

The background features a large blue circle with a white center. To the left, a green arrow points right, overlapping a blue arrow. To the right, several smaller arrows in light blue, green, and orange point right, arranged in a staggered pattern.

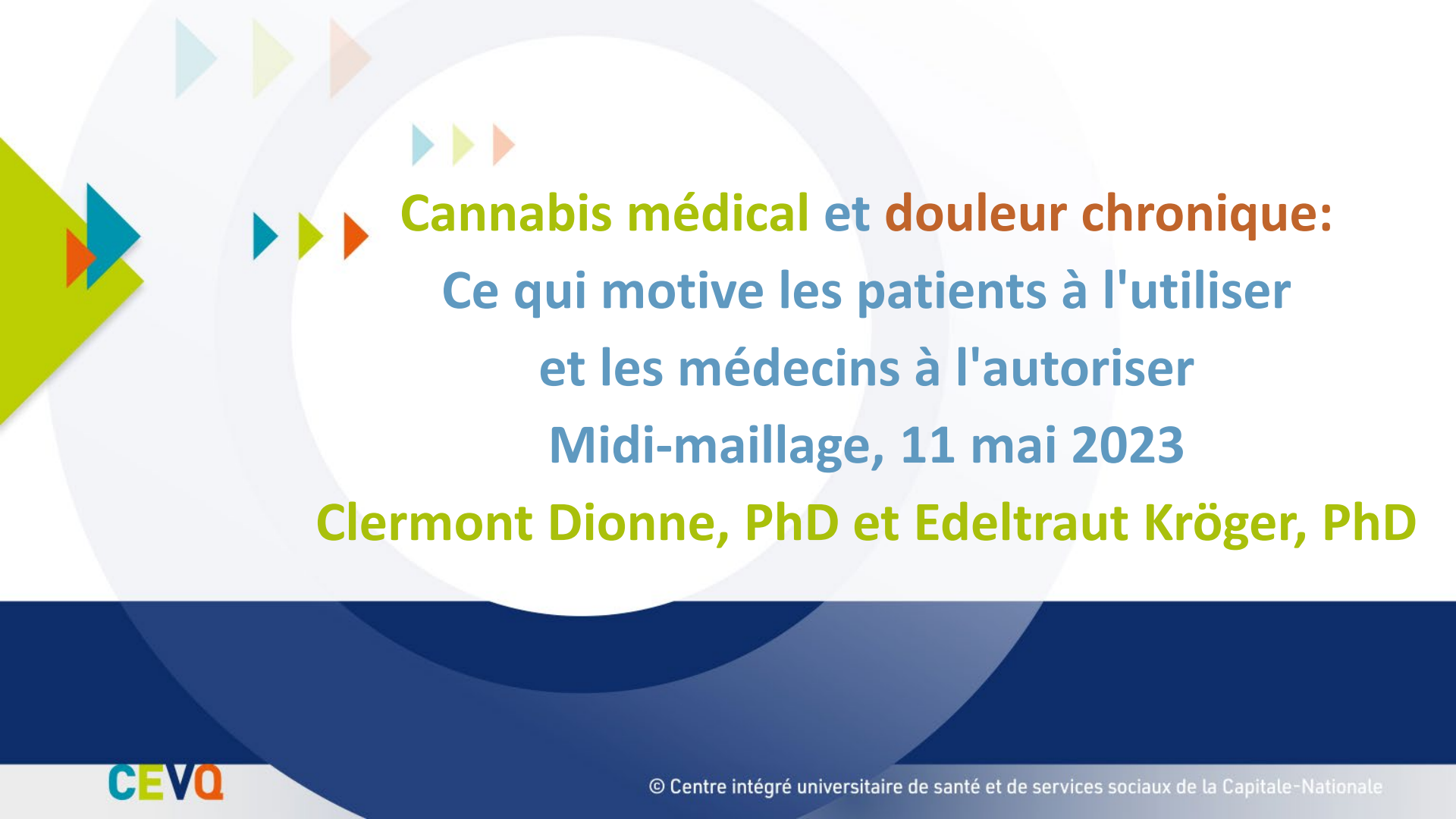
# CEVOQ

Centre d'excellence sur  
le vieillissement de Québec

SOINS FORMATION RECHERCHE PROMOTION-PRÉVENTION

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale

Québec 

The background features a large, light blue circle with a white center. Inside this circle, there are several smaller, overlapping circles in shades of blue, green, and orange. On the left side, a large green arrow points towards the center, with smaller blue and orange arrows following its path. The text is centered within the white circle.

**Cannabis médical et douleur chronique:**  
**Ce qui motive les patients à l'utiliser**  
**et les médecins à l'autoriser**  
**Midi-maillage, 11 mai 2023**  
**Clermont Dionne, PhD et Edeltraut Kröger, PhD**



# MISSION RECHERCHE

**Résultats de nos projets de recherche sur l'usage du cannabis médical pour traiter des douleurs musculosquelettiques chroniques, appuyés par le CEVQ**

## Équipe des projets:

**Chercheurs:** [Clermont Dionne](#), PhD; Richard Bélanger, MD, [Michèle Aubin](#), MD, PhD, Guillaume Foldes-Busque, PsyD, PhD, [Laurence Guillaumie](#), PhD, Pierre Pluye, MD, PhD, [Anik Giguère](#), PhD, [Arsène Zongo](#), BPharm, PhD, Mark Ware, MD, Pierre Dagenais, MD, Anaïs Lacasse, PhD, [Nathalie Jauvin](#), PhD, [Edeltraut Kröger](#), PhD

**Professionnels/Auxiliaires de recherche:** [Pierre-Hugues Carmichael](#), MSc, [Daniela Furrer-Soliz](#), PhD, [Norma Perez](#), MSc, [Lise Poisblaud](#), MA, [Catherine Savard](#) BPsy, [Amy Blanchette](#) BSc, [Malek Amiri](#), MSc



## Cette présentation traitera de:

1. La **douleur musculosquelettique chronique** (Clermont)
2. L'état des connaissances sur
  - a. **L'utilité du cannabis médical (CM)** pour le traitement de la douleur
  - b. Ce qu'on sait des **utilisateurs**
3. Les résultats...
  - a. Qualitatifs, **d'une étude auprès des patients avec douleurs chroniques, et de leurs médecins**
  - b. Quantitatifs, **d'un questionnaire pancanadien basé sur la Théorie du comportement planifié auprès de personnes avec douleur chronique utilisant ou non du cannabis médical**
4. Un **outil facilitant la prise de décision partagée** sur le CM pour traiter la douleur chronique
5. Les perspectives de recherche




# Définition de la douleur (IASP, 2020)

La douleur est ‘une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle’.

Cette définition est complétée par six notes clés et par l’étymologie du mot ‘douleur’.

1. La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
2. La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l’activité des neurones sensoriels.
3. À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
4. Le rapport d’une personne sur une expérience de douleur doit être respecté.
5. Bien que la douleur joue généralement un rôle d’adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
6. La description verbale n’est qu’un des nombreux comportements permettant d’exprimer la douleur; l’incapacité à communiquer n’exclut pas la possibilité qu’un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.
7. Étymologie: Le mot anglais ‘pain’ vient du mot français ‘peine’, qui vient lui-même du latin ‘poena’ (sanction, punition) et du grec ‘poinē’ (paiement, punition, récompense).



## De nombreux facteurs psychologiques contribuent à la perception de la douleur; l'explication de la douleur en terme d'intensité du stimulus est incomplète

La douleur a plusieurs dimensions:

- **Dimension sensorielle:**

Qualités sensorielles de la douleur, en termes de temps, d'espace et d'intensité

- **Dimension motivationnelle-affective:**

Qualités affectives de la douleur, en termes de tension, de peur, etc...

- **Dimension cognitive et évaluative:**

Évaluation subjective de l'intensité de l'expérience globale de la douleur. Influencée par les activités cognitives, l'attention et la suggestion...



## Caractéristiques de l'expérience douloureuse

- La relation douleur-lésion est très variable
- Des stimuli inoffensifs peuvent causer de la douleur
- La localisation de la douleur peut différer de celle de la lésion
- La douleur peut exister même après cicatrisation de la lésion ou sans lésion apparente
- La nature et la localisation de la douleur peuvent varier avec le temps
- La douleur est multi-dimensionnelle
- Pas de traitement adéquat pour certains types de douleur



## La douleur chronique

- La douleur est utile (survie, protection, apprentissage)
- La douleur chronique, qui persiste au-delà du temps requis pour la réparation des tissus lésés, est un dérèglement qui entraîne beaucoup de morbidité
- 20% des canadiens souffrent de douleur chronique, souvent d'origine musculosquelettique, surtout au niveau lombaire



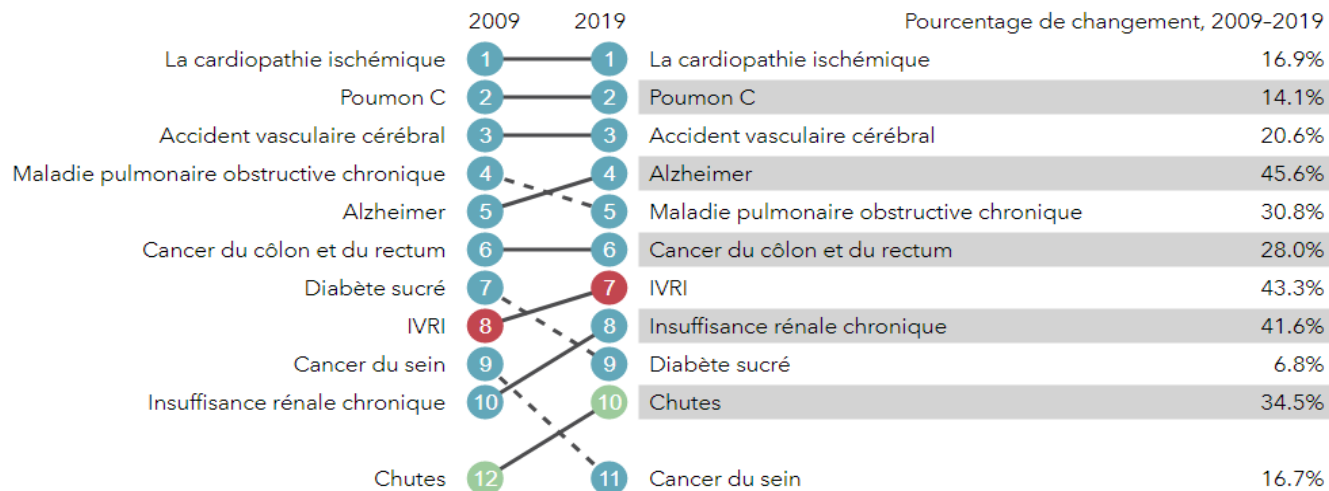


# Le fardeau de la douleur musculosquelettique

[Data Visualizations | Institute for Health Metrics and  
Evaluation \(healthdata.org\)](#)

## Qu'est-ce qui cause le plus de décès?

- Maladies contagieuses, maternelles, néonatales et nutritionnelles
- Maladies non contagieuses
- Blessures

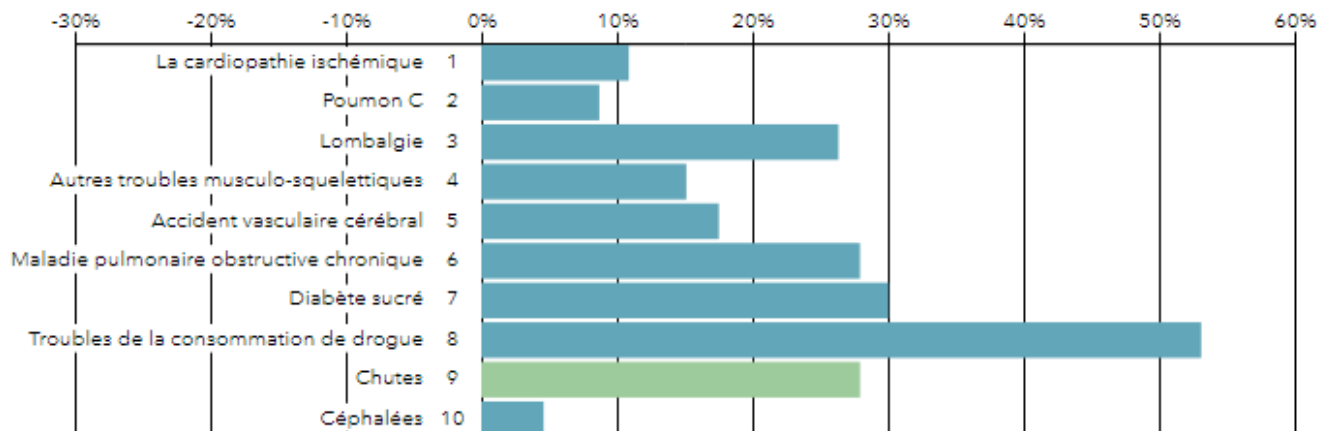


Les 10 causes les plus élevées du nombre total de décès en 2019 et le pourcentage de changement 2009-2019, globalement, sur toutes les catégories d'âge

Voir les documents connexes publiés : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

## Qu'est-ce qui cause la plupart des décès et d'infirmités, globalement ?

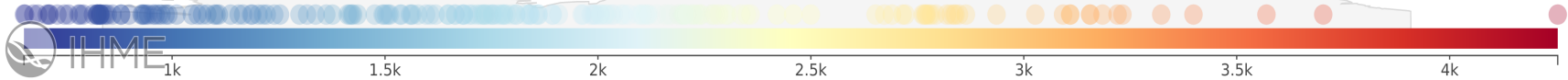
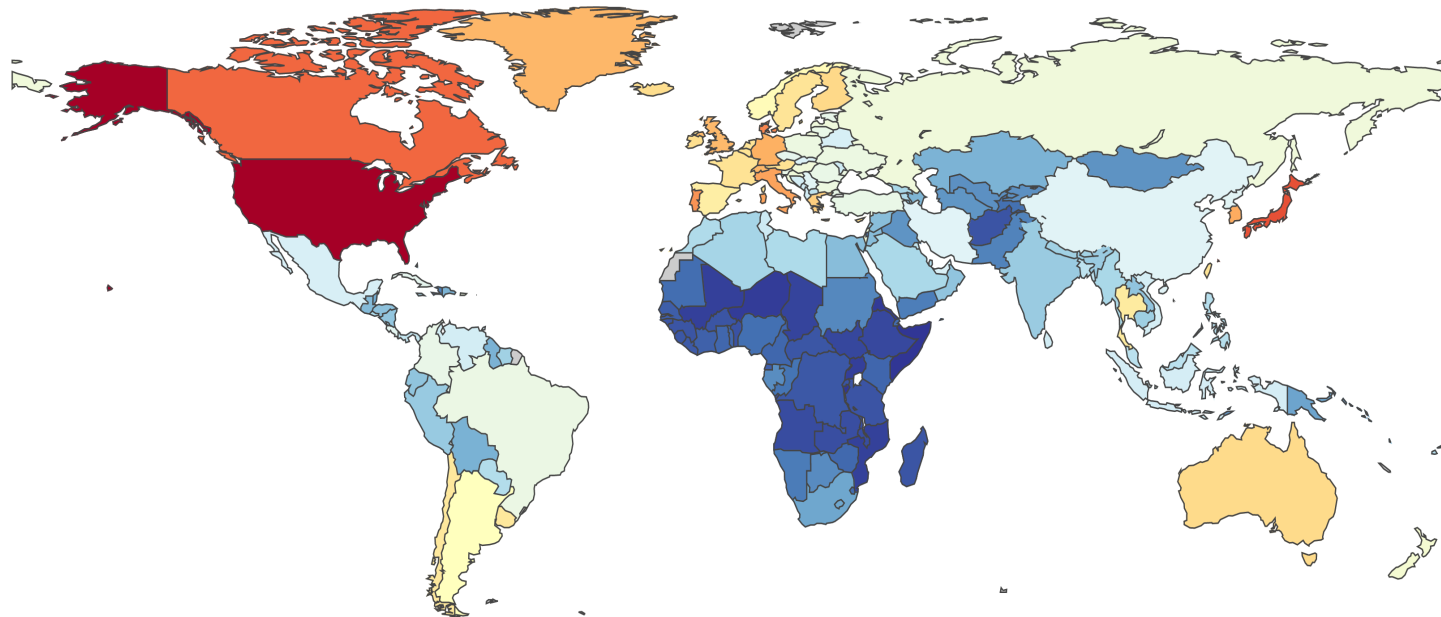
- Maladies contagieuses, maternelles, néonatales et nutritionnelles
- Maladies non contagieuses
- Blessures



Les 10 causes de décès et d'infirmités (AVCI) les plus élevées en 2019 et pourcentage de changement 2009-2019, globalement, sur toutes les catégories d'âge

Voir les documents connexes publiés : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Musculoskeletal disorders  
Both sexes, All ages, 2019, DALYs per 100,000



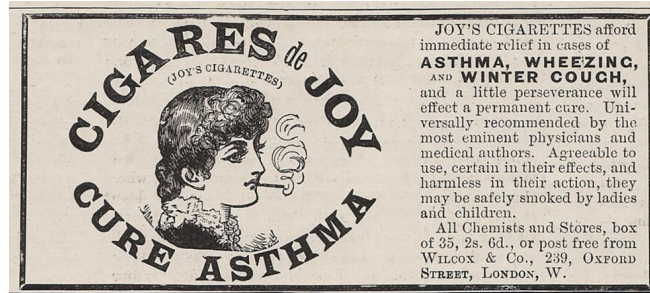


# Traitement de la douleur chronique

- Douleur  $\neq$  dommage
- La très grande majorité des cas non spécifiques sont bénins mais les récurrences sont fréquentes
- Beaucoup d'examens et d'interventions inutiles ou délétères continuent d'être utilisés
- Peu de traitements efficaces
- Beaucoup de patients ne trouvent pas de solution

# Le cannabis contre la douleur chronique?

- Il y a très peu d'évidences scientifiques sur le rôle du cannabis dans le traitement de la douleur musculosquelettique chronique
- Prudence: en recherche en santé, « les dogmes d'aujourd'hui sont souvent les hérésies de demain » - expérience avec le tabac!



<http://thequackdoctor.com/index.php/author/caro/>



<http://dreamstime.com>

- Le cannabis reste une option thérapeutique
- Beaucoup de recherche reste à faire – non-biaisée par l'industrie...



Photographié par une amie à Stresa, Italie



Tentation ?

Arrivé dans ma boîte à courrier

## HOW TO HELP PREVENT CANNABIS POISONING IN CHILDREN

### Know the signs and what to do

Accidental poisonings in children from edible cannabis products are a serious risk. Hospitals have seen an increase in visits to the emergency room and poison centres have seen an increase in calls. Poisonings can be life-threatening, sometimes resulting in coma, being put on a ventilator, or in rare cases, even death.

#### Keep cannabis away from children

- Safely store your cannabis out of reach and locked away.
- Keep edible cannabis separate from regular food and drinks.
- Choose legal cannabis products, which:
  - come in plain, child-resistant packaging; and
  - contain no more than 10 mg of THC per package, to reduce the risk of accidental poisoning.
- In contrast, illegal edible cannabis:
  - can confuse children by mimicking popular brands of candies and snacks; and
  - can contain very high amounts of THC, which increases the risk of severe cannabis poisoning.

#### Know the signs of a cannabis poisoning

Symptoms can include:

- Vomiting
- Confusion
- Unresponsiveness
- Slurred speech
- Unsteadiness on feet
- Drowsiness/lethargy
- Slowed breathing
- Seizures (rare)


#### Suspect a poisoning?

1. Call your local poison centre or 9-1-1 for emergencies.
2. Say that you suspect the symptoms are from cannabis. A quicker diagnosis can prevent serious harm to a child.

CANADA.CA/CANNABIS

Government of Canada / Gouvernement du Canada

Canada



## Plante médicinale connue depuis des millénaires

Cannabis à des fins médicales (CM) autorisé depuis 2001 au Canada

Utilité contre la douleur chronique non cancéreuse ?

### Note:

Usage récréatif légalisé en octobre 2018

### Approuvé par Santé Canada pour l'usage médical

Cesamet® (Nabilone)

Sativex® (tetrahydrocannabinol (THC) et cannabidiol (CBD) = nabiximols, spray buccal)

### États-Unis

Epidiolex® (cannabidiol) pour certaines formes d'épilepsie



Par Adrien Meyer — Travail personnel, CC BY-SA 3.0,  
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=16239678>



# Les évidences de l'efficacité du CM contre les douleurs chroniques

## L'étalon d'or de la recherche sur des nouveaux médicaments :

Large essai clinique randomisé, en double aveugle, multi-centrique, à double insu (RCT)

- **JAMA 2015, 2 revues systématiques**
- Évidences à l'appui du CM contre :
  1. Nausées/vomissements reliés à la chimiothérapie
  2. Syndromes de douleur spécifiques (neuropathique)
  3. Spasticité reliée à la sclérose en plaques
  4. **Trop peu d'évidences pour d'autres indications**
- **Revue Cochrane, 2017 :**

« *There is a **lack of good evidence that any cannabis derived product works for any chronic neuropathic pain.*** »

- **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017 :**

« *There is « **conclusive or substantial** » evidence in favor of the use of cannabis to treat chronic pain in adults, symptoms of spasticity related to MS reported by patients, as well as as an antiemetic to treat nausea and vomiting caused by chemotherapy.*

# Medical Cannabis for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review of Health Care Recommendations

Y. Chang , M. Zhu, C. Vannabouathong, R. Mundi, R. S. Chou, M. Bhandari,  
02/2021

TABLE 1: Characteristics and summary of recommendations of medical cannabis for chronic pain management.

First author/ organization	Publication year	Geographic region	Type of publication	Condition	Direction and strength of recommendation	Additional recommendations
Acevedo [18]	2009	Latin America	Guideline	Neuropathic pain associated with multiple sclerosis	Weak in favor	Not provided
Allan/CFP [26]	2018	Canada	Guideline	Neuropathic pain	Weak in favor	Recommend against as first- or second-line therapy
Australian DoH [21]	2017	Australia	Guideline	Chronic noncancer pain	Weak in favor	Recommend against as first-line therapy
Bruce/ HIVMA of IDSA [24]	2017	United States	Guideline	Chronic pain in people living with HIV	Weak in favor	Not provided
Andrews/ CAG [23]	2019	Canada	Evidence-based statement	Chronic abdominal pain listed in nonspecified gastrointestinal symptoms	Weak in favor	Recommend against as first-line therapy
CRA [27]	2019	Canada	Evidence-based statement	Rheumatic pain	Weak in favor	Recommend against as an alternative to standard care
Dworkin/ IASP [19]	2007	United States	Evidence-based recommendation	Neuropathic pain associated with multiple sclerosis	Weak in favor	Recommend against as first- or second-line therapy
Häuser/EFIC [28]	2018	Europe	Evidence-based statement	Chronic noncancer pain	Weak in favor	Recommend against as first- or second-line therapy
Moulin/CPS [29]	2014	Canada	Evidence-based statement	Neuropathic pain	Weak in favor	Recommend against as first- or second-line therapy
NICE [20]	2013	United Kingdom	Evidence-based recommendation	Neuropathic pain	Weak in favor	Recommend against in nonspecialist settings
Sahraian [22]	2018	Iran	Evidence-based recommendation	Neuropathic pain associated with multiple sclerosis	Weak in favor	Not provided
Yadav/AAN [25]	2014	United States	Guideline	Neuropathic pain associated with multiple sclerosis	Weak in favor	Recommend against for central neuropathic pain

AAN = American Academy of Neurology; Australian DoH = The Australian Government Department of Health; CAG = Canadian Association of Gastroenterology; CFP = Canadian Family Physician; CPS = Canadian Pain Society; CRA = Canadian Rheumatology Association; EFIC = European Pain Federation, formerly the European Federation of IASP Chapters; HIV = Human Immunodeficiency Virus; HIVMA of IDSA = HIV Medicine Association of Infectious Diseases Society of America; IASP = the International Association for the Study of Pain; NICE = the National Institute for Health and Care Excellence.

## Busse et al, Clinical guidance for cannabis against chronic pain, et Wang et al, Systematic Review, BMJ 2021

- 32 études, dont 29 comparaient le cannabis médical à un placebo. Le cannabis médical était donné oralement (n=30) ou de façon topique (n=2).
- Les populations incluses avaient des douleurs chroniques non-cancéreuses (n=28) ou cancéreuses (n=4).
- **De l'évidence modérée à élevée montre que du cannabis médical non inhalé résulte en une amélioration petite à très petite de la douleur (1 cm sur une échelle visuelle analogue de 10 cm (VAS) sur la douleur), du fonctionnement physique et de la qualité du sommeil.**
- **De l'évidence modérée montre** que le cannabis médical pris oralement résulte probablement en un **plus grand risque de troubles cognitifs passagers, de vomissements, de somnolence, d'attention diminuée et de nausées, mais pas de diarrhée.**
- **De l'évidence élevée** montre **un risque accru de vertiges.**



<sup>1</sup> Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, CIUSSS CN Hôpital St-Sacrement, Québec, QC G1S 4L8, Canada

<sup>2</sup> Department of social and preventive medicine, Faculty of Medicine, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, Québec, QC G1V 0A6, Canada

Corresponding author: E Kröger  
edeltraut.kröger.ciussn@sss.gouv.qc.ca

Cite this as: *BMJ* 2021;374:n1942  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1942>

Published: 09 September 2021

## Medical cannabis for chronic pain

### Patient centred guidance recommends a trial of treatment

Edeltraut Kröger, <sup>1</sup> Clermont E Dionne<sup>2</sup>

Patients with persistent pain continue to search for new therapeutic options and often perceive cannabis as a worthwhile alternative.<sup>1</sup> Clinicians need guidance on this option to inform shared decision-making with patients.<sup>2</sup> The linked clinical guidance by Busse and colleagues was developed for this purpose and comes from an international panel combining several disciplines, specialties, and patient groups.<sup>3</sup> The new guidance is based on a systematic review of the effectiveness of medical cannabis for chronic pain,<sup>4</sup> offers an online tool, and has the potential to fill a critical gap in information for decision making, enabling more inclusive management of chronic pain.

The guidance offers a weak recommendation for a trial of non-inhaled medical cannabis for the treatment of chronic pain. Its summary indicates moderate evidence of a clinically important decrease in pain for a small to very small proportion of patients. The recommendation for a trial of treatment is based on two meta-analyses of randomised trials within the systematic review<sup>4</sup>: first, a meta-analysis of 27 randomised controlled trials finding an increase in the proportion of patients reporting an improvement in pain of at least 1 cm on a 10 cm visual analogue scale (although a minimum reduction of 1.5 cm is considered clinically relevant<sup>5</sup>); second, a meta-analysis of 10 placebo controlled trials reporting a 7% increase in the proportion of people reporting at least a 30% reduction in pain in favour of cannabis compared with placebo.<sup>4</sup>

Methodological and ethical problems in these trials limited the level of certainty in the evidence underpinning Busse and colleagues' recommendations. They include follow-up periods of less than six months (very short for chronic conditions<sup>6</sup>), small sample sizes, funding by industry, and use of different outcome measures that complicate comparisons.

The new guidance adds to previous guidance<sup>7</sup> by combining evidence from trials of medical cannabis and cannabinoids in patients with all types of chronic

pain and the other two subtypes, and thus recommended non inhaled medical cannabis for all chronic pain, regardless of origin.

It may be time for more inclusive recommendations. However, given the high prevalence of chronic musculoskeletal pain and the frequent use of self medication by patients,<sup>11</sup> some caution may be warranted.

First, self medication might lead to increased use of cannabis products with a worse risk-benefit profile (higher doses or a higher concentration of tetrahydrocannabinol, for example) than the products recommended by Busse and colleagues.<sup>3</sup> Also, since inhalation leads to a faster and more powerful pharmacological effect than other routes of administration, patients may prefer inhaled cannabis products<sup>12</sup> despite their potential for harm. Access to optimal pain treatment is often limited, which could lead to a widespread and problematic use of cannabis. In many countries, nabilone and nabiximols are the only regulated cannabis medications. Other products available for self medication have uncertain compositions that may often vary between batches, making accurate dosing challenging.

The frontier between recreational and medical use of cannabis and cannabinoids is not always clearly drawn.<sup>13</sup> Teenagers and younger adults particularly, may self medicate with recreational cannabis or consider a "medically recommended" substance as safe, potentially putting them at increased risk of neurological or psychiatric adverse events. Although the review underpinning Busse and colleagues' guidance found no evidence linking psychosis to the use of medical cannabis,<sup>4</sup> knowledge of the effects of cannabis products on the young brain is just emerging. Researchers have observed, for example, that simultaneous use of recreational cannabis and alcohol increases the potential for addiction.<sup>14</sup> More widespread use of cannabis products for chronic pain could mean that "vulnerable populations...may

Allan GM et al. *Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care*. Can Fam Physician, 2018

Indication	Effets des cannabin.	Placebo	NNS	Grade
<b>Douleur chronique, suivi médian de 4 semaines</b>				
Réduit $\geq$ 30% DNC*	<b>39%</b>	<b>30%</b>	11	Très bas
Réduit $\geq$ 30% douleur neuropathique	<b>38%</b>	<b>30%</b>	14	Très bas
Réduit $\geq$ 30% douleurs en soins palliatifs	<b>30%</b>	<b>23%</b>	NS	Très bas

\*Douleur neuropathique et cancéreuse

**Réduction modeste de symptômes de douleurs et de certaines mesures secondaires;  
Nabilone ou Nabiximols devraient être utilisés en premier;  
Discuter des bénéfices et des effets indésirables possibles avec le patient.**

## REVIEW

## Open Access

# Cannabis against chronic musculoskeletal pain: a scoping review on users and their perceptions



Daniela Furrer<sup>1,2</sup>, Edeltraut Kröger<sup>1,2,3,4\*</sup> , Martine Marcotte<sup>1</sup>, Nathalie Jauvin<sup>1</sup>, Richard Bélanger<sup>3,5</sup>, Mark Ware<sup>6</sup>, Guillaume Foldes-Busque<sup>7,8</sup>, Michèle Aubin<sup>1,2,5</sup>, Pierre Pluye<sup>6</sup> and Clermont E. Dionne<sup>1,2,5</sup>

## Abstract

**Background:** Chronic musculoskeletal pain (CMP) may lead to reduced physical function and is the most common cause of chronic non-cancer pain. Currently, the pharmacotherapeutic options against CMP are limited and frequently consist of pain management with non-steroidal anti-inflammatories, gabapentinoids, or opioids, which carry major adverse effects. Although the effectiveness of medical cannabis (MC) for CMP still lacks solid evidence, several patients suffering from it are exploring this therapeutic option with their physicians.

**Objectives:** Little is known about patients' perceptions of their MC treatment for CMP. We aimed to increase this knowledge, useful for healthcare professionals and patients considering this treatment, by conducting a scoping literature review, following guidance by Arksey and O'Malley, to describe the views and perceptions of adult patients who had consumed MC to relieve chronic CMP.

**Methods:** Databases (PUBMED, EMBASE, Web of Science) and websites were searched using combinations of controlled and free vocabulary. All studies and study designs reporting on patients' perceptions regarding MC against CMP were considered. Studies had to include adult patients reporting qualitatively or quantitatively, i.e., through questionnaires, on MC use to treat CMP or other non-cancer pain, since studies reporting exclusively on perceptions regarding CMP were very rare. Study characteristics were extracted and limitations of the study quality were assessed. The review includes patients' demographic characteristics, patterns of MC use, perceived positive and negative effects, use of alcohol or other drugs, reported barriers to CM use, and funding sources of the studies.

**Results:** Participants of the 49 included studies reported that MC use helped them to reduce CMP and other chronic non-cancer pain, with only minor adverse effects, and some reported improved psychological well-being. In the included studies, men represent between 18 and 88% of the subjects. The mean age of participants in these studies (42/49) varied between 28.4 and 62.8 years old. The most common route of administration is inhalation.

# « Medical cannabis against chronic musculoskeletal pain: a study to identify barriers and facilitators for the use of medical cannabis among Canadian patients and physicians »

## Objectifs et méthodologie

Volet	Objectifs	Méthodologie
1	<p>Décrire les principales caractéristiques des patients et médecins</p> <p>Décrire les effets thérapeutiques et indésirables du cannabis médical rapportés par les patients ainsi que leurs attentes et perceptions</p>	<p><b>Qualitatif</b> : entrevues semi-dirigées avec patients/prescripteurs sur les barrières et facilitateurs (<b>Théorie du comportement planifié –TCP</b>)</p> <p>Analyses complétées</p>
2	<p>Identifier les facteurs psychosociaux, organisationnels, sociodémographiques et de santé influençant l'utilisation et l'autorisation/la prescription de cannabis médical</p> <p>Quantifier les impacts de ces facteurs sur l'usage et l'autorisation/la prescription du cannabis médical.</p>	<p><b>Quantitatif</b> : questionnaire pancanadien basé sur la TCP et des résultats collectés et analysés dans la phase qualitative du volet 1.</p> <p>Analyses terminées, conclusions préliminaires</p>

# Volet qualitatif - Recrutement

## Patients



Milieu clinique

facebook®

LinkedIn®

Réseaux sociaux

## Médecins



Réseau de contact



## Volet qualitatif - Profil des médecins et patients

Parmi 4 femmes et 7 hommes MD, dont 5 n'ont jamais autorisé du CM, 4 ont autorisé du cannabis et 2 des cannabinoïdes:

Médecine familiale	5
Psychiatrie	2
Anesthésiologie	3
Rhumatologie	1

Parmi les utilisateurs		Type de consommation	
Femmes	16	N'utilise pas de CM (dont 1 en ayant déjà utilisé)	16
Hommes	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorisé/prescrit</li> <li>• Non autorisé/prescrit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4</li> <li>• 7</li> </ul>
Âge		Forme d'utilisation (2 utilisent plus de 2 modes)	
≤ 35 ans	8	Fumé	4
35-54 ans	8	Vaporisé	1
≥ 55 ans	11 (4 ≥ 65)	Oral	4

## Constats principaux selon la TCP - Facilitateurs et barrières

	Médecins	Patients
Facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Option de dernière ligne : échec/inefficacité des traitements conventionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accès à des professionnels de la santé avec des connaissances spécifiques sur le CM</li> <li>Accès à des produits pouvant être consommés oralement</li> </ul>
Barrières	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de connaissance et d'informations quant à l'efficacité, la sécurité et aux indications thérapeutiques</li> <li>Mode de consommation « fumé » pouvant induire des effets négatifs (principe de non-malfaisance pour les médecins)</li> <li>Attitude prudente vis à vis des nouvelles options thérapeutiques</li> <li>Méfiance envers la publicité et le lobbyisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de ressources professionnelles avec des connaissances sur le CM</li> <li>Crainte des effets psychoactifs</li> <li>Difficultés d'accès par la voie médicale</li> </ul>

## Constats principaux selon la TCP – avantages et désavantages

	Médecins	Patients
Avantages	<p>Dans une approche de soins centrés sur les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribue à améliorer la qualité de vie de leurs patients</li> <li>• Perçu comme une approche complémentaire pour réduire les DMC de leurs patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre un moment de répit</li> <li>• Permet une meilleure gestion de la douleur et une amélioration de la qualité de vie</li> <li>• Effets négatif mineurs :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne nuit pas à la réalisation des tâches domestiques</li> <li>• A très peu d'effets négatifs physiques (assèchement léger des muqueuses)</li> </ul> </li> <li>• Mode de consommation « inhalé » permet un meilleur contrôle de l'effet</li> </ul>
Désavant.	<p>Les médecins ont cité davantage des barrières que des désavantages à la prescription de CM</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne guérit pas: solution temporaire</li> <li>• Peut occasionner des effets indésirables tel qu'une anxiété mineure chez certains patients</li> </ul>

# Constats principaux selon le cadre théorique de la TCP - Normes

## Médecins – Normes professionnelles

**Influence positive** sur la prescription/recommandation lorsque :

- des pairs autorisent/prescrivent ou recommandent également;
- les médecins peuvent se référer à un collègue qui autorise/prescrit ou recommande l'utilisation du CM afin de poser leurs questions

**Influence négative** sur l'autorisation/prescription ou la recommandation lorsque les médecins pensent être les seuls dans leur milieu à le faire

## Patients – Normes sociales

**Influence positive** sur l'utilisation :

- Perception plus favorable du CM comparativement au cannabis récréatif
- Acceptation par l'entourage du patient plus facile avec une prescription
- Stigmatisation de moins en moins importante du CM

**Influence négative** sur l'utilisation :

- Forts préjugés négatifs quant au cannabis dans la société et stigmatisation des utilisateurs de CM  
Appréhensions quant à la réaction de l'équipe de soins lorsque le patient souhaite aborder le sujet



## Résultats du questionnaire quantitatif

- Utilisation des résultats de la phase qualitative et la TCP
- 200 participants souffrant de douleur musculosquelettique chronique à travers le Canada
- Avec ou sans expérience avec le cannabis médical
- Questionnaire en ligne entre octobre 2021 et mai 2022
- Publicisé par des organismes en appui des patients avec ce type de douleur chronique

# Resultats 1: Les caractéristiques des participants

Caractéristique	Nombre, ou moyenne	
Âge, années; étendue	49	38-61
Femmes, n; pourcent	123	74%
Parlant français; pourcent	86	51%
Douleur actuelle sur une échelle de 0 à 10, 10 étant la pire douleur; écart type	5.3	2.3
Réduction moyenne de la douleur au cours des 24 dernières heures, pourcent; écart type	48.7%	25.8
Usage de cannabis médical à vie, n; pourcent	107	63%
Parmi eux, ceux qui l'ont utilisé au cours des derniers 12 mois	85	79%



## Résultats 2: autres médicaments utilisés pour traiter la douleur chronique

Médicaments (parmi 148 participants ayant déclaré un usage de médicaments)

- Opiacés: 46%;
- AINS: 37%;
- Autres analgésiques: 44%,
- Antidépresseurs: 22%;
- Relaxants musculaires: 13%
- Autres médicaments: 1 à 9%



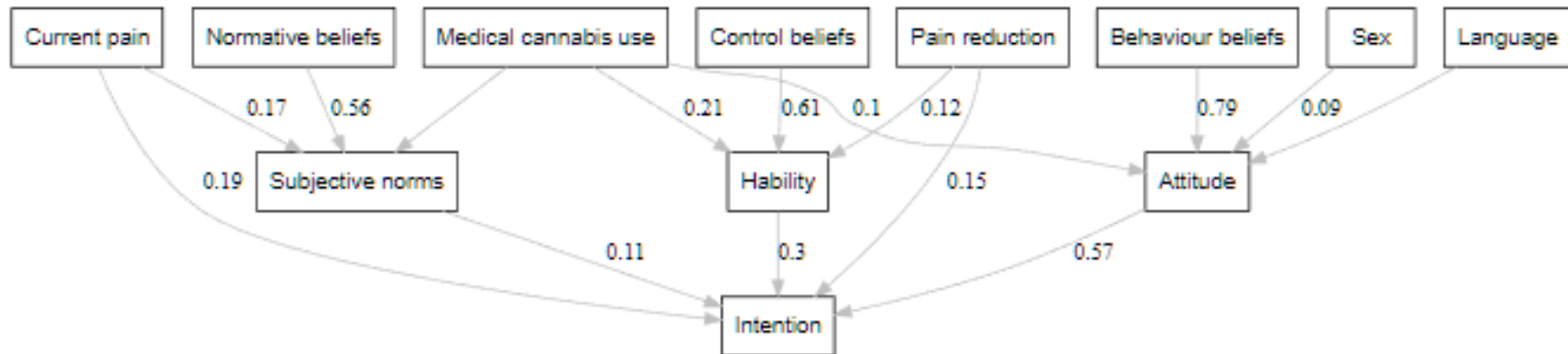
## Résultats 2: autres stratégies utilisés pour traiter la douleur chronique

Autres interventions (parmi 168 participants ayant déclaré une stratégie)

- Thérapies (physio, chiro, ostéo, ergo, kinésio): 34%;
- Injections (cortisone, botox, etc): 14%;
- Massothérapie: 11%,
- Exercices, étirements: 10%;
- Acupuncture: 7%
- Autres stratégies: 1 à 7%



Figure expliquant comment les éléments de la TCP et les caractéristiques reliés à la douleur, la langue, le sexe et l'usage antérieur du cannabis médical affectent l'intention d'amorcer ou de continuer l'usage du cannabis médical



**Table 4 :** Effets standardisés de la TCP, l'usage du cannabis, la douleur et la langue sur l'intention de commencer ou de continuer l'usage du cannabis médical pour gérer la douleur musculosquelettique chronique.

	Effet total – valeur p	Effet direct – valeur p	Effet indirect – valeur p
Attitude	0.56 (0.05) – <0.001	0.56 (0.05) – <0.001	0
Facilité	-0.02 (0.06) – 0.72	-0.02 (0.06) – 0.72	0
Habilité	0.30 (0.05) – <0.001	0.30 (0.05) – <0.001	0
Normes morales	-0.07 (0.06) – 0.23	-0.07 (0.06) – 0.23	0
Normes subjectives	0.14 (0.06) – 0.01	0.14 (0.06) – 0.01	0
Normes descriptives	-0.02 (0.06) – 0.71	-0.02 (0.06) – 0.71	0
Croyances comportementales	0.44 (0.04) – <0.001	0	0.44 (0.04) – <0.001
Croyances de contrôle	0.18 (0.04) – <0.001	0	0.18 (0.04) – <0.001
Croyance normatives	0.05 (0.04) – 0.12	0	0.05 (0.04) – 0.12
Langue anglaise	0.05 (0.03) – 0.10	0	0.05 (0.03) – 0.10
Usage du cannabis à vie	0.17 (0.06) – 0.007	0.08 (0.06) – 0.22	0.09 (0.05) – 0.06
Niveau de douleur actuel	0.20 (0.05) – <0.001	0.18 (0.05) – 0.001	0.02 (0.01) – 0.06
Réduction de la douleur au cours des dern. 24 h	0.17 (0.06) – 0.002	0.14 (0.05) – 0.009	0.03 (0.02) – 0.10
Sexe	0.11 (0.06) – 0.057	0.07 (0.05) – 0.21	0.04 (0.03) – 0.13

Il s'agit d'un modèle simplifié dans lequel les effets directs non significatifs du cadre théorique ont été enlevés.

# Conclusions préliminaires

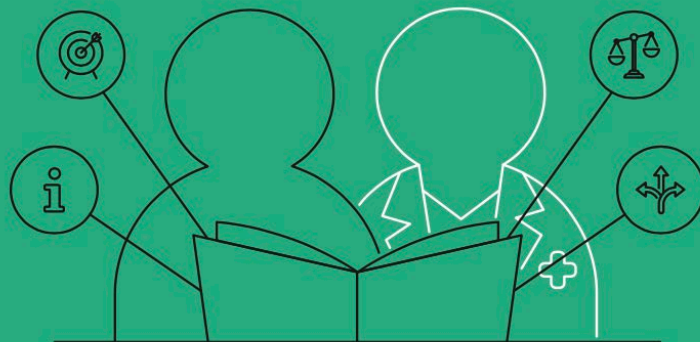
Tandis que la phase qualitative a montré que les patients:

- considèrent le CM comme une option de dernière ligne en raison du manque de preuves scientifiques concernant sa sécurité et son efficacité
- perçoivent le CM comme une alternative potentiellement bénéfique, alors que la possibilité d'effets psychoactifs et respiratoires indésirables est un inconvénient, tout comme la stigmatisation du cannabis lui-même

La phase quantitative a montré que:

- les niveaux de douleur, l'utilisation antérieure de CM, les croyances comportementales et de contrôle affectent
  - l'attitude envers l'utilisation de CM et la capacité perçue à se la procurer, ainsi que les normes subjectives,
  - qui à leur tour affectent l'intention de commencer ou de poursuivre l'utilisation du CM.

Ces résultats ont permis de développer un outil d'aide à la décision pour améliorer la prise de décision partagée entre les patients et les médecins concernant l'utilisation du CM pour traiter la douleur musculosquelettique chronique.



## Cannabis médical pour les douleurs chroniques

### Prendre ou non du cannabis médical pour des douleurs chroniques ?

#### Ce document s'adresse :

- aux adultes souffrant de douleur chronique non cancéreuse et qui souhaitent essayer le cannabis médical.
- aux médecins qui considèrent utiliser le cannabis médical comme option thérapeutique pour soulager la douleur chronique non cancéreuse de leurs patients.es.

#### Ce document sert à :

- Soutenir les médecins dans leurs discussions avec les patients.es
- Offrir une information nuancée et fondée sur les données scientifiques aux patients.es et aux médecins, présentant les avantages et désavantages de la consommation de cannabis médical pour soulager les douleurs chroniques non cancéreuses.

Notre Boîte de décision, disponible au site web du CEVQ et à « Gérer ma douleur », site de l'U Laval [https://www.gerermadouleur.ca/wp-content/uploads/2023/03/bd-cannabis-03-2023.pdf?fbclid=IwAR3LXpP5OHBm-4bU0ghFBcSD88tMOs7bFd0WYvK46pF9mx4i6wdllm\\_vaFs](https://www.gerermadouleur.ca/wp-content/uploads/2023/03/bd-cannabis-03-2023.pdf?fbclid=IwAR3LXpP5OHBm-4bU0ghFBcSD88tMOs7bFd0WYvK46pF9mx4i6wdllm_vaFs)

# Merci beaucoup à nos appuis ...et place aux questions 😊



Réseau Québécois  
de Recherche sur  
le Vieillissement



*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale*

**Québec**

*Fonds de la recherche  
en santé*

**Québec**