

Autotraitement avec du cannabis pour soulager les symptômes de la douleur, de l'anxiété ou des troubles du sommeil : une étude de portée

ÉTAT DES CONNAISSANCES

JUILLET 2024

ÉTUDE DE PORTÉE

AUTRICE

Axelle Marchand, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Olivier Bellefleur, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Isidora Janezic, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

Olivier Corbeil, Pharm.D., M.Sc
Institut universitaire en santé mentale de Québec

RÉVISION

Isabelle Bilodeau, Pharm. D.
Pierre-Yves Tremblay, conseiller scientifique spécialisé
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

Arsène Zongo, Pharm. D., PhD, professeur adjoint
Faculté de pharmacie, Université Laval

Stéphane Potvin, PhD, professeur titulaire
Département de psychiatrie et d'addictologie - Université de Montréal

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Fanny Poliquin, agente administrative
Sarah Mei Lapierre, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-00103-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

En 2018, la Loi encadrant le cannabis a constitué un Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis (FPRMC) qui vise à financer notamment des activités de surveillance et de recherche concernant les effets du cannabis sur l'état de santé de la population, ainsi que des activités de prévention des méfaits du cannabis et de promotion de la santé.

Cet état des connaissances fait partie d'un ensemble de produits scientifiques convenus entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'INSPQ dans le cadre d'une entente dont le financement provient du FPRMC.

La présente étude de portée cherche à décrire la littérature disponible sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour des conditions fréquemment rapportées dans un contexte d'autotraitement. On entend par « usage à des fins médicales » ou « usage thérapeutique » toute utilisation de produits du cannabis dans le but de soulager un ou des symptômes et par « autotraitement », tout usage à des fins médicales (avec ou sans diagnostic) et sans autorisation médicale. Le terme « cannabis » réfère ici à l'ensemble des produits dérivés du cannabis ainsi qu'aux cannabinoïdes produits de manière synthétique et non seulement à la plante. En plus de relever plusieurs informations, ce travail a permis d'identifier certains enjeux et des pistes de recherche pertinentes lorsque l'on cherche à mieux comprendre la pratique de l'autotraitement avec du cannabis et les risques particuliers qui s'y rattachent.

Ce document s'adresse principalement aux professionnel(le)s du milieu de la santé touché(e)s par des questions entourant la consommation de cannabis à des fins médicales.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	5
1.1 L'autotraitement avec du cannabis.....	5
1.2 Motifs de l'autotraitement.....	7
2 MÉTHODOLOGIE	9
2.1 Objectif de recherche.....	9
2.2 Stratégie de recherche	9
2.2.1 Mots-clés, bases de données et résultats de la recherche bibliographique.....	9
2.2.2 Tri des articles	10
2.3 Extraction des données	10
2.4 Révision par les pairs.....	11
3 USAGE À DES FINS MÉDICALES DU CANNABIS.....	12
3.1 Autotraitement avec du cannabis	12
3.2 Revue de la littérature scientifique récente.....	12
3.3 Principaux constats et limites relevés dans les études.....	23
3.4 Position de certains regroupements de professionnels de la santé au Canada.....	25
3.5 Des informations à réconcilier.....	28
3.6 Considérations pour de futures études	29
4 CONCLUSION.....	31
5 RÉFÉRENCES.....	32
ANNEXE 1 LES PRINCIPALES CONDITIONS DÉCLARÉES DANS LE CADRE D'AUTOTRAITEMENT AVEC DU CANNABIS	43
ANNEXE 2 DIAGRAMME PRISMA	46
ANNEXE 3 REVUES NARRATIVES	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Mots-clés pour la recherche documentaire	9
Tableau 2	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	10
Tableau 3	Revue systématique portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le soulagement de la douleur	13
Tableau 4	Revue systématique portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le traitement de l'anxiété	17
Tableau 5	Revue systématique portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le traitement des troubles du sommeil	18
Tableau 6	Revue portant sur les effets indésirables et les risques associés à la consommation de cannabis médical	21
Tableau 7	Revue portant sur la perception des médecins et des pharmaciens de l'usage thérapeutique du cannabis et les sources d'informations disponibles	22
Tableau 8	Position de certains regroupements de professionnels de la santé ou d'organisations sur l'usage thérapeutique du cannabis ou documentation connexe	26
Tableau 9	Différentes limites journalières proposées pour la consommation de CBD	28
Tableau 10	Études enregistrées sur ClinicalTrials.gov en date du 4 mars 2024 et portant sur l'usage des cannabinoïdes et la douleur, l'anxiété ou les troubles du sommeil.....	29
Tableau 11	Types de douleurs chroniques selon leur nature	43
Tableau 12	Les troubles de l'anxiété (Gouvernement du Québec, 2023a)	44
Tableau 13	Les troubles du sommeil.....	45
Tableau 14	Principales conclusions des revues narratives portant sur la gestion de la douleur avec du cannabis	47
Tableau 15	Principales conclusions des revues narratives portant sur la gestion de l'anxiété avec du cannabis.....	50
Tableau 16	Principales conclusions des revues narratives portant sur la gestion des troubles du sommeil avec du cannabis.....	51

FAITS SAILLANTS

En 2023, près du tiers des individus âgés de 15 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois ont rapporté en consommer pour des raisons de santé, et ce, majoritairement sans autorisation médicale. Les raisons et objectifs les plus fréquemment rapportés sont le soulagement de la douleur, des troubles du sommeil et la gestion de l'anxiété. L'utilisation de cannabis en autotraitement amène plusieurs questionnements quant aux bénéfices, à la sécurité et à d'autres enjeux pouvant découler de cette pratique. La présente étude de portée de la littérature sur l'usage du cannabis dans le but de soulager des symptômes communs a permis de relever certains constats et plusieurs limites.

Aucune revue (systématique ou non) portant spécifiquement sur l'autotraitement avec du cannabis n'a été identifiée. La recherche sur le cannabis à des fins médicales a été relevée comme beaucoup plus abondante pour la douleur, surtout chronique, que pour l'anxiété ou les troubles du sommeil. Bien que certaines études rapportent des effets positifs du cannabis pour soulager la douleur, la qualité de la preuve est souvent évaluée comme faible, voire insuffisante, par les différents auteurs. Les effets observés sont généralement de faible amplitude et limités à un nombre restreint de patients. Lorsqu'il est évalué adéquatement, le risque de survenue d'effets indésirables en lien avec la consommation de cannabis est plus élevé que pour l'usage d'un placebo. Des comparaisons avec les traitements standards (p. ex. opioïdes, anxiolytiques, anti-inflammatoires, etc.) pour chacune des conditions de santé retenues sont manquantes ou insuffisantes.

Les méta-analyses ne permettent pas d'identifier un type de produit ou une dose optimale pour une condition de santé donnée, puisque ces données sont très variables entre les études. Il existe certaines contradictions entre les doses de cannabidiol (CBD) jugées efficaces pour traiter l'anxiété et les doses jugées sécuritaires pour un usage chronique, de même qu'entre les protocoles proposés pour établir le dosage optimal des cannabinoïdes et le temps minimal requis pour ressentir pleinement les effets thérapeutiques d'une dose de cannabis.

Dans les revues ayant évalué le risque de biais des études, celui-ci est généralement jugé non négligeable. Il existe un réel besoin de conduire des études de qualité, de mieux comprendre la pharmacologie des différents cannabinoïdes et d'évaluer plus systématiquement les risques pour la santé. Il est aussi rapporté que les risques sont souvent négligés sur les plateformes Web qui font la promotion du cannabis au profit des bénéfices, pouvant contribuer à créer des attentes exagérées.

Les différents constats relevés dans cette revue sont aussi en phase avec les principaux éléments de positionnement rapportés par les différents regroupements de professionnels de la santé au Québec et au Canada, selon lesquels le cannabis devrait être proposé uniquement en cas d'échec avec les traitements usuels. Il apparaît important de suivre l'évolution de la recherche sur l'usage du cannabis à des fins médicales, plus particulièrement sur l'autotraitement, et de réfléchir aux moyens de communiquer ces informations plus nuancées à la population.

SOMMAIRE

En 2023, près du tiers des individus de 15 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois en ont consommé pour des raisons médicales, pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes. Très peu (< 10 %) de ces individus détenaient une autorisation médicale. Les troubles les plus fréquemment rapportés pour justifier l'usage de cannabis à des fins médicales (incluant l'autotraitement) sont la douleur, l'anxiété et les troubles du sommeil.

En plus d'être une pratique répandue, l'autotraitement par le cannabis peut poser certains risques pour la santé, notamment ceux associés à la consommation de produits non contrôlés, à une consommation quotidienne de cannabis, aux interactions médicamenteuses, etc. Des données indiquent également que les individus qui recourent à cette pratique ne se renseignent pas toujours préalablement et que lorsqu'ils le font, leurs sources présentent un potentiel de biais. Il y a donc lieu de se poser plusieurs questions quant aux bénéfices, à la sécurité et aux différents enjeux pouvant entourer l'usage à des fins médicales et plus particulièrement l'autotraitement avec du cannabis.

Le présent projet visait à travers une revue de la littérature scientifique récente (étude de portée) à dresser un portrait de la littérature au sujet de l'usage du cannabis pour soulager des symptômes fréquents afin de déterminer les aspects et les conditions de santé pour lesquels la littérature est suffisamment abondante et dont la qualité de la preuve est jugée suffisante pour permettre, dans le cadre de travaux futurs, d'apporter des éléments de réponse.

Les constats relevés dans les 87 revues portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour gérer la douleur, l'anxiété ou les troubles du sommeil sont généralement en phase avec le positionnement des regroupements professionnels. Bien que certains résultats positifs puissent être rapportés, notamment pour la douleur chronique, ces bénéfices sont de faibles amplitudes et limités à un nombre restreint d'individus. Les effets indésirables sont souvent sous-évalués.

Les effets indésirables varient selon les cannabinoïdes consommés, mais les plus fréquents sont les nausées, la somnolence, les vertiges, les maux de tête et les problèmes intestinaux. Fumer le cannabis est davantage associé à des problèmes respiratoires. Le risque d'interactions médicamenteuses est souvent mentionné, mais peu évalué.

Les limites fréquemment rapportées dans les études sont l'absence de comparatif avec des traitements reconnus pour chacune des conditions de santé d'intérêt, l'absence de considération pour un usage préexistant de cannabis, la consommation concomitante de médicaments ou les comorbidités. Également, le regroupement de plusieurs sous-types d'une même condition pouvant avoir différentes étiologies et donc répondre différemment aux traitements est aussi identifié comme une limite. Les études sont aussi généralement de courte durée et peu d'entre elles évaluent le développement possible d'une tolérance aux effets du cannabis, ce qui pourrait affecter l'efficacité d'un tel usage à long terme et contribuer à l'augmentation des doses consommées.

Le cannabis n'est pas un médicament homologué. Par conséquent, les études cliniques sur le cannabis ne sont pas nécessairement conduites avec les mêmes critères rigoureux que pour les médicaments, ce qui contribue probablement à leur manque de qualité. Le risque de biais est souvent évalué comme modéré à élevé et la qualité de la preuve est généralement jugée comme insuffisante.

En raison de la variabilité entre les études et du manque d'explication sur la justification derrière le choix d'un produit, de sa forme, de sa composition, de son mode de consommation ou de la dose, il n'est pas possible à travers les études d'identifier un type de produit ou une dose universelle pour une condition de santé donnée. Le dosage est aussi décrit comme un processus très individualisé.

De plus, les études portant spécifiquement sur l'usage du CBD pour traiter les symptômes de l'anxiété ont identifié un intervalle de doses thérapeutiques qui dépassent les limites journalières proposées pour une consommation chronique. L'utilisation de doses élevées de CBD (300-600 mg par jour) pourrait donc présenter des risques non négligeables pour la santé, notamment hépatiques, à plus long terme.

Il a aussi été observé que les rares protocoles identifiés pour l'ajustement du dosage proposent d'augmenter les doses plus rapidement que le temps minimal requis pour ressentir pleinement les effets thérapeutiques d'une dose donnée de cannabis. Bien que le but de ces protocoles soit de soulager rapidement une condition, augmenter rapidement les doses pourrait aussi entraîner la consommation de doses inutilement élevées et augmenter le risque de survenue d'effets indésirables.

Les individus qui s'autotraient avec du cannabis sont plus susceptibles de consulter des ressources sur le cannabis à des fins médicales en ligne. Il est rapporté que la majorité de ces ressources tendent à négliger les informations sur les effets indésirables de l'usage de cannabis et tendent à exagérer les bénéfices, ce qui peut créer des attentes démesurées et une banalisation des risques pour la santé.

Différents regroupements de professionnels de la santé se sont positionnés quant à l'usage à des fins médicales du cannabis, majoritairement avant sa légalisation en 2018. Dans l'ensemble, ces regroupements reconnaissent que les données probantes sont insuffisantes, que certains individus devraient s'abstenir d'en consommer et que la détermination de la dose est un processus très individualisé. Ils soulignent d'ailleurs que le cannabis ne devrait en aucun cas remplacer les traitements standards et devrait être utilisé uniquement lorsque ceux-ci ont échoué.

En conclusion, la présente étude de portée met en lumière le besoin de conduire davantage de recherche, particulièrement en ce qui a trait à l'autotraitement. Les données probantes disponibles semblent a priori insuffisantes pour évaluer adéquatement l'efficacité et les risques associés à l'autotraitement avec du cannabis pour traiter la douleur, l'anxiété ou un trouble du sommeil. Dans l'attente de données probantes sur le sujet, et considérant l'étendue apparente de la pratique de l'autotraitement avec du cannabis parmi les consommateurs de ces produits, il semble important que soient menés les travaux nécessaires pour évaluer adéquatement les informations pertinentes et nuancées et les meilleurs moyens de les transmettre aux individus intéressés à recourir aux produits du cannabis dans une optique thérapeutique.

1 INTRODUCTION

Les cannabinoïdes et autres composés contenus dans le cannabis peuvent interagir avec le système endocannabinoïde. Ce système est impliqué dans la régulation de différents systèmes du corps humain (Calvino, 2021). Par conséquent, les cannabinoïdes suscitent beaucoup d'intérêt pour la recherche clinique, bien que les mécanismes ne soient pas encore très bien compris.

Il n'existe aucune indication officielle par Santé Canada pour le cannabis en soi (marijuana). Toutefois, Santé Canada approuve l'usage de trois médicaments d'ordonnance contenant du cannabis pour traiter certaines conditions, soit :

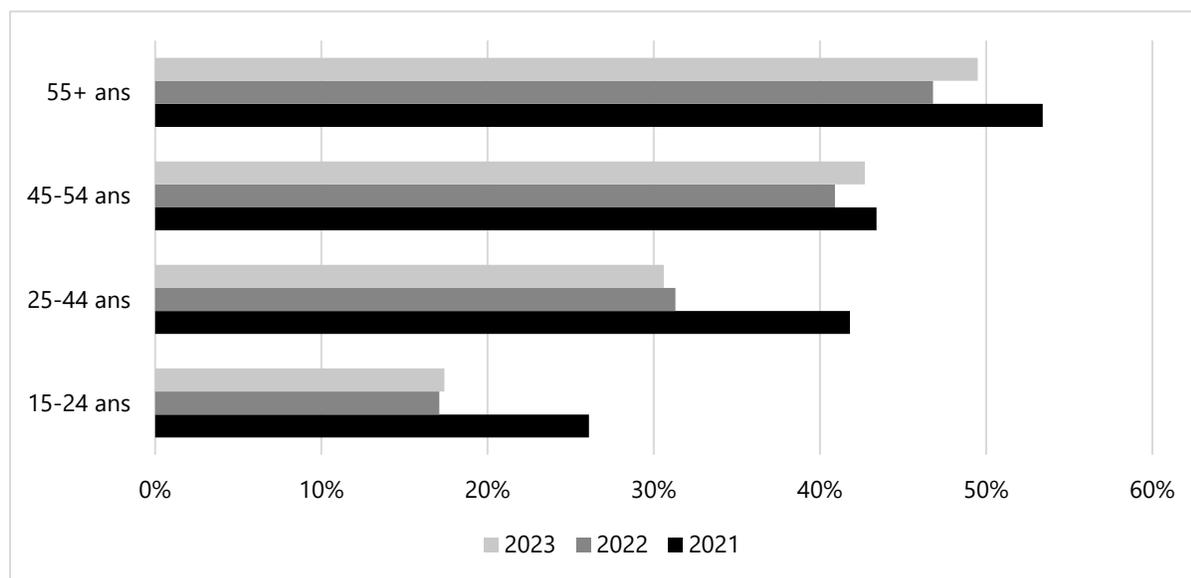
- Le Sativex (nabiximols), qui contient du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et du CBD, et qui est un traitement approuvé pour le soulagement symptomatique de la spasticité chez les patients adultes atteints de sclérose en plaques;
- Le Cesamet (nabilone), qui contient un analogue du THC synthétique et qui a été approuvé pour traiter les nausées et vomissements pour le traitement du cancer;
- L'Épidiolex, une solution orale contenant du CBD, est approuvée comme thérapie adjointe pour le traitement des convulsions associées à trois formes rares d'épilepsie.

Le cannabis à des fins médicales est par ailleurs accessible en vertu du régime d'accès au cannabis à des fins médicales fédéral (Règlement sur le cannabis [DORS/2018-144, Partie 14]) mais plusieurs produits ou formes de produits sont aussi en vente sur le marché dit « récréatif ». L'accès au régime à des fins médicales suppose une autorisation d'un praticien de la santé qui peut être donnée pour différentes conditions de santé.

1.1 L'autotraitement avec du cannabis

En 2023 au Québec, 17,5 % des individus de 15 ans et plus ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête québécoise sur le cannabis (ISQ, 2024). Parmi eux, une proportion non négligeable (figure 1) en a consommé (toutes formes confondues) pour des raisons médicales, cherchant à traiter un problème de santé ou à soulager des symptômes (figure 2). Moins de 10 % de ces individus ont déclaré détenir une autorisation médicale ((ISQ, 2024). La proportion d'individus qui consomme pour des raisons de santé a d'abord presque doublé entre 2019 et 2021, passant de 23 % à 40 % (ISQ, 2022, 2020), avant de redescendre à 32 % en 2022 (ISQ, 2023) et de se maintenir en 2023 (ISQ, 2024).

Figure 1 Pourcentage des individus ayant consommé du cannabis pour des raisons médicales, parmi les personnes ayant consommé du cannabis (en général) au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, selon les groupes d'âge (EQC, 2021; 2022, 2023)



Parmi les individus qui consomment du cannabis pour des raisons de santé, la douleur, l'anxiété et les troubles du sommeil sont les conditions qu'ils cherchent à traiter les plus souvent rapportées (figure 2; EQC, 2023). Celles-ci sont définies plus en détail à l'annexe 1. Puisque ces troubles sont susceptibles de persister durant plusieurs années, cela suggère un usage possiblement quotidien et de longue durée de produits du cannabis. Or, une revue des effets sur la santé à long terme du cannabis a permis d'observer que ses effets délétères étaient surtout associés à la fréquence de consommation, mais aussi aux concentrations de THC et à un usage prolongé (Marchand et Levasseur, 2022). De plus, comme une majorité d'utilisateurs qui consomment le cannabis à des fins médicales le fait sans autorisation médicale (autotraitement), cela les expose possiblement à certains risques supplémentaires comme une surintoxication (effets intoxicants plus intenses que ceux attendus ou tolérés), des interactions médicamenteuses, l'usage de produits non réglementés, la composition inadéquate ou difficile à doser de manière précise ou encore le développement d'une dépendance.

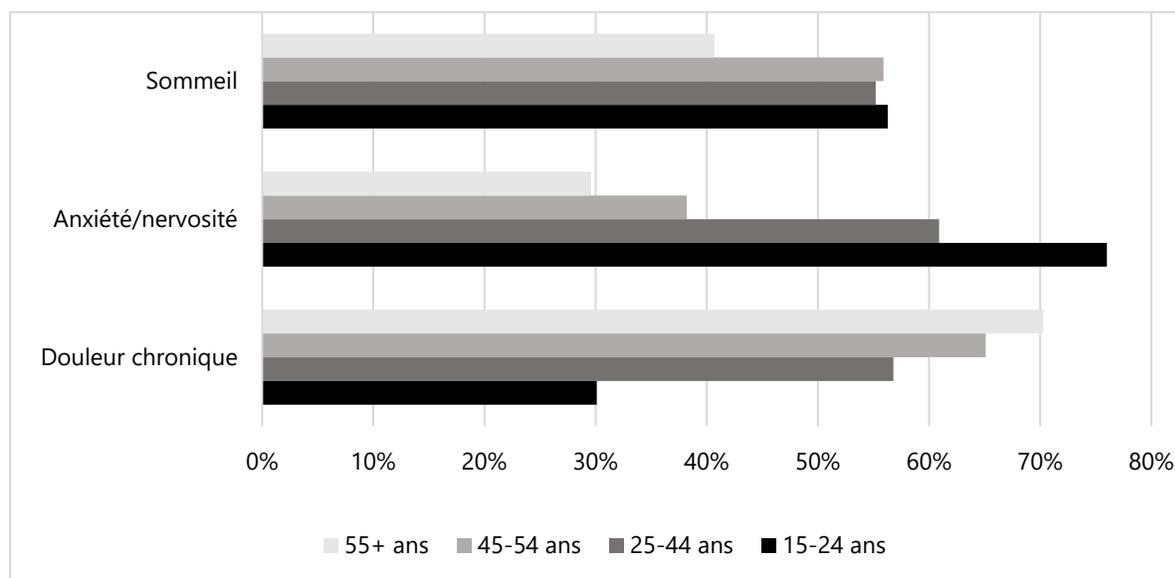
Dans la littérature, les termes « automédication, autotraitement et autosoins » sont tous utilisés et réfèrent généralement tous à la même pratique qui consiste à utiliser des produits du cannabis ne provenant pas du marché médical avec l'objectif de traiter un problème de santé ou soulager des symptômes. Parce que le cannabis en soi ne possède pas de numéro d'identification de médicament il n'est donc pas considéré comme un médicament à proprement parler. Le terme automédication pourrait donc porter à confusion. Par conséquent, le terme autotraitement est utilisé tout au long du présent document.

1.2 Motifs de l'autotraitement

Quelques publications récentes ont été repérées à propos de l'autotraitement avec du cannabis et des raisons qui motivent cette pratique (Asselin *et al.*, 2022; Leung *et al.*, 2022). Dans ces publications, la douleur, l'anxiété et les troubles du sommeil constituent également les principales raisons de santé motivant la consommation de cannabis.

L'étude de Asselin *et al.*, (2022) rapporte les résultats d'un sondage mené auprès d'un échantillon de convenance auto-sélectionné composé d'individus âgés de 21 ans et plus, résidant au Québec qui s'autotraient avec des produits du cannabis disponibles sur le marché légal. L'étude rapporte une proportion similaire de femmes et d'hommes qui mentionnent s'autotrainer avec du cannabis. Les jeunes adultes sont plus susceptibles de s'autotrainer avec du cannabis et ce groupe est aussi plus susceptible de faire un usage à la fois récréatif et médical du cannabis (Asselin *et al.*, 2022). De plus, selon les résultats les plus récents de l'enquête québécoise sur le cannabis, l'anxiété comme raison de consommer du cannabis est plus prévalente dans ce groupe d'âge que chez les individus plus âgés (ISQ, 2024; voir figure 2).

Figure 2 Pourcentage des individus ayant consommé pour un trouble particulier parmi ceux ayant consommé pour des raisons médicales, pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes selon les groupes d'âge (EQC, 2023)



Or, une méta-analyse de 31 études a relevé une association entre l'anxiété et le trouble d'usage du cannabis dans la population générale (Kedzior et Laeber, 2014). Ces résultats soulignent l'importance d'améliorer la compréhension du lien entre l'usage de cannabis et certains troubles de santé mentale afin de s'assurer que celui-ci n'aggrave pas la santé mentale des individus qui en font usage dans le but d'améliorer leur état.

Peu importe l'âge ou le sexe, une préférence pour les produits contenant plus de THC que de CBD est observée au Québec chez les individus qui s'autotraient avec du cannabis. La tendance est un peu plus en faveur des produits contenant principalement ou exclusivement du CBD lorsqu'on considère les usagers qui consomment dans une perspective d'autotraitement uniquement en comparaison à ceux qui consomment aussi de manière récréative (Asselin *et al.*, 2022).

La revue de Asselin *et al.* (2022) fait aussi ressortir les principales raisons pour lesquels les individus qui rapportent s'autotrainer avec du cannabis n'ont pas eu recours à des cliniques de cannabis. Ces raisons sont principalement de ne pas avoir reçu l'information (53 %), la complexité du processus (40 %), la difficulté d'accès à ces cliniques (23 %), les délais (16 %), les prix plus élevés du cannabis médical (12 %), l'inaptitude à choisir ses propres produits (19 %), les suivis médicaux (20 %) ou encore le refus du médecin (8 %).

Toujours selon la même étude, une plus grande proportion d'individus souhaitant utiliser du cannabis pour des raisons de santé (37 %) a consulté un employé d'un magasin légal de vente de cannabis en comparaison à un médecin (29 %) pour obtenir des informations concernant l'usage de cannabis. Cette tendance est principalement influencée par la réponse des femmes dans l'échantillon, car les hommes sont plus susceptibles de consulter un médecin. Seulement 11 % des individus ont consulté une ressource autre comme Internet ou une connaissance et la majorité n'a jamais consulté une de ces ressources (39 %). Les informations recherchées lors de la consultation des ressources concernent principalement la diversité des produits offerts (54 %) et leur efficacité (57 %). En contraste, la sécurité des produits et les risques d'interactions médicamenteuses n'ont intéressé que 19 et 25 % de l'échantillon respectivement.

Les sources d'informations consultées sont possiblement biaisées ou incomplètes. Il apparaît donc important d'être en mesure de fournir à ces individus des informations justes et à jour sur divers aspects comme les risques, les conditions précises pour lesquelles le cannabis pourrait apporter un soulagement, les produits et les doses à privilégier, etc. La présente étude de portée a été réalisée afin de décrire la littérature scientifique récente disponible sur l'usage thérapeutique du cannabis dans le but d'identifier les informations disponibles et celles pouvant faire l'objet de recherches futures afin de documenter ces différents aspects.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Objectif de recherche

L'objectif principal était de dresser un portrait de la littérature scientifique portant sur l'usage du cannabis pour soulager les symptômes associés aux conditions de santé les plus fréquemment rapportées par les individus qui s'autotraient avec du cannabis, soit la douleur, l'anxiété et les troubles du sommeil. Plus spécifiquement, nous visons à identifier les caractéristiques, les forces et limites des données probantes disponibles pour répondre à différentes questions que peuvent se poser les individus qui décident de s'autotrainer avec du cannabis, notamment au regard du choix du produit, de la posologie, de l'efficacité et des risques.

2.2 Stratégie de recherche

2.2.1 Mots-clés, bases de données et résultats de la recherche bibliographique

Des mots-clés ont été identifiés pour les concepts liés au cannabis et à un usage à des fins médicales incluant l'autotraitement pour les conditions d'intérêt (voir tableau 1). La recherche a été lancée le 31 mai 2023 dans différentes bases de données (Medline, Embase, EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials, EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers et APA PsycInfo) sur la plateforme de OVID.

Tableau 1 Mots-clés pour la recherche documentaire

Concepts	Mots-clés
Cannabis	*cannabinoids/ or *cannabidiol/ or *cannabinol/ or *dronabinol/ or *cannabis/ or *"marijuana use"/ or *"medical marijuana"/ or *"cannabinoid receptor agonists"/ or "delta(9)-tetrahydrocannabinolic acid".nm or (cannabi* or dronabinol or mari#uana* or tetrahydrocannabi* or (tetrahydro adj cannabi*) or THC or CBD or THCV or CBG).ti.
Usage thérapeutique	(automedic* or "self-medication" or treatment* or therap* or clinical or medical or patient or pharmacogenomic*or anxiety or sleep or insomnia or pain).ti.

Puisque le but du présent travail était d'évaluer à travers une étude de portée la possibilité de répondre à certaines questions et non d'y répondre en soi, la recherche a été limitée aux revues (narratives, systématiques, etc.) publiées en anglais ou en français entre 2022 et 2023 dans des journaux révisés par les pairs. La recherche a été limitée à cette plage de dates puisque les documents (deux études primaires sur l'autotraitement et un rapport d'experts) consultés préalablement (Asselin *et al.*, 2022; Leung *et al.*, 2022; Santé Canada, 2022) ont été publiés en 2022 et ne permettaient pas un positionnement sur la question des risques et des bénéfices de l'autotraitement avec du cannabis, mais aussi à cause de l'abondance de recherches primaires publiées sur l'usage de cannabis dans un contexte thérapeutique. Il était donc souhaité de voir si

les connaissances ou les constats avaient évolué depuis. Après dédoublonnage, 321 articles ont été identifiés par la stratégie de recherche pour l'ensemble des conditions évaluées (douleur, sommeil et anxiété) et ont été évalués en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion présentés au tableau 2. Un survol des positions de différentes associations de professionnels de la santé au Québec et au Canada au regard de l'usage thérapeutique du cannabis dans les 10 dernières années a aussi été effectué sur le moteur de recherche Google.

2.2.2 Tri des articles

Le tableau 2 ci-dessous présente les différents critères d'inclusion et d'exclusion utilisés lors du tri des articles. Ce tri a été effectué par une seule personne. En cas d'incertitude, une seconde personne a été consultée. Le diagramme PRISMA peut être consulté en annexe 2. Ainsi, 87 revues ont été retenues aux fins du présent document.

Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères inclusion	Critères exclusion
<ul style="list-style-type: none">• Synthèse, revue, méta-analyse• Français ou anglais• Étude chez l'humain• Usage à des fins médicales (incluant autotraitement) de cannabinoïdes	<ul style="list-style-type: none">• Lettre, éditorial, opinion, résumé de conférence, recherche originale• Langue autre que le français ou l'anglais• Données in vitro ou animales uniquement• Cannabinoïdes synthétiques non identiques aux phytocannabinoïdes• Publication non révisée par les pairs

Les articles portant uniquement sur des cannabinoïdes synthétiques non identiques à ceux retrouvés dans le plant de cannabis ont été exclus, car ce type de cannabinoïdes n'est pas nécessairement représentatif de ce qui peut être trouvé sur le marché légal du cannabis et donc consommé par les individus qui s'autotraient avec le cannabis.

2.3 Extraction des données

Pour chacune des revues retenues portant sur une ou des conditions d'intérêt, les éléments suivants ont été consignés dans des tableaux afin de les analyser et de dégager des constats :

- Type de revue (c.-à-d., narrative, de portée, systématique, avec/sans méta-analyse);
- Nombre d'études incluses dans la revue;
- Critères d'inclusion/exclusion appliqués;
- Conflits d'intérêts des auteurs;
- Condition(s) de santé évaluée(s) (c.-à-d., douleur, anxiété ou troubles du sommeil);
- Conclusions principales/qualité de la preuve/risque de biais;
- Cannabinoïdes, dosage et modes de consommation;

- Placebo ou médicament comparatif (groupe témoin);
- Durée de suivi maximale;
- Limites rapportées.

Comme il est plus difficile de retrouver tous ces éléments dans les revues narratives, les résultats de ces dernières sont présentés dans des tableaux plus succincts que pour les méta-analyses et revues systématiques. La qualité des études, la qualité de la preuve ou le risque de biais n'ont pas été évalués dans le cadre de ce travail. Ces éléments sont toutefois rapportés dans les différents tableaux de résultats, tels que présentés dans les revues consultées, lorsqu'ils sont disponibles.

2.4 Révision par les pairs

En conformité avec le Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'INSPQ, une version préfinale du rapport a été soumise à des réviseurs externes. En prenant appui sur la grille institutionnelle (Institut national de santé publique du Québec, 2020), les réviseurs ont été conviés à valider l'exactitude du contenu du rapport, la pertinence des méthodes utilisées et le caractère approprié des conclusions.

3 USAGE À DES FINS MÉDICALES DU CANNABIS

3.1 Autotraitement avec du cannabis

Aucune des revues identifiées ne portait spécifiquement sur la question de l'autotraitement. Cependant, plusieurs des enjeux relevés s'appliquent à la fois à un usage médical et à l'autotraitement avec du cannabis et dans certaines revues, les études pouvaient inclure des individus qui utilisaient du cannabis pour soulager des symptômes sans autorisation médicale.

3.2 Revue de la littérature scientifique récente

Parmi les 87 articles retenus, près du deux tiers des articles portaient spécifiquement sur une ou plusieurs conditions de santé identifiées, soit la douleur (sept méta-analyses, seize revues systématiques et 37 revues narratives), l'anxiété (trois revues systématiques et cinq revues narratives) et les troubles du sommeil (une méta-analyse, deux revues systématiques et six revues narratives). Sept autres articles abordaient spécifiquement la sécurité des produits du cannabis dans un contexte thérapeutique. Finalement, trois autres articles portaient plutôt sur les barrières à l'usage à des fins médicales du cannabis, les croyances associées à cette pratique et la perception ou la position des professionnels de la santé tels que les médecins ou les pharmaciens vis-à-vis de cette pratique. Aucune des revues ne portait spécifiquement sur l'autotraitement avec du cannabis, bien que cela n'exclut pas que des études primaires portant sur l'autotraitement aient pu être incluses dans les revues présentées ou que des individus qui s'autotraient avec du cannabis aient été inclus dans les différentes études primaires retenues dans ces revues (Paulsingh *et al.*, 2022; Senderovich *et al.*, 2022). De plus, plusieurs des études incluses dans les revues impliquent une exposition à des produits du cannabis pouvant être trouvé sur le marché légal (c.-à-d., huile ingérable, capsules, fleur séchée, vaporisateur oral, etc.). Les informations principales (conditions évaluées, caractéristiques des revues, conclusions des auteurs) relevées dans les revues systématiques et les méta-analyses sont présentées dans les tableaux 3 (douleur), 4 (anxiété) et 5 (troubles du sommeil). Ces mêmes éléments relevés dans les revues narratives sont présentés à l'annexe 3 pour alléger la lecture du document et parce que les constats de ces revues découlent possiblement d'une méthodologie moins transparente ou exhaustive.

Tableau 3 Revues systématiques portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le soulagement de la douleur

Type	Ctl	Condition	Devis	N articles	Durée max	Conclusions principales	Preuve rapportée*	Risque biais rapporté	Référence
MA	PLA	Douleur aiguë - générale	ECR	4	3 semaines	Aucune différence entre cannabinoïdes et placebo.	Pas de preuve; très faible certitude	Élevé	(Barakji <i>et al.</i> , 2023)
RS	PLA, COMP	Douleur aiguë - dentisterie	ECR	3	14 jours	Efficacité du CBD transdermal rapporté dans 1 étude.	Extrêmement limitée	Faible	(Grossman S. <i>et al.</i> , 2022)
RS	PLA, COMP	Douleur aiguë - orofaciale (dentisterie)	ECR	5	28 jours	Efficacité du CBD transdermal rapporté dans 1 étude; preuve insuffisante.	Insuffisante; faible qualité	Faible à élevé	(Votrubec C. <i>et al.</i> , 2022)
RS	PLA	Douleur liée au cancer	RS + ECR	34	1 an	Recommandation contre l'usage de cannabinoïdes comme analgésique adjuvant pour douleur liée au cancer.	Preuve négative; certitude modérée	nd	(To <i>et al.</i> , 2023)
MA	PLA	Douleur chronique - générale	ECR	32	16 semaines	Effet positif de petite amplitude sur douleur chronique non associée au cancer. Cannabinoïdes ↑ risque d'effets indésirables de ≥20 %.	Taille de l'effet d'importance contestable; faible certitude	Élevé	(Barakji <i>et al.</i> , 2023)
RS	nd	Douleur chronique - générale	Revue + études cliniques	70	nd	Bénéfices modérés pour douleur chronique et symptômes associés.	Faible à modérée	Faible à modéré	(Bell <i>et al.</i> , 2023)
MA	nd	Douleur chronique - générale	Observationnelles long-terme (≥26 semaines)	6	52 semaines	Preuve très faible pour efficacité, tolérabilité et sécurité à long-terme. Certains patients seulement.	Très faible certitude	nd	(Bialas <i>et al.</i> , 2022)
MA	PLA	Douleur chronique - générale	ECR	20	16 semaines	Effet positif du placebo dans la majorité des études.	nd	Faible à élevé	(Gedin <i>et al.</i> , 2022)
MA	PLA, COMP	Douleur chronique primaire	ECR	8	10 semaines	Bénéfices limités; efficacité pourrait ↑ avec suivi plus long.	Très faible à faible certitude	Faible à élevé	(Giossi <i>et al.</i> , 2022)

Tableau 3 Revues systématiques portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le soulagement de la douleur (suite)

Type	Ctl	Condition	Devis	N articles	Durée max	Conclusions principales	Preuve rapportée*	Risque biais rapporté	Référence
RS	PLA (ECR)	Douleur chronique - générale	ECR + études cohortes (≥1mois)	25	16 semaines (ECR) et 208 semaines (cohorte)	Faible amélioration à court terme avec produits synthétiques (THC>CBD) et extraits (THC≈CBD); ↑ risque effets indésirables.	Pas de preuve ou insuffisante	Faible à élevé	(McDonagh <i>et al.</i> , 2022)
MA	PLA, COMP ou nd	Douleur chronique et aiguë - générale	ECR + observationnelles	37	12 mois	Pas d'effet bénéfique sur douleur cancéreuse, aiguë ou chronique, mais ↓ usage opioïdes dans les études observationnelles.	Très faible à élevée	nd	(Nielsen <i>et al.</i> , 2022)
RS	nd	Douleur chronique - générale	ENR (≥4 semaines)	39	176+ semaines	Effets indésirables ↑ avec suivi plus long. Manque de données pour comparer avec autres médications pour la douleur.	Très faible ou insuffisante	Modéré à très élevé	(Zeraatkar <i>et al.</i> , 2022)
RS	nd	Douleur chronique - générale	Expérience patient (qualitatif)	8	nd	Pour plusieurs, cannabis soulage douleur générale et douleur associée à certaines conditions (cancer, sclérodémie, maux de tête, spasmes musculaires et maladie de Crohn). Réduction usage autres médicaments, meilleure qualité de vie.	nd	nd	(Ng <i>et al.</i> , 2022)
NS	PLA	Douleur chronique - générale	ECR	16	12 semaines	15 des 16 essais randomisés avec du CBD n'ont montré aucun effet par rapport au placebo.	nd	nd	(Moore <i>et al.</i> , 2023)

Tableau 3 Revues systématiques portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le soulagement de la douleur (suite)

Type	Ctl	Condition	Devis	N articles	Durée max	Conclusions principales	Preuve rapportée*	Risque biais rapporté	Référence
NS	PLA, COMP ou rien	Douleur chronique - migraines	ECR + observationnelles	12	nd	Peut être efficace pour ↓ fréquence et intensité; usage associé avec MOH; ↑ doses dans le temps (tolérance). Besoin de documenter dosage et sécurité.	Insuffisante	nd	(Okusanya <i>et al.</i> , 2022)
RS	nd	Douleur chronique - migraines	Revue et études observationnelles	9	nd	THC, β-caryophyllène et β-myrcène semblent + efficaces. Usage d'autres médicaments en parallèle, mais ↓ avec cannabis (opioïdes et triptans). MHO.	Insuffisante	nd	(Sherpa <i>et al.</i> , 2022)
RS	PLA	Douleur chronique - neuropathique	ECR	25	48 semaines	Efficacité pour spasticité (chez certains patients), pas pour douleur neuropathique (sclérose en plaques); légère ↑ abandon du traitement associé aux effets indésirables. Bien-être amélioré selon perception des patients.	Certitude modérée (spasticité), très faible (douleur chronique neuropathique), faible (abandon dû aux effets indésirables)	Faible à élevé	(Filippini <i>et al.</i> , 2022)
RS	PLA, COMP	Douleur chronique - neuropathique	ECR	20	24 semaines	Cannabinoïdes ne peuvent être recommandés car efficacité ou profil de sécurité inférieurs (comparaison de 11 traitements).	Très faible à modérée	Modéré à élevé	(Ling <i>et al.</i> , 2022)
RS	PLA	Douleur chronique - neuropathique	ECR	1	4 semaines	Manque de preuve pour évaluer efficacité et sécurité des cannabinoïdes pour douleur neuropathique.	Insuffisante	nd	(Quintero <i>et al.</i> , 2022)

Tableau 3 Revues systématiques portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le soulagement de la douleur (suite)

Type	Ctl	Condition	Devis	N articles	Durée max	Conclusions principales	Preuve rapportée*	Risque biais rapporté	Référence
RS	PLA, COMP	Douleur chronique - neuropathique	ECR + cohorte	4	6 mois	Efficace et profil de sécurité acceptable (post-LME/DBD) N=110 seulement. Manque de données long terme.	Très faible à faible	Faible à modéré	(Price <i>et al.</i> , 2022)
RS	nd	Douleur chronique - neuropathique	RS + ECR + observationnelles	23	38 semaines (ECR)	Usage possible, mais pas de preuve suffisante sur les bénéfices du cannabis pour DBD chez population âgée. Pas un choix de 1 ^{re} ligne.	Insuffisante	Faible à élevé	(Senderovich <i>et al.</i> , 2022)
MA	PLA	Douleur chronique – neuropathique (LME)	ECR	5	nd	Pas de différence pour douleur avec placebo, mais ↑ effets indésirables.	Très faible (douleur), modérée (effets indésirables)	Élevé	(Tsai <i>et al.</i> , 2022)
RS	nd	Douleur chronique - gynécologiques	ECR + observationnelles	16	9 mois (ECR)	Interprétation difficile car doses et méthodes très variables. Effets indésirables peu documentés.	nd	Faible	(Liang <i>et al.</i> , 2022)

RS : revue systématique; MA : méta-analyse; NS : revue narrative systématisée; PLA : placebo; COMP : autre médicament pour comparaison; ECR : études cliniques randomisées; ENR : études non randomisées; LME : lésion moelle épinière; DBD : douleur bas du dos; MOH : céphalées médicamenteuses; nd : non disponible. *Selon les termes employés par les auteurs.

Tableau 4 Revues systématiques portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le traitement de l'anxiété

Type	Ctl	Condition	Devis	N articles	Durée max	Conclusions principales	Preuve rapportée*	Risque biais rapporté	Référence
RS	nd	Anxiété	ECR	9	1 jour	Pas d'effet positif sur anxiété dans majorité des études; CBD parfois efficace pour anxiété entre 300 et 600 mg/jour.	nd	Faible à élevé	(Kwee <i>et al.</i> , 2022)
RS	nd	Anxiété	ECR + observationnelles	58	12 mois	Effet anxiolytique CBD plus marqué sur individus en santé ou non-usagers. Dose-effet en U inversé. Besoin de comprendre mécanismes action pour différents groupes.	nd	Faible à élevé	(Narayan <i>et al.</i> , 2022)
RS	PLA	Anxiété sociale (diagnostiquée ou induite)	Études originales	7	1 étude chronique (1 mois)	Études nécessaires pour dosage, durée des effets anxiolytiques, effets long terme, différences entre les sexes.	nd	Modéré à élevé	(Fliegel et Lichenstein, 2022)

RS : revue systématique; MA : méta-analyse; ECR : étude clinique randomisée; PLA : placebo; COMP : autre médicament pour comparaison; *Selon les termes employés par les auteurs.

Tableau 5 Revues systématiques portant sur l'usage à des fins médicales du cannabis pour le traitement des troubles du sommeil

Type	Ctl	Condition	Devis	N articles	Durée max	Conclusions principales	Preuve rapportée*	Risque biais rapporté	Référence
MA	PLA	Sommeil	ECR	39	16 semaines	Preuve modérée d'une légère amélioration qualité sommeil chez certains individus avec douleur chronique; preuve modérée à élevée d'une légère amélioration trouble sommeil chez certains patients avec douleur chronique non associée au cancer; preuve élevée pour ↑ étourdissements dans études de plus de 3 mois; comparaison insuffisante avec médication courante. Bénéfices limités.	Modérée à élevée	Faible à modéré	(Aminilari <i>et al.</i> , 2022)
RS	PLA ou aucun	Insomnie	ECR + observationnelles	34	nd	Effet positif sur symptômes insomnie dans une portion des patients pour toutes les études; 1 seule étude spécifique sur patients avec insomnie (mesure secondaire dans autres études).	nd	Faible à élevé	(Ranum <i>et al.</i> , 2023)
RS	nd	Sommeil	ECR + observationnelles	31	28 semaines	Variations dans types de produits, doses, temps d'administration, mesures d'effet limitent toute recommandation. Pas d'effet chez participants en santé, effet surtout chez patients avec douleur. Pas de différences dans architecture du sommeil.	nd	Faible à élevé	(Velzeboer <i>et al.</i> , 2022)

RS : revue systématique; MA : méta-analyse; ECR : étude clinique randomisée; PLA : placebo; COMP : autre médicament pour comparaison;

*Selon les termes employés par les auteurs.

Recherche clinique sur le cannabis

Il est possible de constater que la douleur est une condition pour laquelle la recherche clinique avec des cannabinoïdes est plus étoffée en comparaison à l'anxiété et aux troubles du sommeil, malgré une proportion rapportée d'autotraitement avec du cannabis dans la population presque comparable pour ces conditions (Asselin *et al.*, 2022; ISQ, 2024).

Les revues systématiques sur la douleur concernent surtout la douleur chronique, principalement celle de type neuropathique, mais généralement sans distinction particulière pour l'origine de la douleur (voir tableau 3). Les différents types de douleur sont présentés à l'annexe 1.

Les revues systématiques recensées se sont majoritairement basées sur des études cliniques randomisées avec comparaison au placebo. Très peu d'études semblent avoir utilisé un comparateur actif, c'est-à-dire un médicament dédié à soulager les mêmes symptômes et souvent considéré comme le traitement usuel (rapporté dans sept revues systématisées sur 29). Dans la majorité des études ayant évalué la qualité de la preuve ou la certitude au regard de la preuve, un niveau jugé faible, voire insuffisant, a été indiqué. Le risque de biais est variable pour toutes les conditions de santé évaluées, allant de faible à élevé.

Doses et posologies de cannabinoïdes

À l'exception d'une revue sur le traitement de l'anxiété avec le CBD (Kwee *et al.*, 2022), aucune des revues systématiques ou des méta-analyses n'a permis de relever une posologie et une formulation ou une composition particulière à favoriser pour une condition de santé donnée. Deux méta-analyses ont évalué le lien entre le type de cannabinoïde et le soulagement de la douleur (McDonagh *et al.*, 2022; Zeraatkar *et al.*, 2022; voir tableau 3). La seconde a conclu qu'il y avait trop d'imprécisions pour évaluer adéquatement ce lien (Zeraatkar *et al.*, 2022). Également, trois revues systématiques ont également rapporté des observations quant aux produits pouvant offrir un meilleur soulagement dans certains cas, sans précision pour les dosages (Liang *et al.*, 2022; Senderovich *et al.*, 2022; Sherpa *et al.*, 2022; voir tableau 3).

Les quelques protocoles de titration¹ consultés s'appuient davantage sur un principe de précaution en proposant de débuter avec de faibles doses de CBD, car ce cannabinoïde présente moins d'effets indésirables à court terme que le THC (APhC, 2019; Bhaskar A. *et al.*, 2020; Mills A.R. *et al.*, 2022). Dans l'étude de Asselin *et al.* (2022), une étude réalisée auprès d'un échantillon de la population québécoise, il est rapporté que fumer le cannabis est la méthode de consommation la plus courante utilisée par les individus qui s'autotreatent. Cette méthode est la plus imprécise quant aux doses réellement consommées et il apparaît difficile de suivre un protocole de titration en ayant recourt à cette méthode ou même d'obtenir une dose reproductible à chaque utilisation.

¹ La titration d'un médicament consiste à augmenter progressivement la dose consommée de manière à maximiser l'effet thérapeutique recherché tout en limitant les effets indésirables.

Risques à la santé associés aux cannabinoïdes

Dans les revues portant spécifiquement sur les risques pour la santé liés à la consommation de cannabis (voir tableau 6), les cannabinoïdes sont généralement considérés comme bien tolérés en termes d'effets indésirables à court et moyen terme (≤ 1 an). L'âge avancé des consommateurs et un usage à long terme seraient des facteurs associés à un plus grand risque d'effets néfastes sur la fonction cognitive (Wieghorst A. *et al.*, 2022; Wolfe D. *et al.*, 2023). La prise de THC, l'inhalation de produits du cannabis, un système immunitaire déficient et l'usage concomitant d'autres médicaments pourraient également augmenter le risque d'effets indésirables (Corso B. *et al.*, 2023; Khoury M. *et al.*, 2022; Lopera V. *et al.*, 2022; Madeo G. *et al.*, 2023). Ceci est d'intérêt puisqu'il a été rapporté que les individus qui s'autotradient avec du cannabis au Québec tendent à utiliser davantage des produits contenant du THC que du CBD, que fumer demeure le principal mode de consommation et que plus de la moitié de ces individus consomme également des médicaments d'ordonnance (Asselin *et al.*, 2022). De plus, l'étude de Asselin et ses collègues constate qu'une part importante de ces usagers rapportent consommer quotidiennement (45 %), cette proportion étant encore plus élevée chez les individus qui font également un usage récréatif du cannabis. Or 55 % de cet échantillon utilise du cannabis depuis plus de 2 ans pour le soulagement de leurs symptômes. Tous ces facteurs augmentent le risque pour des effets à long terme (Marchand et Levasseur, 2022).

Tableau 6 Revues portant sur les effets indésirables et les risques associés à la consommation de cannabis médical

Type	Sujet	N	Conclusions principales	Risque biais rapporté	Référence
MA	Sécurité du Dronabinol et du Nabilone.	16	Somnolence 7x plus élevée pour Nabilone que placebo. Risque plus élevé pour vertiges et sécheresse buccale également. Pour Dronabinol, sécheresse buccale, vertiges et maux de tête. Sévérité typiquement faible à modérée et transitoire. Effets indésirables acceptables comparés aux bénéfiques atteignables. Évaluation plus précise de la diversité des effets nécessaire. Risque de biais des études généralement faible ou incertain.	Faible ou incertain	(Bajtel <i>et al.</i> , 2022)
RN	Données de sécurité sur les produits de cannabis thérapeutique.	NR	CBD bien toléré durant usage chronique, mais risque significatif d'interactions médicamenteuses. THC associé avec proportion plus grande d'effets indésirables sérieux (neuropsychologiques et cardiovasculaires). Inhalation associée avec plus grande toxicité que voie orale.	NE	(Corso <i>et al.</i> , 2023)
RN	Avantages et désavantages du cannabis médical.	NR	L'usage de cannabis pourrait contribuer à la progression de tumeurs malignes, interférer avec l'immunothérapie anti-cancéreuse ou augmenter la susceptibilité aux infections virales et leur transmission. Danger potentiel pour patients avec système immunitaire compromis ou supprimé.	NE	(Khoury <i>et al.</i> , 2022)
RS	Interactions médicaments et cannabis.	26	19 combinaisons de médicaments et de cannabis identifiées chez l'humain (la plupart jugées à risque modéré). Preuve pour faible probabilité de l'occurrence d'interactions cliniquement pertinentes et absence de preuve pour interaction cannabis-médicaments.	NE	(Lopera <i>et al.</i> , 2022)
RS	Toxicité clinique du CBD.	51	Effets indésirables communs : diarrhée, somnolence, sédation, troubles des voies respiratoires supérieures. CBD bien toléré aux doses thérapeutiques chez enfants et adultes. Interactions médicamenteuses à surveiller.	NE	(Madeo <i>et al.</i> , 2023)
RS	Effet du cannabis médical sur fonctions cognitives.	23	Limitations méthodologiques et large hétérogénéité. Suivi maximal de 12 mois. La majorité de la preuve de bonne qualité indique un effet mineur sur les fonctions cognitives pour des doses faibles à modérées de THC, mais un usage à long terme pourrait affecter négativement le fonctionnement cognitif.	Faible à élevé	(Wieghorst <i>et al.</i> , 2022)
EP	Impact cannabis sur santé des adultes âgés.	133	Preuve disponible suggère que l'usage de cannabis est associé avec une fréquence plus élevée de problèmes de santé mentale, usage d'autres substances, utilisation importante du système de santé et un ratio risque/bénéfice incertain.	NR	(Wolfe <i>et al.</i> , 2023)

MA : méta-analyse; RN : revue narrative; RS : revue systématique; EP : étude de portée; NE : non évalué; NR : non rapporté.

Les revues présentées au tableau 7 portent sur la perception qu'ont certains professionnels de la santé de l'usage thérapeutique du cannabis et sur une analyse des informations disponibles en ligne au sujet du cannabis médical. Les conclusions de ces revues soulignent principalement une inquiétude pour la faible qualité et le manque de justesse des informations disponibles en ligne pour les individus qui souhaitent se renseigner sur l'usage thérapeutique du cannabis (Clarke et Fitzcharles, 2023; Macedo *et al.*, 2022).

Tableau 7 Revues portant sur la perception des médecins et des pharmaciens de l'usage thérapeutique du cannabis et les sources d'informations disponibles

Type	Sujet	N	Constats	Référence
RN	Évolution de la culture du cannabis médical au Canada pour la gestion de la douleur chronique.	NR	La plus grande préoccupation est le manque de preuve clinique probante pour les risques et les bénéfices. Inquiétudes face à l'autogestion par le patient avec information basée sur recherches personnelles, l'abondance d'informations erronées en ligne, l'émergence de cliniques de cannabis désignées, les risques d'accidents de la route et les coûts élevés du marché médical pouvant mener les individus vers le marché récréatif.	(Clarke et Fitzcharles, 2023)
RN	Littérature sur croyances et attitudes des pharmaciens pour cannabis médical dans plusieurs pays.	NR	Les pharmaciens sont généralement confortables de distribuer du cannabis médical, mais requièrent davantage d'éducation pour le faire de manière aussi sécuritaire et efficace que possible.	(Shulman <i>et al.</i> , 2022)
RS	Analyse de la qualité du contenu de sites Web sur le cannabis médical.	176	La moitié étaient de nouveaux sites Web. La douleur était parmi les domaines thérapeutiques les plus mentionnées. Seulement 22 % des pages mentionnaient les effets indésirables. L'information en ligne n'est pas toujours alignée avec les connaissances scientifiques et peut entraîner des attentes irréalistes.	(Macedo <i>et al.</i> , 2022)

3.3 Principaux constats et limites relevés dans les études

À la lecture des différentes revues pour les différentes conditions de santé évaluées, certaines observations ont pu être faites quant aux conclusions et aux limites rapportées dans ces documents :

- Plusieurs participants aux études cliniques consomment déjà du cannabis de manière récréative, ce qui peut contribuer à une sous-estimation des effets indésirables associés aux cannabinoïdes (tolérance). Près des trois quarts des individus qui s'autotraient avec du cannabis tendent aussi majoritairement à faire un usage récréatif du cannabis (Asselin *et al.*, 2022);
- Dans les études cliniques, le cannabis est majoritairement utilisé chez des patients réfractaires aux autres traitements. De plus, les études qui comparent le cannabis avec le traitement usuel sont rares. Cette comparaison est pourtant importante puisqu'il est autrement difficile de déterminer si le cannabis constitue un meilleur choix tant sur le plan de l'efficacité que de la sécurité;
- Dans certaines études, les traitements concomitants étaient permis, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats en lien avec l'efficacité et la sécurité de la prise de cannabis, mais demeure représentatif de l'autotraitement puisque plusieurs individus consomment également des médicaments d'ordonnance de manière simultanée (Asselin *et al.*, 2022);
- La durée de traitement et de suivi dans la majorité des études est courte, généralement 4 semaines ou moins pour la douleur chronique. Une grande proportion des études portant sur le sommeil ou l'anxiété relevée dans les différentes revues reposait sur l'administration d'une dose unique. La durée maximale de suivi atteint rarement une année. Les données d'efficacité et de sécurité à long terme sont par conséquent trop peu documentées. En parallèle, une majorité d'individus au Québec qui s'autotraient avec du cannabis le font depuis plus de 2 ans (Asselin *et al.*, 2022);
- Dans les études à dose unique pour la gestion de l'anxiété, souvent un seul test et une seule mesure sont réalisés après l'administration des cannabinoïdes. Le temps entre l'administration des cannabinoïdes et la mesure ou l'évaluation est variable d'une étude à l'autre et n'est pas toujours adéquatement justifié. De plus, ces tests sont souvent réalisés chez des individus en bonne santé sans diagnostic d'un trouble de l'anxiété;
- Au regard de l'anxiété, une des particularités est qu'elle peut être confondue avec le stress². Il est donc possible que dans les études ne reposant pas sur le diagnostic d'un professionnel, ce qui est déclaré comme de l'anxiété soit au moins en partie du stress. Ces deux conditions pourraient réagir différemment aux cannabinoïdes et nécessiter différents dosages. Il a par

² Selon la American Psychological Association (APA, 2022), le stress et l'anxiété sont deux réponses émotionnelles. Le stress est provoqué par un élément déclencheur externe (une date butoir, un conflit, être incapable de travailler, une maladie chronique, etc.) et peut se traduire par des symptômes physiques et mentaux comme la fatigue, les douleurs musculaires, des troubles digestifs ou des difficultés à dormir par exemple. Ces symptômes sont très semblables à ceux associés à l'anxiété, mais à l'inverse du stress, l'anxiété peut se manifester sans élément déclencheur et se définit par des craintes excessives et persistantes (APA, 2022).

ailleurs été suggéré que les cannabinoïdes réguleraient préférentiellement le traitement de la douleur associée au stress (Karst, 2024). L'effet des cannabinoïdes sur le stress pourrait donc constituer une mesure importante dans les études portant sur la douleur;

- L'utilisation de différentes formulations de cannabinoïdes d'une étude à l'autre est également observable. La plupart des études portant sur l'anxiété ont utilisé du CBD par voie orale. À l'inverse, les études portant sur la douleur impliquent très rarement du CBD seul et impliquent différentes voies (topique, inhalation, ingestion, oro-pharyngée). Le THC associé aux effets intoxicants du cannabis, et le CBD sont les cannabinoïdes les plus connus, mais il en existe plus d'une centaine dans le plant de cannabis (Gouvernement du Canada, 2023);
- Les doses ne sont pas toujours rapportées dans le cadre des revues et quand elles le sont, elles sont largement variables entre les études, tant dans la dose elle-même que dans la façon de la rapporter (mg de cannabinoïdes, g de cannabis, ml de formule, nombre d'actuons, ad libitum, etc.). Cela complique toute tentative d'identifier une relation entre la dose, l'effet observé et certaines caractéristiques individuelles. Très peu des revues se sont intéressées au rôle du dosage sur l'efficacité et la sécurité de l'usage de cannabinoïdes pour traiter une des conditions d'intérêt;
- Une des principales limitations à l'interprétation et à la généralisation des résultats est que la plupart des revues regroupent des études qui incluent des patients avec différents sous-types de douleur, de troubles du sommeil ou de troubles anxieux qui impliquent des processus pathophysiologiques différents et donc possiblement, des traitements différents. Dans le cas de la douleur par exemple, l'effet antinociceptif du CBD et du THC s'exercerait par l'intermédiaire de récepteurs différents (Boujenoui *et al.*, 2024);
- Le faible nombre de participants rapportés dans la plupart des études combiné à la diversité des doses, de produits, etc., complexifie l'identification de caractéristiques déterminantes dans l'identification de risques ou de bénéfices particuliers;
- Les outils et les évaluations sont divers pour un même aspect. De plus, beaucoup de mesures sont subjectives (échelles visuelles analogiques) et plusieurs outils n'ont pas été validés. Ces variations complexifient la comparaison des résultats entre différentes études;
- On retrouve relativement peu de mentions du potentiel d'interaction entre les cannabinoïdes et d'autres médicaments malgré des recommandations d'utiliser le cannabis comme un traitement adjuvant;
- Il a été rapporté dans certaines études observationnelles que plusieurs individus avec de la douleur tendent à diminuer leur usage d'opioïdes dans le temps lorsqu'ils utilisent également un produit du cannabis pour se soulager. Cette diminution ne semble toutefois pas observée dans les études cliniques. La notion de dépendance est un facteur important à considérer lorsque l'on compare les traitements;
- La majorité des études cliniques n'évaluent pas les effets indésirables de manière systématique, contribuant à une sous-estimation probable de l'incidence de ces effets;

- Les informations disponibles en ligne seraient vastes et pas toujours représentatives des preuves scientifiques, ce qui peut amener les individus à avoir une perception biaisée et des attentes irréalistes envers les bienfaits du cannabis, selon certains auteurs. De plus, il est rapporté que les effets indésirables ne sont pas toujours présentés, ce qui pourrait contribuer à la sous-estimation des risques associés à l'utilisation du cannabis.

3.4 Position de certains regroupements de professionnels de la santé au Canada

Certains regroupements de professionnels de la santé (ordres, associations, comités, etc.) au Canada se sont prononcés sur l'usage thérapeutique de cannabis. Il est important de noter que la plupart de ces groupes se sont prononcés en marge de la légalisation du cannabis au Canada et n'ont pas révisé leur position depuis. Le tableau 8 ci-dessous rassemble les principaux éléments de positionnement et les indications posologiques le cas échéant.

Le manque d'études cliniques robustes est régulièrement souligné. Bien que certains de ces documents mentionnent la responsabilité des médecins de déterminer le produit du cannabis approprié en fonction d'une indication thérapeutique, l'information facilitant la prise de décision n'y est pas présentée (Collège des médecins de famille du Canada, 2014; Collège des médecins du Québec, 2018). Il est également possible de noter que les recommandations sur le dosage se ressemblent et soulignent qu'il n'existe pas de posologie standard (voir tableau 8). Les quantités sont exprimées en grammes de cannabis par jour plutôt qu'en mg de THC ou de CBD, par exemple, ce qui est peu représentatif de l'offre de produits du cannabis tant sur le plan médical que récréatif et ne tient pas compte des risques propres à ces différents produits.

Il semble y avoir consensus pour dire que le cannabis ne devrait être utilisé que lorsque les traitements usuels pour une condition donnée ont échoué. Également, plusieurs de ces regroupements (Collège des médecins du Québec, 2018; Fitzcharles *et al.*, 2019; Ordre des pharmaciens du Québec *et al.*, 2017) mentionnent les principales contre-indications médicales ou mises en garde thérapeutiques qui visent principalement les individus :

- De moins de 25 ans;
- Qui vivent une grossesse ou qui allaitent;
- Présentant un risque de psychose;
- Présentant des problèmes ou risques d'abus ou de dépendance (drogues, alcool ou médicaments);
- Avec une maladie cardiovasculaire ou respiratoire;
- Ex-fumeurs (pour le cannabis fumé);
- Qui consomment des doses élevées de médicaments à action sédatif;
- Avec idéation suicidaire;
- Présentant une allergie au cannabis.

Tableau 8 Position de certains regroupements de professionnels de la santé ou d'organisations sur l'usage thérapeutique du cannabis ou documentation connexe

Regroupements/Organisations	Position/recommandations (éléments)	Posologie
Ordre des pharmaciens du Québec – document commun avec autres ordres professionnels (Ordre des pharmaciens du Québec <i>et al.</i> , 2017)	Indications possibles pour douleurs chroniques et neuropathiques. Contre-indications pour <25 ans, grossesse ou allaitement, psychose, troubles de l'usage, maladie cardiovasculaire ou respiratoire. Précautions pour anxiété, fumeurs, abus d'alcool, facteurs de risques cardiovasculaires, doses élevées de médicaments à action sédatrice.	La posologie est variable et dépend de plusieurs facteurs : individualisée et titrée. Débuter avec une petite dose et cesser si effets indésirables ou inacceptables.
Collège des médecins du Québec – Ordonnance de cannabis à des fins médicales – Directives (Collège des médecins du Québec, 2018)	S'assurer que les bienfaits thérapeutiques surpassent les effets indésirables potentiels et les risques, dont celui de la dépendance. L'utilisation du cannabis ne peut être le premier choix de traitement. Généralement non appropriée pour les jeunes de moins de 25 ans, les personnes présentant un risque ou ayant un historique de dépendance, celles qui ont des antécédents familiaux de psychose, les personnes ayant des maladies cardiovasculaires ou respiratoires, les femmes qui sont enceintes, qui prévoient le devenir ou qui allaitent. Considérer le risque de l'usage du cannabis en inhalation pour les ex-fumeurs.	Le traitement doit débuter avec le dosage le plus faible possible et les augmentations graduelles doivent être gérées avec précaution.
Association des pharmaciens du Canada – Evidence guide (APhC, 2018, 2019)	Les meilleures preuves disponibles actuellement sont de qualité modérée, et les limites incluent le manque de mesures standardisées de la douleur dans les études, leur courte durée et les difficultés liées à la mise en aveugle et à la création d'un contrôle placebo. Enfin, la majorité de ces études examinent l'usage du cannabis dans le contexte d'un traitement d'appoint de troisième ou quatrième intention et ne soutiennent pas l'usage du cannabis à la place des traitements standards, quelle que soit l'indication.	Trouver le bon dosage thérapeutique est un processus très individualisé pour chaque patient.

Tableau 8 Position de certains regroupements de professionnels de la santé ou d'organisations sur l'usage thérapeutique du cannabis ou documentation connexe (suite)

Regroupements/Organisations	Position/recommandations (éléments)	Posologie
<p>Collège des médecins de famille du Canada - Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique (Korownyk et al., 2022)/Authorizing Dried Preliminary guidance (Collège des médecins de famille du Canada, 2014)</p>	<p>Les cannabinoïdes sont jugés comme non-concluants pour la douleur neuropathique. Il est également proposé que les préjudices causés par les cannabinoïdes surpassent probablement leurs bienfaits dans les cas d'arthrose ou de lombalgie chronique.</p> <p>Considérer cette option seulement si les traitements standards ont échoué.</p> <p>Le cannabis séché n'est pas une thérapie appropriée pour l'anxiété et l'insomnie.</p>	<p>Au regard de la faible preuve pour un bénéfice et au regard des risques connus de l'usage de cannabis, la seule recommandation raisonnable serait de débiter avec de petites doses et d'augmenter lentement au besoin.</p>
<p>Société Canadienne de rhumatologie (SCR) - <i>Position Statement on Medical Cannabis Use in Rheumatic Disease</i> (Fitzcharles et al., 2019)</p>	<p>Le cannabis médical n'est pas une alternative aux traitements standards. Absence d'études sur le cannabis médical pour maladies rhumatismales. Pas chez les moins de 25 ans, patients avec allergies au cannabis, femmes enceintes ou allaitantes, patients avec historique de troubles psychotiques, d'abus de substances ou idées suicidaires. Risques à long terme inconnus. Ne pas fumer le cannabis.</p>	<p>Privilégier cannabis avec faible taux de THC et taux élevé de CBD. Posologie inconnue, mais devrait débiter par une dose avant de se coucher et peut être augmentée lentement à un maximum de 3 grammes de cannabis séché ou l'équivalent.</p>

Également, dans le rapport du Comité consultatif scientifique sur les produits de santé contenant du cannabis publié par Santé Canada, les experts concernés soulignent que « tout cannabinoïde provoquant une intoxication et qui présente un risque de dépendance, comme le THC, ne convient pas dans le cadre d'autosoins dans un produit de santé sans ordonnance » (Santé Canada, 2022). Or, l'étude de Asselin *et al.* (2022), présentée en introduction, a rapporté que seulement 12 % des individus ayant rapporté s'autotrainer avec du cannabis ne consomment que du CBD. Ce résultat sous-entend qu'une grande proportion des individus qui s'autotraient avec du cannabis consomment des produits qui contiennent du THC.

3.5 Des informations à réconcilier

Les différents constats, observations et recommandations peuvent générer de la confusion entourant le choix d'une dose. En particulier, deux aspects ont pu être relevés dans la présente étude de portée.

Premièrement, les rares protocoles de titration repérés (APhC, 2019; Bhaskar *et al.*, 2020; Mills *et al.*, 2022) suggèrent une hausse de la dose plus rapide (tous les 3-5 jours) que le temps minimal considéré suffisant pour ressentir pleinement les effets positifs associés à une dose d'un cannabinoïde (deux semaines) dans les études observationnelles (Ng *et al.*, 2022). Autrement dit, il existe une possibilité que les protocoles de titration proposés mènent à l'utilisation de doses inutilement élevées. La plupart des études sont davantage orientées vers la démonstration de l'efficacité et de l'innocuité des cannabinoïdes. Les études spécifiques visant à identifier une posologie, une formulation et une composition optimale pour une condition ou une population en particulier semblent par conséquent très rares. Les protocoles suggèrent de débuter par de faibles doses de CBD, sans THC. Toutefois, aucune des études relevées ne semblait aborder l'efficacité de faibles doses de CBD pour les conditions recherchées.

Deuxièmement, les doses de CBD relevées comme ayant des effets positifs possibles sur l'anxiété (300-600 mg; Kwee *et al.*, 2022) ou sur le sommeil (150-200 mg; Santé Canada, 2022) dans la littérature tendent à être supérieures aux valeurs journalières maximales (10-200 mg) proposées par certains auteurs ou agences sanitaires (voir tableau 9) et sont beaucoup plus élevées que les doses proposées dans les protocoles de titration. Une condition chronique comme l'anxiété généralisée peut facilement mener à un usage à des fins médicales quotidien à long terme de cannabinoïdes. Or, les limites proposées au tableau 9 suggèrent qu'un usage prolongé de doses jugées efficaces sur le plan thérapeutique entraînerait fort probablement des effets toxiques au niveau du foie et sur la reproduction. Par conséquent, il appert important de mener davantage d'études à long terme documentant à la fois les bénéfices et les effets négatifs sur la santé découlant d'un usage thérapeutique de produits du cannabis.

Tableau 9 Différentes limites journalières proposées pour la consommation de CBD

Source	Limite/jour	Conditions	Basé sur
(Henderson <i>et al.</i> , 2023)	160 mg (LS)	Individu 70 kg en santé	Effets hépatotoxiques
	70 mg (LS)	Adulte en santé	Effets sur reproduction
	30 mg (DJA)	Individu 70 kg	Effets hépatotoxiques
(Santé Canada, 2022)	200 mg	Usage 30 jours	Effets secondaires
(Food Standards Agency, 2023)	10 mg (DJAP)	Individu 70 kg	Effets hépatotoxiques principalement

LS : limite supérieure; DJA : dose journalière admissible; DJAP : dose journalière admissible provisoire.

3.6 Considérations pour de futures études

L'effet positif non négligeable du placebo dans les études cliniques soutient l'importance d'inclure ce type d'étude dans l'analyse des risques et des bénéfices des produits du cannabis pour soulager des symptômes communs dans un contexte d'autotraitement. En consultant brièvement les études en cours inscrites dans la base de données *ClinicalTrials.gov* (voir tableau 10), il est possible d'observer que l'usage des cannabinoïdes pour la douleur semble bel et bien être l'objet de davantage d'études scientifiques que les autres conditions (anxiété et sommeil). Cependant, il est aussi possible d'observer que le CBD occupe une place importante dans la recherche thérapeutique actuelle, ce qui ne semblait pas le cas dans les revues analysées à l'exception de celles portant sur l'anxiété. Il ne semble pas y avoir de recherche clinique en cours évaluant spécifiquement les effets d'autres cannabinoïdes tels que le tétrahydrocannabivarin ou le cannabicitran, par exemple.

Les différentes limites soulevées dans la présente étude de portée soulignent l'importance de conduire davantage d'études de qualité avec des durées de suivi plus longues. L'utilisation d'un comparateur actif, une évaluation systématique des risques pour la santé, la documentation des caractéristiques individuelles et des comportements susceptibles d'affecter les résultats et une considération pour les différents composés avec une activité pharmacologique dans les produits du cannabis sont autant de caractéristiques dont il faut tenir compte dans la planification et l'interprétation d'études futures.

Tableau 10 Études enregistrées sur ClinicalTrials.gov en date du 4 mars 2024 et portant sur l'usage des cannabinoïdes et la douleur, l'anxiété ou les troubles du sommeil

Cannabinoïdes*	Conditions*		
	Douleur	Anxiété	Sommeil
Cannabinoïdes	113	14	22
Cannabidiol	92	32	16
Tétrahydrocannabinol	84	6	11
Cannabinol	3	nd	1
Cannabigérol	3	1	1

* Différentes conditions et différents cannabinoïdes peuvent être inclus dans une même étude. Les chiffres pour chacune des conditions ne garantissent pas qu'elles soient évaluées comme une condition primaire. Les études identifiées par le croisement des cannabinoïdes et des conditions n'ont pas été évaluées pour leur pertinence, seul le nombre de résultats est rapporté.

La façon de décrire les produits du cannabis et leur usage dans les études et dans les recommandations peut aussi porter à confusion. Le THC associé aux effets intoxicants du cannabis et le CBD sont les cannabinoïdes les plus connus, mais il en existe plus d'une centaine dans le plant de cannabis (Gouvernement du Canada, 2023). Le CBD et le THC par exemple peuvent être associés à des risques et des bénéfices différents et peuvent se retrouver à des concentrations variables dans les produits du cannabis. Avec la diversification du marché du cannabis, tant médical que récréatif, il serait pertinent d'éviter d'aborder le cannabis comme une substance unique et de le définir davantage par sa composition. Les risques, et plus particulièrement les risques relatifs aux autres traitements disponibles doivent être mieux documentés, notamment en contexte d'autotraitement. Autrement, il est difficile d'évaluer les risques spécifiques de l'autotraitement.

En marge des études cliniques, plusieurs aspects de l'autotraitement sont encore trop peu documentés pour bien anticiper les risques de cette pratique. En outre, la forte proportion d'individus (environ 75 % des individus qui s'autotraient ; Asselin *et al.*, 2022) qui consomment du cannabis à la fois dans une perspective récréative et de santé s'exposent possiblement à davantage de risques (c.-à-d. consommation de doses plus importantes, consommation récréative pouvant nuire à l'état de santé, risque de développer un trouble de l'usage, etc.). Davantage de travaux devraient être menés au regard des distinctions entre cette population et les individus qui consomment uniquement du cannabis dans le but de soulager des symptômes en documentant la consommation (doses en mg de CBD et de THC), les motivations et la perception des risques et des bénéfices, la place qu'occupe l'usage récréatif, entre autres. L'âge et le sexe devraient également être pris en compte puisque ces variables peuvent être associées à des tendances distinctes au niveau, par exemple, des pratiques et du type de symptômes autotraités (Asselin *et al.*, 2022; ISQ, 2024).

De plus, il semble y avoir un consensus que les produits du cannabis ne devraient pas être utilisés comme un traitement de première ligne. Or, les quelques études répertoriées sur l'autotraitement avec du cannabis ne permettent pas d'évaluer si ces individus ont eu recours à d'autres traitements ayant échoué auparavant. Sachant que plusieurs individus ne consomment pas de médication concomitante et que certains individus déclarent s'autotrainer pour des symptômes autodiagnostiqués, il serait également pertinent de mieux documenter les motivations et les barrières qui influencent ces choix.

4 CONCLUSION

L'autotraitement par les produits de cannabis est une pratique courante parmi les individus de 15 ans et plus qui consomment du cannabis, mais relativement peu étudiée et plusieurs hypothèses sur les risques pour la santé doivent reposer sur nos connaissances au regard du cannabis à des fins médicales. Malgré une littérature relativement abondante, on ne dispose pas de suffisamment de données de qualité pour nous permettre de bien identifier les risques de l'usage de cannabis pour soulager des symptômes courants, particulièrement à long terme, ce qui est très important pour des conditions chroniques comme celles discutées (douleur, anxiété et troubles du sommeil). Considérant que la pratique de l'autotraitement est relativement répandue dans la population et considérant le manque de données probantes au regard de cette même pratique et des risques qui y sont associés, il apparaît important d'encourager la recherche sur le sujet.

En parallèle, il y a un contraste entre la popularité de l'autotraitement avec du cannabis et le manque de preuves robustes sur l'efficacité de ces produits pour soulager les troubles les plus souvent rapportés dans le cadre de cette pratique, tel que relevé par de nombreux auteurs et ordres professionnels. Il apparaît important de bien identifier les informations à transmettre à ces individus qui s'autotraient avec du cannabis, mais surtout les manières de les rendre accessibles.

Au Canada comme aux États-Unis, le cadre réglementaire affecte la capacité de recherche sur ses propriétés thérapeutiques potentielles. Bien des produits du cannabis disponibles sur le marché récréatif ne permettent pas de répondre aux différents critères exigés par Santé Canada pour conduire une étude clinique sur le cannabis à des fins thérapeutiques avec ces produits. La légalisation du cannabis dans un contexte où il est relativement difficile de conduire de telles études a entraîné un certain décalage entre l'usage et les connaissances scientifiques. Avec les changements législatifs récents et à venir, il est logique de penser que des études comportant des données plus pertinentes puissent voir le jour.

5 RÉFÉRENCES

- Aebischer, J. H., Dieckmann, N. F., Jones, K. D. et St John, A. W. (2022). Chronic pain clinical and prescriptive practices in the cannabis era. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(2), 109-121. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.11.009>
- Amaral, C., Carvalho, C., Scaranelo, A., Chapman, K., Chatkin, J. et Ferreira, I. (2023). Cannabis and sleep disorders: not ready for prime time? A qualitative scoping review. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 19(5), 975-990. <https://doi.org/10.5664/jcsm.10428>
- Aminilari, M., Wang, L., Neumark, S., Adli, T., Couban, R. J., Giangregorio, A., Carney, C. E. et Busse, J. W. (2022). Medical cannabis and cannabinoids for impaired sleep: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Sleep*, 45(2). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab234>
- Ang, S. P., Sidharthan, S., Lai, W., Hussain, N., Patel, K. V., Gulati, A., Henry, O., Kaye, A. D. et Orhurhu, V. (2023). Cannabinoids as a potential alternative to opioids in the management of various pain subtypes: benefits, limitations, and risks. *Pain and Therapy*, 12(2), 355-375. <https://doi.org/10.1007/s40122-022-00465-y>
- Arnold, J. C., McCartney, D., Suraev, A. et McGregor, I. S. (2023). The safety and efficacy of low oral doses of cannabidiol: an evaluation of the evidence. *Clinical and Translational Science*, 16(1), 10-30. <https://doi.org/10.1111/cts.13425>
- Agence de la santé publique du Canada. (2023, 6 novembre). À propos de la douleur chronique. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/douleur-chronique/a-propos-douleur-chronique.html>
- Asselin, A., Lamarre, O. B., Chamberland, R., McNeil, S.-J., Demers, E. et Zongo, A. (2022). A description of self-medication with cannabis among adults with legal access to cannabis in Quebec, Canada. *Journal of Cannabis Research*, 4(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00135-y>
- Association francophone pour vaincre les douleurs (2022, 1er mai). *Les différents types de douleurs chroniques*. <https://www.association-afvd.com/les-douleurs-chroniques/les-differents-types-de-douleurs-chroniques>
- Bajtel, A., Kiss, T., Toth, B., Kiss, S., Hegyi, P., Vorhendi, N., Csupor-Loffler, B., Gede, N., Hohmann, J. et Csupor, D. (2022). The safety of dronabinol and nabilone: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Pharmaceuticals*, 15(1), 100. <https://doi.org/10.3390/ph15010100>
- Barakji, J., Korang, S.K., Feinberg, J., Maagaard, M., Mathiesen, O., Gluud, C. et Jakobsen, J.C. (2023). Cannabinoids versus placebo for pain: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *PLoS ONE*, 18(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267420>

- Bell, A.D., MacCallum, C., Margolese, S., Walsh, Z., Wright, P., Daeninck, P.J., Mandarino, E., Lacasse, G., Kaur Deol, J., de Freitas, L., St Pierre, M., Belle-Isle, L., Gagnon, M., Bevan, S., Sanchez, T., Arlt, S., Monahan-Ellison, M., O'Hara, J., Boivin, M. et Costiniuk, C. (2023). Clinical practice guidelines for cannabis and cannabinoid-based medicines in the management of chronic pain and co-occurring conditions. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 9(2) <https://doi.org/10.1089/can.2021.0156>
- Bhaskar, A., Bell, A., Boivin, M., Briques, W., Brown, M., Clarke, H., Cyr, C., Eisenberg, E., De Oliveira Silva, R.F., Frohlich, E., Georgius, P., Hogg, M., Horsted, T. I., MacCallum, C. A., Muller-Vahl, K. R., O'Connell, C., Sealey, R., Seibolt, M., Sihota, A., ... Moulin, D. E. (2020). Consensus recommendations on dosing and administration of medical cannabis to treat chronic pain: results of a modified delphi process. *Postgraduate Medicine*, 132(SUPPL 1), 16-17. <https://doi.org/10.1080/00325481.2020.1824967>
- Bialas, P., Fitzcharles, M.-A., Klose, P. et Hauser, W. (2022). Long-term observational studies with cannabis-based medicines for chronic non-cancer pain: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and safety. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 26(6), 1221-1233. <https://doi.org/10.1002/ejp.1957>
- Biron. (s. d.). *Les troubles et l'apnée du sommeil* | Biron. Consulté 23 avril 2024, à l'adresse <https://www.biron.com/fr/centre-du-savoir/petit-guide-biron/troubles-du-sommeil/>
- Boehnke, K.F., Hauser, W., et Fitzcharles M.-A. (2022). Cannabidiol (CBD) in rheumatic diseases (musculoskeletal pain). *Current Rheumatology Reports*, 24(7), 238-246. <https://doi.org/10.1007/s11926-022-01077-3>
- Boujenoui, F., Nkambeu, B., Salem, J. B., Castano Uruena, J. D. et Beaudry, F. (2024). Cannabidiol and tetrahydrocannabinol antinociceptive activity is mediated by distinct receptors in *Caenorhabditis elegans*. *Neurochemical Research*, 49(4), 935-948. <https://doi.org/10.1007/s11064-023-04069-6>
- Bourke, S.L., Schlag, A.K., O'Sullivan, S.E., Nutt, D.J., et Finn, D.P. (2022). Cannabinoids and the endocannabinoid system in fibromyalgia: a review of preclinical and clinical research. *Pharmacology and Therapeutics*, 240. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2022.108216>
- Brierley, S. M., Greenwood-Van Meerveld, B., Sarnelli, G., Sharkey, K. A., Storr, M. et Tack, J. (2023). Targeting the endocannabinoid system for the treatment of abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Nature reviews. Gastroenterology et hepatology*, 20(1), 5-25. <https://doi.org/10.1038/s41575-022-00682-y>
- Calvino, B. (2021). Le système de signalisation endocannabinoïde : structure, fonction, pharmacologie. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 22(2), 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.douleur.2021.03.001>
- Campos, D.A., Mendivil, E.J., Romano, M., Garcia, M. et Martinez, M.E. (2022). A systematic review of medical cannabinoids dosing in human. *Clinical Therapeutics*, 44(12), e39-e58. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2022.10.003>

- Canadian Pharmacists Association. (2018). Cannabis for medical purposes evidence guide—information for pharmacists and other health care professionals. https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/education-practice-resources/Cannabis_EvidenceGuide_2018.pdf
- Canadian Pharmacists Association. (2019). Cannabis for medical purposes—how to help patients find a safe and effective dose. https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/education-practice-resources/Cannabis%20Dosing%20and%20Titration%20Final_web.pdf
- Centre d'études avancées en médecine du sommeil. (s. d.). À propos du sommeil. Consulté 17 juin 2024, à l'adresse <http://ceams-carsm.ca/a-propos-du-sommeil/>
- Chin, G., Etiz, B. A. F., Nelson, A. M., Lim, P. K. et Scolaro, J. A. (2022). Cannabinoids for pain modulation in orthopedic surgery. *Orthopedics*, 45(6), E295-E302. <https://doi.org/10.3928/01477447-20220706-03>
- Christensen, C., Alleso, M., Rose, M. et Cornett C. (2023). Clinical research evidence supporting administration and dosing recommendations of medicinal cannabis as analgesic in cancer patients. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1), 307. <https://doi.org/10.3390/jcm12010307>
- Clarke, H. et Fitzcharles, M. (2023). The evolving culture of medical cannabis in Canada for the management of chronic pain. *Frontiers in Pharmacology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1153584>
- Collège des médecins du Québec. (2018). *Ordonnance de cannabis à des fins médicales—directives*. <https://cms.cmq.org/files/documents/Pratique-medicale/p-1-2018-09-20-fr-ordonnance-cannabis-fins-medicales.pdf>
- College of Family Physicians of Canada. (2014). *Authorizing dried cannabis for chronic pain or anxiety: preliminary guidance*. Mississauga, ON. <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Addiction-Medicine/Authorizing-Dried-Cannabis-for-Chronic-Pain-or-Anxiety.pdf>
- Colten, H. R., Altevogt, B. M. et Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research (2006). Extent and health consequences of chronic sleep loss and sleep disorders. In *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19961/>
- Corso B., Bacle A., Demay E., Mercerole M., Pelletier R., Gicquel T. et Le Dare B. (2023). Place of therapeutic cannabis in France and safety data: a literature review. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 81(4). <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2023.02.002>
- Earl, D.C. et Proano, M. (2022). Updates in the use of cannabis for insomnia. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 28(6), 511-514. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000914>
- Edinoff, A. N., Fort, J. M., Singh, C., Wagner, S. E., Rodriguez, J. R., Johnson, C. A., Cornett, E. M., Murnane, K. S., Kaye, A. M. et Kaye, A. D. (2022). Alternative options for complex, recurrent pain states using cannabinoids, psilocybin, and ketamine: a narrative review of clinical evidence. *Neurology International*, 14(2), 423-436. <https://doi.org/10.3390/neurolint14020035>

- Filippini, G., Minozzi, S., Borrelli, F., Cinquini, M. et Dwan, K. (2022). Cannabis and cannabinoids for symptomatic treatment for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(5), CD013444. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013444.pub2>
- Fiore, M., Alfieri, A., Di Franco, S., Petrou, S., Damiani, G. et Pace, M. C. (2023). Medicinal cannabis products for the treatment of acute pain. *World Journal of Clinical Cases*, 11(12), 2670-2676. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i12.2670>
- Fitzcharles, M.-A., Niaki, O. Z., Hauser, W., Hazlewood, G. et the Canadian Rheumatology Association. (2019). Position statement: a pragmatic approach for medical cannabis and patients with rheumatic diseases. *The Journal of Rheumatology*. <https://doi.org/10.3899/jrheum.181120>
- Fliegel, D. K., et Lichenstein, S. D. (2022). Systematic literature review of human studies assessing the efficacy of cannabidiol for social anxiety. *Psychiatry research communications*, 2(4), 100074. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100074>
- Food Standards Agency. (2023). *Cannabidiol (CBD). Consumer advice on cannabidiol (CBD) extracts*. <https://www.food.gov.uk/safety-hygiene/cannabidiol-cbd>
- Gedin, F., Blome, S., Ponten, M., Lalouni, M., Fust, J., Raquette, A., Vadenmark Lundquist, V., Thompson, W.H. et Jensen, K. (2022). Placebo response and media attention in randomized clinical trials assessing cannabis-based therapies for pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(11). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.43848>
- Giossi, R., Carrara, F., Padroni, M., Bilancio, M. C., Mazzari, M., Enisci, S., Romio, M. S., Boni, G., Corru, F., Fittipaldo, V. A., Tramacere, I., Pani, A., Scaglione, F. et Fornasari, D. (2022). Systematic review and meta-analysis seem to indicate that cannabinoids for chronic primary pain treatment have limited benefit. *Pain and Therapy*, 11(4), 1341-1358. <https://doi.org/10.1007/s40122-022-00434-5>
- Gorzo, A., Havasi, A., Spinu, S., Oprea, A., Burz, C. et Sur, D. (2022). Practical considerations for the use of cannabis in cancer pain management - what a medical oncologist should know. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), 5036. <https://doi.org/10.3390/jcm11175036>
- Gouvernement du Québec. (2023a). *Troubles anxieux*. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/troubles-anxieux>
- Gouvernement du Québec. (2023b). *Usage des médicaments opioïdes en contexte de douleur chronique*. <https://www.quebec.ca/sante/medicaments/usage-medicaments-opioides-contexte-douleur-chronique>
- Greco, R., Demartini, C., Zanaboni, A. M., Francavilla, M., De Icco, R., Ahmad, L. et Tassorelli, C. (2022). The endocannabinoid system and related lipids as potential targets for the treatment of migraine-related pain. *Headache*, 62(3), 227-240. <https://doi.org/10.1111/head.14267>
- Grossman, S., Tan, H. et Gadiwalla, Y. (2022). Cannabis and orofacial pain: a systematic review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 60(5), e677-e690. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2021.06.005>

- Hameed, M., Prasad, S., Jain, E., Dogrul, B.N., Al-Oleimat, A., Pokhrel, B., Chowdhury, S., Co, E.L., Mitra, S., Quinonez, J., Ruxmohan, S. et Stein, J. (2023). Medical cannabis for chronic nonmalignant pain management. *Current Pain and Headache Reports*, 27(4), 57-63. <https://doi.org/10.1007/s11916-023-01101-w>
- Haycraft, A. L. (2023). Cannabis update: anxiety disorders and post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000864>
- Henderson, R. G., Vincent, M., Rivera, B. N., Bonn-Miller, M. O. et Doepker, C. (2023). Cannabidiol safety considerations: development of a potential acceptable daily intake value and recommended upper intake limits for dietary supplement use. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 144, 105482. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2023.105482>
- International association for the study of pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Institut de la statistique du Québec. (2020). *Enquête québécoise sur le cannabis 2019*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2019>
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Enquête québécoise sur le cannabis 2021*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2021>
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Enquête québécoise sur le cannabis 2022*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2022>
- Institut de la statistique du Québec. (2024). *Enquête québécoise sur le cannabis 2023*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2023>
- Karst, M. (2024). Overview: chronic pain and cannabis-based medicines. *Pharmacopsychiatry*. <https://doi.org/10.1055/a-2231-6630>
- Kedzior, K. K. et Laeber, L. T. (2014). A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population - a meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry*, 14, 136. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-136>
- Khoury, M., Cohen, I., et Bar-Sela, G. (2022). « The two sides of the same coin » - medical cannabis, cannabinoids and immunity: pros and cons explained. *Pharmaceutics*, 14(2), 389. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14020389>
- Kolla, B. P., Hayes, L., Cox, C., Eatwell, L., Deyo-Svendsen, M. et Mansukhani, M. P. (2022). The effects of cannabinoids on sleep. *Journal of primary care et community health*, 13(101518419), 21501319221081276. <https://doi.org/10.1177/21501319221081277>
- Korownyk, C. S., Montgomery, L., Young, J., Moore, S., Singer, A. G., MacDougall, P., Darling, S., Ellis, K., Myers, J., Rochford, C., Taillefer, M.-C., Allan, G. M., Perry, D., Moe, S. S., Ton, J., Kolber, M. R., Kirkwood, J., Thomas, B., Garrison, S., ... Lindblad, A. J. (2022). Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique : gestion de la douleur chronique lombaire, arthrosique et neuropathique en première ligne. *Canadian Family Physician*, 68(3), e63-e76. <https://doi.org/10.46747/cfp.6803e63>

- Kwee, C. M. B., van Gerven, J. M. A., Bongaerts, F. L. P., Cath, D. C., Jacobs, G., Baas, J. M. P., et Groenink, L. (2022). Cannabidiol in clinical and preclinical anxiety research. A systematic review into concentration-effect relations using the IB-de-risk tool. *Journal of Psychopharmacology*, 36(12), 1299-1314. <https://doi.org/10.1177/02698811221124792>
- Lavender, I., McGregor, I. S., Suraev, A., Grunstein, R. R. et Hoyos, C. M. (2022). Cannabinoids, insomnia, and other sleep disorders. *Chest*, 162(2), 452-465. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.04.151>
- Leung, J., Chan, G., Stjepanović, D., Chung, J. Y. C., Hall, W. et Hammond, D. (2022). Prevalence and self-reported reasons of cannabis use for medical purposes in USA and Canada. *Psychopharmacology*, 239(5), 1509-1519. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-06047-8>
- Liang, A. L., Gingher, E. L. et Coleman, J. S. (2022). Medical cannabis for gynecologic pain conditions: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 139(2), 287-296. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004656>
- Lima, P. A., Berg, B. B. et Castor, M. G. M. E. (2022). Involvement of the cannabinoid system in chronic inflammatory intestinal diseases: opportunities for new therapies. *Intestinal research*, 20(4), 392-417. <https://doi.org/10.5217/ir.2021.00160>
- Ling, H.-Q., Chen, Z.-H., He, L., Feng, F., Weng, C.-G., Cheng, S.-J., Rong, L.-M. et Xie, P.-G. (2022). Comparative efficacy and safety of 11 drugs as therapies for adults with neuropathic pain after spinal cord injury: a bayesian network analysis based on 20 randomized controlled trials. *Frontiers in Neurology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.818522>
- Lingegowda, H., Williams, B.J., Spiess, K.G., Sisnett, D.J., Lomax, A.E., Koti, M. et Tayade, C. (2022). Role of the endocannabinoid system in the pathophysiology of endometriosis and therapeutic implications. *Journal of Cannabis Research*, 4(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00163-8>
- Lo Castro, F., Baraldi, C., Pellesi, L. et Guerzoni, S. (2022). Clinical evidence of cannabinoids in migraine: a narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(6), 1479. <https://doi.org/10.3390/jcm11061479>
- Longworth, J., Szafron, M., Gruza, A. et Da Silva, K. (2023). Cannabis and cannabinoid medications for the treatment of chronic orofacial pain: a scoping review. *Dentistry Review*, 3(1), 100063. <https://doi.org/10.1016/j.dentre.2023.100063>
- Lookfong, N. A., Raup-Konsavage, W. M. et Silberman, Y. (2023). Potential utility of cannabidiol in stress-related disorders. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 8(2), 230-240. <https://doi.org/10.1089/can.2022.0130>
- Lopera V., Rodriguez A. et Amariles P. (2022). Clinical relevance of drug interactions with cannabis: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5), 1154. <https://doi.org/10.3390/jcm11051154>
- Macedo, A. C., de Faria, A. O. V., Bizzi, I., Moreira, F. A., Colasanti, A. et Ghezzi, P. (2022). Online information on medical cannabis is not always aligned with scientific evidence and may raise unrealistic expectations. *Journal of Cannabis Research*, 4(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00145-w>

- Maddison, K. J., Kosky, C. et Walsh, J. H. (2022). Is there a place for medicinal cannabis in treating patients with sleep disorders? What we know so far. *Nature and science of sleep*, 14(101537767), 957-968. <https://doi.org/10.2147/NSS.S340949>
- Madeo, G., Kapoor, A., Giorgetti, R., Busardo, F.P. et Carlier, J. (2023). Update on cannabidiol clinical toxicity and adverse effects: a systematic review. *Current Neuropharmacology*, 21(11). <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230322143401>
- Marchand, A. et Levasseur, M.-E. (2022, 16 août). *Effets sur la santé de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne à long terme de cannabis*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2885>
- McDonagh, M. S., Morasco, B. J., Wagner, J., Ahmed, A. Y., Fu, R., Kansagara, D. et Chou, R. (2022). Cannabis-based products for chronic pain: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 175(8), 1143-1153. <https://doi.org/10.7326/M21-4520>
- Mills, A. R., Nichols, M. A. et Davenport, E. (2022). Chronic pain and medical cannabis: narrative review and practice considerations in persons living with HIV. *JACCP Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 5(3), 342-353. <https://doi.org/10.1002/jac5.1584>
- Mistry, M., Simpson, P., Morris, E., Fritz, A.-K., Karavadra, B., Lennox, C. et Prosser-Snelling, E. (2022). Cannabidiol for the management of endometriosis and chronic pelvic pain. *Journal of minimally invasive gynecology*, 29(2), 169-176. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.11.017>
- Monti, J. M. et Pandi-Perumal, S.R. (2022). Clinical management of sleep and sleep disorders with cannabis and cannabinoids: implications to practicing psychiatrists. *Clinical Neuropharmacology*, 45(2), 27-31. Embase. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000494>
- Moore, A., Straube, S., Fisher, E. et Eccleston, C. (2023). Cannabidiol (CBD) products for pain: ineffective, expensive, and with potential harms. *The Journal of Pain*, S1526-5900(23)00582-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.10.009>
- Narayan, A., Downey, L. A., Manning, B. et Hayley, A. C. (2022). Cannabinoid treatments for anxiety: a systematic review and consideration of the impact of sleep disturbance. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104941>
- Nduma, B. N., Mofor, K. A., Tatang, J., Ekhatior, C., Ambe, S. et Fonkem, E. (2023). The use of cannabinoids in the treatment of inflammatory bowel disease (IBD): a review of the literature. *Cureus*, 15(3), e36148. <https://doi.org/10.7759/cureus.36148>
- Ng, J. Y., Abrams, A., Pathak, A., Tahir, U. et Jomy, J. (2022). What are the experiences of patients using cannabis for pain? A systematic review of qualitative studies. *European Journal of Integrative Medicine*, 49. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2021.102098>

- Nielsen, S., Picco, L., Murnion, B., Winters, B., Matheson, J., Graham, M., Campbell, G., Parvaresh, L., Khor, K.-E., Betz-Stablein, B., Farrell, M., Lintzeris, N. et Le Foll, B. (2022). Opioid-sparing effect of cannabinoids for analgesia: an updated systematic review and meta-analysis of preclinical and clinical studies. *Neuropsychopharmacology*, 47(7), 1315-1330. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01322-4>
- Nouh, R. A., Kamal, A. et Abdelnaser, A. (2023). Cannabinoids and multiple sclerosis: a critical analysis of therapeutic potentials and safety concerns. *Pharmaceutics*, 15(4), 1151. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics15041151>
- Nowell, W. B., Gavigan, K. et Silverman, S. L. (2022). Cannabis for rheumatic disease pain: a review of current literature. *Current Rheumatology Reports*, 24(5), 119-131. <https://doi.org/10.1007/s11926-022-01065-7>
- Odonkor, C. A., Alfara, T., Adekoya, P., Orhurhu, V., Rodriguez, T., Sottosanti, E. et Kaye, A. D. (2022). Dorsal column stimulation and cannabinoids in the treatment of chronic nociceptive and neuropathic pain: a review of the clinical and pre-clinical data. *Current Pain and Headache Reports*, 26. <https://doi.org/10.1007/s11916-022-01008-y>
- Okusanya, B. O., Lott, B. E., Ehiri, J., McClelland, J. et Rosales, C. (2022). Medical cannabis for the treatment of migraine in adults: a review of the evidence. *Frontiers in Neurology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.871187>
- Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre professionnel des diététistes du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2017). *Cannabis à des fins thérapeutiques. Outil d'aide à la décision*.
- Pantoja-Ruiz, C., Restrepo-Jimenez, P., Castaneda-Cardona, C., Ferreiros, A. et Rosselli, D. (2022). Cannabis and pain: a scoping review. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 72(1), 142-151. Embase. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.06.018>
- Paulsingh, C. N., Mohamed, M. B., Elhaj, M. S., Mohamed, N., Ahmed, T. H., Singh, T., Mohammed, Z. et Khan, S. (2022). The efficacy of marijuana use for pain relief in adults with sickle cell disease: a systematic review. *Cureus*, 14(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.24962>
- Petzke, F., Tolle, T., Fitzcharles, M.-A. et Hauser, W. (2022). Cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic neuropathic pain. *CNS Drugs*, 36(1), 31-44. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00879-w>
- Price, R. L., Charlot, K. V., Frieler, S., Dettori, J. R., Oskouian, R. et Chapman J. R. (2022). The efficacy of cannabis in reducing back pain: a systematic review. *Global Spine Journal*, 12(2), 343-352. <https://doi.org/10.1177/21925682211065411>
- Quintero, J.-M., Pulido, G., Giraldo, L.-F., Leon, M.-X., Diaz, L.-E. et Bustos, R.-H. (2022). A systematic review on cannabinoids for neuropathic pain administered by routes other than oral or inhalation. *Plants (Basel, Switzerland)*, 11(10). <https://doi.org/10.3390/plants11101357>

- Ranum, R. M., Whipple, M. O., Croghan, I., Bauer, B., Toussaint, L. L. et Vincent, A. (2023). Use of cannabidiol in the management of insomnia: a systematic review. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 8(2), 213-229. <https://doi.org/10.1089/can.2022.0122>
- Riera, R., Pacheco, R. L., Bagattini, A. M. et Martimbianco, A. L. C. (2022). Efficacy and safety of therapeutic use of cannabis derivatives and their synthetic analogs: overview of systematic reviews. *Phytotherapy Research*, 36(1), 5-21. <https://doi.org/10.1002/ptr.7263>
- Robert, M., Graves, L. E., Allen, V. M., Dama, S., Gabrys, R. L., Tanguay, R. L., Turner, S. D., Green, C. R. et Cook, J. L. (2022). Guideline no. 425a: cannabis use throughout women's lifespans - part 1: fertility, contraception, menopause, and pelvic pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(4), 407-419.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.01.012>
- Rosário, B. D. A., Lemes, J. A., de Lima, M. P., Ribeiro, D. A. et Viana, M. de B. (2023). Subjective, behavioral and neurobiological effects of cannabis and cannabinoids in social anxiety. *Reviews in the Neurosciences*. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2023-0078>
- Santé Canada. (2018, 17 octobre). Gouvernement du Canada. *Le cannabis crée-t-il une dépendance?* <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/medicaments-et-produits-sante/cannabis-dependance.html>
- Santé Canada. (2022, 28 juillet). *Examen du cannabidiol - rapport du Comité consultatif scientifique sur les produits de santé contenant du cannabis* [Rapport sur les plans et priorités]. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/produits-sante-contenant-cannabis/examen-cannabidiol-produits-sante-contenant-cannabis.html>
- Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*, 146(5), 1387-1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- Schulze-Schiappacasse, C., Duran, J., Bravo-Jeria, R., Verdugo-Paiva, F., Morel, M. et Rada, G. (2022). Are cannabis, cannabis-derived products, and synthetic cannabinoids a therapeutic tool for rheumatoid arthritis? A friendly summary of the body of evidence. *Journal of Clinical Rheumatology*, 28(2), 563-567. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001745>
- Senderovich, H., Wagman, H., Zhang, D., Vinoraj, D. et Waicus, S. (2022). The effectiveness of cannabis and cannabis derivatives in treating lower back pain in the aged population: a systematic review. *Gerontology*, 68(6), 612-624. <https://doi.org/10.1159/000518269>
- Shehata, I., Hashim, A., Elsaedy, A., Nair, A., Urits, I., Viswanath, O., Kaye, A. et Habib, M. (2022). Cannabinoids and their role in chronic pain treatment: current concepts and a comprehensive review. *Health psychology research*, 10(4), 35848. <https://doi.org/10.52965/001c.35848>
- Sherpa, M. L., Shrestha, N., Ojina, B. T., Ravi, N., Shantha Kumar, V., Choday, S., Parisapogu, A., Tran, H. H.-V., Kc, A. et Elshaikh, A. O. (2022). Efficacy and safety of medical marijuana in migraine headache: a systematic review. *Cureus*, 14(12). <https://doi.org/10.7759/cureus.32622>

- Shulman, H., Sewpersaud, V. et Thirlwell, C. (2022). Evolving global perspectives of pharmacists: dispensing medical cannabis. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 7(2), 126-134.
<https://doi.org/10.1089/can.2020.0144>
- Silczuk, A., Smulek, D., Kolodziej, M., et Gujska, J. (2022). The construct of medical and non-medical marijuana - critical review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2769. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052769>
- Sirbu, C.-A., Georgescu, R., Plesa, F. C., Paunescu, A., Marilena Tantu, M., Nicolae, A. C., Caloianu, I. et Mitrica, M. (2023). Cannabis and cannabinoids in multiple sclerosis: from experimental models to clinical practice—a review. *American Journal of Therapeutics*, 30(3), E220-E231.
<https://doi.org/10.1097/MJT.0000000000001568>.
- Thomas, P. A., Carter, G. T. et Bombardier, C. H. (2022). A scoping review on the effect of cannabis on pain intensity in people with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 45(5), 656-667.
<https://doi.org/10.1080/10790268.2020.1865709>
- To, J., Davis, M., Sbrana, A., Alderman, B., Hui, D., Mukhopadhyay, S., Bouleuc, C., Case, A. A., Amano, K., Crawford, G. P., de Feo, G., Tanco, K. et Garsed, J. (2023). MASCC guideline: cannabis for cancer-related pain and risk of harms and adverse events. *Supportive Care in Cancer*, 31(4), 202.
<https://doi.org/10.1007/s00520-023-07662-1>
- Tsai, S. H. L., Lin, C.-R., Shao, S.-C., Fang, C.-H., Fu, T.-S., Lin, T.-Y. et Hung, Y.-C. (2022). Cannabinoid use for pain reduction in spinal cord injuries: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Pharmacology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.866235>
- Velzeboer, R., Malas, A., Boerkoel, P., Cullen, K., Hawkins, M., Roesler, J. et Lai, W.W.-K. (2022). Cannabis dosing and administration for sleep: a systematic review. *Sleep*, 45(11).
<https://doi.org/10.1093/sleep/zsac218>
- Vinette, B., Cote, J., El-Akhras, A., Mrad, H., Chicoine, G. et Bilodeau, K. (2022). Routes of administration, reasons for use, and approved indications of medical cannabis in oncology: a scoping review. *BMC Cancer*, 22(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09378-7>
- Votrubec, C., Tran, P., Lei, A., Brunet, Z., Bean, L., Olsen, B.W. et Sharma, D. (2022). Cannabinoid therapeutics in orofacial pain management: a systematic review. *Australian Dental Journal*, 67(4), 314-327. <https://doi.org/10.1111/adj.12934>
- Wieghorst, A., Roessler, K. K., Hendricks, O. et Andersen, T. E. (2022). The effect of medical cannabis on cognitive functions: a systematic review. *Systematic Reviews*, 11(1), 210.
<https://doi.org/10.1186/s13643-022-02073-5>
- Wolfe, D., Corace, K., Butler, C., Rice, D., Skidmore, B., Patel, Y., Thayaparan, P., Michaud, A., Hamel, C., Smith, A., Garber, G., Porath, A., Conn, D., Willows, M., Abramovici, H., Thavorn, K., Kanji, S. et Hutton, B. (2023). Impacts of medical and non-medical cannabis on the health of older adults: Findings from a scoping review of the literature. *PLoS ONE*, 18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281826>

Worster, B., Hajjar, E.R. et Handley, N. (2022). Cannabis use in patients with cancer: a clinical review. *JCO Oncology Practice*, 18(11), 743-749. <https://doi.org/10.1200/OP.22.00080>

Wynne, J. et Kozuch, P. (2022). Medical marijuana for inflammatory bowel disease: the highs and lows. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 57(2), 197-205. <https://doi.org/10.1080/00365521.2021.1998604>

Yang, A., Townsend, C. B. et Ilyas, A.M. (2023). Medical cannabis in hand surgery: a review of the current evidence. *Journal of Hand Surgery*, 48(3), 292-300. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2022.11.008>

Zeraatkar, D., Cooper, Agarwal, A., Leung G., Dookie J. E., Ahmed M. M., Hong B. Y., Hong C., Hong P., Couban R., Agoritsas T. et Busse J. W. (2022). Long-term and serious harms of medical cannabis and cannabinoids for chronic pain: a systematic review of non-randomised studies. *BMJ Open*, 12(8), 054282. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054282>

ANNEXE 1 LES PRINCIPALES CONDITIONS DÉCLARÉES DANS LE CADRE D'AUTOTRAITEMENT AVEC DU CANNABIS

La douleur, l'anxiété et les troubles du sommeil sont parmi les troubles de santé que les individus cherchent à traiter les plus fréquemment rapportés dans les enquêtes sur l'usage à des fins médicales du cannabis (Asselin *et al.*, 2022; ISQ, 2024; Leung *et al.*, 2022). Les sections suivantes permettent de mieux comprendre ces troubles et la diversité des symptômes qu'ils incluent.

La douleur

La douleur est décrite comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle (IASP, 2020). La douleur peut être aiguë ou chronique. Une douleur aiguë résulte généralement de l'atteinte à un tissu du corps humain. Lorsque la douleur dure plus de trois mois, même après que la lésion d'origine soit guérie (le cas échéant), on parle alors de douleur chronique (ASPC, 2023).

Tableau 11 Types de douleurs chroniques selon leur nature

Type	Description	Exemples/conditions ^a
Nociceptives	Liées à la stimulation d'une zone précise du corps. Cette stimulation douloureuse peut être soit mécanique, soit inflammatoire.	Arthrose, polyarthrite rhumatoïde, douleur cancéreuse, lombalgies, endométriose
Neuropathiques	Dues à des lésions situées dans le système nerveux au niveau du cerveau, de la moelle épinière ou des nerfs. Elles peuvent survenir après une maladie, suite à une lésion qui a depuis disparue ou à cause d'un dysfonctionnement du système nerveux lui-même.	Sclérose en plaques, lésion moelle épinière, hernie disque lombaire, dommage nerveux, syndrome tunnel carpien, névralgie post-herpétique
Nociplastiques	Dues à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur. Les mécanismes à l'origine de ce type de douleurs sont encore très mal connus et les examens cliniques ne révèlent ni lésions, ni atteintes des nerfs.	Fibromyalgie, syndrome du côlon irritable, céphalée de tension

^a Certains exemples pourraient être associés à plus d'un type de douleur, non exclusif. Information tirée de psychomedia.qc.ca

La douleur, quelle que soit sa nature, possède une dimension subjective qui complique son évaluation. De plus, une même condition douloureuse peut également résulter de physiopathologies différentes et par conséquent nécessiter un traitement différent. Les états de douleur chronique sont généralement des états de douleurs mixtes (les trois types de douleur au tableau 11)(AFVD, 2022).

Puisque la douleur chronique nécessite un soulagement s'échelonnant sur une longue période, il est parfois plus difficile de trouver un médicament avec un profil de sécurité adéquat sur le long terme. Dans bien des cas, les personnes développent une tolérance au médicament et doivent alors augmenter les doses avec le temps, ajouter d'autres médicaments ou passer à des médicaments « plus puissants » (Gouvernement du Québec, 2023b). Selon ses caractéristiques, une substance peut donc être adéquate pour un type de douleur et non pour un autre.

La douleur comme raison de consommer du cannabis augmente entre les différents groupes d'âge : 32,3 % chez les 15-24 ans, 58,8 % chez les 25-44 ans, 72,3 % chez les 44-54 ans et 76,8 % chez les 55 ans et plus (ISQ, 2024)(figure 2).

L'anxiété

Les troubles de l'anxiété regroupent les phobies, l'anxiété sociale (aussi appelée phobie sociale), l'anxiété généralisée et le trouble de panique (pouvant être accompagné de l'agoraphobie) (Gouvernement du Québec, 2023a).

Tableau 12 Les troubles de l'anxiété (Gouvernement du Québec, 2023a)

Type	Description	Exemples
Phobie spécifique	Peurs excessives, persistantes et envahissantes; touche environ 9 % de la population.	Peur de la mort, de prendre l'avion, des animaux, etc.
Anxiété sociale (ou phobie sociale)	Peur associée à certaines activités sociales ou à des situations de performance où la personne pourrait se sentir observée, embarrassée, humiliée, rejetée ou préoccupée par le jugement des autres; touche environ 7 % de la population.	Peur de parler en public, dans une réunion, manger en public, etc.
Anxiété généralisée	Ressentir trop d'anxiété par rapport à l'importance des événements en cause; ressentir de l'anxiété à cause de ses responsabilités professionnelles, financières et familiales, sans arriver à s'en détacher pour se détendre un instant.	Craindre que son conjoint meure d'un accident de la route chaque fois qu'il prend la voiture.
Trouble panique et agoraphobie	Crises de panique se produisant de façon répétitives et imprévisibles. L'agoraphobie (crainte des lieux publics) peut accompagner le trouble panique.	Survient sans déclencheur identifiable

Plusieurs des troubles de l'anxiété peuvent se traduire par des symptômes similaires à ceux engendrés par une consommation de cannabis ou ceux associés à un sevrage chez les personnes ayant un trouble de l'usage de cannabis (Santé Canada, 2018), ce qui peut logiquement compliquer la détection d'effets indésirables engendrés par le cannabis chez ces individus.

Comme pour la douleur, l'anxiété comme raison de consommer du cannabis suit un gradient entre les groupes d'âge, mais cette relation est inversée : 76 % chez les 15-24 ans, 60,9 % chez les 25-44 ans, 38,2 % chez les 45-54 ans et 29,6 % chez les 55 ans et plus (ISQ, 2024)(figure 2).

Les troubles du sommeil

Le sommeil est un enchaînement de quatre stades distincts se répétant 3 à 6 fois (CÉAMS, s. d.). Il n'y a pas un stade plus important que les autres, c'est plutôt la continuité des cycles qui importe (Biron, s. d.). Il existe différents troubles du sommeil ayant des étiologies et des conséquences variables (tableau 13).

Tableau 13 Les troubles du sommeil

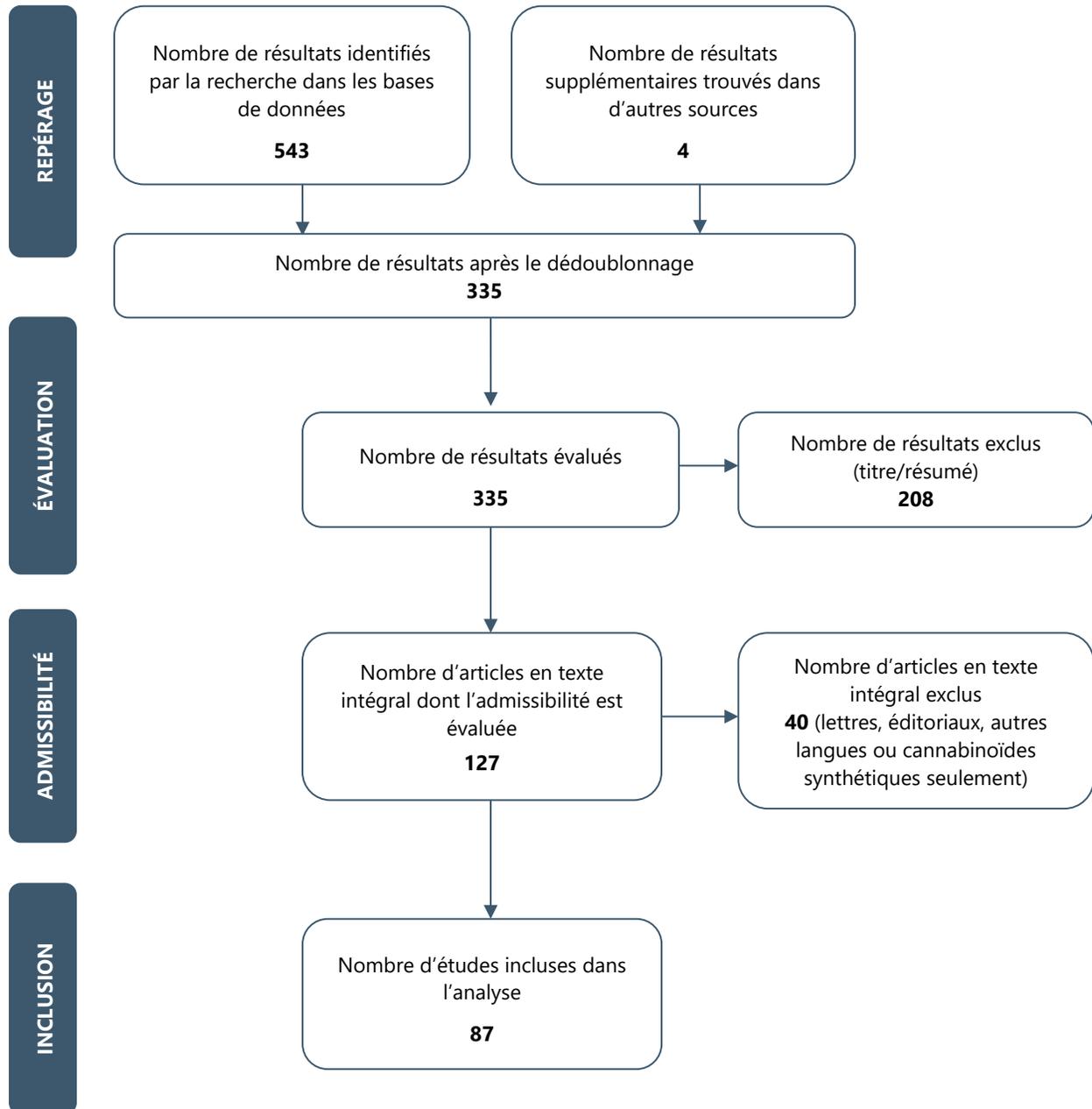
Type*	Description
Insomnies	Difficulté à s'endormir ou à rester endormi. Il est estimé qu'environ 25 % de la population canadienne présente des symptômes d'insomnie depuis plus d'un an. Affecte davantage femmes, personnes défavorisées et celles en mauvaise santé.
Apnée du sommeil	L'apnée peut être obstructive (voies respiratoires supérieures obstruées durant le sommeil) ou centrale (absence de signal rétroactif du cerveau vers le système respiratoire).
Hypersomnies et narcolepsie	Somnolence excessive ou accès de sommeil irrésistibles pendant la journée. Peut être dû à un manque de sommeil, un trouble du sommeil comme l'apnée obstructive du sommeil, une maladie, un surmenage ou l'usage de médicaments.
Troubles du rythme circadien	Dérèglement de l'horloge biologique, le sommeil n'est pas synchronisé avec le cycle du jour et de la nuit.
Parasomnies	Terreurs nocturnes, somnambulisme, trouble du comportement en sommeil paradoxal.
Mouvements en relation avec le sommeil	Syndrome des jambes sans repos (10 % de la population canadienne; femmes 2x plus touchées que les hommes; surtout après 50 ans), mouvements périodiques des membres pendant le sommeil (10-15 % de la population), bruxisme (15 % des enfants et 8 % des adultes). Le stress, l'anxiété, le tabagisme, la caféine, certains antidépresseurs et drogues récréatives peuvent augmenter le risque de bruxisme.

* Classification selon ICDS-3 (Sateia, 2014). Les statistiques présentées proviennent du site Web de Biron.

Un sommeil insuffisant ou interrompu peut avoir des conséquences sur la santé physique et mentale. À court terme, le manque de sommeil peut entraîner des problèmes de concentration et de mémoire, une diminution de la vigilance, de la fatigue, de l'irritabilité, une fragilité émotionnelle, une augmentation de l'appétit. À plus long terme, ces effets peuvent avoir un impact sur le milieu scolaire, professionnel ou social, augmentent le risque d'obésité, de diabète, de maladies cardiovasculaires, de dépression, et diminuent les défenses immunitaires (Colten *et al.*, 2006).

Les troubles du sommeil sont rapportés comme une raison d'utiliser du cannabis de manière assez similaire dans tous les groupes d'âge (ISQ, 2024)(figure 2).

ANNEXE 2 DIAGRAMME PRISMA



Traduit et adapté du [PRISMA 2009 Flow Diagram](#)

ANNEXE 3 REVUES NARRATIVES

Tableau 14 Principales conclusions des revues narratives portant sur la gestion de la douleur avec du cannabis

Conditions	Conclusions	Références
Douleur aiguë Générale	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve préclinique chez souris, mais pas dans études cliniques. Besoin de mieux comprendre les mécanismes impliqués avant de conduire des études cliniques. 	(Fiore <i>et al.</i> , 2023)
Orofaciale	<ul style="list-style-type: none"> • Preuves insuffisantes pour douleur légère; autotraitement non recommandé pour douleurs sévères. 	(Santé Canada, 2022) (Longworth <i>et al.</i> , 2023)
Orthopédique	<ul style="list-style-type: none"> • Cannabinoïdes surtout étudiés comme traitement adjuvant ou palliatif. Pas de justification adéquate pour doses; résultats positifs pour les études avec auto-dosage. • Pas d'effets sur réduction douleur ou consommation opioïdes. • Besoin de plus de données pour évaluer l'efficacité pour contrôler la douleur au niveau de la main. 	(Chin <i>et al.</i> , 2022) (Yang <i>et al.</i> , 2023)
Douleur liée au cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Combinaisons standardisées THC : CBD peuvent réduire douleur associée aux cancers comme adjuvant, mais ne réduisent pas consommation opioïdes. • Potentiel analgésique, mais non significatif pour la plupart des patients. • Preuve préclinique, mais données humaines contradictoires; différences méthodologiques; perception douleur chez humain influencée par plusieurs facteurs cognitifs et émotionnels. • Potentiel plus grand pour douleur chronique (inflammatoire et neuropathique) que pour douleur aiguë ou physiologique; fortes doses sur long terme associées avec altérations. • Usage chez patients avec tolérance précoce aux opioïdes. • Cannabis médical approuvé pour compléter gestion douleur cancéreuse. • Preuve mixte, mais faible indication pour usage du cannabis lorsque traitement standard est insuffisant. 	(Ang <i>et al.</i> , 2023) (Christensen <i>et al.</i> , 2023) (Gorzo <i>et al.</i> , 2022) (Shehata <i>et al.</i> , 2022) (Vinette <i>et al.</i> , 2022) (Worster <i>et al.</i> , 2022)

Tableau 14 Principales conclusions des revues narratives portant sur la gestion de la douleur avec du cannabis (suite)

Conditions	Conclusions	Références
Douleur chronique Générale	<ul style="list-style-type: none"> • Effets positifs pour douleur poitrine (1 étude) et douleur SP (2/5). Pas d'étude sur intervalle doses pour efficacité. Utilisé surtout comme adjuvant. • Besoin de preuve clinique additionnelle pour dosage, efficacité, sécurité, interactions; protocole dosage. • Preuve faible pour douleur neuropathique, rhumatisme et migraine; preuve modérée pour SP, adjuvant pour douleur cancéreuse; pas de preuve solide pour recommander cannabis pour ↓ consommation d'opioïdes; risques non évalués systématiquement. • Efficacité peu démontrée, plus hauts risques d'effets indésirables (37 conditions). • Les données demeurent limitées quant à l'efficacité des cannabinoïdes pour soulager la douleur. • Moins d'effets indésirables qu'opioïdes. Certains patients rapportent un soulagement. • Études de petite taille; différences génétiques non prises en compte; résultats non généralisables. • Pas un traitement de 1re ligne; débiter avec CBD (max 40 mg/jour); pour douleur neuropathique, réfractaire ou spasticité (SP) considérer produit avec ratio THC/CBD de 1:1 ou 1:2 (max 40 mg THC/jour). 	<p>(Campos <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Mills <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Pantoja-Ruiz <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Riera <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Odonkor <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Hameed <i>et al.</i>, 2023)</p> <p>(Edinoff <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Aebischer <i>et al.</i>, 2022)</p>
Intestinales inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Soulagement possible, mais exposition chronique peut présenter effets paradoxaux pouvant perpétuer ou aggraver mécanismes sous-jacents (SCI). • Récepteurs CB surexprimés chez personnes avec maladie de Crohn et rectocolite hémorragique; recherche comparative manquante pour évaluer meilleure option. • Résultats prometteurs, mais non généralisables. Effets indésirables insuffisamment documentés. • Beaucoup d'incertitudes (bcp de produits différents, devis limités, effets long terme mal définis). 	<p>(Brierley <i>et al.</i>, 2023)</p> <p>(Lima <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Nduma <i>et al.</i>, 2023)</p> <p>(Wynne et Kozuch, 2022)</p>
Migraines	<ul style="list-style-type: none"> • Limites à l'interprétation des résultats (produits, méthodes, doses, fréquence, médications). • Meilleurs résultats chez hommes que femmes. Risque de MOH. 	<p>(Lo Castro <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Greco <i>et al.</i>, 2022)</p>
Neuropathiques	<ul style="list-style-type: none"> • Effet positif, mais faible; effets indésirables; cannabinoïdes plus sécuritaires qu'opioïdes. Pas un traitement de 1re ligne. • Potentiel du THC relevé pour traiter les symptômes de spasticité et de la douleur. • SP : certains résultats bénéfiques comme traitement unique ou complémentaire; pas efficace pour douleur aiguë; doses et modes d'administration incertains. • La qualité et le niveau de preuve actuels sont insuffisants pour tirer des conclusions fiables sur la capacité du cannabis à diminuer l'intensité de la douleur (LME). • Les traitements devraient être adaptés au profil génétique de l'individu; besoin de balancer les bénéfices et les risques; davantage d'études sont nécessaires pour améliorer efficacité et sécurité des cannabinoïdes. • Résultats variés; certaines positions d'associations médicales favorables, mais seulement pour thérapie de 3e ligne, dans des cas sélectionnés où les autres thérapies standards ont échoué. 	<p>(Ang <i>et al.</i>, 2023)</p> <p>(Shehata <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Sirbu <i>et al.</i>, 2023)</p> <p>(Thomas <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Nouh <i>et al.</i>, 2023)</p> <p>(Petzke <i>et al.</i>, 2022)</p>

Tableau 14 Principales conclusions des revues narratives portant sur la gestion de la douleur avec du cannabis (suite)

Conditions	Conclusions	Références
Gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> Besoin de mieux comprendre physiopathologie des maladies pour identifier traitement adéquat. Système endocannabinoïde impliqué. Absence de preuve claire pour bénéfiques. Risques à long terme. Pas de preuve pour ↓ douleur chronique pelvienne. 	<p>(Lingegowda <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Mistry <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Robert <i>et al.</i>, 2022)</p>
Musculosquelettique	<ul style="list-style-type: none"> CBD=potentiel pour soulager douleur rhumatismes. Preuve préclinique pour arthrite; études trop petites et variables pour tirer des conclusions chez l'humain. Effet négligeable et possibilité d'augmenter effets indésirables sur système nerveux central; preuve très incertaine quant aux risques. 	<p>(Boehnke <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Nowell <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Schulze-Schiappacasse <i>et al.</i>, 2022)</p>
Fibromyalgie	<ul style="list-style-type: none"> Promesse thérapeutique, mais limitations méthodologiques importantes pour déterminer efficacité, sécurité; biais de sexe; maladie multi-facette. THC possiblement efficace. 	<p>(Bourke <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Shehata <i>et al.</i>, 2022)</p>

SCI : syndrome côlon irritable; LME : lésion moelle épinière; SP : sclérose en plaques; MOH : céphalées médicamenteuses.

Tableau 15 Principales conclusions des revues narratives portant sur la gestion de l'anxiété avec du cannabis

Conditions	Conclusions	Références
Anxiété, TSPT	<ul style="list-style-type: none"> • Effets bénéfiques relevés, mais besoin d'études de meilleure qualité. CBD pour anxiété et THC ou THC/CBD pour TSPT. 	(Silczuk <i>et al.</i> , 2022)
Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> • Effets thérapeutiques CBD au-delà de 300 mg/jour. 	(Arnold <i>et al.</i> , 2023)
Anxiété, TPST	<ul style="list-style-type: none"> • Potentiel THC pour exacerber comportements liés au stress. Potentiel CBD pour TSPT, mais manque de preuves cliniques. 	(Lookfong <i>et al.</i> , 2023)
Anxiété, TSPT	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve scientifique limitée pour supporter usage thérapeutique résultant d'un manque de standardisation. 	(Haycraft, 2023)
Anxiété sociale	<ul style="list-style-type: none"> • CBD diminue anxiété sociale entre 300 et 600 mg/jour seulement, mais pas systématiquement; THC=anxiolytique à une dose de 6-7,5 mg et anxiogène à plus forte dose. 	(Rosário <i>et al.</i> , 2023)

TSPT : trouble du syndrome post-traumatique

Tableau 16 Principales conclusions des revues narratives portant sur la gestion des troubles du sommeil avec du cannabis

Conditions	Conclusions	Référence
Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Études des 5 dernières années : 21 % sommeil meilleur, 48 % sommeil pire, 14 % résultats mixtes, 17 % aucun impact. 	(Amaral <i>et al.</i> , 2023)
Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Effets spécifiques des cannabinoïdes sur sommeil varient avec le type et la concentration; effet positif possible pour insomnie; usage régulier associé à sevrage=altère sommeil; risques interactions médicamenteuses. 	(Earl et Proano, 2022)
Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Majorité d'études observationnelles; effet minimal ou nul des produits du cannabis sur troubles du sommeil; effets délétères possibles chez certains individus. 	(Kolla <i>et al.</i> , 2022)
Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Études robustes limitées; suggestions pour utilité cannabinoïdes dans insomnie et apnée du sommeil, mais études limitées par taille, non rigoureusement contrôlées et haut risque de biais. 	(Lavender <i>et al.</i> , 2022)
Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Preuve insuffisante pour supporter usage routinier du cannabis pour un trouble du sommeil. 	(Maddison <i>et al.</i> , 2022)
Troubles du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Certains résultats prometteurs, mais besoin de plus d'études pour corroborer ces résultats. 	(Monti et Pandi-Perumal, 2022)

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca