll. (2015). Alcohol and other substance use, mental health treatment use, and perceived unmet treatment need: Comparison between baby boomers and older adults. *Am J Addict*, 24(4) : 299-307. doi:10.1111/ajad.12225
- Choi, N. G. et coll. (2017). Association between Nonmedical Marijuana and Pain Reliever Uses among Individuals Aged 50. *J Psychoactive Drugs*, 49(4) : 267-278. doi:10.1080/02791072.2017.1342153
- Chye, Y. et coll. (2019). The Endocannabinoid System and Cannabidiol's Promise for the Treatment of Substance Use Disorder. *Front Psychiatry*, 10 : 63. doi:10.3389/fpsy.2019.00063
- Coffey, C. et coll. (2002). Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction*, 97(2) : 187-194.
- Cohen, K. et Weinstein, A. (2018). The Effects of Cannabinoids on Executive Functions: Evidence from Cannabis and Synthetic Cannabinoids-A Systematic Review. *Brain Sci*, 8(3). doi:10.3390/brainsci8030040
- Copeland, J. et coll. (2017). Comparison of brief versus extended personalised feedback in an online intervention for cannabis users: Short-term findings of a randomised trial. *J Subst Abuse Treat*, 76 : 43-48. doi:10.1016/j.jsat.2017.01.009
- Danovitch, I. et Gorelick, D. A. (2012). State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatr Clin North Am*, 35(2) : 309-326. doi:10.1016/j.psc.2012.03.003
- Degenhardt, L. et coll. (2013). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*, 108(1) : 124-133. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04015.x
- Els, C. et coll. (2018). *Occupational and Environmental Medical Association of Canada: Position statement on the implications of cannabis use for safety-sensitive work*. Tiré du site <https://oemac.org/wp-content/uploads/2018/09/Position-Statement-on-the-Implications-of-cannabis-use.pdf>
- Els, C. et coll. (2019). *Impact of Cannabis Use on Road Traffic Collisions and Safety at Work: Systematic Review and Meta-analysis* (Vol. 10).
- Elvik, R. (2013). Risk of road accident associated with the use of drugs: a systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. *Accid Anal Prev*, 60 : 254-267. doi:10.1016/j.aap.2012.06.017
- Fink, A. et coll. (2005). An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *J Am Geriatr Soc*, 53(11) : 1937-1943. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00476.x
- Fleming, M. F. et coll. (1999). Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *J Fam Pract*, 48(5) : 378-384.
- Galli, J. A. et coll. (2011). Cannabinoid Hyperemesis Syndrome. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(4) : 241.
- Ganzer, F. et coll. (2016). Weighing the Evidence: A Systematic Review on Long-Term Neurocognitive Effects of Cannabis Use in Abstinent Adolescents and Adults. *Neuropsychol Rev*, 26(2) : 186-222. doi:10.1007/s11065-016-9316-2
- Gates, P. et coll. (2014). Cannabis smoking and respiratory health: consideration of the literature. *Respirology*, 19(5) : 655-662. doi:10.1111/resp.12298
- Gibbs, M. et coll. (2015). Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 171 : 39-47. doi:10.1016/j.jad.2014.09.016
- Gordon, A. J. et coll. (2003). Comparison of consumption effects of brief interventions for hazardous drinking elderly. *Subst Use Misuse*, 38(8) : 1017-1035.
- Gunderson, E. W. et coll. (2012). "Spice" and "K2" herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans. *Am J Addict*, 21(4) : 320-326. doi:10.1111/j.1521-0391.2012.00240.x
- Hackam, D. G. (2015). Cannabis and Stroke. *Stroke*, 46(3) : 852-856. doi:10.1161/STROKEAHA.115.008680
- Hall, W. et Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Test Anal*, 6(1-2) : 39-45. doi:10.1002/dta.1506

- Harris, C. R. et Brown, A. (2013). Synthetic cannabinoid intoxication: a case series and review. *J Emerg Med*, 44(2) : 360-366. doi:10.1016/j.jemermed.2012.07.061
- Hassell, C. et coll. (2017). Pharmacology of Geriatric Substance Use Disorders: Considerations and Future Directions. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(1) : 102-115. doi:10.1007/s40501-017-0107-z
- Santé Canada. (2018). *Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marijuana, marihuana) et les cannabinoïdes*. Tiré du site <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-medication/cannabis/information-medical-practitioners/information-health-care-professionals-cannabis-cannabinoids-fra.pdf>
- Hemachandra, D. et coll. (2016). Heavy cannabis users at elevated risk of stroke: evidence from a general population survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(3) : 226-230. doi:10.1111/1753-6405.12477
- Huestis, M. A. (2007). Human cannabinoid pharmacokinetics. *Chem Biodivers*, 4(8) : 1770-1804. doi:10.1002/cbdv.200790152
- Ialomiteanu, A. et coll. (2016). *CAMH Monitor e-Report: Substance use, mental health and well-being among Ontario adults, 1977-2015 (CAMH research document series No. 45)*. Tiré du site <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---camh-monitor/camh-monitor-2015-ereport-final-web-pdf.pdf?la=en&hash=A4490B23075FEA9ADF9E3F899B8F62DD90440DB0>
- Kalant, H. et Porath, A. (2016). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Usage de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales – version actualisée*. Tiré du site <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CCSA-Medical-Use-of-Cannabis-Report-2016-fr.pdf#search=all%282016%29>
- Karila, L. et coll. (2014). Acute and long-term effects of cannabis use: a review. *Curr Pharm Des*, 20(25) : 4112-4118.
- Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G. et Moore, A. A. (2014). Substance abuse among older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3) : 629-654.
- Lee, M. H. et Hancox, R. J. (2011). Effects of smoking cannabis on lung function. *Expert Rev Respir Med*, 5(4) : 537-546; quiz 547. doi:10.1586/ers.11.40
- Lorenzetti, V. et coll. (2010). Structural MRI findings in long-term cannabis users: what do we know? *Subst Use Misuse*, 45(11) : 1787-1808. doi:10.3109/10826084.2010.482443
- MacCallum, C. A. et Russo, E. B. (2018). Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *Eur J Intern Med*, 49 : 12-19. doi:10.1016/j.ejim.2018.01.004
- Marshall, K. et coll. (2014). Pharmacotherapies for cannabis dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(12) : Cd008940. doi:10.1002/14651858.CD008940.pub2
- Martinasek, M. P. et coll. (2016). A Systematic Review of the Respiratory Effects of Inhalational Marijuana. *Respir Care*, 61(11) : 1543-1551. doi:10.4187/respcare.04846
- Miller, B. L. et coll. (2016). Exploring Butane Hash Oil Use: A Research Note. *J Psychoactive Drugs*, 48(1) : 44-49. doi:10.1080/02791072.2015.1118173
- Monte, A. A. et coll. (2015). The implications of marijuana legalization in Colorado. *JAMA*, 313(3) : 241-242. doi:10.1001/jama.2014.17057
- Moore, A. et coll. (2011). Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction*, 106(1) : 111-120. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03229.x
- Moore, T. H. et coll. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584) : 319-328. doi:10.1016/s0140-6736(07)61162-3
- Murphy, F. et coll. (2015). Baby Boomers and Cannabis Delivery Systems. *Journal of Drug Issues*, 45(3) : 293-313. doi:10.1177/0022042615580991
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. National Academies Press.
- Neavyn, M. J. et coll. (2014). Medical marijuana and driving: a review. *J Med Toxicol*, 10(3) : 269-279. doi:10.1007/s13181-014-0393-4
- Pletcher, M. J. et coll. (2012). Association between marijuana exposure and pulmonary function over 20 years. *JAMA*, 307(2) : 173-181. doi:10.1001/jama.2011.1961
- Ramaekers, J. G. et coll. (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend*, 73(2) : 109-119.
- Reece, A. S. (2009). Chronic toxicology of cannabis. *Clin Toxicol (Phila)*, 47(6) : 517-524. doi:10.1080/15563650903074507
- Ribeiro, L. I., et Ind, P. W. (2016). Effect of cannabis smoking on lung function and respiratory symptoms: a structured literature review. *NPJ primary care respiratory medicine*, 26, 16071. doi:10.1038/nnpjcrm.2016.71
- Sarkar, S., Parmar, A. et Chatterjee, B. (2015) Usage de substances et vieillissement réussi : problèmes et facteurs à prendre en considération. Dans : *Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-and-Aging-Report-2018-fr.pdf>
- Schonfeld, L. et coll. (2015). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Older Adults With Substance Misuse. *Am J Public Health*, 105(1) : 205-211. doi:10.2105/AJPH.2013.301859
- Schonfeld, L. et coll. (2010). Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: the Florida BRITE project. *Am J Public Health*, 100(1) : 108-114. doi:10.2105/ajph.2008.149534
- Seely, K. A. et coll. (2012). Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 39(2) : 234-243. doi:10.1016/j.pnpbp.2012.04.017
- Sherman, B. J. et McRae-Clark, A. L. (2016). Treatment of Cannabis Use Disorder: Current Science and Future Outlook. *Pharmacotherapy*, 36(5) : 511-535. doi:10.1002/phar.1747

- Silins, E. et coll. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry*, 1(4) : 286-293. doi:10.1016/s2215-0366(14)70307-4
- Simoni-Wastila et Yang (2006). Usage de substances et vieillissement réussi : problèmes et facteurs à prendre en considération. Dans : *Consommation de substances au Canada : Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement*. Tiré du site <http://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-and-Aging-Report-2018-fr.pdf>
- Solowij, N. et coll. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior: A Call for Standardization of Cannabis Use Metrics. *JAMA Psychiatry*, 73(9) : 995-996. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1329
- Sophocleous, A. et coll. (2017). Heavy Cannabis Use Is Associated With Low Bone Mineral Density and an Increased Risk of Fractures. *Am J Med*, 130(2) : 214-221. doi:10.1016/j.amjmed.2016.07.034
- Sorensen, C. J. et coll. (2017). Cannabinoid hyperemesis syndrome: diagnosis, pathophysiology, and treatment—a systematic review. *Journal of Medical Toxicology*, 13(1) : 71-87.
- Tashkin, D. P. (2014). Increasing cannabis use: what we still need to know about its effects on the lung. *Respirology*, 19(5) : 619-620. doi:10.1111/resp.12308
- Tracy, K. et Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Subst Abuse Rehabil*, 7 : 143-154. doi:10.2147/sar.S81535
- van Amsterdam, J. et coll. (2015). The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. *J Psychopharmacol*, 29(3) : 254-263. doi:10.1177/0269881114565142
- Vandrey, R. et coll. (2015). Cannabinoid Dose and Label Accuracy in Edible Medical Cannabis Products. *JAMA*, 313(24) : 2491-2493. doi:10.1001/jama.2015.6613
- Volkow, N. D. et coll. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*, 370(23) : 2219-2227. doi:10.1056/NEJMr1402309
- Wang, G. S. et coll. (2013). Pediatric marijuana exposures in a medical marijuana state. *JAMA Pediatr*, 167(7) : 630-633. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.140
- Wang, G. S. et coll. (2014). Association of unintentional pediatric exposures with decriminalization of marijuana in the United States. *Ann Emerg Med*, 63(6) : 684-689. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.01.017
- Werneck, M. A. et coll. (2018). A Systematic Review of the Efficacy of Cannabinoid Agonist Replacement Therapy for Cannabis Withdrawal Symptoms. *CNS Drugs*, 32(12) : 1113-1129. doi:10.1007/s40263-018-0577-6

ccsmh.ca