

Montréal, le 29 juillet 2022

PAR COURRIEL : [REDACTED]

**Objet : Conseils-scientifiques visant à identifier des stratégies sur la gestion de l'utilisation du cannabis lors des sorties, comme celui-ci est maintenant légal, avec des clients hospitalisés en psychiatrie pour des troubles mentaux et/ou problème de consommation.**

Type de demande : Cas clinique couramment rencontré

[REDACTED]

Vous avez fait une demande de conseils scientifiques au Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC) afin d'obtenir un avis sur les meilleures stratégies à adopter concernant la gestion de l'utilisation du cannabis lors des sorties dans le cas de clients adultes hospitalisés en psychiatrie pour des troubles mentaux et/ou problème de consommation. Vous énoncez également une préoccupation quant à l'augmentation de l'accessibilité aux produits du cannabis sur le marché légal actuel, par opposition à la situation pré-légalisation.

Il faut retenir que les stratégies qui seront mises en place pour assurer une gestion adéquate de la consommation de cannabis chez cette population devront se focaliser sur les objectifs spécifiques de la personne concernée en lien avec sa consommation et elles auront davantage d'impact si elles tiennent compte des principes de réduction de méfaits, tout en suivant, si le contexte s'y prête, une approche de relation d'aide comme l'entretien motivationnel et une forme de gestion de contingence. L'approche globale de réduction des méfaits revêt un caractère incontournable notamment pour réduire la stigmatisation. Cette dernière se présente comme un déterminant social prépondérant de la santé et joue un rôle causal fondamental dans le développement des inégalités sociales de santé (Hatzenbuehler et al., 2013). En comparaison avec une approche répressive, l'adoption d'une posture de réduction des méfaits résulte en une très faible, voire une absence, de stigmatisation (Stuart 2019), ce qui en fait l'une des meilleures approches si l'objectif principal repose sur le bien-être de la personne. Au-delà de la gestion individuelle au cas par cas (« case management »), force est de reconnaître cependant que peu de littérature scientifique ou d'études empiriques ne permettent de répondre exactement à la question que vous posez.

Il importe de rappeler d'emblée que chez une population adulte vivant avec un trouble de consommation et/ou de santé mentale, il s'avère difficile, inefficace et souvent nuisible ou non éthique de forcer l'abstinence ou la réduction de manière draconienne et subite de la consommation de substances psychoactives (Peele 2016 ; Buckner et al. 2021 ; Jones et al. 2021 ; Miguel et al. 2021 ; Peterson et al. 2021; Werb et al. 2016). Les données indiquent également que l'ordonnance d'injonctions visant à forcer l'arrêt de la consommation ou la diminution d'une personne démontrent peu d'efficacité (Werb et al. 2016). L'imposition de mesures strictes suivant le principe d'abstinence pourrait par conséquent mener à des résultats sous-optimaux, voire contraires à ceux visés. Sur le plan de l'accessibilité aux produits du cannabis, il est intéressant de noter que la récente légalisation n'a pas forcément favorisé une augmentation de l'accès, mais elle a plutôt modifié les sources d'approvisionnement pour l'ensemble de la population (Institut de la statistique du Québec 2022). Le cannabis était donc largement accessible avant la légalisation de 2018, mais la différence majeure avec le contexte législatif actuel réside dans la nature et la qualité des produits, de même que dans la connaissance

de leur contenu. L'accès au cannabis permet désormais un approvisionnement dans un contexte plus sûr, sécuritaire, et séparé d'autres activités illicites, notamment la vente d'autres substances psychoactives issues du marché illégal qui sont caractérisées par une qualité variable et non contrôlée. Dans l'identification d'une stratégie d'action efficace en phase avec votre question, il est pertinent de tenir compte de l'interaction entre la nature des produits sur le marché légal et l'impossibilité de forcer une abstinence de la consommation de cannabis.

Dans le contexte des séjours en psychiatrie, dans les cas de troubles concomitants, les données suggèrent que l'une des techniques interventionnelles à privilégier pour offrir un traitement intégré efficace en santé mentale et dépendance est l'entretien motivationnel (Laker 2007; Baker et al. 2012). Par conséquent, il pourrait être bénéfique de prendre avantage notamment de l'entretien motivationnel durant le séjour de la personne pour l'outiller à adopter volontairement des comportements de gestion de sa consommation lors des sorties qui permettront de faciliter le retour en milieu hospitalier, d'éviter de prolonger l'hospitalisation et de diminuer la probabilité d'être hospitalisé de nouveau. Certains des points de discussion pourraient tourner autour des éléments suivants : aider la personne à identifier la dose, le type de produit, la fréquence et le lieu de consommation qui favoriseront un retour sur l'unité sans conséquence sur ses comportements et symptômes et à l'inverse quel type de consommation pourrait engendrer des méfaits. Une discussion sur les comportements attendus lors des retours sur l'unité et sur les méfaits possibles lors de consommations excessives est souhaitable. De manière générale, il serait favorable d'adopter une approche par contingence qui prévoit que si les sorties se déroulent bien (c-à-d peu ou pas d'effets négatifs et de méfaits liés à la consommation), des privilèges peuvent être accordés, alors qu'au contraire, si les sorties causent des méfaits et une détérioration de la condition de la personne, les règles sont resserrées. Dans les limites de ce principe global, une fois l'étape de stabilisation de la condition de santé générale de la personne franchie à la suite de son admission en psychiatrie, le séjour devrait être exploité, entre les sorties ponctuelles, pour discuter avec la personne afin de mieux cibler ses désirs et ses objectifs en matière de consommation de cannabis. L'entretien motivationnel est une approche clinique qui se définit comme un style de communication collaboratif centré sur un objectif précis, avec un accent particulier sur le changement et les moyens qui peuvent être mis en place pour stimuler ce changement (Miller et Rollnick 2013). Il porte principalement sur le renforcement de la motivation de la personne à s'engager dans l'atteinte d'un objectif, en tentant de discuter, sans jugement, des raisons intrinsèques à la personne de modifier ses comportements. Il est important de demeurer soutenant, bienveillant, non jugeant et accueillant, et de s'en tenir à une obligation de moyens, et non de résultats. Il s'agit en somme d'une conversation entre deux personnes qui est centrée sur un objectif commun et le but ultime consiste à augmenter le discours en faveur du changement (voir <https://afdem.org/> pour davantage de ressources sur le sujet). L'utilisation de cette approche d'intervention pourrait ainsi reposer sur l'identification d'objectifs simples, pragmatiques, atteignables et choisis par la personne pour parvenir à influencer positivement sa propre consommation de produits du cannabis, quels qu'ils soient.

L'intégration de principes de réduction de méfaits dans une perspective d'entretien motivationnel avec ce type de clientèle pourrait prendre avantage, entre autres, de conversations qui s'articulent autour de l'enseignement de recommandations pour l'usage de cannabis à moindre de risque (Fischer et al. 2021). L'utilisation de certaines de ces lignes directrices permettrait du même souffle de transmettre de l'information pour réduire les impacts négatifs liés aux types de produits et à leurs effets spécifiques, tout en minimisant les méfaits de politiques ou règlements liés au contrôle rigide de la consommation. Quelques éléments clés à retenir de ces recommandations qui offrent la possibilité de diminuer les comportements à risque pour cette population :

- 1) **Concentration en THC et habitudes de consommation** : la plupart des effets négatifs liés à l'usage du cannabis proviennent de fortes concentrations en THC. Les réactions comportementales et physiologiques au THC se manifestent toutefois de manière multiphasique et bidirectionnelle, de sorte que l'on peut

ressentir les mêmes effets à de faibles doses ou à de fortes doses (Sulak 2021). Pour maximiser les effets bénéfiques potentiels (par ex. : sentiment de bien-être, euphorie, extase, sédation, analgésie) et minimiser les effets négatifs potentiels, il vaut mieux opter pour de plus faibles doses de THC, spécialement pour des populations adultes vivant avec un trouble de santé mentale (Corcoran et al. 2008; Baker, Hides et Lubman 2010 ; Gibbs et al. 2014 ; Haney et al. 2016). Des données suggèrent également qu'une diminution de la consommation de THC, en utilisant des produits à plus faible dosage par exemple, peut au moins partiellement réduire, voire inverser, ses effets indésirables (Kroon et al., 2020; Sorkhou, Bedder, & George, 2021; Zehra et al., 2018). Réduire la consommation de THC lors des sorties en choisissant des produits à plus faible dosage, ou du moins réduire la fréquence de consommation pendant une sortie, représentent de bonnes stratégies à communiquer pour outiller la personne à éviter les méfaits et ainsi éviter le prolongement de l'hospitalisation, tout en s'assurant que les sorties ne conduisent pas à une diminution ou la révocation de privilèges.

- 2) **Populations sensibles** : en rapport à la consommation de THC, l'éducation sur les liens entre les facteurs génétiques héréditaires pour des troubles de santé mentale (par ex. : trouble dépressif, trouble anxieux, troubles psychotiques, schizophrénie) et les impacts de la consommation de cannabis peut aider à faire cheminer la personne à comprendre pourquoi le cannabis (surtout le THC) peut avoir des effets négatifs sur sa santé mentale. Des études suggèrent que certaines prédispositions génétiques spécifiques sont associées à un mésusage du cannabis, à différents troubles de l'usage d'autres substances psychoactives et à des résultats psychiatriques indésirables (Hurd et al. 2019; Ferland et Hurd 2020). Chez les personnes vivant avec des troubles de santé mentale (surtout psychose ou dépression), des données démontrent que la consommation de cannabis à dominance de THC est associée à une plus grande sévérité des symptômes, et une plus grande sévérité de la progression du trouble ou des conséquences indésirables reliées (Hamilton, 2017; Hanna, Perez, & Ghose, 2017; Lowe, Sasiadek, Coles, & George, 2019; Schoeler et al., 2017). Malgré des risques accrus, il demeure possible d'adopter différentes stratégies de gestion des patrons de la consommation de cannabis lors des sorties pour tenter de réduire les méfaits ou les conséquences indésirables qui risqueraient de limiter les privilèges de sortie ou de prolonger l'hospitalisation, en l'occurrence, le choix de produits à faible teneur en THC, l'utilisation de produits comprenant du CBD, la réduction de la fréquence de consommation (par ex. : réduire de moitié une quantité de consommation habituelle lors d'une sortie, ou diminuer de 50% le nombre de sorties au cours desquelles du cannabis est consommé), ou alors opter pour de plus faibles doses et choisir adéquatement les voies d'administration (voir points 3, 4 et 5).
- 3) **Mode d'administration** : chaque forme de cannabis comporte ses particularités, ses avantages et ses désavantages (MacCallum et Russo 2018; Spindle, Bonn-Miller et Vandrey 2019, voir aussi <https://info-cannabis.libertedechoisir.ca/les-differents-modes-de-consommation/>). Consommer des produits à action plus rapide (par ex. : inhalation, huiles sublinguales, atomiseurs oraux) permet de ressentir les effets plus rapidement et moins longtemps, tout en ayant un meilleur contrôle sur la dose et ses effets. L'ingestion de produits oraux entraîne un délai d'apparition des effets psychoactifs et peut contribuer à les prolonger, en plus de posséder le potentiel d'interférer avec le métabolisme hépatique normal d'autres substances qui pourraient être consommées de manière concomitante (par ex. : benzodiazépines, antiacides, analgésiques, antipsychotiques) (Doohan et al. 2021). Un enseignement des particularités et des effets spécifiques de chaque mode d'administration chez une population adulte consommant différentes substances psychoactives pourrait permettre de diminuer les méfaits liés aux produits du cannabis et à leur combinaison avec d'autres substances. L'enseignement de stratégies de consommation comme, par exemple, prendre une portion de cannabis par voie orale (généralement entre 5-20 mg THC, idéalement 5 mg pour les personnes peu habituées ou plus sensibles à ses effets, voir Nadulski et al. 2005) et attendre 30-60 minutes avant d'en consommer une autre peut notamment prévenir les risques de subir une surdose de THC et ainsi prévenir le développement d'une psychose toxique menant à un prolongement de l'hospitalisation. Éviter de consommer du cannabis par voie orale de manière concomitante à une dose d'une autre substance

psychoactive par voie orale ou diminuer la dose respective des deux composés si consommés en même temps peut également permettre d'éviter ce genre de méfait, spécialement chez une population adulte vivant avec un trouble d'usage de substances psychoactives.

- 4) **Combinaisons de substances** : la consommation simultanée de cannabis et d'autres substances psychoactives peut amplifier certains des effets de ces produits (Doohan et al. 2021; Fischer et al. 2021). Éviter de combiner d'autres substances psychoactives avec le cannabis, par exemple l'alcool, les benzodiazépines ou les antipsychotiques, peut aider à réduire les effets négatifs potentiels sur la santé. Les cannabinoïdes retrouvés dans la plante de cannabis, qu'ils soient psychoactifs (ex. : THC) ou non (ex. : CBD), peuvent tous avoir cette capacité variable d'interagir avec d'autres drogues, indépendamment de leur statut de psychotrope ou non. Si plusieurs substances psychoactives sont utilisées durant une journée de sortie en plus du cannabis, incluant certains composés pharmaceutiques qui pourraient être administrés dans le cadre du séjour en psychiatrie, s'assurer d'espacer leur consommation de quelques heures par rapport à celle du cannabis peut aider à diminuer l'ampleur de leur interaction et des réponses physiologiques ou comportementales indésirables résultantes.
- 5) **Composition et qualité des produits** : privilégier un ratio CBD:THC plus élevé (par exemple, 1:1, 2:1 ou 3:1) pourrait aider à réduire les risques potentiellement associés à la consommation de THC (Fischer et al. 2021). L'une des stratégies utiles à adopter en ce sens consiste à choisir des produits issus du marché légal et contrôlé (composition, dose, absence de contaminants), pour lesquels le contenu est prévisible et étiqueté de manière explicite et systématique. Dans le contexte d'une population de gens vivant avec des troubles de santé mentale, cette approche pourrait permettre à la fois de diminuer la possibilité de développer des effets indésirables sur le plan neurocognitif et de limiter l'ampleur des effets psychoactifs. Elle permet d'autre part de satisfaire le désir ou le besoin de consommer lors des sorties, sans condamner catégoriquement le comportement et en évitant que cette consommation ne détériore la condition de santé de la personne.

D'autres astuces qui pourraient également permettre d'optimiser la réduction des méfaits en situation de consommation lors des sorties seraient notamment de notifier une personne de sa consommation (quoi, quand, où), de planifier le moment de consommation (l'heure, le lieu, les personnes présentes), de prendre de moins longues et moins profondes inhalations, d'utiliser un vaporisateur, de savoir reconnaître ses limites de consommation et de les respecter (par ex. : ne pas excéder 0,5g de cannabis séché par sortie), de savoir détecter les signes et symptômes problématiques (confusion, étourdissement, nausée, tachycardie), d'avoir un plan d'urgence en place pour savoir quoi faire en cas de surdose de cannabis (par ex. : trouver un endroit calme et confortable, boire de l'eau, éviter de consommer une autre substance psychoactive, discuter au besoin avec une personne de confiance pour chasser les mauvaises pensées, se concentrer sur une respiration profonde) et de posséder une trousse de naloxone si des opioïdes sont consommés (le THC peut augmenter le niveau de sédation associée à cette classe de molécules).

En espérant que cet avis permettra de soutenir vos équipes dans leur travail clinique, je vous prie d'accepter,  
[REDACTED] nos plus cordiales salutations.

Rédigé par :

François-Olivier Hébert, Ph.D.

Rédacteur Scientifique, Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC)

Révisions et contributions majeures par :

Jean-Sébastien Fallu, Ph.D.

Professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal

### Avertissement

Il est possible que le contenu de cet avis nécessite des révisions dans un avenir plus ou moins rapproché, selon les données scientifiques qui seront éventuellement disponibles. Il faut aussi noter que cet avis contient des renseignements fournis à titre d'information et d'éducation et ne remplace aucunement le jugement professionnel et la responsabilité engagée d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

---

### RÉFÉRENCES

Baker AL, Hides L, Lubman DI. (2010). Treatment of cannabis use among people with psychotic or depressive disorders: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 71(3):247-54. doi:10.4088/JCP.09r05119gry

Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*, 139(3), 217-29.

Buckner, J. D., Morris, P. E., & Zvolensky, M. J. (2021). Integrated cognitive behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: The impact of severity of cannabis use. *Exp Clin Psychopharmacol*, 29(3), 272–278. <https://doi.org/10.1037/pha0000456>

Corcoran, C. M., Kimhy, D., Stanford, A., Khan, S., Walsh, J., Thompson, J., Schobel, S., Harkavy-Friedman, J., Goetz, R., Colibazzi, T., Cressman, V., & Malaspina, D. (2008). Temporal association of cannabis use with symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia research*, 106(2-3), 286–293. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.08.008>

Doohan, P. T., Oldfield, L. D., Arnold, J. C. & Anderson, L. L. (2021). Cannabinoid Interactions with Cytochrome P450 Drug Metabolism: a Full-Spectrum Characterization. *Aaps J* 23, 91. <https://doi.org/10.1208/s12248-021-00616-7>

Ferland, JM.N., Hurd, Y.L. (2020). Deconstructing the neurobiology of cannabis use disorder. *Nat Neurosci* 23, 600–610. <https://doi.org/10.1038/s41593-020-0611-0>

Fischer, B. Robinson, T., Bullen, C., Curran, V., Jutras-Aswad, D. (2021). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and recommendations update. *Int J Drug Policy* 99, 103381 (2021).

Gibbs M, Winsper C, Marwaha S, Gilbert E, Broome M, Singh SP (2014). Cannabis use and mania symptoms: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.*, 171, 39-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.016>

Hamilton I. (2017). Cannabis, psychosis and schizophrenia: unravelling a complex interaction. *Addiction*. 112(9):1653-1657. doi: 10.1111/add.13826. Epub

Haney, M., Evins, A. (2016). Does Cannabis Cause, Exacerbate or Ameliorate Psychiatric Disorders? An Oversimplified Debate Discussed. *Neuropsychopharmacol* 41, 393–401. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.251>

Hanna, RC, Perez, JM & Ghose, S (2017) Cannabis and development of dual diagnoses: A literature review, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43:4, 442-455. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1213273>

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health* 103, 813–21.

Hurd, Y. L., Manzoni, OJ, Pletnikov, MV, Lee, FS, Bhattacharyya, S, Melis, M. (2019). Cannabis and the Developing Brain: Insights into Its Long-Lasting Effects. *J Neurosci* 39, 8250–8258.

Institut de la statistique du Québec (2022). Enquête québécoise sur le cannabis, 2021. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2021>.

Jones, J. D., Varshneya, N. B., Hudzik, T. J., & Huhn, A. S. (2021). Improving translational research outcomes for opioid use disorder treatments. *Curr Addict Rep*, 8, 109–121. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00353-5>

Kroon, E., Kuhns, L., Hoch, E., and Cousijn, J. (2020) Heavy cannabis use, dependence and the brain: a clinical perspective. *Addiction*, 115: 559– 572. <https://doi.org/10.1111/add.14776>.

Laker CJ. (2007). How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 14(8):720-6. Epub 2007/11/28.

Lowe, D. J. E., Sasiadek, J. D., Coles, A. S., & George, T. P. (2019). Cannabis and mental illness: a review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 269(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0970-7>

MacCallum, C. A. & Russo, E. B. (2018). Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *Eur J Intern Med*, 49, 12–19.

Miguel, A. Q. C., Smith, C. L., Burduli, E., Roll, J. M., & McPherson, S. M. (2021). Validating the clinical relevance of alternative stimulant use treatment outcome measures by examining their association with 3-month follow-up outcomes. *Exp Clin Psychopharmacol*, 29(3), 288–293. <https://doi.org/10.1037/pha0000482>

Miller WR, Rollnick S (2013). *L'Entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* 2e éd. Les Interéditions ed. ISBN: 9782729613914. 448 pages.

Nadulski, T., Sporkert, F., Schnelle, M., Stadelmann, A.M., Roser, P., Schefter, T. et Pragst, F. (2005). Simultaneous and Sensitive Analysis of THC, 1-OH-THC, THC-COOH, CBD, and CBN by GC-MS in Plasma after Oral Application of Small Doses of THC and Cannabis Extract. *J. Anal. Toxicol*, 29, 782-789.

Peele, S. (2016). People Control Their Addictions: No matter how much the “chronic” brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions—with special reference to harm reduction and mindfulness. *Addict Behav Rep*, 4, 97–101.

Peterson, R., Kramer, M. P., Pinto, D., De Leon, A. N., Leary, A. V., Marin, A. A., Cora J. L., & Dvorak, R. D. (2021). A comprehensive review of measures of protective behavioral strategies (PBS) across various risk factors and associated PBS-related interventions. *Exp Clin Psychopharmacol*, 29(3), 236–250. <https://doi.org/10.1037/pha0000498>

Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Klamerus E, Foglia E, Murray R, Bhattacharyya S. (2017). Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: a prospective analysis. *Lancet Psychiatry*, 4(8), 627-633. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30233-X.

Sorkhou, M., Bedder, R. H., & George, T. P. (2021). The behavioural sequelae of cannabis use in healthy people: A systematic review. *Front. Psychiatry*, 12, Article 630247.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.630247>

Spindle, T. R., Bonn-Miller, M. O., & Vandrey, R. (2019). Changing landscape of cannabis: novel products, formulations, and methods of administration. *Curr Opin Psychol*, 30, 98-102.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.04.002>

Stuart, H. (2019). Managing the stigma of opioid use. *Health Management Forum* 32, 78-83.

Sulak, D. (2021). Chapter 17: Cannabis dosing in *Handbook of Cannabis for Clinicians: Principles and Practice*. New-York: W. W. Norton, Incorporated. ISBN: 978-0-393-71418-0.

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., et Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *Int. J. Drug Policy*, 28, 1-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>

Zehra, A., Burns, J., Liu, C.K. et al. (2018). Cannabis Addiction and the Brain: a Review. *J Neuroimmune Pharmacol* 13, 438-452. <https://doi.org/10.1007/s11481-018-9782-9>