



Consortium canadien
**d'intervention précoce
pour la psychose**

Usage d'une substance comorbide



David Crockford, M.D., FRCPC, DRCPSC(AM), DABPN, CCSAM, DLFAPA, DFCPA

Professeur, Université de Calgary

Directeur médical clinique, Foothills Medical Centre Early Psychosis Intervention Program

Calgary (Alberta)



Didier Jutras-Aswad, M.D., M. Sc., FRCPC, DRCPSC

Scientifique clinique et Chef du personnel, Département de psychiatrie (CHUM)

Professeur, Département de psychiatrie et de dépendances (Université de Montréal)

Montréal (Québec)





Psychose induite par la méthamphétamine

**David Crockford, M.D., FRCPC, DRCPSC(AM), DABPN,
CCSAM, DLFAPA, DFCPA**

Divulgation d'intérêts

Dr David Crockford :

- Aucun lien avec des intérêts financiers ou conflits à déclarer



Reconnaissance du territoire

J'aimerais utiliser cette opportunité pour reconnaître les territoires traditionnels des personnes de la région du Traité no 7 du Sud de l'Alberta, incluant la Confédération des Pieds-Noirs (comprenant les Premières Nations Siksika, Piikani et Kaina), de même que les Premières Nations Tsuut'ina et des Stoney Nakoda (incluant les Premières Nations Chiniki, Bearspaw et Wesley). La Ville de Calgary est également le domicile de la Nation Métis de l'Alberta, Région 3.



Objectifs d'apprentissage

Après avoir pris part à cette session, les participants seront mieux à même de faire ce qui suit :

- Connaître l'épidémiologie actuelle de l'usage de la méthamphétamine;
- Différencier la psychose induite par la métamphétamine du trouble psychotique primaire;
- Contrôler la psychose induite par la méthamphétamine.



Épidémiologie

- ECTAD 2017
 - 3,7 % des Canadiens (15+) ont consommé de la métamphétamine au cours de leur vie (5,4 % des hommes, 2,2 % des femmes);
 - 0,2 % des Canadiens (15+) ont consommé de la méthamphétamine au cours de la dernière année;
 - Variations marquées d'un territoire à l'autre;
 - Usage problématique concentré chez les populations sous-représentées dans les sondages nationaux;
- Rapport national sur l'enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2015-16;
 - 1,2 % consommation dans la dernière année (18+);
- Populations avec des taux potentiellement élevés de consommation :
 - Sans-abris/vivant dans la rue
 - Relations de même sexe
 - Trouble de l'usage des opiacés
 - Autochtones



Nombre moyen de visites au service des urgences de Winnipeg reliées à la consommation de méthamphétamine en hausse de 1 200 %

↑ de 15/mois en 2013 à 207/mois en 2018

Visites aux services des urgences de 2013 à 2018



Cas

Homme de 24 ans amené à l'urgence pour un comportement agité et menaçant au centre-ville.

- Les policiers l'ont trouvé brandissant un couteau dans un restaurant du centre-ville, hurlant que les Hells Angels essaient de le tuer;
- Faisait les cent pas, grippant l'air, se parlant;
- Tachycardie légère, hypertension légère;
- Excoriations sur les bras, très mauvais soins personnels.



Cas (suite)

- Il déclare que les Hells Angels tendent de l'assassiner!
 - Il a involontairement insulté un membre d'un gang et ils le suivent maintenant en utilisant la technologie cellulaire pour le tuer;
- Dans le restaurant, il a entendu leurs plans de le tuer sur le système audio qui diffusait également ses pensées;
- Ligne de pensée linéaire, élocution rapide, facilement agité;
- Non orienté dans le temps;
- Il rapporte qu'il a consommé de la méthamphétamine il y a 12 à 48 h.



Psychose induite par la méthamphétamine (MA)

- Affecte environ 26 à 46 % des consommateurs de métamphétamine;
 - 15 à 23 % des consommateurs de MA dans les échantillons communautaires;
 - Jusqu'à 60 % des consommateurs de MA dans les milieux de traitement.

- **↑ Risque de psychose :**

- ↑ Durée de la consommation
- ↑ Quantité de MA
- ↑ Fréquence de consommation
- Antécédents de maladie psychotique
- Antécédents familiaux de psychose
- Polytoxicomanie (particulièrement EtOH, cannabis)



↑ Sévérité de la consommation de MA



PSYCHOSE INDUITE PAR LA METH

- Hallucinations tactiles ou visuelles
- Très agité/présentation similaire à une manie
- Stéréotypies, *tweaking*, mouvements choréiformes
- Stigmates de la consommation de MA
- Délire essentiellement paranoïde
- Survenue brusque

PSYCHOSE PRIMAIRE

- Hallucinations auditives typiques
- Symptômes négatifs
- Perplexité ou trouble de la pensée persistante
- Délire non persécutoire
- Survenue insidieuse



Autres indices

- Sentiment « praecox » – perte d'affect et trouble relationnel
- Regard absent
- Vous devenez confus
- Dénier proéminent, gardé
- Déclin psychosocial synchronisé aux symptômes psychotiques
- Informations collatérales
- Présentation constante



Cas

- Délire principalement persécutoire
- Grandement agité
- Excoriations (hallucinations tactiles)
- Grippe l'air (hallucinations visuelles)
- Désorientation



**Psychose probablement
induite par la MA**

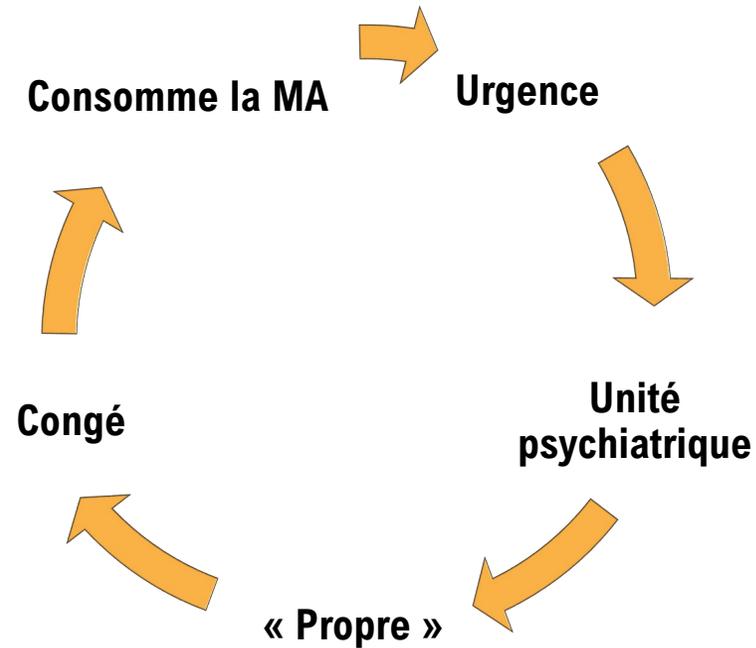


Instabilité diagnostique en présence de TUS concomittants

- 29 à 50 % des personnes ayant reçu un diagnostic de psychoses brèves ou induites par une drogue reçoivent un diagnostic de schizophrénie plus tard;
 - Les troubles persistants d'usage de drogues augmentent la probabilité de revoir le diagnostic à un induit par une drogue;
 - Les troubles de l'usage du cannabis et de stimulants augmentent la probabilité de progression vers un diagnostic de schizophrénie (cannabis > stimulants);
- Défis :
 - Réticence à dévoiler les symptômes psychotiques;
 - Attribution des symptômes psychotiques à la consommation de substances;
 - Réticence à dévoiler l'usage de substances.



Le malencontreux parcours usuel



Besoin critique d'inrégrer le traitement de la dépendance!

- Engagement et persuasion
- Traitement actif
- Prévention des rechutes



Objectifs thérapeutiques

- Résolution de symptômes psychotiques;
- Réduction progressive de la consommation ayant pour but l'abstinence;
- Amélioration fonctionnelle;
- Rétention et observance au traitement.



Éléments du traitement

- Se concentrer sur la réduction/résolution des symptômes psychotiques;
- Optimiser la structure;
 - Meilleurs résultats avec un traitement initial à l'interne;
 - Hébergement en premier;
- Bâtir une alliance thérapeutique prendra du temps;
 - Services culturellement appropriés, selon le traumatisme;
- Impliquer la famille/réseau de soutien, le cas échéant;
- Psychoéducation pour les symptômes et la consommation;
- Essayer de trouver des objectifs communs de rétablissement;
 - Carotte au lieu du bâton.



Éléments du traitement

- Renforcement positif de la réduction de la consommation ou de l'abstinence;
 - Demander ce qu'ils ont remarqué de leur consommation réduite;
 - Saluer les efforts et noter les changements visibles;
- Éviter la confrontation; essayer de voir les choses de leur point de vue;
- Visites brèves et fréquentes en se concentrant sur 1-2 messages clés;
- La prévention des rechutes doit être instituée tôt;
 - Hébergement, site de traitement loin des zones de consommation et des pairs;
- Aide à potentiellement limiter l'accès à l'argent;
- Réduction des méfaits;
 - TAO, fumer au lieu de s'injecter.



Contrôle pharmacologique de l'agitation causée par la méthamphétamine

- 1^{re} intention : Benzodiazépines
 - Lorazépam 2 mg SL ou PO q15min x 2
 - Diazépam 5 mg PO q15min x 2
 - Midazolam 5 mg IM q3-5min
- 2^e intention : Antipsychotiques atypiques
 - Olanzapine 5-10 mg PO
 - Rispéridone 2 mg PO
- 3^e intention : Antipsychotiques typiques
 - Halopéridol 2-10 mg IM/PO
- 4^e intention : Kétamine ou midazolam IV



Psychose induite par la méthamphétamine

- La plupart se résolvent à l'intérieur d'une semaine avec l'abstinence;
 - Pharmacologie pour l'agitation aiguë;
 - Benzodiazépines préférées si usage comorbide d'opiacés non soupçonné;
 - Antipsychotiques atypiques ajoutés comme adjuvants;
- Si les symptômes psychotiques persistent :
 - Réviser le diagnostic;
 - Impliquer un service compétent avec des diagnostics doubles;
 - Antipsychotiques atypiques.



Milieu de traitement

- Le traitement **intégré** de l'usage d'une substance et de la psychose est supérieur au traitement parallèle ou séquentiel;
- Idéalement, utilisation d'un programme spécialisé en troubles concomitants si disponible, sinon le meilleur traitement d'un programme spécialisé de traitement de la psychose;
 - Cependant, les patients consommant de la méthamphétamine peuvent mieux réussir avec un traitement de leur dépendance en premier.



Quelle est la durée de traitement optimale pour une nouvelle survenue de psychose?

- Chez les personnes potentiellement atteintes d'une psychose induite par une substance qui ne se résout pas rapidement avec l'abstinence, la durée du traitement antipsychotique la plus appropriée n'est pas claire;
- Suivez les lignes directrices pour un 1^{er} épisode psychotique comprenant 18 mois sous antipsychotique, particulièrement s'il y a des facteurs de risque d'une psychose persistante (**taux de conversion élevés**);
- Qui pourrait peut-être arrêter? Indicateurs potentiels :
 - Rémission complète des symptômes positifs et négatifs;
 - Évènement déclencheur identifiable;
 - Absence de déficits cognitifs;
 - Bonne introspection;
 - Soutien existant;
 - Courte durée de la psychose non traitée et court délai d'une réponse complète au traitement;
 - Absence d'antécédents familiaux.



Antipsychotiques

- **Atypiques** > Typiques;
- Des doses réduites peuvent être nécessaires!
- Peu d'études contrôlées à répartition aléatoire avec troubles comorbides : les études sont des séries de cas, rétrospectives ou ouvertes;
- Pour la psychose + TUS, meilleures données pour la **clozapine**;
 - Rétrospectif, biais de sélection;
- Pour la psychose – choisissez l'agent le plus susceptible d'être accepté et qui traite le mieux le trouble psychotique;
- APAP atypiques – mieux chez ceux ayant un réseau de soutien limité, stimulants?



Les antipsychotiques injectables à action prolongée (APAP) sont-ils meilleurs que les antipsychotiques à prise orale?

- Le débat persiste dans la littérature;
- Probablement mieux chez certains patients que d'autres :
 - Antécédents de non-observance/ordonnance de traitement communautaire (CTO);
 - Réseau de soutien limité;
 - Hébergement marginal;
 - Engagement minimal;
 - Faible introspection;
 - Risque élevé d'agression/violence;
- L'expérience semble démontrer que même sous un APAP, les gens manifestent toujours un état psychotique s'ils consomment de la méthamphétamine.



Perles sur la médication

- Aucun antipsychotique meilleur qu'un autre, seulement des profils d'effets secondaires différents;
- Les antipsychotiques ne traitent pas les troubles de l'usage d'une substance!
- Monothérapie (habituellement);
- Dose efficace la plus faible;
- 2 à 4 semaines pour voir un bienfait clinique;
 - « Tout arrive encore, mais cela semble ne pas me déranger autant maintenant »;
 - « Cela arrivait définitivement avant, mais pour une raison quelconque, cela n'arrive plus maintenant. »;
- Symptômes cibles (c.-à-d. sommeil, agitation).



Effets neuropsychologiques de l'usage chronique de stimulants (déficit de DA)

- Mémoire épisodique et apprentissage atténués – déficit des fonctions exécutives d'encodage et de récupération (frontostriatal);
- Flexibilité cognitive et inhibition de la réponse réduites (frontal);
- Choix impulsifs (frontal médian);
- Vitesse de traitement de l'information réduite (striatal);
- Attention, mémoire de travail altérées (CCA, CPFDL);
- Incertain si la durée et la sévérité de la consommation a une corrélation avec les résultats et la neurotoxicité?
- Les symptômes persistent avec une abstinence complète jusqu'à 9 mois; l'inhibition et la mémoire épisodique étant les dernières à se rétablir (si cela se produit).



Psychostimulants pour réduire les méfaits ou pour le TDAH chez les personnes atteintes de psychose?

- Le cannabis et les stimulants font une vilaine combinaison;
- Essais du bupropion (6), du méthylphénidate (6), du modafinil (3) et de la dextroamphétamine (2);
 - Aucun effet sur la rétention au traitement ou sur les taux d'abstinence;
 - Réductions minimales de la consommation à court terme;
 - Taux élevés d'abandon (> 50 %);
- Les psychostimulants empirent la psychose, par conséquent à éviter en cas de psychose induite par un stimulant ou un trouble psychotique primaire;
- Taux de réhospitalisation de 40 % après une psychose si des stimulants sont prescrits.



Autres agents pharmacologiques essayés sans bénéfices pour le trouble de l'usage de stimulants

- Antidépresseurs – Bupropion, mirtazapine, sertraline
- Anticonvulsifs – Topiramate, gabapentin
- Naltrexone
- Baclofène
- Ondansétron
- Rivastigmine, sélégiline



Traitements psychosociaux avec bienfaits

- TCC/prévention des rechutes;
- Modèle matriciel : TCC (individuelle et de groupe), psychoéducation pour le patient et sa famille;
 - Centré sur les habiletés prévenant les rechutes :
 - Évitement des drogues;
 - Identification des déclencheurs;
 - Techniques pour refuser les drogues;
- Gestion des contingences;
- EM/interventions brèves – données limitées.



Conclusions

- Les symptômes psychotiques surviennent chez 40 % des consommateurs de méthamphétamine;
- L'agitation entraînée par la méthamphétamine est mieux contrôlée à l'urgence par des antipsychotiques atypiques ou des benzodiazépines;
- La plupart des psychoses induites par la méthamphétamine se résorbent avec l'abstinence seule après environ une semaine;
- Pour des symptômes psychotiques persistants, revoyez le diagnostic, traitez avec un antipsychotique atypique et assurez-vous de l'engagement envers les services concomitants reliés aux dépendances et à la psychose;
- Utilisez la TCC ou des approches de prévention des rechutes se concentrant sur l'évitement des drogues, l'identification des déclencheurs et les techniques pour refuser les drogues.





RUCMR-PSYCH

Didier Jutras-Aswad, M.D., M. Sc., FRCPC, DRCPSC

Divulgation d'intérêts

Dr Didier Jutras-Aswad :

- J'ai reçu des produits de recherche de Cardiol Therapeutics et d'Exka (2022-24) pour des études cliniques financées par le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec;
- Au cours des 36 derniers mois, j'ai reçu des subventions/contrats pour des recherches reliées à l'usage de substances d'agences publiques et gouvernementales et j'ai été consultant expert concernant des enjeux reliés aux substances et à la santé mentale auprès d'agences publiques et/ou gouvernementales. Je suis un administrateur de la Commission de la santé mentale du Canada et de la Fondation du CHUM.



Reconnaissance

J'aimerais reconnaître que je vis et travaille à Tiohtià:ke/Montréal sur des territoires non cédés de la Nation Kanien'kehá:ka. Plusieurs de mes activités de recherche ont lieu sur des terres traditionnelles, non cédées et continuellement occupées de plusieurs Premières Nations à travers ce qui est maintenant appelé Canada.



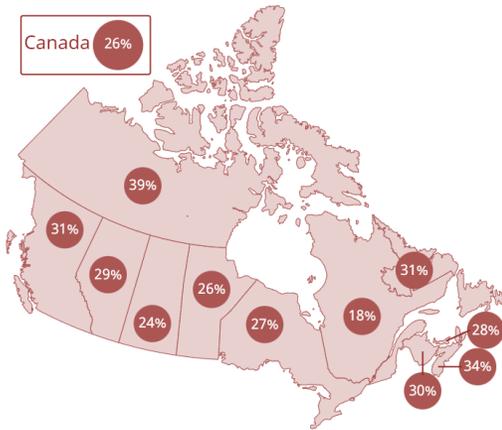
Objectifs d'apprentissage

Après avoir pris part à cette session, les participants seront mieux à même de faire ce qui suit :

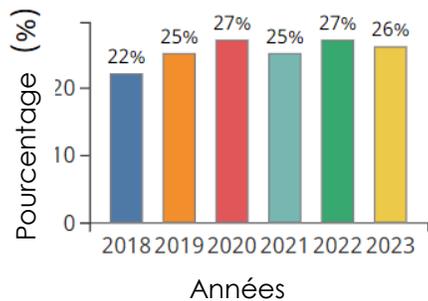
- Parler de la pertinence des approches pour réduire le risque des méfaits liés au cannabis chez les personnes atteintes de psychose;
- Connaître les initiatives et les outils actuels ayant pour but de réduire le risque de méfaits liés au cannabis;
- Appliquer certaines stratégies pour réduire le risque des méfaits liés au cannabis chez les personnes atteintes de psychose.



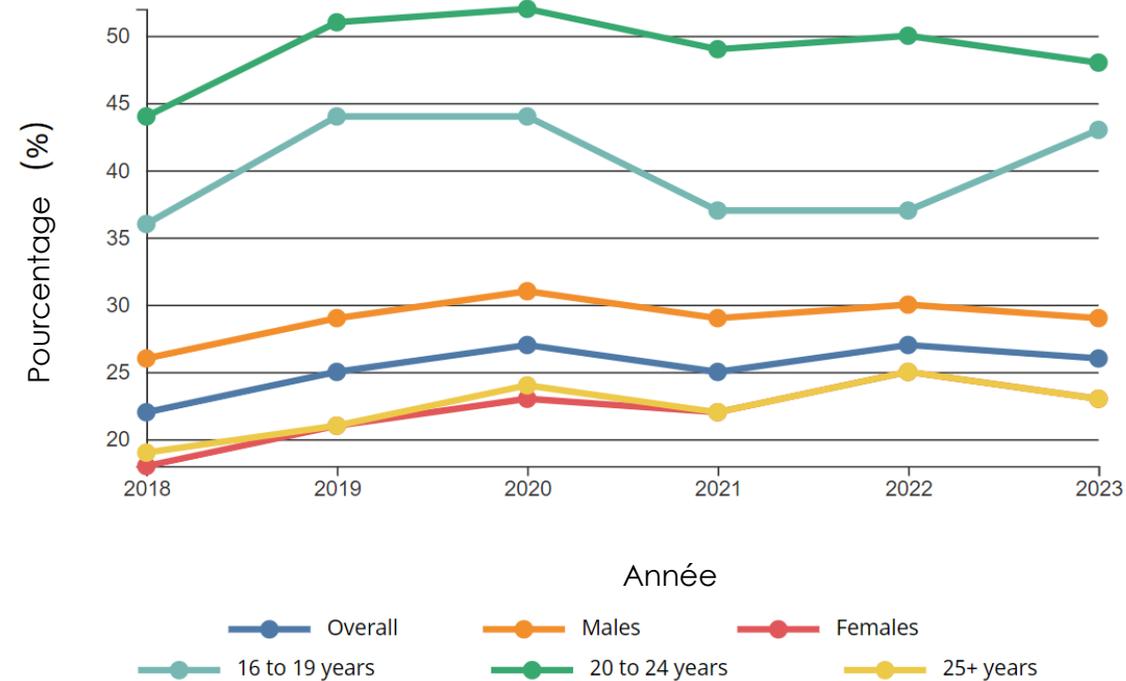
Après 5 ans - Enquête canadienne sur le cannabis



Augmentation de 22 % en 2018 à 26 % en 2023 et stabilité entre 2022 (27 %) et 2023 (26 %)



Usage du cannabis au cours des 12 derniers mois de 2018 à 2023 selon les ECC



Après 5 ans

Commentary

Outcomes associated with nonmedical cannabis legalization policy in Canada: taking stock at the 5-year mark

Benedikt Fischer PhD, Didier Jutras-Aswad MD MSc, Wayne Hall PhD

■ Cite as: *CMAJ* 2023 October 10;195:E1351-3. doi: 10.1503/cmaj.230808

In October 2018, Canada was the first G-20 nation to implement the legalization of nonmedical cannabis use and supply for adults.¹ Cannabis legalization in Canada had the primary objectives of improving cannabis-related public health and safety; reducing youth access to cannabis; and reducing cannabis-related crime and illegal markets, mainly by allowing adult cannabis use and related behaviours as a legal, regulated activity. We discuss whether, 5 years on, these objectives have been met, drawing on systematic reviews and recent primary studies for our observations.¹⁻³

The Canadian legalization framework comprises a federal law (*Cannabis Act*) and related regulations, some of which are subject to provincial refinements. Some of the main parameters of legal cannabis use and access are a personal possession limit of 30 g of dried cannabis (or equivalents) in public by adults (with a minimum age of 18-21 yr, depending on the province); restricting use to nonpublic settings (in most provinces); incremental retail sale of flower, extracts or liquids, and ingestible cannabis products; cannabis sales by commercial or public retail systems (or both, in some provinces) and via the Internet; limited home cultivation (in most provinces); and national *per se* law- and threshold-based restrictions of cannabis-impaired driving.

National survey data monitoring cannabis usage before and after cannabis legalization showed an increase in the prevalence of cannabis use (from 22% in 2017 to 27% in 2022), although rates of near-daily to daily use remained relatively stable (24%-25%).⁴ In contrast, significant increases in the prevalence of cannabis use (adjusted odds ratio [OR] 1.62, 95% confidence interval [CI] 1.40-1.86), daily cannabis use (adjusted OR 1.59, 95% CI 1.21-2.07) and cannabis use-related problems (adjusted OR 1.53, 95% CI 1.20-1.95) from 2001 to 2019 were shown in a study of the Ontario adult population.⁵ The prevalence of cannabis use among youth (30%-50%, depending on the survey) and perceived access to cannabis by minors have remained mostly stable at the high levels observed before legalization.^{1,4}

Studies have mostly shown increased cannabis-related emergency department presentations and admissions to hospital over the course of legalization. For example, a time-series analysis

Key points

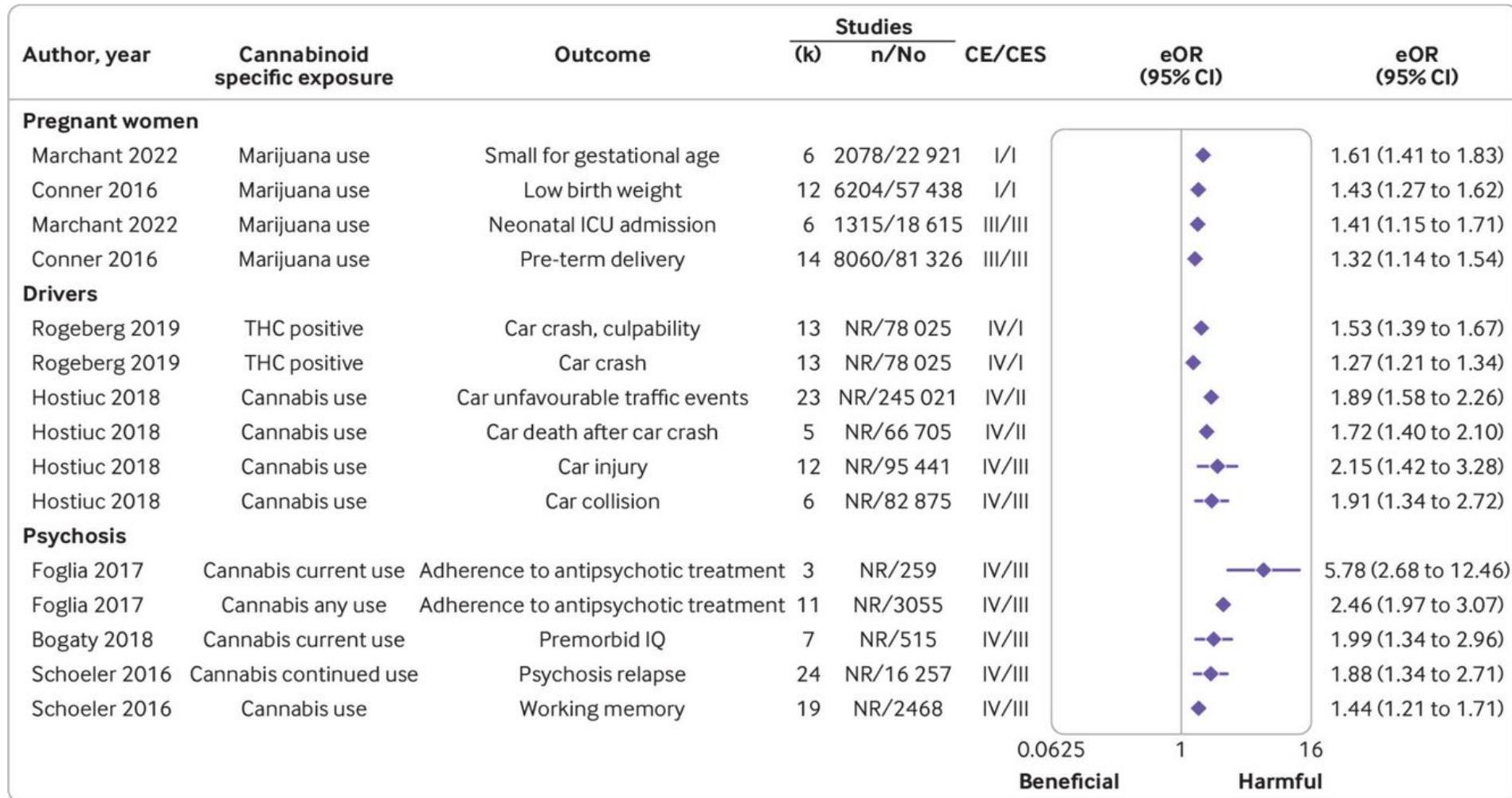
- In October 2018, recreational use of cannabis was legalized in Canada with the primary objectives of improving cannabis-related public health and safety, reducing youth access to cannabis, and reducing cannabis-related crime and illegal markets.
- Five years after policy implementation, available evidence suggests that outcomes related to health — such as the prevalence of cannabis use, cannabis-related emergency department visits and admissions to hospital and cannabis-impaired driving — have mostly increased or remained steady.
- Data on some important health indicators are unavailable.
- Substantial reductions in criminal arrests and charges related to cannabis use — and related stigma and other personal burdens — among both adults and youth should be noted as related positive social justice and possibly indirect public health outcomes.
- Continued measurement of key health and social outcomes, as well as robust ways to integrate diverse data when evaluating policy outcomes, are needed to inform evidence-based adjustments to regulatory parameters that will more effectively serve the declared public health objectives of cannabis legalization in Canada.

found a 20.0% (95% CI 6.2%-33.9%) increase in emergency department presentations for cannabis-related disorders and poisonings among youth in Ontario and Alberta.⁶ One population-based study in Ontario found a 12%-22% increase in cannabis-attributable adult emergency department visits since legalization to May 2021.⁷ Other Ontario studies have shown a 13-fold increase (0.26/100 000 people to 3.43/100 000 people) in monthly rates of emergency department presentations for cannabis hyperemesis syndrome, an increase in rates of emergency department visits for cannabis-induced psychosis (incidence rate ratio 1.30, 95% CI 1.02-1.66) and a near doubling (11.0/100 000 people to 20.0/100 000 people) in acute episodes of pregnancy care in which cannabis was present, predominantly associated with legalization's commercialization phase in Ontario (from March 2020 onward).⁸⁻¹¹ A recent repeated cross-sectional study reported an almost threefold increase in rates of emergency

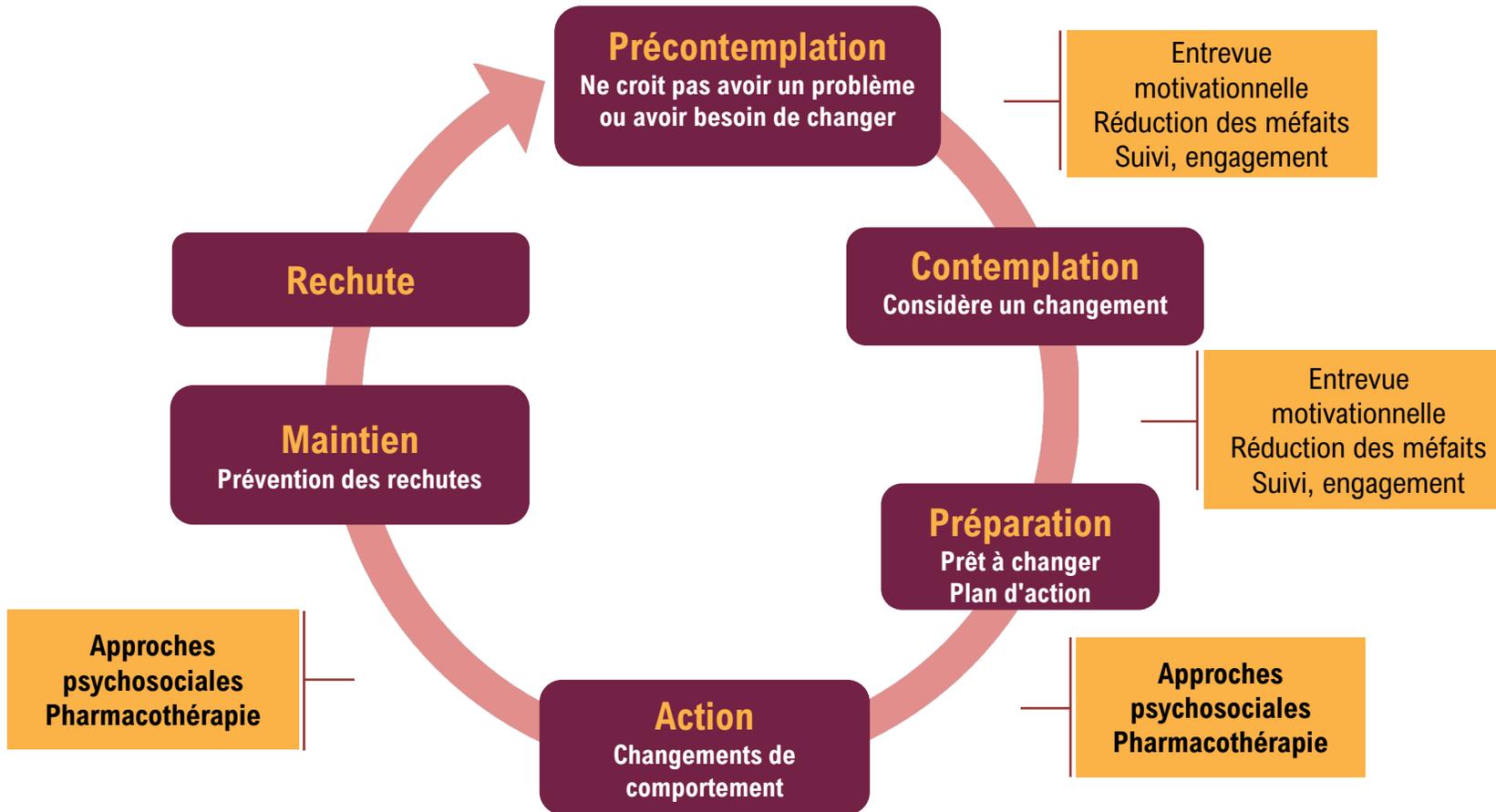
- La plupart des indicateurs de santé publique (consommation, utilisation des services, etc.) sont stables ou légèrement détériorés;
- Bienfaits marqués en termes de fardeau légal, de justice sociale et de stigmatisation;
- Il y a toujours un besoin de comprendre les effets du cannabis, les impacts de la légalisation et de mettre en place de meilleures stratégies pour réduire les risques associés à cette substance.



Résultats reliés aux cannabis et psychose



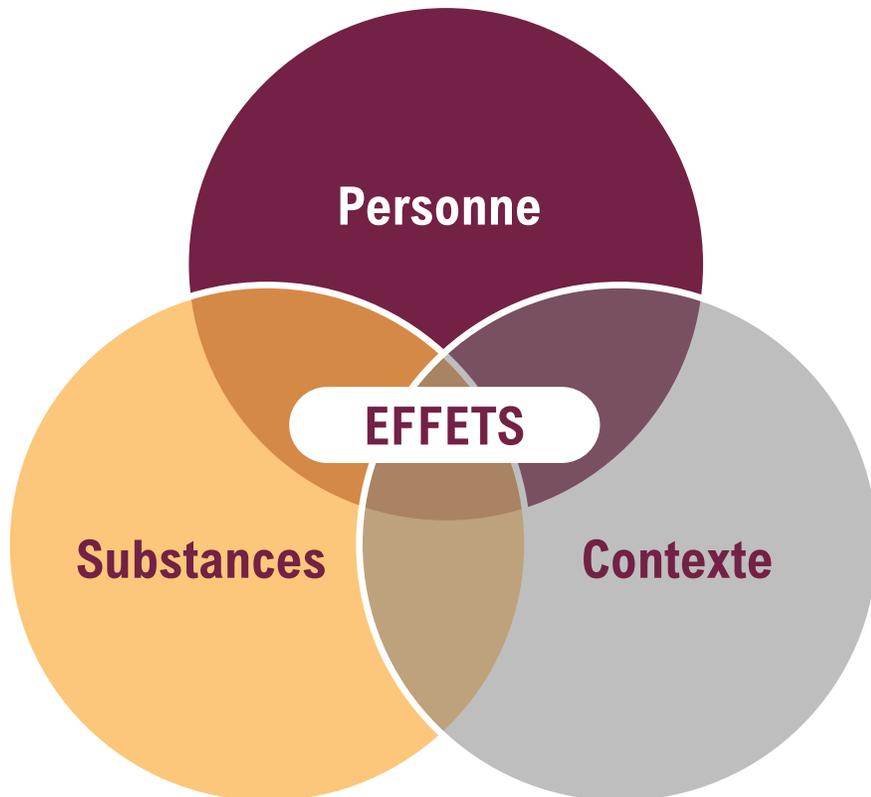
Interventions pour le trouble de l'usage du cannabis : Survol



- Plusieurs limitations;
- Pouvant guider le type d'intervention à mettre en œuvre;
- Soulignant surtout la possibilité d'intervention peu importe le stade de changement.



Cannabis et santé



• Usage du cannabis/cannabinoïdes

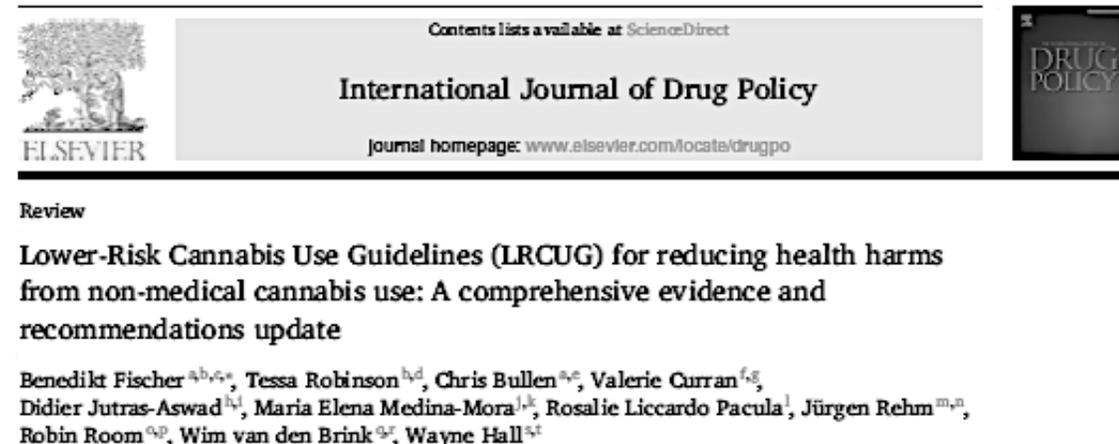
- Contenu en cannabinoïdes
- Posologie, mode d'administration
- Durée, intensité et temps d'exposition
- Caractéristiques individuelles
- Conditions sous-jacentes, à traiter
- Attentes, perception envers la substance
- Environnement de consommation

- Effets thérapeutiques
- Effets indésirables liés à la santé et à l'aspect social



Réduction des méfaits liés au cannabis

- RUCMR : Outil ayant pour but de réduire le risque pour la santé;
- Selon les données scientifiques ayant pour but de refléter les facteurs de risque primaires modifiables;
- Développé avec une approche de santé publique - pas spécialement conçu pour les individus atteints de troubles psychiatriques;
- Mise à jour en 2021.



Appuis

Les RUCMR ont fait l'objet d'un avis favorable des organismes suivants :



Conseil des médecins hygiénistes en chef

Remerciements

Les Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque (RUCMR) sont le résultat d'un projet d'intervention fondé sur les connaissances scientifiques les plus fiables en matière de consommation. Ce projet, une réalisation de l'Initiative canadienne de recherche en abus de substances (ICRAS), est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). La version française a été rédigée en collaboration avec l'Équipe cannabis, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

10 FAÇONS

de réduire les risques pour votre santé quand vous consommez du cannabis

Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque (RUCMR)

Voici **10 recommandations** pour vous aider à consommer du cannabis de manière plus sécuritaire. Elles sont fondées sur les données scientifiques disponibles les plus fiables.

- 1** Sachez que toute forme de cannabis présente des risques pour la santé. **La seule manière d'éviter tout risque, c'est de ne pas en consommer.** Si vous choisissez de consommer du cannabis, réduisez les risques pour votre santé en respectant les recommandations suivantes.
- 2** Plus jeune vous commencerez à en consommer, plus vous augmenterez vos risques de problèmes de santé graves. Les adolescents, en particulier ceux de moins de 16 ans, devraient repousser le moment de leur première consommation de cannabis le plus longtemps possible. **Retardez le plus longtemps possible le moment de votre première consommation de cannabis pour diminuer le risque de problèmes de santé liés à cette substance.**
- 3** Un produit de cannabis qui est puissant ou concentré est plus nocif pour votre santé. En consommant des produits à haute teneur en tétrahydrocannabinol (THC), principal ingrédient psychoactif du cannabis, vous devenez plus vulnérable à l'apparition de problèmes graves, tels que la dépendance ou d'autres troubles de santé mentale. Le cannabidiol (CBD), autre ingrédient du cannabis, module certains des effets psychoactifs du THC. **Si vous choisissez de consommer, optez pour des produits moins puissants, c'est-à-dire à plus faible teneur en THC ou qui contiennent une proportion plus élevée de CBD par rapport au THC.**
- 4** **Évitez les cannabinoïdes synthétiques.** La plupart d'entre eux sont plus puissants et plus dangereux que le cannabis naturel. K2 et Spice en sont des exemples. Leur consommation peut entraîner de graves problèmes de santé, comme des convulsions, des troubles du rythme cardiaque, des hallucinations et, dans de rares cas, la mort.
- 5** **Fumer du cannabis brûlé (dans un joint par exemple) est le mode de consommation le plus nocif parce qu'il touche directement les poumons.** D'autres options sont moins dommageables pour les poumons, comme la vaporisation et l'ingestion d'aliments contenant du cannabis, mais gardez à l'esprit qu'elles ne sont pas non plus sans risque.
- 6** **Si vous décidez de fumer du cannabis, évitez de prendre de grandes bouffées ou de retenir votre respiration.** Ces pratiques d'inhalation augmentent la quantité de substances toxiques absorbée par les poumons et le corps, et peuvent entraîner des problèmes pulmonaires.
- 7** Plus fréquemment vous consommez du cannabis, plus vous courez le risque de problèmes de santé, surtout si vous en consommez chaque jour ou presque. Limiter votre consommation à un usage occasionnel au plus, par exemple une fois par semaine ou le week-end, est une bonne façon de réduire les risques pour votre santé. **Essayez autant que possible de limiter votre usage du cannabis.**
- 8** **Le cannabis réduit votre capacité à conduire un véhicule ou à faire fonctionner des machines. Ne faites pas ces activités après avoir consommé du cannabis et tant que vous en ressentez les effets.** Ces effets durent généralement au moins six heures, mais ce temps varie d'une personne à l'autre et selon le produit utilisé. La prise conjointe de cannabis et d'alcool affaiblit encore plus vos facultés. Évitez cette combinaison avant de conduire ou de vous servir de tout type de machinerie.
- 9** Certaines personnes sont plus vulnérables à l'apparition de problèmes de santé liés à la consommation de cannabis. **Évitez de consommer du cannabis si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de psychose ou de problèmes liés à l'utilisation d'une substance. Les femmes enceintes devraient aussi l'éviter complètement.**
- 10** **Évitez de combiner les comportements à risque décrits ci-dessus.** Lorsque vous prenez du cannabis, plus vous cumulez de risques, plus vous risquez de faire du tort à votre santé.

Notez que ces recommandations visent principalement l'usage non thérapeutique du cannabis.

Révision : 2018

Référence

Fischer, B., C. Russell, P. Sabioni, W. van den Brink, B. Le Foll, W. Hall, J. Rehm et R. Room. « Lower-risk cannabis use guidelines (LRCUG): An evidence-based update ». *American Journal of Public Health*, vol. 107, n° 8 (2017). DOI: 10.2105/AJPH.2017.303818.

Recommandations pour réduire les risques d'effets indésirables reliés au cannabis

- RUCMR-PSYCH : Élaboration de recommandations factuelles alignées avec les données de santé publique, avec un accent sur la psychose;
- Le cadre conceptuel est inspiré des RUCMR;
- Ces recommandations ont pour but de fournir des informations aux individus pour comprendre les risques liés à leur usage du cannabis et pour faire des choix concernant leur consommation.

Soutien de :



Fischer, B. et al. Int J Drug Policy (2021); Fischer B et al., J Dual Diagn (2023)



11 recommandations pour réduire le risque de psychose lors de la consommation de cannabis

* La seule manière d'éviter complètement une psychose liée au cannabis est de ne pas en consommer. Si vous décidez d'en consommer, les recommandations suivantes peuvent vous aider à réduire les risques liés à la psychose.

1 Génétique

Certaines personnes sont plus susceptibles que d'autres de développer une psychose à cause du cannabis.



Idéalement, vous ne devriez pas consommer de cannabis si vous avez déjà éprouvé des symptômes de psychose ou si un parent, un frère, une sœur ou un enfant souffre de troubles psychotiques. Si vous choisissez de consommer du cannabis, essayez d'en réduire la quantité et la fréquence.

2 Âge de la consommation

Si vous commencez à consommer du cannabis à un jeune âge, votre risque de psychose augmente. Évitez de consommer du cannabis ou retardez la première consommation à l'adolescence. En raison des risques pour la santé mentale, les personnes âgées de 65 ans et plus doivent être prudentes et ne pas consommer de grandes quantités de cannabis.

3 Teneur

Le tétrahydrocannabinol (THC) est le principal ingrédient du cannabis qui provoque les effets psychoactifs. Il s'agit également du principal élément responsable des effets du cannabis sur la psychose. La consommation de cannabis à plus forte teneur de cannabidiol (CBD), qui n'est pas toxique, peut atténuer certains des risques associés à des niveaux élevés de THC. Si vous consommez du cannabis, choisissez des produits à faible teneur en THC ou présentant un rapport CBD-THC élevé. Procurez-vous votre cannabis auprès d'une source réglementée dans la mesure du possible.

4 Fréquence

Plus vous consommez de cannabis, plus votre cerveau y est exposé et plus vous risquez de développer des symptômes psychotiques. Maintenir votre fréquence de consommation de cannabis à une fois par semaine ou moins est un bon moyen de réduire vos risques. De façon générale, essayez de limiter votre consommation de cannabis le plus possible.

5 Méthode de consommation

Chaque produit du cannabis présente ses risques. Soyez conscient des risques particuliers liés à la manière dont vous choisissez de consommer du cannabis et, en particulier, à la consommation de THC qui y est associée.

- L'ingestion (ex. produits comestibles) implique généralement des doses de THC plus faibles, mais retarde l'apparition des effets du cannabis de 1 à 2 heures et prolonge leur durée; essayez donc de ne pas en consommer trop.
- Les produits par inhalation (ex. fumer, vapoter, pipe à eau) et plus particulièrement ceux à teneur élevée en THC sont associés à des risques de psychose plus élevés.

6 Mélange de substances

Évitez de consommer du cannabis avec d'autres substances comme l'alcool, le tabac et les drogues illicites. Cela réduira le risque de psychose liée au cannabis et sera meilleur pour votre santé en général.

7 Troubles psychotiques

Si vous avez déjà fait une psychose, consommer du cannabis pourrait empirer vos symptômes et votre réponse au traitement. La meilleure chose à faire est de cesser de consommer du cannabis ou réduire le plus possible votre consommation. L'utilisation de produits de cannabis à faible teneur en THC et à forte teneur en CBD peut également contribuer à réduire les risques de persistance des symptômes de la psychose.



8 Interactions médicamenteuses

Le cannabis peut interagir avec les médicaments contre la psychose et peut influencer l'efficacité du traitement. Si vous recevez un traitement pour un trouble psychotique, vous devriez réduire ou idéalement cesser de consommer du cannabis. Si vous continuez à consommer du cannabis, avertissez votre professionnel de la santé afin qu'elle ou lui puisse vous suggérer le meilleur traitement pour vous et l'ajuster, au besoin.

9 Prendre des pauses

Si vous souffrez de psychose et n'êtes pas capable d'arrêter complètement de consommer du cannabis, envisagez de réduire votre consommation ou de faire des pauses (ex. en prolongeant les périodes d'attente entre deux consommations). Les effets bénéfiques peuvent mettre un certain temps à se manifester, mais dans certains cas, cela peut améliorer les symptômes de psychose.



10 Combiner les comportements à risque

Évitez de combiner plusieurs facteurs de risque comme indiqué ci-dessus. Plus vous prenez de risques (ex. la consommation fréquente de cannabis à teneur élevée en THC à un jeune âge), plus vos probabilités de souffrir de psychose augmentent.

11 Autres problèmes de santé

La psychose n'est pas le seul problème de santé que cause la consommation de cannabis. Parmi les autres risques, notons la dépendance, les maladies pulmonaires et cardiaques, les blessures dues à l'affaiblissement des facultés par le cannabis (par exemple, au volant) et les effets indésirables sur la grossesse. Pour protéger votre santé globale, soyez attentif à ces risques et évitez surtout de consommer fréquemment du cannabis à dose élevée.



Journal of Dual Diagnosis

research and practice in substance abuse comorbidity

ISSN: (Print) (Online) journal homepage: <https://www.tandfonline.com/doi/wjdd20>



Recommendations for Reducing the Risk of Cannabis Use-Related Adverse Psychosis Outcomes: A Public Mental Health-Oriented Evidence Review

Benedikt Fischer, Wayne Hall, Thiago M. Fidalgo, Eva Hoch, Bernard Le Foll, Maria-Elena Medina-Mora, Jens Reimer, Philip G. Tibbo & Didier Jutras-Aswad

Boîte à outils pour les RUCMR-PSYCH

Les RUCMR-PSYCH doivent être communiquées de façon efficace, ce qui nécessite également d'adapter la façon dont ces recommandations sont transmises aux individus et au public.

Balayez-vous pour accéder à différents outils cliniques



[CANNABIS-PSYCHOSE.CA](https://cannabis-psychose.ca)



Outils pour les cliniciens, les professionnels de la santé et les individus à risque de psychose consommant du cannabis



RUCMR-PSYCH Résumé des données

DONNÉES PROBANTES

Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque dans le cas de psychoses (RUCMR-PSYCH)

Recommandations fondées sur des données probantes pour la diminution des risques de psychose liés à la consommation de cannabis

Consommation de cannabis et psychose

Le cannabis est l'une des drogues les plus consommées dans le monde, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes. Au Canada, la consommation de cannabis à des fins non médicales a été légalisée en 2018, ce qui a suscité des inquiétudes quant à l'augmentation des risques pour la santé liés au cannabis. Bien que la plupart des consommateurs de cannabis n'éprouvent pas de problèmes graves, il a été démontré que la consommation de cannabis, en particulier lorsqu'elle est fréquente, est l'un des nombreux facteurs de risque impliqués dans le développement de troubles psychotiques. Ce n'est qu'une faible proportion de la population qui est atteinte de psychoses en lien avec la consommation de cannabis, mais ces personnes peuvent avoir besoin d'un traitement et de soins à long terme. La prévalence de la consommation de cannabis est également beaucoup plus élevée chez les personnes qui vivent avec un trouble psychotique, bien qu'elle soit associée à des effets indésirables.

Comment les RUCMR-PSYCH ont-elles été élaborées?

Ces recommandations ont été élaborées par des experts internationaux en toxicomanie et en santé et sont fondées sur un examen exhaustif d'études et du classement de la littérature scientifique sur la consommation de cannabis et ses liens avec le développement, l'évolution et les risques de psychose. L'approche conceptuelle des RUCMR-PSYCH est inspirée des Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque d'abord publiées en 2011 et dont des itérations ont été apportées ultérieurement. La version plus récente a été publiée en 2022 (Fischer et coll.).

La description et l'évaluation critique, qui constituent la base des recommandations suivantes, se trouvent dans le document d'examen des preuves publié en 2023 dans le *Journal of Dual Diagnosis* (Fischer et coll.).



RUCMR-PSYCH Brochure



RUCMR-PSYCH Outil d'aide au dialogue

CANNABIS ET PSYCHOSE

Outil d'aide au dialogue pour les cliniciens

Vous pouvez vous servir du guide pour :

- ✓ Commencer à parler, de façon appropriée, de réduire les effets négatifs de la consommation de cannabis en lien avec la psychose.
- ✓ Établir une relation positive, sans jugement et où la confiance règne avec les personnes en suivi.
- ✓ Discuter avec les personnes de leurs motivations, de leurs objectifs et de leurs habitudes de consommation de cannabis.
- ✓ Déterminer et formuler des recommandations pour réduire les risques de psychose causée par le cannabis.

À propos de cet outil

Cet outil d'aide au dialogue offre aux cliniciens des conseils sur la manière d'aborder les conversations sur la consommation de cannabis avec les personnes ayant vécu des épisodes psychotiques et/ou ayant reçu un diagnostic de trouble(s) psychotique(s), ainsi que le langage pour entretenir ces conversations.

La consommation de cannabis est étroitement liée à l'augmentation du risque de développer une psychose et à l'aggravation de l'état des personnes ayant déjà un trouble psychotique. Les cliniciens peuvent jouer un rôle important en accompagnant les personnes vers la guérison de la psychose et la réduction des risques d'épisodes psychotiques dans l'avenir. Pour certaines personnes, l'abstinence peut s'avérer la solution, mais pour plusieurs cela est tout simplement trop difficile, indésirable ou non durable. Le guide suivant propose un soutien à la conversation basé sur les principes de la réduction des risques, en utilisant les recommandations fondées sur des données probantes tirées des Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque dans le cas de psychoses (RUCMR-PSYCH).

Même si cet outil d'aide au dialogue concorde avec les approches fondées sur des données probantes pour le changement de comportement en matière de santé comme l'entretien motivationnel (EM) et les interventions de

Objectif

Le but principal de cet outil de dialogue est de proposer des indices verbaux qui peuvent faciliter des conversations productives avec les individus à propos de leur consommation de cannabis et de leur psychose. L'objectif est d'aider les gens à faire le lien entre leur consommation de cannabis et la psychose et travailler avec eux pour identifier les changements qu'ils pourraient apporter à leur consommation de cannabis pour réduire les risques y étant associés. Comme dans toute conversation sur un autre comportement de santé, l'accent devrait être mis sur la participation de la personne dans la situation où elle se trouve, sur les informations et sur la réalisation des objectifs qu'elle s'est fixés tout en visant à améliorer la santé et le bien-être en général et à réduire les effets indésirables.

Comment utiliser cet outil

L'outil se divise en 5 étapes importantes de la conversation. Ces étapes sont conçues pour être itératives et pas nécessairement séquentielles. Elles peuvent se dérouler sur plusieurs rencontres avec la personne en fonction de son parcours et de sa volonté de discuter ou de changer de comportement. Chaque étape de la conversation comprend des facteurs clés à considérer accompagnés d'indices verbaux. Les indices sont tout simplement des exemples et les cliniciens sont encouragés à adapter le langage et les applications. Le but



Utiliser la technologie pour améliorer la mise en œuvre des meilleures pratiques

Review

Digital Interventions for Recreational Cannabis Use Among Young Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Behavior Change Technique Analysis of Randomized Controlled Studies

José Côté^{1,2,3}, RN, PhD; Gabrielle Chicoine^{3,4}, RN, PhD; Billy Vinette^{1,3}, RN, MSN; Patricia Auger^{2,3}, MSc; Geneviève Rouleau^{3,5,6}, RN, PhD; Guillaume Fontaine^{7,8,9}, RN, PhD; Didier Jutras-Aswad^{2,10}, MSc, MD

¹Faculty of Nursing, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

²Research Centre of the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

³Research Chair in Innovative Nursing Practices, Montreal, QC, Canada

⁴Knowledge Translation Program, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, Toronto, ON, Canada

⁵Department of Nursing, Université du Québec en Outaouais, Saint-Jérôme, QC, Canada

⁶Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care, Women's College Hospital, Toronto, ON, Canada

⁷Ingram School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montreal, QC, Canada

⁸Centre for Clinical Epidemiology, Lady Davis Institute for Medical Research, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital, Montreal, QC, Canada

⁹Kirby Institute, University of New South Wales, Sydney, Australia

¹⁰Department of Psychiatry and Addictology, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada

Corresponding Author:

José Côté, RN, PhD
 Research Centre of the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
 850 Saint-Denis
 Montreal, QC, H2X 0A9
 Canada
 Phone: 1 514 890 8000
 Email: jose.cote@umontreal.ca

Abstract

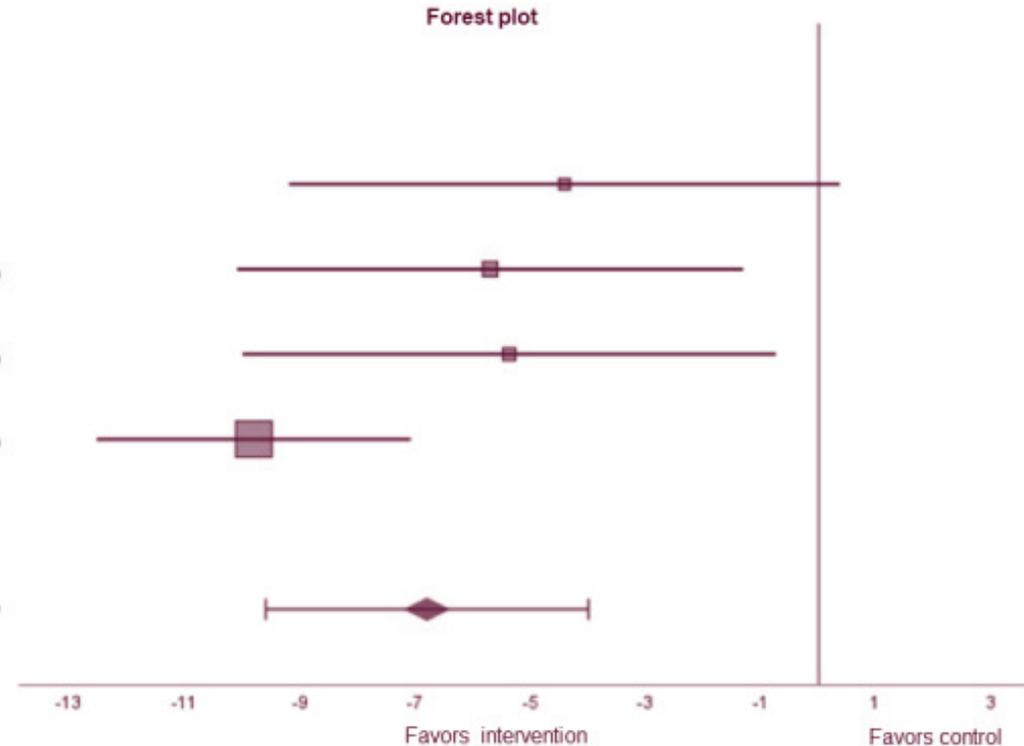
Background: The high prevalence of cannabis use among young adults poses substantial global health concerns due to the associated acute and long-term health and psychosocial risks. Digital modalities, including websites, digital platforms, and mobile apps, have emerged as promising tools to enhance the accessibility and availability of evidence-based interventions for young adults for cannabis use. However, existing reviews do not consider young adults specifically, combine cannabis-related outcomes with those of many other substances in their meta-analytical results, and do not solely target interventions for cannabis use.

Objective: We aimed to evaluate the effectiveness and active ingredients of digital interventions designed specifically for cannabis use among young adults living in the community.

Methods: We conducted a systematic search of 7 databases for empirical studies published between database inception and February 13, 2023, assessing the following outcomes: cannabis use (frequency, quantity, or both) and cannabis-related negative consequences. The reference lists of included studies were consulted, and forward citation searching was also conducted. We included randomized studies assessing web- or mobile-based interventions that included a comparator or control group. Studies were excluded if they targeted other substance use (eg, alcohol), did not report cannabis use separately as an outcome, did not include young adults (aged 16-35 y), had unpublished data, were delivered via teleconference through mobile phones and computers or in a hospital-based setting, or involved people with mental health disorders or substance use disorders or dependence. Data were independently extracted by 2 reviewers using a pilot-tested extraction form. Authors were contacted to clarify study details and obtain additional data. The characteristics of the included studies, study participants, digital interventions, and their comparators were summarized. Meta-analysis results were combined using a random-effects model and pooled as standardized mean differences.

Results: Of 6606 unique records, 19 (0.29%) were included (n=6710 participants). Half (9/19, 47%) of these articles reported an intervention effect on cannabis use frequency. The digital interventions included in the review were mostly web-based. A total of 184 behavior change techniques were identified across the interventions (range 5-19), and *feedback on behavior* was the most frequently used (17/19, 89%). Digital interventions for young adults reduced cannabis use frequency at the 3-month follow-up

Study	Effect size
Baumgartner et al	-4.41 (-9.19 to 0.37)
Baumgartner et al	-5.70 (-10.09 to -1.31)
Rooke et al	-5.37 (-10.00 to -0.74)
Tossmann et al	-9.80 (-12.52 to -7.08)
Total (95% CI)	-6.79 (-9.59 to -4.00)

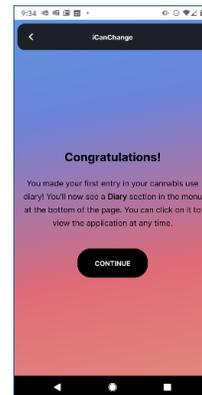
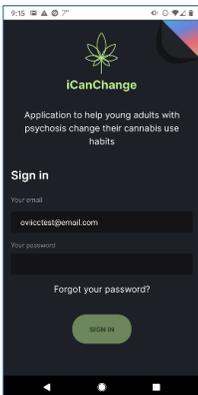


Random-effects model
 Heterogeneity: $\tau^2=3.9$, $I^2=1.94$, $R^2=0.48$

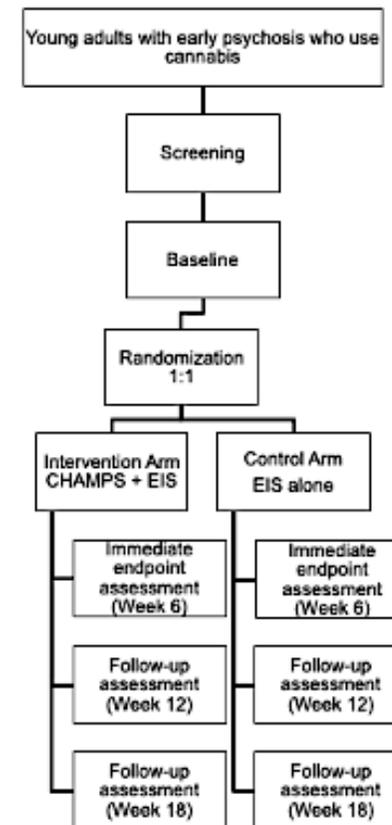


Adapter la technologie aux populations atteintes de troubles psychiatriques

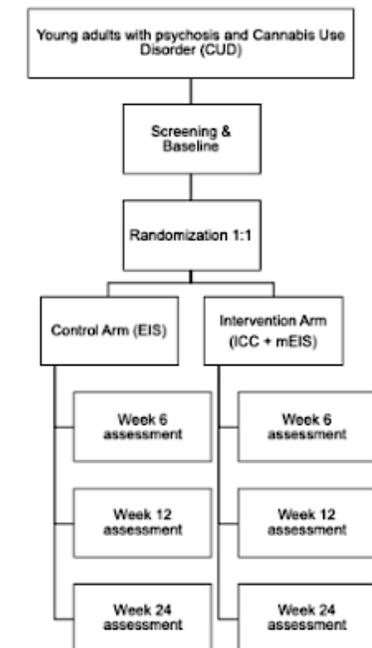
- Inspiré des approches factuelles (ex. : TCC, EM);
- Adapté pour les jeunes vivant avec la psychose;
- Processus de collaboration entre chercheurs, cliniciens et personnes ayant une expérience vécue;
- Testé actuellement (ECT pilote terminée).



CHAMPS



iCanChange



Remerciements

Chercheurs/collaborateurs des RUCMR-PSYCH

Coauteurs des RUCMR-PSYCH : Fischer B, Hall W, Fidalgo TM, Hoch E, Foll BL, Medina-Mora ME, Reimer J, Tibbo PG

Lucy Chester; équipe Changemark : Maddie Malone, Elizabeth Matzinger, Jill Fikowski

Personnes ayant une expérience vécue, experts cliniques (D Crockford, C Ouellet-Plamondon, C Schuetz, P Tibbo, A Wittevrongel)



Chercheurs/collaborateurs de CHAMPS-ICC

Amal Abdel-Baki

Jean Copeland

José Côté

Candice Crocker

David Crockford

Simon Dubreucq

Bénédict Fischer

Christophe Huynh

Tania Lecomte

Sophie L'Heureux

Clairéline Ouellet-Plamondon

Marc-André Roy

Philip Tibbo

Marie Villeneuve

AKUFEN

CITADEL

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants

Fonds de recherche
Santé
Québec

 Santé
Canada Health
Canada

Santé
et Services sociaux
Québec

CRCHUM
Centre de recherche

Université
de Montréal

