

L'usage du cannabis médical pour le soulagement de la douleur chronique : un état des connaissances

Anouk Bérubé^a, inf., B.Sc., Alexis Mercier^a, inf., B. Sc.,
Stéphanie Larente-Marcotte^a, inf., B.Sc et Véronique Prévost^a, inf., B.Sc.

^a Étudiant.e à la maîtrise en sciences infirmières, Université Laval

Résumé

Contexte. La prise en charge de la douleur chronique et le soulagement à long terme des patients sont complexes et il existe de nombreuses options en matière de traitement. Bien qu'il soit utilisé à des fins thérapeutiques depuis des millénaires, le cannabis n'est encadré dans son usage à des fins médicales que depuis juillet 2001, et il constitue une option de plus en plus discutée aujourd'hui. **Objectif.** Cette revue rapide de la littérature vise à dresser un portrait de l'usage du cannabis médical contre les douleurs chroniques, ses risques et bénéfiques, et les implications pour la pratique infirmière. **Méthode.** Une exploration de la littérature grise et des bases de données CINAHL et PubMed a permis de tirer plusieurs conclusions des 53 articles sélectionnés. **Résultats.** Malgré l'encadrement légal de son utilisation au Canada, le cannabis suscite toujours la controverse et le personnel infirmier se sent peu appuyé et peu habilité à recommander son usage, notamment en raison d'un manque de connaissances et de questionnements éthiques. Le cannabis médical a des propriétés analgésiques contre certains types de douleur chronique, mais peut causer certains effets secondaires tels que de la somnolence et de la confusion. Ainsi, la prise de décision partagée entre le professionnel de la santé et le patient est un processus pertinent lors du choix d'un traitement adapté à chacun dans le soulagement de la douleur chronique. **Conclusion.** Le cannabis médical mériterait d'être davantage étudié et mieux connu, autant dans la population générale que chez les professionnels de la santé.

Mots-clés : Cannabis médical, douleur chronique, professionnels de la santé, infirmières, gestion de la douleur, maladie chronique

Medical cannabis use in chronic pain management: a knowledge synthesis

Background. The management of chronic pain and the long-term relief of patients is complex and there are many treatment options. Medical cannabis is an option that is increasingly considered by healthcare professionals today. Indeed, although cannabis has been used for millennium for medical purposes, its use in a strict medical context is fairly recent and was made possible in July 2001 by the Access to Marijuana for Medical Purposes Regulations. **Objective.** This rapid review of the literature aims to provide an overview of the use of medical cannabis for chronic pain, its risks and benefits, and the implications for nursing practice. **Method.** An in-depth exploration of the gray literature and the CINAHL and PubMed databases allowed to draw several conclusions from the 53 articles selected. **Results.** Medical cannabis seems like an innovative treatment. However, despite the legal framework for its use in Canada, cannabis is still a source of controversy and health professionals feel little supported and poorly qualified to recommend its use to their patients, due to a lack of knowledge and ethical questions. Medicinal cannabis has analgesic properties for certain types of chronic pain but can cause some side effects such as drowsiness and confusion. Thus, shared decision-making between the healthcare professional and the patient is a relevant process when choosing an appropriate treatment for the relief of chronic pain. **Conclusion.** Medical cannabis deserves to be better known, both in the general population and among health professionals, and more research is needed.

Keywords : Medical cannabis, chronic pain, healthcare provider, nurses, pain management, chronic illness

Les auteurs remercient Laurence Guillaumie, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, pour son appui à la réalisation et à la rédaction de cet article. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mme Anouk Bérubé, inf, B.Sc., anouk.berube.1@ulaval.ca

Le cannabis est utilisé à divers endroits du monde à des fins thérapeutiques depuis près de 5000 ans. De nos jours, son utilisation est en pleine expansion dans la médecine occidentale, particulièrement dans le traitement des douleurs chroniques (Arboleda et al., 2020). En juillet 2001, Santé Canada en a accordé l'accès en vertu du Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM) (Ko et al., 2016), et depuis le 17 octobre 2018, la Loi sur le cannabis permet aux Canadiens et Canadiennes de se procurer du cannabis récréatif auprès de commerces autorisés et d'en produire (Gouvernement du Canada, 2021). Bien que le cannabis puisse légalement être utilisé par les patients et patientes pour traiter une condition médicale peut importe sa provenance, c'est la prescription par un médecin et le processus d'encadrement de Santé Canada qui caractérise le cannabis dit médical (Gouvernement du Canada, 2016). Malgré cette avancée, l'utilisation de ce dernier, notamment pour les douleurs chroniques, fait l'objet de nombreux débats dans la sphère internationale quant à ses risques et bénéfices, ses modalités d'utilisation et son intégration optimale dans les pratiques de soin (Perrot et Trouvin, 2019). Son utilisation dans la gestion de la douleur n'est d'ailleurs pas soutenue à ce jour par le groupe de travail présidentiel de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), puisque malgré qu'il existe des preuves préliminaires de l'analgésie induite par les cannabinoïdes dans les études précliniques, aucune preuve de qualité suffisante n'existe actuellement dans les populations cliniques (IASP, 2021). Considérant la nouveauté et l'évolution rapide des données sur ce phénomène, il apparaît utile de dresser un portrait des données disponibles sur 1) l'usage du cannabis médical contre les douleurs chroniques, 2) les données disponibles sur ses risques et bénéfices, 3) les défis rencontrés par le personnel infirmier pour conseiller sur le cannabis médical et 4) les contributions de l'approche de la prise de décision partagée pour en promouvoir une utilisation optimale. Cette revue est novatrice de par l'inclusion des enjeux entourant l'utilisation du cannabis médical dans le traitement des douleurs chroniques au sein de la pratique infirmière et la mise en valeur de la prise de décision partagée.

Méthodologie

Une revue rapide de littérature (Grant et Booth, 2009) a été réalisée par les quatre membres de l'équipe de recherche afin de présenter un portrait global rapide de la situation de l'usage du cannabis à des fins médicales au Canada tout en adressant la situation de manière plus exhaustive sur certains aspects. Les bases de données consultées, soit

Cinhal, Medline via PubMed et la littérature grise, furent utilisées pour ces recherches ayant été menées entre octobre et novembre 2020. Certains critères d'inclusion concernant la date de publication et la langue de rédaction des articles ont été déterminés. Ainsi, les articles publiés entre 2010 et 2020 furent sélectionnés afin que ces derniers reflètent fidèlement la réalité actuelle des milieux de recherche et cliniques dans lesquels ils furent rédigés. Les articles en français et en anglais ont été retenus. Les mots-clés utilisés dans les bases de données incluaient *douleur chronique (chronic pain)*, *douleur neuropathique (neuropathic pain)*, *gestion de la douleur (pain management)*, *cannabis médical (medicinal cannabis)*, *CBD*, *cannabinoïdes*, *marijuana*, *prise de décision partagée (shared decision making)*, *professionnels de la santé (healthcare professionals)*, *communication (communication skills)*, *éducation (patients education)*, *infirmières (nurses)*, *légalisation (legislation)*. Les stratégies de recherche incluaient certains ou plusieurs de ces mots-clés. Au total, 53 articles ont été retenus pour leur apport au sujet. La revue de littérature s'est limitée uniquement aux articles que l'équipe de recherche a évalué de façon consensuelle comme ayant une forte validité interne et étant applicables au contexte socio-politique et médical canadien. Ainsi, les articles présentaient les résultats de méta-analyses, de revues systématiques et d'études primaires qualitatives et quantitatives. Un retour rapide sur les études et les recommandations récentes a été fait en avril 2022 afin de s'assurer de présenter les dernières données probantes.

Résultats

Portrait sur l'usage du cannabis médical contre les douleurs chroniques

Au Canada, un sondage effectué en 2003 révèle que 35% des patients et patientes d'un centre d'expertise en gestion de la douleur ont eu recours au cannabis pour soulager leur douleur chronique (Ko et al., 2016). En 2011, l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogue révèle qu'approximativement 420 000 canadiens et canadiennes de plus de 15 ans ont fait usage de cannabis pour raison médicales, dont la moitié en raison de douleurs chroniques (Ko et al., 2016). En 2016, au Canada, 42% des personnes ayant consommé du cannabis à des fins médicales déclarent en prendre deux à trois fois par jour et plus de 14 g par semaine (Ko et al., 2016). Cette même étude rapporte que 4 % des personnes de plus de 14 ans ont consommé du cannabis au cours de l'année pour une affection médicale qu'ils ont eux-mêmes définis (Ko et al., 2016). Aujourd'hui, le Canada possède un historique de 20 ans d'accès

légal et de 400 000 personnes enregistrées dans le cadre de son programme d'accès fédéral au cannabis médical (Arboleda et al., 2020).

Avec la légalisation de la marijuana à usage récréatif en octobre 2018, l'intérêt des patients et patientes et celui des disciplines médicales, notamment la neurologie, la gastroentérologie, la néphrologie, l'oncologie et la médecine de la douleur envers cette nouvelle approche de traitement a fortement augmenté (Perrot et Trouvin, 2019). Malgré cet intérêt grandissant, on rapporte dans plusieurs études qualitatives que les patients et patientes ont de la difficulté à « gérer » l'usage du cannabis médical. Ils et elles sont préoccupés par le sentiment de *high* et d'euphorie que ce dernier peut procurer. De plus, comme le coût d'acquisition élevé du cannabis médical n'est pas encore réglementé ni couvert par les régimes d'assurance au Canada, il se révèle être une source de préoccupations pour les personnes souffrant de douleurs chroniques compte tenu qu'elles sont souvent invalides, retraitées ou incapables de travailler. Des freins liés à la peur d'être stigmatisés pour leur usage de cannabis et le fait que les professionnels de la santé sont souvent peu familiarisés avec ces types de traitement ont été également rapportés (Arboleda et al., 2020 ; Kahan et al., 2019 ; Ko et al., 2016).

Actuellement, l'utilisation du cannabis et des cannabinoïdes dans la gestion de la douleur n'est pas recommandée par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) en raison de lacunes importantes dans la recherche concernant l'innocuité et l'efficacité de ces substances (IASP, 2021). Cette position fait d'ailleurs écho à l'énoncé de position de 2019 de la Société canadienne de rhumatologie et du National Institute for Clinical Excellence (NICE) du Royaume-Uni (NICE, 2019). En effet, d'un point de vue scientifique, plusieurs études rapportent des résultats contradictoires quant aux risques et bénéfices du cannabis médical contre les douleurs chroniques. D'une part, plusieurs études, méta-analyses et une revue systématique impliquant des études cliniques contrôlées et évaluant l'efficacité et l'innocuité de cette substance rapportent que le cannabis médical est d'une efficacité questionable et comprend de nombreuses limites empêchant sa recommandation pour le contrôle de la douleur chronique (Deshpande et al., 2015 ; Kahan et al., 2019 ; Perrot et Trouvin, 2019). Pour plusieurs auteurs, les preuves pour promouvoir un médicament à base de cannabis dans le traitement de la douleur sont encore insuffisantes et ce, puisque qu'aucune comparaison directe n'a été effectuée dans les recherches (Fitzcharles et al., 2019 ; Perrot et Trouvin, 2019) et que les résultats rapportés sont souvent incomplets (Torres-Moreno et al., 2018). Cependant, d'autres études rapportent que le

cannabis médical, contre la douleur chronique, permet de diminuer la douleur en plus de réduire la consommation d'opiacés (Darnell, 2020 ; Haroutounian et al., 2016 ; Boehnke, et al., 2016 ; Cauchie et Cadenne, 2018). Des essais contrôlés randomisés ont rapporté une relation significative et dose-dépendante dans le soulagement des douleurs neuropathiques par l'usage de cannabis (Ko et al. 2016). Aussi, considérant que la dépendance est une comorbidité fréquente chez les patients et patientes souffrant de douleur chronique, plusieurs revues de la littérature soulignent les bénéfices du cannabis médical dans la diminution de la consommation, le sevrage et la désintoxication des opioïdes dans ce contexte (Baron, 2018).

Dans ce contexte de données contradictoires, le système et les professionnels de la santé font face à un débat envers l'usage du cannabis médical dans la gestion de la douleur chronique (Arboleda et al., 2020 ; Fitzcharles et al., 2019). En effet, ils et elles doivent fournir aux patients les meilleures informations, basées sur les données probantes, face à l'usage de ce dernier (Fitzcharles et al., 2019). Aussi, en prescrivant un traitement de gestion de la douleur chronique par cannabis médical, les cliniciens et cliniciennes sont en mesure d'encadrer la prise de ce dernier plutôt que de laisser leurs patients s'en procurer où ils veulent, sans connaître la composition, la teneur, la qualité, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses possibles de l'usage de ce dernier (Ladouceur, 2015). Cependant, les limites des données probantes disponibles, la stigmatisation persistante, le manque de formation des professionnels de la santé et les réglementations limitées entourant la pratique et l'usage de ce produit entravent l'intégration du cannabis médical dans les environnements cliniques (Arboleda et al., 2020).

Les risques et bénéfices du cannabis dans le traitement de la douleur chronique

Plusieurs études se sont intéressées à décrire les bénéfices, les effets indésirables et les indications du cannabis médical dans le soulagement de la douleur chronique (Meng et al., 2017; National Academies of Science, 2017; Whitin et al., 2015). À cela s'ajoute la méta-analyse de Romero-Sandoval et al. (2017) qui ont documenté la sécurité et l'utilisation du cannabis à l'aide de preuves scientifiques récente et la revue systématique Cochrane de Mücke et al. (2018), qui ont évalué l'efficacité, la tolérabilité et la sécurité des médicaments à base de cannabis contre les douleurs chroniques. Il se dégage de ces études trois principaux constats.

Le premier constat est que le cannabis présente un effet analgésique potentiel contre les douleurs chroniques. Toutefois, la manifestation de

nombreux effets secondaires peut malheureusement en limiter son utilisation. Romero-Sandoval et al. (2017) ont fait une méta-analyse dans le but de vérifier les différentes preuves scientifiques sur la présence ou l'absence d'effets analgésiques potentiels du cannabinoïde et d'évaluer leur sécurité ainsi que leur utilisation à long terme. Leur principale constatation sur l'effet analgésique est que le cannabis inhalé (fumé ou vaporisé) peut systématiquement être efficace dans la réduction de la douleur chronique non cancéreuse. De plus, un fait intéressant est que le cannabinoïde inhalé semble être mieux toléré que le cannabis oral de par sa pharmacocinétique, puisqu'il y a évitement du métabolisme de premier passage hépatique. Selon Agurell et ses collaborateurs (1986), la pharmacocinétique de courte durée du cannabis inhalé réduit non seulement les effets secondaires, mais maximise aussi l'effet analgésique, ce qui permet un soulagement efficace de la douleur. Par ailleurs, il va sans dire que l'inhalation du produit sous forme de fumée impose une absorption de sous-produits de combustion toxiques comme le monoxyde de carbone (Schatman, 2015). Pour y remédier, la forme vaporisée est donc l'option alternative recommandée (Abrams et al., 2017). Il est aussi à noter qu'une variation de l'efficacité du produit inhalé peut être constatée, principalement en raison des différences de techniques d'inhalation des patients et de l'inconfort des voies respiratoires pendant l'inhalation (Romero-Sandoval et al., 2017). Concernant la forme orale de cannabis soit le Nabilone (Santé Canada, 2018) et la forme oromucosale le Nabiximol (Sativex) (Romero-Sandoval et al., 2017), celles-ci présentent néanmoins des avantages pour le soulagement de la douleur chronique. Ces deux molécules sont approuvées depuis 1980 par Santé Canada pour le traitement de la nausée et des vomissements induit par la chimiothérapie. De plus, une autre indication officielle est pour le traitement symptomatique de la spasticité chez une clientèle spécifique, soit les patients atteints de sclérose en plaques. (Bausch Health, 2019; GW Pharma Ltd, 2019). Parmi ces avantages, l'un est principalement dû à leurs compositions pharmaceutiques de qualité, leurs concentrations standardisées et leurs voies d'administrations relativement simples (Issa et al., 2014). Cependant, comme leurs absorptions sont beaucoup plus lentes que la forme inhalée, les effets analgésiques tardent davantage et les effets secondaires demeurent plus longtemps dans le système de la personne (Huestis, 2007; Newmeyer et al., 2017; Ohlsson et al., 1980). Ainsi, la forme inhalée par vaporisation semble plus appréciée par sa pharmacocinétique rapide qui apporte un soulagement dans un court laps de temps.

Le deuxième constat est que les données disponibles ne soutiennent pas l'indication du cannabis contre la douleur neuropathique chronique. Selon la revue Cochrane (Mücke et al., 2018) portant sur l'indication des produits à base de cannabis pour le soulagement de la douleur neuropathique chronique, le manque de preuves de haute qualité demeure présent, ce qui ne permet pas son indication. De plus, une étude qualitative systématique de Lynch et Campbell (2011) comportant 11 études et visant l'évaluation du cannabis sur la douleur chronique non cancéreuse montre que le cannabis serait modérément efficace pour la douleur neuropathique. Aussi, Boychuk et al. (2015) ont analysé 13 études quantitatives portant sur les médicaments à base de cannabis et ils en concluent qu'ils peuvent constituer une alternative dans le traitement de la douleur neuropathique chronique. Au final, plusieurs revues systématiques et directives cliniques considèrent le cannabinoïde comme une thérapie de troisième et quatrième ligne pour les douleurs neuropathiques chroniques, et ce seulement si les autres thérapies conventionnelles échouent (Moulin et al., 2014; Petzke et al., 2016). Il importe aussi de souligner que plusieurs études analysées par la revue Cochrane (Mücke et al., 2018) présentent plusieurs biais potentiels qui réduisent l'indication de ces produits. Parmi ces biais, on retrouve des incohérences dans les résultats, des signes de partialité dans certaines publications, des études commanditées par l'industrie du cannabis (spray THC/CBD) qui n'ont pas publié l'entièreté de leurs résultats et des études trop courtes pour rapporter des résultats.

Enfin, le troisième constat concerne les risques et effets secondaires à court et à long terme du cannabis médical. En effet, selon la seule revue Cochrane disponible sur le sujet (Mücke et al., 2018), plusieurs effets secondaires à court terme ressortent comme de la somnolence, de la confusion et même de la psychose avec le cannabis, ce qui en limite son utilité clinique. Cette conclusion abonde dans le même sens que la méta-analyse de Romero-Sandoval et ses collaborateurs (2017) qui soulignait des effets secondaires légers à modérés transitoires tels que les étourdissements et de la somnolence. Toutefois, aucune information sur les risques à long terme n'a été trouvée dans les études analysées de la revue Cochrane (Mücke et al., 2018). Concernant la méta-analyse de Romero-Sandoval et al. (2017), une seule étude a étudié les effets secondaires à long terme, soit une étude de cohorte multicentrique prospective avec 215 sujets, ce qui ne permet pas de tirer de solides conclusions. Cependant, il semblerait que les participants ont présenté moins d'effets secondaires avec la prise inhalée que la prise orale (Ware et al., 2015). Des études supplémentaires de qualité sont nécessaires afin de mieux comprendre les effets secondaires

associés à la prise de cannabis et de cannabinoïdes, particulièrement dans les cas de forte dose et d'usage prolongé (IASP, 2021).

Défis et contraintes des professionnels dans le conseil de l'usage du cannabis à visée médicale et rôle infirmier

Lorsqu'il est question du cannabis médical, le personnel de la santé est confronté à plusieurs barrières, à commencer par les aspects légaux de sa prescription et de sa possession. En effet, le cannabis est une substance réglementée et entourée de beaucoup de doutes concernant ses risques et ses bénéfices. Bien que légal dans certains pays et états, il est considéré dans d'autres comme une substance hautement contrôlée et illégale, sans acceptation d'usage médical et avec un grand risque d'abus. On observe une plus grande ouverture et une plus grande fréquence de recommandation du cannabis médical dans les pays et états où ce dernier est permis pour des raisons médicales et récréatives. La législation en faveur de l'utilisation du cannabis médical est un élément majeur de son implantation dans les soins des douleurs chroniques (Luba et al., 2018). Dans les pays où le cannabis est illégal, l'étude de Luba et al. (2018) a démontré que les risques légaux étaient les principales préoccupations des professionnels de la santé concernant la recommandation du cannabis médical. Dans ces pays, l'écart entre les bienfaits vécus par certains usagers dans le traitement de leurs douleurs chroniques et l'illégalité du cannabis crée une tension chez les patients et patientes voulant l'utiliser et chez les professionnels de la santé craignant des représailles des autorités légales (Welsch, 2014).

Un débat éthique a également été constaté chez les cliniciens et cliniciennes faisant barrière à la recommandation du cannabis médical. Tel que décrit par Philipsen et al. (2014), certains professionnels adoptent essentiellement le principe de la non-malfaisance et se basent sur les effets secondaires indésirables du cannabis et le manque de lignes directrices quant à son dosage efficace pour ne pas le recommander. D'autres, promouvant la bienfaisance, mettent de l'avant les bénéfices du cannabis médical dans la gestion des douleurs non soulagées pour appuyer le soutien à son utilisation. Quelle que soit la position privilégiée par les cliniciens et cliniciennes et leurs convictions personnelles à l'égard du cannabis, le code déontologique et les obligations professionnelles requièrent de promouvoir l'amélioration de la qualité de vie des patients et patientes et une posture d'accueil et de non-jugement à l'égard de ceux et celles utilisant le cannabis médical (Green et DeVries, 2010).

La troisième barrière à la recommandation du cannabis médical concerne la perception chez les professionnels de la santé d'un manque de connaissances. En effet, la revue systématique de Gardiner et al. (2019) a souligné que dans la plupart des études recensées, le personnel soignant rapportait avoir des connaissances faibles sur le système endocannabinoïde et la pharmacologie des cannabinoïdes. Ce manque de connaissances sur le cannabis médical a pour conséquence de mettre mal à l'aise les professionnels de la santé qui ne se sentent pas aptes à conseiller les patients et patientes et à répondre à leurs questions (Philpot et al., 2019). Aussi, l'absence de normes et de lignes directrices claires endossées par des autorités en santé concernant les dosages de cannabis à consommer pour un traitement des douleurs efficace et une gestion optimale des symptômes laissent les professionnels réticents à sa recommandation (Ananth et al., 2018; Balneaves et al., 2018). Ce constat est renforcé par la préoccupation du personnel soignant quant au risque d'interactions pharmacologiques entre le cannabis et les autres médicaments pris par leurs patients et patientes (Carlini et al., 2017).

Tel que l'explique Colson (2018) : « À ce stade, il semble que la participation des infirmières et infirmiers praticien(ne)s au programme d'accès au cannabis médical reste marginale. Les ordres professionnels des infirmières et infirmiers, institués à l'échelle des provinces et des territoires, ont en la matière un pouvoir réglementaire. Si certains de ces organismes provinciaux ont explicitement exclu que leur personnel puisse autoriser l'usage de cannabis thérapeutique, la plupart sont restés silencieux sur la question ». En effet, le rôle du personnel infirmier dans le contexte de prescription du cannabis à usage médical est encore peu décrit dans la littérature et semble indiquer une faible participation de la part de ces professionnels. L'implication des infirmières et infirmiers dans l'apport d'informations et de conseils dans son usage pour des fins médicales n'en est toutefois pas moins pertinente. Les études les plus récentes rapportent une aisance grandissante des cliniciens et cliniciennes et une plus grande acceptabilité du cannabis dans les contextes de soins (Luba et al., 2018). Le contexte social et légal actuel pourra permettre au personnel infirmier de prendre davantage confiance en son rôle dans la recommandation du cannabis médical et dans le counseling qui y est associé (Zylla et al., 2018). Pour soutenir ce processus, l'étude de Philipsen et al. (2014) et la revue systématique de Gardiner et al. (2019) soulignent l'importance de la formation des professionnels de la santé sur le cannabis médical, tant dans les états où son usage est légal que dans ceux où ce ne l'est pas, afin de mieux conseiller sur le cannabis médical dans la pratique clinique. La présence du personnel

infirmier en situation d'éducation et de counseling dans l'usage du cannabis dans un tel contexte pourrait ainsi se voir de plus en plus importante dans les prochaines années.

La prise de décision partagée pour conseiller sur l'utilisation du cannabis médical

Le traitement de la douleur chronique est complexe, surtout lorsque les patient(e)s et les clinicien(ne)s ont des attitudes et des buts qui s'opposent (Frantsve et Kerns, 2007). Considérant les nombreux défis des personnes aux prises avec la douleur chronique, les pistes indiquant les bienfaits du cannabis à cet égard ainsi que son accessibilité de plus en plus grande pour la population, il est pertinent pour les professionnels de la santé d'aborder cette option de traitement avec leurs patients et patientes. Bien que ce ne soit pas documenté dans la littérature, il est aussi possible de croire que la légalisation du cannabis à visée récréative peut aussi apporter des défis dans la communication entre le patient et le clinicien, notamment en raison d'un malaise du patient à discuter de sa consommation personnelle. Toutefois, selon l'étude qualitative d'Everall et al. (2020), alors que plusieurs personnes voudraient aborder le sujet avec leur clinicien ou clinicienne, ces derniers et dernières seraient aussi inconfortables à en discuter ou à le prescrire. De même, les infirmières et infirmiers semblent peu impliqués dans le programme d'accès au cannabis médical, et ce malgré leur rôle important dans l'évaluation et le suivi de la condition de santé de leurs patients et patientes. Dans ce contexte, il importe de mieux soutenir les professionnels de la santé, incluant le personnel infirmier, afin qu'ils puissent fournir de l'information valide concernant les connaissances actuellement disponibles sur les effets du cannabis médical (Minerbi et al., 2019). Une des approches recommandées pour faciliter l'échange d'informations, prendre en compte les préférences et les valeurs des patients et ultimement prendre des décisions de traitements est l'approche de la prise de décision partagée. Il s'agit d'une approche de *counseling* particulièrement prometteuse, dont les bénéfices sont répertoriés dans plusieurs études, mais qui n'est pas adoptée d'emblée par les professionnels de la santé principalement par manque d'outils d'aide à la décision adaptés en facilitant l'implantation (Kienlin et al., 2020).

Savelberg et al (2019) ont décrit les principales étapes permettant de guider le processus de prise de décision partagée dans une consultation avec un ou une professionnel.le de la santé. Premièrement, ce dernier ou cette dernière invite la personne rencontrée à travailler conjointement dans le but d'une prise de décision. Ensuite, il ou elle offre de l'information quant aux options, aux pour et aux

contres de chaque option, puis s'en suit un dialogue avec la personne pour connaître ses préférences. Finalement, tout(e)s deux prennent la décision en collaboration quant à l'option choisie. Fournir des données probantes sur chaque option est la responsabilité du clinicien ou de la clinicienne, alors que le patient ou la patiente est pour sa part responsable d'identifier ses valeurs personnelles et d'adhérer au plan de traitement (Dinoff, 2019). Selon cette approche, il importe que les professionnels reconnaissent l'autodétermination de leurs patients et patientes comme une facette importante de la relation de partenariat (Thériault et al., 2020).

Plusieurs avantages ont été répertoriés quant à l'usage de la prise de décision partagée dans la pratique clinique, en contexte de prise de décision et lorsque plusieurs options sont possibles. En effet, il a été constaté que le recours à l'approche de la prise de décision partagée augmente les connaissances qu'ont les patients et patientes des risques et des bénéfices associés aux traitements (Savelberg et al., 2019 ; Thériault et al., 2020). Leur satisfaction avec le choix effectué est aussi plus grande, résultant en une plus grande adhésion au traitement (Matthias et al., 2020). Les résultats en matière de santé de ces personnes s'en trouvent donc améliorés (Frantsve et Kerns, 2007 ; Stacey et al., 2014). Toutefois, selon différentes études qualitatives cherchant à mieux comprendre l'expérience des patients et patientes et celle des professionnels de la santé, il existe certaines difficultés associées à la mise en place de la prise de décision partagée. La fausse perception que les patients attendraient des cliniciens qu'ils prennent les décisions à leur place et l'habitude acquise des cliniciens de vouloir convaincre les patients les rend moins enclins à la prise de décision partagée (Thériault et al., 2020; Everall et al., 2020). Ensuite, il a été observé que, lors du processus de prise de décision partagée, les préférences des patients et patientes peuvent aller à l'encontre des meilleures pratiques, ils et elles peuvent faire des demandes que le clinicien juge déraisonnables ou les deux partis peuvent éprouver de la difficulté à définir les responsabilités et les attentes dans la confiance et le respect (Thériault et al., 2020 ; Everall et al., 2020). Enfin, le processus de décision partagée peut nécessiter plus de temps qu'une décision prise uniquement par le clinicien ou la clinicienne (Smaradottir et al., 2020).

L'élaboration et la mise à disposition d'un outil d'aide à la décision constitue un élément central de l'implantation de l'approche de la prise de décision partagée. Il s'agit d'un outil basé sur les données probantes développé pour aider les patients à prendre des décisions de santé spécifiques et délibérées, qui soutient le clinicien dans ses interventions et facilite la prise de décision partagée

(Stacey et al., 2014). En effet, dans la prise de décision partagée, la façon que le clinicien a de présenter l'information peut influencer les préférences des patients, d'où l'utilité d'un outil d'aide à la décision qui présente de l'information standardisée. Il aide à prendre une décision de qualité basée sur les valeurs du patient en prenant en considération les risques et bénéfices des différentes options. L'outil doit inclure l'identification de la décision à prendre, fournir des données probantes à propos d'une condition de santé, des options et de leurs bénéfices et inconvénients, ainsi que les probabilités et les incertitudes. Il doit aussi aider les patients à reconnaître leurs valeurs et à clarifier le poids de chaque bénéfice et inconvénient (Stacey et al., 2014). Il est prouvé que leur utilisation améliore le processus de prise de décision partagée en augmentant la participation du patient, ses connaissances des enjeux et en favorisant une décision représentant davantage les valeurs du patient (Savelberg et al., 2019). En 2017, cinq ordres professionnels du Québec ont collaboré au développement d'un outil d'aide à la décision sur le cannabis à des fins thérapeutiques (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre professionnel des diététistes du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec; disponible à <https://www.oiiq.org/en/cannabis-a-des-fins-therapeutiques>). Bien que cet outil ne soit destiné qu'aux professionnels et non aux patients, il permet aux cliniciens d'avoir des réponses à leurs questions et d'ainsi mieux accompagner leurs patients dans ce processus de prise de décision. À notre connaissance, aucun outil d'aide à la décision spécialement conçu pour être utilisé en partenariat dans un processus de prise de décision partagée relative au cannabis médical n'existe à ce jour.

Discussion

Cette revue rapide de la littérature a dressé le portrait de l'usage du cannabis médical chez les patients souffrant de douleur chronique, puis a répertorié des données empiriques concernant les bénéfices et risques potentiels associés à ce traitement. Les défis des professionnels de la santé dans le conseil de l'usage du cannabis à visée médicale et dans l'accompagnement des patients y ayant recours ont été présentés, de même que le caractère prometteur de la prise de décision partagée dans ce contexte.

Suivant la légalisation de la marijuana à usage récréatif en octobre 2018, l'intérêt envers cette nouvelle approche de traitement a fortement augmenté, autant chez les personnes souffrant de douleur chronique que chez le personnel de la santé

(Perrot et Trouvin, 2019). Toutefois, des préoccupations face au sentiment d'euphorie, au coût d'acquisition élevé du cannabis et à la stigmatisation pouvant y être associée persistent chez les patients et patientes. Les études recensées ont permis de conclure que l'usage de cannabis médical présenterait certains bénéfices pour le traitement des patients souffrant de douleur chronique, notamment en raison de son potentiel effet analgésique (Romero-Sandoval et al., 2017). La forme vaporisée du cannabis semble être la plus prometteuse puisqu'elle potentialise l'effet analgésique tout en minimisant les effets secondaires (Agurell et al., 1986). Toutefois, il incombe de faire preuve de prudence puisque les données actuellement disponibles ne permettent pas de soutenir son usage, notamment pour le soulagement de la douleur neuropathique chronique (Mücke et al., 2018). De même, les risques et effets secondaires du cannabis médical comme des étourdissements, de la somnolence, de la confusion et même des psychoses (Mücke et al., 2018; Romero-Sandoval et al., 2017) ont été répertoriés, mais devraient être davantage étudiés, particulièrement dans le cas de forte dose ou d'usage à long terme. Ce traitement demeure également hautement controversé dans le milieu médical en raison de la stigmatisation qui y est associée (Ko et al., 2016), des débats éthiques vécus par certains intervenants (Philipsen et al., 2014), de l'incomplétude des données disponibles quant aux bénéfices et aux effets potentiellement néfastes du cannabis médical dans le traitement des douleurs chroniques (Mücke et al., 2018) et du faible niveau de connaissances perçu par le personnel soignant sur le cannabis médical (Gardiner et al., 2019). Le manque d'études de haute qualité complexifie la recommandation de cette substance par les professionnels de la santé, qui se sentent souvent peu familiarisés avec ce type de traitement et peuvent ainsi difficilement accompagner les patients dans le choix d'un traitement optimal (Philpot et al., 2019; Ananth et al., 2018; Balneaves et al., 2018). Ainsi, de nouvelles études visant à mieux cerner les paramètres d'usage optimal de cette option thérapeutique sont rapidement nécessaires.

Forces et limites de la revue

Cette revue tient sa force de ses multiples objectifs apportant un portrait complet de l'utilisation du cannabis à visée médicale et ses enjeux pour la pratique infirmière. Toutefois, le fait que la revue soit de type rapide et non systématique constitue une limite importante, puisque certaines études ont pu être omises. Il en est de même pour la limitation aux articles accessibles aux auteurs et publiés en français et en anglais, ainsi que les études réalisées dans les 10 années précédant la revue.

Implications pour les sciences infirmières

Les résultats de cette revue rapide de la littérature ont souligné divers enjeux importants pour les sciences ainsi que la pratique infirmière. Les infirmiers et infirmières peuvent se voir être de réels agents de changement dans la démythification de l'usage sécuritaire du cannabis médical et de ses potentiels effets thérapeutiques, et ce, en s'informant davantage sur cette option de traitement et en s'impliquant plus concrètement dans les trajectoires de soins et dans le soulagement efficace de leurs patients. Le bris des différents préjugés visant l'usage de ce produit pourrait permettre le traitement efficace des douleurs chroniques de plusieurs personnes et remettre entre leurs mains le pouvoir de vivre de manière plus confortable.

De plus, les organisations de santé devraient soutenir les professionnels de la santé dans l'orientation et dans l'intégration du cannabis médical dans les pratiques de soins (Philipsen et al., 2014), en plus de promouvoir la prise de décision partagée et les outils d'aide à la décision dans les milieux, vu l'apport indéniable de ces méthodes dans l'accompagnement des patients. Des activités d'informations et de sensibilisation pour les cliniciens et les patients devraient également être mises en place, particulièrement en raison de l'accès facilité au cannabis depuis 2018 au Canada pouvant mener à une utilisation comme traitement sans accompagnement d'un professionnel. Les cliniciens devraient quant à eux suivre les dernières lignes directrices établies, exercer leur jugement critique et s'assurer de fournir une information basée sur les données probantes (Ko et al., 2016). L'encadrement de la consommation du cannabis à des visées médicales par les professionnels pourrait guider plus d'utilisateurs avec des douleurs chroniques vers un usage avisé et sécuritaire de celui-ci. En effet, offrir de manière plus fréquente et assurée l'usage de ce produit comme traitement aux usagers passe d'abord par la déstigmatisation de ce produit souvent controversé par le professionnel de la santé et une meilleure éducation au patient.

Conclusion

Le cannabis médical est encore méconnu des professionnels et des personnes atteintes de douleurs chroniques et mériterait d'être davantage étudié. Une meilleure connaissance de tous quant à ses effets thérapeutiques bénéfiques pourrait éventuellement permettre sa recommandation plus fréquente comme traitement par les cliniciens, permettant une réponse aux besoins complexes de la clientèle vivant avec des douleurs chroniques. Le partenariat entre patients et cliniciens dans gestion

de la douleur pourrait être renforcé et favoriser une prise de décision partagée, menant à un usage optimal et sécuritaire de ce produit.

Références

- Abrams, D. I., Vizoso, H. P., Shade, S. B., Jay, C., Kelly, M. E., & Benowitz, N. L. (2007). Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: A pilot study. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 82(5), 572-578. <https://doi.org/10.1038/sj.clpt.6100200>
- Ananth, P., Ma, C., Al-Sayegh, H., Kroon, L., Klein, V., Wharton, C., Hallez, E., Braun, I., Michelson, K., Rosenberg, A. R., London, W., & Wolfe, J. (2018). Provider perspectives on use of medical marijuana in children with cancer. *Pediatrics*, 141(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0559>
- Agurell, S., Halldin, M., Lindgren, J.E., Ohlsson, A., Widman, M., Gillespie, H., & Hollister, L. (1986). Pharmacokinetics and metabolism of delta 1-tetrahydrocannabinol and other cannabinoids with emphasis on man. *Pharmacological Reviews*, 38(1):21-43.
- Arboleda, M. F., Prosk, E., Cyr, C., Gamaoun, R., & Viganò, A. (2020). Medical cannabis in supportive cancer care: Lessons from Canada. *Supportive Care in Cancer*, 28(7), 2999-3001. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05403-2>
- Balneaves, L. G., Alraja, A., Ziemianski, D., McCuaig, F., & Ware, M. (2018). A national needs assessment of Canadian nurse practitioners regarding cannabis for therapeutic purposes. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 3(1), 66-73. <https://doi.org/10.1089/can.2018.0002>
- Bausch Health, Canada Inc. (2019). *Cesamet. Monographie de produit*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00051390.PDF
- Baron, E. P. (2018). Medicinal properties of cannabinoids, terpenes, and flavonoids in cannabis, and benefits in migraine, headache, and pain: An update on current evidence and cannabis science. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(7), 1139-1186. <https://doi.org/10.1111/head.13345>
- Boehnke, K. F., Litinas, E., & Clauw, D. J. (2016). Medical cannabis use is associated with decreased opiate medication use in a retrospective cross-sectional survey of patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(6), 739-744. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.03.002>
- Boychuk, D. G., Goddard, G., Mauro, G., & Orellana, M. F. (2015). The effectiveness of cannabinoids in the management of chronic

- Nonmalignant neuropathic pain: A systematic review. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 29(1), 7-14. <https://doi.org/10.11607/ofph.1274>
- Cauchie, A., & Cadenne, M. (2018). Trouble de l'usage et douleurs chroniques : Enquête de prevalence chez Les patients consultant AU CETD du CHU de Bordeaux concernant la consommation de tabac, alcool, cannabis, opioïdes forts et faibles. *Therapies*, 73(6), 569. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2018.09.006>
- Carlini, B. H., Garrett, S. B., & Carter, G. T. (2016). Medicinal cannabis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(1), 85-91. <https://doi.org/10.1177/1049909115604669>
- Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre professionnel des diététistes du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2017). *Cannabis à des fins thérapeutiques. Publication de l'ordre des pharmaciens du Québec.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/Cannabis-a-des-fins-therapeutiques.pdf>
- Colson, R. (2018). Cannabis thérapeutique: les leçons canadiennes. *European Journal of Pain*, 22, 440-454.
- Darnell, A. (2020). *Effets sur la santé publique de la légalisation du cannabis à usage médical et non-médical aux États-Unis.* Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/AST_RACAN-Darnell-FR.pdf
- Deshpande, A., Mailis-Gagnon, A., Zoheiry, N., & Lakha, S. F. (2015). Efficacy and adverse effects of medical marijuana for chronic noncancer pain: systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*, 61(8), e372-e381.
- Dinoff, B. L. (2019). Ethical treatment of people with chronic pain: An application of Kaldjian's framework for shared decision-making. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e179-e182. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.04.042>
- Everall, A. C., Cadel, L., Lofters, A. K., Packer, T. L., Hitzig, S. L., Patel, T., Cimino, S. R., & Guilcher, S. J. (2020). An exploration of attitudes and preferences towards medications among healthcare providers and persons with spinal cord injury/dysfunction: A qualitative comparison. *Disability and Rehabilitation*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1799249>
- Fitzcharles, M., Niaki, O. Z., Hauser, W., & Hazlewood, G. (2019). Position statement: A pragmatic approach for medical cannabis and patients with rheumatic diseases. *The Journal of Rheumatology*, 46(5), 532-538. <https://doi.org/10.3899/jrheum.181120>
- Frantsve, L. M., & Kerns, R. D. (2007). Patient-provider interactions in the management of chronic pain: Current findings within the context of shared medical decision making: Table 1. Pain *Medicine*, 8(1), 25-35. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00250.x>
- Gardiner, K. M., Singleton, J. A., Sheridan, J., Kyle, G. J., & Nissen, L. M. (2019). Health professional beliefs, knowledge, and concerns surrounding medicinal cannabis – A systematic review. *PLOS ONE*, 14(5), e0216556. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216556>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Green, A. J., & De-Vries, K. (2010). Cannabis use in palliative care - an examination of the evidence and the implications for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2454-2462. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03274.x>
- Gouvernement du Canada. (2021). *Ce que vous devez savoir au sujet du cannabis.* <https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/cannabis/canadiens.html#a1>
- Gouvernement du Canada. (2016). *Comprendre le nouveau Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.* <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/medicaments-et-produits-sante/comprendre-nouveau-reglement-sur-acces-au-cannabis-fins-medicales.html>
- GW Pharma Ltd. (2019). Sativex. Modèle de monographie standard. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00054437.PDF
- Haroutounian, S., Ratz, Y., Ginosar, Y., Furmanov, K., Saifi, F., Meidan, R., & Davidson, E. (2016). The effect of medicinal cannabis on pain and quality-of-Life outcomes in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 32(12), 1036-1043. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000364>
- Huestis, M. (2007). Human cannabinoid pharmacokinetics. *Chemistry & Biodiversity*, 4(8), 1770-1804. <https://doi.org/10.1002/cbdv.200790152>
- IASP Presidential Task Force on Cannabis and Cannabinoid Analgesia (2021). International Association for the Study of Pain Presidential Task Force on Cannabis and Cannabinoid Analgesia position statement. *Pain*, 162(Suppl 1), S1-S2. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002265>

- Issa, M. A., Narang, S., Jamison, R. N., Michna, E., Edwards, R. R., Penetar, D. M., & Wasan, A. D. (2014). The subjective psychoactive effects of oral Dronabinol studied in a randomized, controlled crossover clinical trial for pain. *The Clinical Journal of Pain*, 30(6), 472-478. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000022>
- Jin, D., Jin, S., Yu, Y., Lee, C., & Chen, J. (2017). Classification of cannabis cultivars marketed in Canada for medical purposes by quantification of cannabinoids and terpenes using HPLC-DAD and GC-MS. *Journal of Analytical & Bioanalytical Techniques*, 08(01). <https://doi.org/10.4172/2155-9872.1000349>
- Kahan, M., Srivastava, A., & Clarke, S. (2019). Réglementer l'industrie du cannabis et les cliniques de cannabis médical: Une nécessité. *Canadian Family Physician*, 65(12), 873.
- Kienlin, S., Nytrøen, K., Stacey, D., & Kasper, J. (2020). Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 610-621. <https://doi.org/10.1111/jep.13380>
- Ko, G. D., Bober, S. L., Mindra, S., & Moreau, J. M. (2016). Medical cannabis—the Canadian perspective. *Journal of pain research*, 9, 735.
- Ladouceur, R. (2015). Prescrire la marijuana pour la douleur chronique. *Canadian Family Physician*, 66(10), 659.
- Luba, R., Earleywine, M., Farmer, S., & Slavin, M. (2018). Cannabis in end-of-life care: Examining attitudes and practices of palliative care providers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(4), 348-354. <https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1462543>
- Lynch, M. E., & Campbell, F. (2011). Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 72(5), 735-744. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2011.03970.x>
- Matthias, M. S., Talib, T. L., & Huffman, M. A. (2019). Managing chronic pain in an opioid crisis: What is the role of shared decision-making? *Health Communication*, 35(10), 1239-1247. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1625000>
- Meng, H., Johnston, B., Englesakis, M., Moulin, D. E., & Bhatia, A. (2017). Selective cannabinoids for chronic neuropathic pain. *Anesthesia & Analgesia*, 125(5), 1638-1652. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000002110>
- Minerbi, A., Häuser, W., & Fitzcharles, M. (2018). Medical cannabis for older patients. *Drugs & Aging*, 36(1), 39-51. <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0616-5>
- Moulin, D., Boulanger, A., Clark, A., Clarke, H., Dao, T., Finley, G., Furlan, A., Gilron, I., Gordon, A., Morley-Forster, P., Sessle, B., Squire, P., Stinson, J., Taenzer, P., Velly, A., Ware, M., Weinberg, E., & Williamson, O. (2014). Pharmacological management of chronic neuropathic pain: Revised consensus statement from the Canadian Pain Society. *Pain Research and Management*, 19(6), 328-335. <https://doi.org/10.1155/2014/754693>
- Mücke, M., Phillips, T., Radbruch, L., Petzke, F., & Häuser, W. (2018). Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012182.pub2>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda. (2017). *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington (DC): National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK423845/> doi:10.17226/24625
- Newmeyer, M. N., Swortwood, M. J., Abulseoud, O. A., & Huestis, M. A. (2017). Subjective and physiological effects, and expired carbon monoxide concentrations in frequent and occasional cannabis smokers following smoked, vaporized, and oral cannabis administration. *Drug and Alcohol Dependence*, 175, 67-76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.02.003>
- NICE. (2019). *Cannabis-based medicinal products: NICE Guideline*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng144>
- Ohlsson, A., Lindgren, J., Wahlen, A., Agurell, S., Hollister, L. E., & Gillespie, H. K. (1980). Plasma delta-9-tetrahydrocannabinol concentrations and clinical effects after oral and intravenous administration and smoking. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 28(3), 409-416. <https://doi.org/10.1038/clpt.1980.181>
- Perrot, S., & Trouvin, A. (2019). Le cannabis dans Les douleurs musculosquelettiques et articulaires : Des preuves sont nécessaires. *Revue du Rhumatisme*, 86(3), 215-218. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2019.03.009>
- Petzke, F., Enax-Krumova, E. K., & Häuser, W. (2016). Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Cannabinoiden bei neuropathischen Schmerzsyndromen. *Der Schmerz*, 30(1), 62-88. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0089-y>

- Philipsen, N., Butler, R. D., Simon-Waterman, C., & Artis, J. (2014). Medical marijuana: A primer on ethics, evidence, and politics. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(9), 633-640. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.05.015>
- Philpot, L. M., Ebbert, J. O., & Hurt, R. T. (2019). A survey of the attitudes, beliefs and knowledge about medical cannabis among primary care providers. *BMC Family Practice*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0906-y>
- Romero-Sandoval, E. A., Kolano, A. L., & Alvarado-Vázquez, P. A. (2017). Cannabis and cannabinoids for chronic pain. *Current Rheumatology Reports*, 19(11). <https://doi.org/10.1007/s11926-017-0693-1>
- Savelberg, W., Boersma, L., Smidt, M., Goossens, M., Hermanns, R., & Van der Weijden, T. (2019). Does lack of deeper understanding of shared decision making explain the suboptimal performance on crucial parts of it? An example from breast cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 38, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.004>
- Schatman, M. E. (2015, February 6). Medical marijuana: The state of the science. *Medscape*. <https://www.medscape.com/viewarticle/839155>
- Smaradottir, B. F., Bellika, J. G., Fredeng, A., & Fagerlund, A. J. (2020). User-centred design with a remote approach: Experiences from the chronic pain project. *Studies in Health Technology and Informatics*. <https://doi.org/10.3233/shti200722>
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L., & Wu, J. H. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001431.pub4>
- Thériault, G., Grad, R., Dickinson, J. A., Breault, P., Singh, H., Bell, N. R., & Szafran, O. (2020). Faut-il partager ou non? Quand la décision partagée est-elle la meilleure option? *Canadian Family Physician*, 66(5), e149.
- Torres-Moreno, M. C., Papaseit, E., Torrens, M., & Farré, M. (2018). Assessment of efficacy and tolerability of medicinal cannabinoids in patients with multiple sclerosis. *JAMA Network Open*, 1(6), e183485. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.3485>
- Uritsky, T. J., McPherson, M. L., & Pradel, F. (2011). Assessment of hospice health professionals' knowledge, views, and experience with medical marijuana. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), 1291-1295. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0113>
- Ware, M. A., Wang, T., Shapiro, S., Collet, J., Boulanger, A., Esdaile, J. M., Gordon, A., Lynch, M., Moulin, D. E., & O'Connell, C. (2015). Cannabis for the management of pain: Assessment of safety study (Compass). *The Journal of Pain*, 16(12), 1233-1242. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.07.014>
- Welsh, J. (2014). Medical marijuana. *AJN, American Journal of Nursing*, 114(8), 19-20. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000453034.47758.ba>
- Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S., Di Nisio, M., Duffy, S., Hernandez, A. V., Keurentjes, J. C., Lang, S., Misso, K., Ryder, S., Schmidtkofer, S., Westwood, M., & Kleijnen, J. (2015). Cannabinoids for medical use. *JAMA*, 313(24), 2456. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6358>
- Zylla, D., Steele, G., Eklund, J., Mettner, J., & Arneson, T. (2018). Oncology clinicians and the Minnesota medical cannabis program: A survey on medical cannabis practice patterns, barriers to enrollment, and educational needs. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 3(1), 195-202. <https://doi.org/10.1089/can.2018.0029>

Annexe 1 : Termes de recherche et routines utilisées dans la revue rapide de littérature

Mots-clés en vocabulaire libre:

Douleur chronique (chronic pain), douleur neuropathique (neuropathic pain), gestion de la douleur (pain management), cannabis médical (medicinal cannabis), CBD, cannabinoïdes, marijuana, prise de décision partagée (shared decision making), professionnels de la santé (healthcare professionals), communication (communication skills), éducation (patients education), infirmières (nurses), légalisation (legislation)

Mots-clés en vocabulaire contrôlé :

Concept 1 : DOULEUR ET SA GESTION

Douleur chronique OU chronic pain OU douleur neuropathique OU neuropathic pain OU gestion de la douleur OU pain management

ET

Concept 2 : CANNABIS

Cannabis médical OU medicinal cannabis OU medical cannabis OU CBD OU cannabinoïdes OU marijuana

ET

Concept 3 : INTERVENTIONS ET CADRE DE PRATIQUE ET LÉGAL

Prise de décision partagée OU shared decision-making OU communication OU communication skills OU éducation OU patients education OU légalisation OU legislation

ET

Concept 4 : INFIRMIÈRES ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Professionnels de la santé OU (healthcare professionals) OU infirmières OU (nurses)

Filtres : Articles de 10 ans et moins, Français et Anglais

Regroupement des concepts selon les thèmes abordés dans l'article

Prise de décision partagée – Concepts 2+3+4

Barrières et défis – Concepts 1+2+3+4

Risques et bénéfices – Concept 2

Usage en douleur chronique – Concept 1+2

PUBMED (En date du 21 avril 2022)

16 résultats avec les 4 concepts combinés (Barrières et défis)

29 résultats avec concepts 1+2+4

383 résultats pour concepts 2+4

332 résultats pour concepts 1+2+3

139 résultats pour concepts 2+3+4 (Prise de décision partagée)

1611 résultats pour concepts 1+2 (Usage en douleur chronique)

35367 résultats pour concept 2 (Risques et bénéfices)

CINAHL (En date du 21 avril 2022)

21 résultats avec les 4 concepts combinés (Barrières et défis)

45 résultats avec concepts 1+2+4

409 résultats pour concepts 2+4

168 résultats pour concepts 1+2+3

198 résultats pour concepts 2+3+4 (Prise de décision partagée)

908 résultats pour concepts 1+2 (Usage en douleur chronique)

11930 résultats pour concept 2 (Risques et bénéfices)

Les présents résultats de routines de recherche ont été obtenus à partir des mots-clés mentionnés plus haut. Les références utilisées dans l'ensemble de l'article ont été récupérées à partir de ces routines de recherche, mais également à partir de recherches regroupant certains de ces termes dans *Google Scholar* et par recherche par boule de neige.