

CADRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS SUR



L'AIIC représente la profession infirmière du Canada à l'échelle nationale et mondiale. Elle

est le porte-parole des infirmières et infirmiers autorisés, praticiens, auxiliaires autorisés et

psychiatriques autorisés, des infirmières et infirmiers retraités ainsi que des étudiants en

sciences infirmières de l'ensemble des treize provinces et territoires.

Tous droits réservés. La permission de reproduction est accordée à des fins non

commerciales et à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Consultez

https://www.cna-aiic.ca/fr/home/conditions-dutilisation

© Droits d'auteur 2022, Association des infirmières et infirmiers du Canada

50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2 CANADA

Tél.: 613-237-2133 ou 1-800-361-8404, Téléc.: 613-237-3520

Site Web: www.cna-aiic.ca

® L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le logo de l'AIIC en

forme de flamme sont des marques déposées de l'Association des infirmières et infirmiers

du Canada.

ISBN 978-1-55119-457-8

Janvier 2022

Table des matières

Introduction	 . 4
Consultations menées auprès des intervenants	 . 4
Soudaine attention sur le cannabis	 . 7
Objet et aperçu de ce cadre	
Ligne temporelle du cannabis	 . 9
NAZIL III.	10
Méthodologie	
Étape 1 : détermination des éléments	
Étape 2 : analyse des éléments	
Étape 3 : exercices d'élaboration du cadre de simulation	
Étape 4 : réflexion et choix de l'élément principal	
Étape 5 : consultation	 . 14
Cadre sur le cannabis	 . 15
1: Client	 . 16
2: Infirmière	
3: Équité	
Stigmatisation	
Représentation	
4: Cannabis	
5: Données probantes	
Conclusions et recommandations	 . 23
Annexe : Modules de formation en ligne : Comprendre le cannabis	
dans la pratique clinique	 . 25
Références	 . 27

Introduction

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a accepté avec plaisir l'aide financière dans le cadre du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada afin d'examiner le paysage du cannabis à la suite de sa légalisation à des fins non médicales en octobre 2018. Nous avions comme objectif de comprendre comment cela influencerait la pratique infirmière et de créer des ressources éducatives pertinentes pour les infirmières et infirmiers qui répondent aux besoins de la profession. Les deux livrables suivants ont été définis : un document de portée nationale (soit le présent cadre) et des modules de formation en ligne (lancés depuis mai 2021). L'annexe A présente un résumé des modules de formation en ligne.

Consultations menées auprès des intervenants

Parmi les premières étapes de l'élaboration du présent cadre et des modules de formation en ligne, nous devions mener des consultations auprès des intervenants. Même si le PUDS visait à aborder la légalisation du cannabis à des fins non médicales et ses répercussions sur la pratique infirmière, la consultation nous a appris que les enjeux liés au cannabis à des fins non médicales et médicales se ressemblent parfois; ce document traite donc des deux finalités. (Ce cadre n'aborde pas le diagnostic et le dosage; pour obtenir de tels renseignements, les lecteurs doivent consulter les *Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes* de Santé Canada (Gouvernement du Canada, 2018).

Au cours des consultations menées auprès des intervenants, il est devenu évident que les infirmières et infirmiers avaient peu de formation sur le cannabis, même si la réglementation sur le cannabis à des fins médicales est en vigueur depuis 2001. Notre évaluation des besoins d'apprentissage a dévoilé des lacunes dans les connaissances sur ceci : le tétrahydrocannabinol (THC), le cannabidiol (CBD) et d'autres composants du cannabis; le système endocannabinoïde et les effets neurobiologiques du cannabis ainsi que les risques et les avantages fondés sur des données probantes du cannabis à des fins médicales et non médicales.

En fait, les risques et les avantages du cannabis à des fins médicales et non médicales mettent en lumière deux volets de complexité dans le domaine. Le premier volet concerne son utilisation : le cannabis prescrit à des fins médicales (soit autorisé par une infirmière praticienne ou un médecin et accessible directement auprès du producteur); le cannabis non prescrit à des fins médicales (soit la personne en détermine elle-même le besoin et se le procure chez les distributeurs) et le cannabis à des fins non médicales (soit l'utilisation médicale n'est pas pertinente ou n'est pas un critère ou un but). L'Enquête nationale sur le cannabis menée en avril 2021 a révélé que près de 25 % à 35 % des personnes qui utilisent du cannabis le font à des fins médicales et non médicales (Statistique Canada, 2021). Ce type de connaissances nécessitent une évaluation précise en soins infirmiers et de l'éducation en santé pour clarifier l'ensemble des risques et des avantages et communiquer de manière impartiale ces renseignements aux clients.

Le second volet de complexité résulte de l'information disponible sur le cannabis qui entraîne parfois la polarisation. Bien que l'information soit facilement accessible à l'aide de recherches sur Internet ou auprès des distributeurs de cannabis, elle peut être factuelle sans être fondée sur des données probantes. Les professionnels de la santé ne sont pas à l'abri de la partialité. Ils peuvent privilégier des renseignements plutôt que d'autres types de sources qu'ils jugent moins acceptables; notamment, se concentrer sur les résultats de la recherche provenant d'une boîte de Pétri et accepter la spéculation concernant les avantages chez les humains avant que des essais cliniques n'aient été menés. La discussion sur les méfaits et les bienfaits du cannabis peut polariser les chercheurs et entraver les consultations cliniques avec les clients.

La stigmatisation complexifie encore plus ces deux volets. Les infirmières et infirmiers interrogés dans le cadre de nos consultations ont déterminé des besoins de formation sur la stigmatisation vécue par les personnes consommant du cannabis. Ce besoin a été interprété comme un sous-produit après des années de position morale contre l'usage de substances, une position propagée et perpétuée par un mouvement de tempérance mondial. Au Canada, ce mouvement a découlé de la Loi de l'opium, 1908 et de la criminalisation éventuelle du cannabis. La ligne temporelle du cannabis à la page 09 représente visuellement l'histoire du cannabis au Canada.

La légalisation a facilité la recherche sur le cannabis, mais pour la pratique infirmière, il importe de savoir que ce sujet n'est pas neutre. Le personnel infirmier, les membres d'équipe et les chercheurs possèdent une expérience différente du cannabis et peuvent donc aborder le sujet différemment :

Différents acteurs peuvent faire confiance à des hypothèses épistémologiques dissemblables lorsqu'ils acquièrent et font appel à des types de connaissances distincts. Les médecins, les scientifiques et les décideurs politiques semblent compter sur les connaissances technoscientifiques (également nommées professionnelles, expertes ou « fondées sur des données probantes »), alors que les profanes font confiance à leurs connaissances locales ou fondées sur l'expérience... Dans la pratique clinique aussi, les limites entre la recherche scientifique, le jugement clinique et l'expérience demeurent floues [traduction] (Zarhin, Negev, Vulfsons et Sznitman, 2019, p. 3).

Cela était évident dans les consultations menées auprès des intervenants et la collecte de données connexes.

Entre autres éléments qui sont ressortis des consultations, on comptait les enjeux liés à l'accès équitable au cannabis à des fins médicales ou thérapeutiques et la nécessité de supprimer les dossiers criminels liés au cannabis. Ces sujets ont toujours été perçus selon l'intérêt des infirmières pour la sécurité et le bien-être des clients. Parmi toutes les consultations, les infirmières et infirmiers ont toujours manifesté de l'intérêt pour suivre de la formation sur les risques de l'utilisation du cannabis, la manière d'évaluer l'utilisation du cannabis et ses risques et de communiquer les risques à leurs clients.

Le paysage du cannabis est complexe. Pour le moment, nous prenons des « décisions... en fonction de données incomplètes ou contestées » [traduction] (Greenhalgh et Papoutsi, 2018). Ce cadre cherche à saisir les éléments de complexité dans la légalisation du cannabis.

Répercussions de la légalisation du cannabis sur la pratique infirmière

Avant sa légalisation, le cannabis n'était pas un sujet prédominant de la pratique infirmière ou des programmes d'études dans les écoles de sciences infirmières au Canada. Au cours du processus menant à sa légalisation et à la suite de celle-ci, tout cela a commencé à changer. En voici des exemples notables :

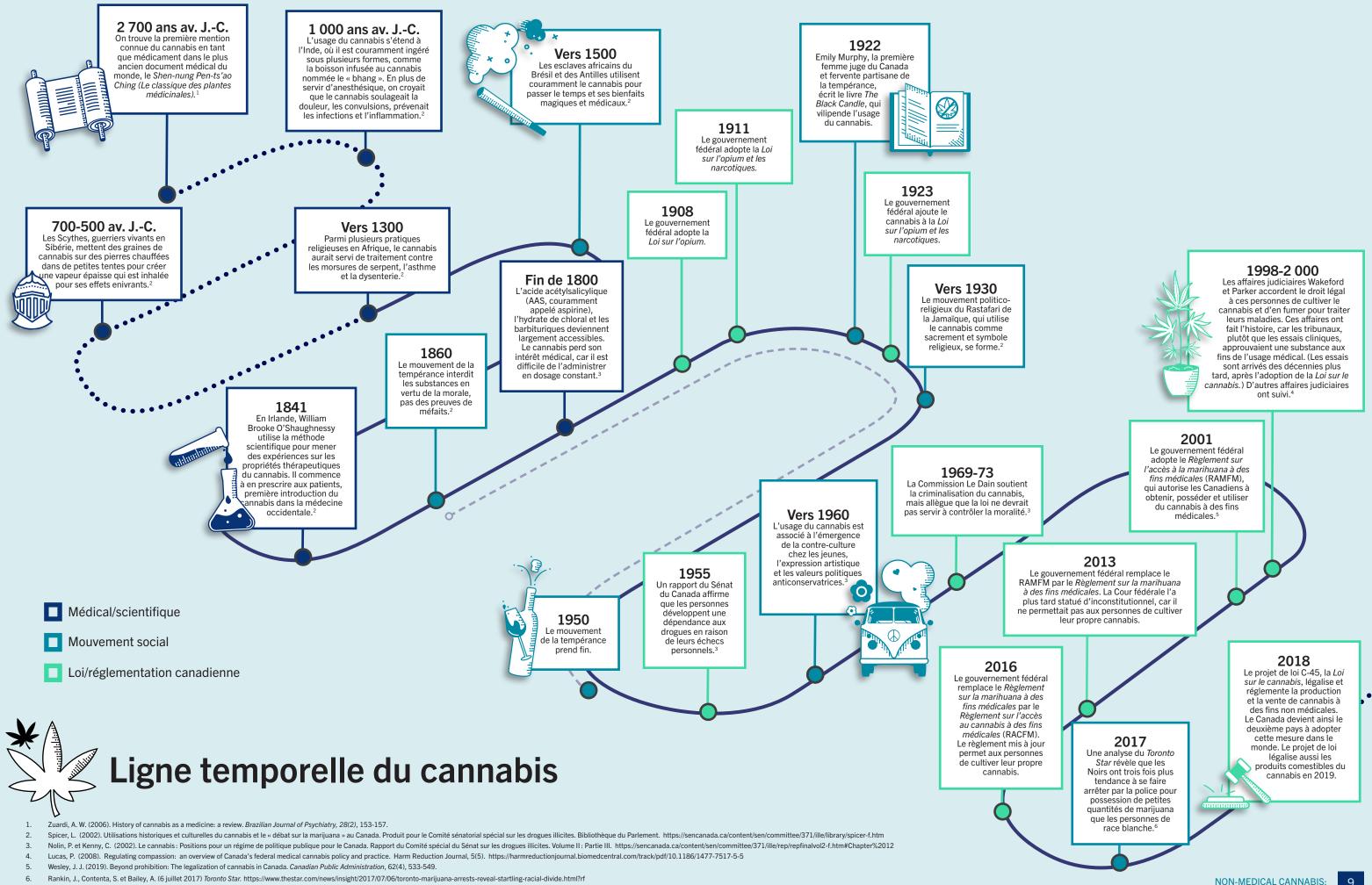
- Le système endocannabinoïde, à l'étude depuis les 25 dernières années, est maintenant devenu une « nouvelle » découverte pour le personnel infirmier du Canada (Lu et Mackie, 2016).
- La recherche en laboratoire, qui a révélé l'utilisation possible du cannabis pour traiter certains états de santé, a commencé à être confirmée dans des études cliniques (Mechoulam, 2016).
- Grâce aux données tirées d'études observationnelles à plus petite échelle, ainsi que des modèles animaux semblant indiquer que certains cannabinoïdes s'avéreraient efficaces dans la réduction des envies irrépressibles, les chercheurs se sont mis à étudier comment le cannabis pourrait réduire la consommation de cocaïne en Colombie-Britannique comme méthode de réduction des méfaits (Socias et coll., 2017).
- En raison de nouvelles voies d'administration, comprenant les produits de vapotage et comestibles, d'une culture où les normes changent rapidement et de la perception réduite du risque, il se peut que les connaissances actuelles et limitées sur les effets de l'exposition au cannabis pour les maladies psychotiques ne soient plus exactes (Wright, Cather, Gilman et Evins, 2020, p. 6).
- Dans une évaluation nationale des besoins menée en 2018 auprès des infirmières et infirmiers praticiens du Canada, 76 % ont mentionné un besoin de formation sur le cannabis élevé ou très élevé (Balneaves, Alraja, Ziemanski, McCuaig et Ware, 2018), même si le cannabis à des fins médicales est réglementé depuis 2001.
- L'Association médicale canadienne (AMC) a soulevé une préoccupation concernant les données probantes limitées à l'appui de bon nombre

d'allégations thérapeutiques visant le cannabis à des fins médicales (AMC, 2019, p. 1). L'AMC a affirmé « qu'il ne faudrait pas placer les médecins dans la position intenable de gardiens d'une intervention médicale proposée qui n'a pas été soumise aux examens réglementaires auxquels sont soumis tous les autres médicaments prescrits » (AMC, 2019, p. 2). L'AMC fait remarquer que la majeure partie des politiques sur le cannabis de Santé Canada répondent aux décisions du tribunal plutôt qu'aux résultats d'un examen réglementaire solide. Ces politiques comprennent le Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales (2001), le Règlement sur la marihuana à des fins médicales (2013), le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (2016) et la Loi sur le cannabis (2018).

Objet et aperçu de ce cadre

Le Cadre des infirmières et infirmiers sur le cannabis à des fins non médicales a pour objet de fournir un résumé écrit et visuel des enjeux médicaux et sociaux complexes liés au cannabis.

La ligne temporelle du cannabis présente une brève histoire du cannabis, allant de la première documentation de ses racines médicinales en 2 800 ans av. J.-C. jusqu'à sa légalisation au Canada en 2018 et l'émergence des produits comestibles dérivés du cannabis en 2019. La section sur la méthodologie décrit le processus itératif qui a servi à créer ce cadre. La section Éléments du cadre sur le cannabis explique les cinq éléments fondamentaux du cadre. Le présent document conclut par des recommandations.



MÉTHODOLOGIE



Méthodologie

Le Cadre des infirmières et infirmiers sur le cannabis à des fins non médicales a été conçu en cinq étapes.

Étape 1 : détermination des éléments

Au moyen d'une stratégie de discussion en collaboration appelée « réfléchir, comparer et partager », les intervenants de Toronto et de Yellowknife ont déterminé et défini les éléments du cadre (Kaddoura, 2013). Chaque intervenant a déterminé un élément qui, de son point de vue, devrait faire partie d'un cadre sur le cannabis et a rédigé une description de l'élément choisi au verso d'un papier sur lequel était tracé le contour d'une feuille.

Les intervenants ont ensuite partagé leur choix et sa description avec une ou un collègue. Toutes les explications ou nouvelles idées proposées dans le cadre de ce dialogue ont été notées en tant que révisions sur une fiche.

Après que chaque participant a débattu son choix, tous les éléments ont été partagés en plus grand groupe et abordés en détail. À cette étape, d'autres modifications et distinctions entre les éléments ont été apportées et les éléments communs ont été synthétisés lorsque possible. Trente-trois fiches ont été recueillies à la suite des consultations menées à Toronto et à Yellowknife.

Étape 2: analyse des éléments

Les éléments et les définitions qui se sont dégagés des consultations menées auprès des intervenants, comme mentionnés à la première étape, ont fait l'objet d'une analyse par les responsables de projet et les pairs. Après le retrait des dédoublements et le regroupement des thèmes, neuf éléments englobant les intentions des intervenants ont été choisis pour approfondir la discussion.

Les neuf éléments et leurs descriptions présentés aux fins de la discussion étaient les suivants (AIIC, 2019) :

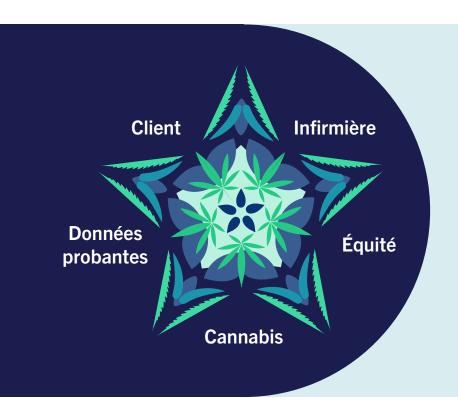
- Représentation se faire le champion de la justice sociale, comme l'accès au cannabis à des fins médicales ou la suppression des dossiers criminels liés à la consommation ou la possession antérieure de cannabis à des fins non médicales;
- 2. Contexte à la fois le milieu de pratique de l'infirmière et les variables concernant la vie du client;
- Complexité un terme caractérisant les intersections multiples du cannabis, y compris la santé, la loi, les politiques, la neurobiologie et les comportements individuels;
- Compétences un terme axé sur les connaissances, les habiletés et les attitudes en matière de cannabis concernant les exigences liées à la pratique des infirmières;
- 5. Éducation la formation sur le cannabis pour les infirmières et infirmiers et le grand public;
- 6. Données probantes les mythes sur le cannabis par rapport aux faits et à la recherche;
- Équité les conséquences des politiques sur le cannabis pour les populations;
- Risques l'innocuité du cannabis pour certaines populations, ses effets indésirables possibles (les avantages n'ont pas été abordés en tant qu'élément);
- 9. Stigmatisation partialité, stéréotypes et croyances ou idées préconçues au sujet du cannabis.

Étape 3: exercices d'élaboration du cadre de simulation

L'AIIC a organisé un groupe de réflexion sur le cannabis en novembre. Les participants devaient concevoir leur propre cadre de simulation à l'aide des neuf éléments définis à l'étape 2 susmentionnée. À partir de leur propre connaissance des structures et des théories, les participants ont proposé diverses approches, telles que le cadre éducatif pour les débutants à experts de Patricia Benner, un cadre stratégique et les différents diagrammes Venn illustrant le patient, le cannabis et l'infirmière. La discussion a permis de clarifier davantage les principaux éléments du cadre par rapport au sujet complexe du cannabis.

Étape 4 : réflexion et choix de l'élément principal

À la suite de l'exercice d'élaboration du cadre de simulation (voir l'étape 3), le responsable du projet et les membres du comité consultatif ont débattu davantage des neuf éléments et les ont réduits à cinq éléments fondamentaux du cadre : le cannabis, l'équité, les données probantes, le client et l'infirmière. À la figure 1, le graphique en forme de kaléidoscope reflète les interactions complexes et complémentaires entre les composants du cannabis.



Client

• Intersectionnalité, contexte, croyances en matière de santé

Infirmière

- Désignation, rôle
- Milieu, avantages pour la santé

Équité

- Stigmatisation
- Représentation

Cannabis

- Système endocannabinoïde
- THC, CBD autres composants

Données probantes

Autoréflexion, science

Figure 1. Les composants fondamentaux du cadre et leurs éléments.

Étape 5: consultation

Une ébauche du cadre a été soumise à la consultation et l'approbation d'informateurs et d'intervenants clés.



Cadre sur le cannabis

La présente section du *Cadre des infirmières et infirmiers sur le cannabis à des fins non médicales* approfondit les cinq éléments fondamentaux.

1: Le client

Au Canada, les clients peuvent consommer du cannabis en tant que produits autorisés à des fins médicales pour un usage spécifique; d'autres personnes peuvent en consommer à des fins non médicales pour leur propre plaisir ou à des fins thérapeutiques (soit pour se traiter elles-mêmes ou réduire un état de santé sans autorisation médicale officielle). La situation du client constitue le contexte de toute consommation de cannabis par le client et elle doit être examinée attentivement par la pratique infirmière. Tous ces facteurs jouent un rôle essentiel dans l'évaluation éclairée et les interventions connexes dans les limites de la relation thérapeutique.

2: L'infirmière

La formation infirmière sur les substances est limitée dans l'histoire, et l'éducation au sujet du cannabis se fait très rare (Balneaves et coll., 2018). De plus, les observations des infirmières concernant le cannabis dans leur pratique clinique varient entre les milieux de soins.

Au cours d'une réunion tenue avec les intervenants où la confiance était élevée, les infirmières ont partagé leur expérience distincte de la prestation de soins aux personnes consommant du cannabis. Cette séance a démontré l'importance du dialogue entre les spécialités et de l'éducation sur le cannabis. Par exemple, les infirmières dans les unités hospitalières en psychiatrie constatent une psychose cannabique lorsque les personnes consomment du cannabis de manière problématique; les infirmières travaillant en réduction des méfaits perçoivent le cannabis comme une solution de rechange aux opioïdes. De la même façon, les infirmières en prise en charge de la douleur voient le cannabis comme un

complément à une stratégie de contrôle de la douleur combinée, alors que les infirmières en services d'urgence à l'hôpital font état du syndrome d'hyperémèse cannabinoïde. En l'absence d'un dialogue entre les spécialités, la compréhension expérientielle du cannabis peut être spécifique au milieu et, ainsi, limitée.

Comme tous les autres adultes canadiens et pour les mêmes raisons, les infirmières peuvent consommer en toute légalité du cannabis à des fins médicales ou non médicales. À l'instar des personnes qui consomment de l'alcool, celles qui utilisent du cannabis peuvent le faire de manière responsable et acceptable, sans craindre aucune sanction. Mais, comme pour les personnes qui consomment de l'alcool, l'utilisation de substances peut entraîner des problèmes dans certains cas (Mumba et Kraemer, 2019; Ross, Jakubec, Berry et Smye, 2018).

3: L'équité

L'équité, plus particulièrement l'équité en santé, s'entend de la « justice sociale en santé... [et] est le principe sous-jacent d'un engagement visant à réduire... les disparités en matière de santé » [traduction] (Braveman, 2014). « La poursuite de l'équité en santé signifie viser la norme la plus élevée possible en matière de santé pour tous en accordant une attention spéciale aux besoins des personnes le plus à risque d'être en mauvaise santé, selon leurs conditions sociales » [traduction] (Organisation mondiale de la Santé, s.d.).

Les deux aspects de l'équité en santé qui se sont dégagés des consultations menées auprès des intervenants et qui exigent un examen approfondi sont les obstacles liés à la stigmatisation dans la prestation de soins de santé et la représentation par les infirmières pour lutter contre celle-ci.

Stigmatisation

« La stigmatisation représente un obstacle bien documenté au comportement favorisant la santé, à la participation aux soins et au respect du traitement parmi divers états de santé » [traduction] (Stangl et coll., 2019). Ko, Bober, Mindra et Moreau (2016) ont décrit la stigmatisation entourant la consommation du cannabis à des fins médicales :

De nombreux patients souffrant de douleur chronique qui envisagent la consommation de cannabis à des fins médicales anticipent la désapprobation de leurs amis et de leur famille. Il est courant que les patients évitent de mentionner qu'ils consomment du cannabis à des fins médicales à l'ensemble de leurs proches, peu importe si ces patients connaissent une amélioration importante du contrôle de la douleur et de leur qualité de vie (p. 738).

Bon nombre d'outils et de stratégies de communication sont mis à la disposition du personnel infirmier et des dirigeants en soins infirmiers afin de surmonter la stigmatisation et de soutenir leurs patients. Notons, par exemple, ceci :

- Le module sur la stigmatisation dans notre cours de formation en ligne (voir l'annexe A).
- Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction, un document d'appui qui propose aux professionnels de la santé d'adopter une approche prônant un langage « axé sur la personne ».
 Une telle approche « met d'abord l'accent sur la personne avant de décrire ses caractéristiques ou ses problèmes de santé » (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions, s.d., p. 8).
- L'intersectionnalité (Collins, Boyd, Cooper et McNeil, 2019; Crenshaw, 1989) est un cadre analytique qui tient compte de la façon dont plusieurs facteurs se combinent pour influencer le contexte social et politique d'une personne et représente un outil utile pour comprendre les effets de la stigmatisation. L'intersectionnalité nous aide à reconnaître, par exemple, qu'une personne autochtone genderqueer de sexe féminin qui consomme du cannabis ne vit pas ces facteurs séparément. Ils sont plutôt interreliés.

L'utilisation de ces outils et ces ressources nous donne un aperçu plus large de la stigmatisation, au-delà de la stigmatisation directe que subit une personne qui peut consommer du cannabis à des fins médicales ou non médicales. Élargir notre perception de cette manière permet de clarifier que pour travailler efficacement auprès de personnes qui utilisent des substances, nous devons comprendre le réseau complexe de la stigmatisation qui se forme autour d'elles.

La recherche commence tout juste à étudier comment les facteurs, tels que la race, le sexe, le genre, la sexualité, la capacité et le niveau de revenu, contribuent à l'utilisation de substances et aux dépendances. Nous savons toutefois que la stigmatisation, peu importe son origine, entraîne souvent la discrimination, l'exclusion, l'injustice, le manque de possibilités et de choix, un revenu plus faible, un manque d'accès aux services et de moins bons résultats sur la santé.

Représentation

« La représentation consiste à encourager la participation des autres, à exercer son droit de parole et à réunir des données probantes afin d'influencer les politiques et la pratique. Elle signifie dénoncer l'injustice et l'inégalité. La représentation comporte la participation directe et indirecte aux processus stratégiques et la reconnaissance de l'importance des données probantes, du pouvoir et des politiques dans la progression des choix » (AIIC, s.d.).

Voici les sujets possibles de représentation des politiques en lien avec le cannabis qui ont été définis par les infirmières :

- la suppression des infractions criminelles liées au cannabis qui ont touché de manière disproportionnée les personnes de couleur et les populations marginalisées;
- les obstacles (p. ex. financiers et géographiques) à l'accès au cannabis réglementé entre les régions (Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia, s.d.);
- la protection des populations vulnérables contre les risques du cannabis pour la santé (p. ex. psychose, utilisation problématique du cannabis);
- l'assurance de la qualité concernant les produits du cannabis.

4: Cannabis

Depuis sa légalisation, la recherche sur le cannabis s'est accrue, y compris les enquêtes examinant les nouvelles utilisations médicales selon les conclusions d'études en laboratoire ou les possibilités de réduction des méfaits face à la

crise des opioïdes. Le Canadian Consortium for the Investigation of Cannabinoids représente une excellente ressource pour obtenir des données à jour sur l'avancement de la recherche sur le cannabis au Canada.

5: Données probantes

Les données probantes constituent le fondement des connaissances scientifiques qui éclairent la pratique infirmière. Les infirmières et infirmiers utilisent ces connaissances scientifiques pour évaluer, planifier et mettre en œuvre les interventions en soins infirmiers et collaborer avec d'autres disciplines. Les connaissances en soins infirmiers puisent dans la science infirmière et d'autres sciences, dont la pharmacologie, la sociologie, la médecine et la biologie, entre autres.

Les données probantes proviennent de la recherche et de l'évaluation scientifique de la pratique. Un vaste éventail de méthodes rigoureuses servent à évaluer la pratique, comprenant les études quantitatives (telles que les essais cliniques randomisés et les études d'observation), les études qualitatives (telles que les études de cas, l'ethnographie et la phénoménologie) et la méta-analyse. Les données probantes comportent également l'opinion d'experts sous forme de documents de consensus, rapports de commission, règlements et renseignements historiques ou expérientiels (Université McMaster, s.d.).

Les données probantes sont le fondement des interventions en santé. Cependant, cela ne tient pas compte des facteurs contextuels au moment de la pratique. C'est pour cette raison que les infirmières et infirmiers pratiquent la prise de décisions cliniques éclairées par des données probantes. Un énoncé de position de l'AIIC affirme d'ailleurs ceci :

La distinction entre les expressions « fondé sur des données probantes » et « éclairé par des données probantes » est importante. Le concept de la prise de décisions éclairée par des données probantes s'appuie sur les soins de santé fondés sur des preuves. Il reconnaît les nombreux facteurs autres que les données probantes (par exemple, les ressources disponibles ou les normes culturelles et religieuses), qui ont un effet sur la prise de décisions. (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2010, p. 4)

La prise de décisions éclairée par des données probantes est un processus interactif continu nécessitant de tenir compte de manière explicite, consciencieuse et judicieuse des meilleures données probantes disponibles pour prodiguer des soins (AIIC, 2010). Les soins infirmiers éclairés par des données probantes s'entendent du processus continu qui regroupe des résultats de recherche, le savoir-faire clinique, les préférences des clients (culturelles ou religieuses) et d'autres ressources disponibles pour la prise de décisions infirmière au sujet des clients (AIIC, 2010). Cette combinaison — soit l'application de données probantes scientifiques dans le contexte de la vie du client et du milieu de pratique de l'infirmière — exige du jugement clinique et de la réflexion critique.

Les normes de la pratique psychiatrique de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale du Canada (2014) sont un exemple exceptionnel de la manière d'intégrer les données probantes dans le contexte du client. Les normes stipulent que l'infirmière « utilise et évalue les interventions fondées sur des données probantes afin de prodiguer des soins infirmiers éthiques, compétents culturellement, sécuritaires, efficaces et efficients qui se conforment aux besoins mentaux, physiques, spirituels, émotionnels, sociaux et culturels de la personne » [traduction] (p. 9). L'un des moyens les plus courants de prendre des décisions éclairées par des données probantes dans la pratique clinique est la modification d'un plan de traitement en raison d'une allergie du client; par exemple, on pourrait privilégier le traitement de la pénicilline dans le cas de nombreuses maladies, mais elle ne convient pas à certains clients.

L'utilisation des données probantes en lien avec le cannabis présente plusieurs défis :

- Mis à part son usage thérapeutique, le cannabis était une substance illégale au Canada de 1923 à 2018. Les chercheurs ont donc pu l'étudier de manière très limitée. Cela a ainsi entraîné un manque de recherche, mais la légalisation a permis de changer cela.
- Les essais cliniques constituent la méthode traditionnelle d'introduction d'un nouveau médicament dans la pratique infirmière, pourtant le cannabis a été introduit par la légalisation. L'interdiction a donc découlé en une perte de connaissances durant des décennies, et nous commençons à

peine à reprendre le dessus pour éclairer l'utilisation par le public.

• Les soins thérapeutiques, l'usage et les politiques en matière de cannabis sont flous (Bostwick, 2012).

Conclusions et recommandations

Le cannabis est une plante complexe et son utilisation rencontre souvent de la stigmatisation. Bien que ses composants étudiés jusqu'à maintenant démontrent des usages thérapeutiques actuels et prometteurs, nous focalisons surtout sur la possibilité de méfaits pour un sous-groupe de la population. La pratique infirmière continuera à exiger une évaluation judicieuse, compétente et impartiale. Le temps est venu de laisser derrière nous la stigmatisation créée par l'interdiction.

La légalisation du cannabis au Canada a révélé des lacunes dans la formation en soins infirmiers sur le cannabis (Balneaves et coll., 2018), d'autres substances et, de manière plus générale, sur l'utilisation de substances. La légalisation a aussi permis aux infirmières en milieux de pratique et en politiques de commencer à parler de l'utilisation de substances, alors que la recherche se poursuit pour engager et éclairer la discussion (Mumba et Kraemer, 2019; Ross et coll., 2018).

Les recommandations suivantes ont été formulées aux chefs de file, chercheurs, enseignants, employeurs et organismes de réglementation des soins infirmiers au Canada :

- Officialiser la formation sur le cannabis et son utilisation dans tous les programmes des écoles de sciences infirmières du Canada et concevoir une formation continue sur le cannabis pour les infirmières et infirmiers dans leur pratique.
- 2. Examiner les interventions actuelles pour le personnel infirmier dont la consommation de cannabis est problématique (voir Ross, 2019).
- 3. Définir le langage stigmatisant en milieu de travail concernant l'utilisation du cannabis par les clients et l'effectif infirmier et remplacer activement la terminologie par un langage impartial, non stigmatisant, qui offre du soutien et est axé sur la personne.
- 4. Soutenir et diriger la recherche sur le cannabis à des fins médicales et non

- médicales ainsi qu'y participer et préconiser du financement et l'accès au cannabis en vue de la recherche.
- 5. Recommander l'accès équitable au cannabis à des fins médicales et non médicales.
- 6. Prôner la suppression des dossiers de personnes ayant été accusées d'infractions liées au cannabis avant sa légalisation.

Annexe: Modules de formation en ligne: Comprendre le cannabis dans la pratique clinique

En 2017, après consultation du public, l'AIIC a appris que 9 personnes sur 10 au Canada soutenaient le personnel infirmier et s'attendaient à ce qu'il soit une source d'information clé concernant les risques et les méfaits associés à l'utilisation du cannabis à des fins non médicales (AIIC, 2019). Un sondage mené en parallèle a évalué la confiance des infirmières et infirmiers dans leur capacité de fournir cette information, mais on a cerné des lacunes dans les connaissances en soins infirmiers quant à l'utilisation du cannabis à des fins non médicales. L'AIIC a organisé un groupe de discussion sur le cannabis en mars 2018 pour étudier cette question.

Les participants au groupe de discussion ont reconnu le besoin que le personnel infirmier élargisse sa capacité de prestation des soins; ils ont déterminé des stratégies pour combler ces lacunes, y compris la présentation d'une proposition dans le cadre du PUDS. En mars 2019, l'AIIC a confirmé avoir reçu une subvention de l'ordre de 1,3 million de dollars du PUDS de Santé Canada afin de créer un cadre national des infirmières et infirmiers et des modules de formation en ligne sur le cannabis légalisé et la pratique infirmière sur trois ans.

Le cours de formation en ligne sur les soins infirmiers de l'AIIC, Comprendre le cannabis dans la pratique clinique, permet aux infirmières et infirmiers d'acquérir des connaissances qu'ils peuvent ensuite intégrer à leur pratique clinique quotidienne. Les modules portent les titres suivants :

- Module 1 : Le cannabis : la plante et comment l'utiliser
- Module 2 : L'histoire socioculturelle du cannabis et de la stigmatisation
- Module 3 : Le cannabis en milieu de travail.

Module 4 : Le cannabis dans la pratique clinique

Les modules sont accessibles à l'adresse https://frcna.rapidlms.com/.

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (s.d.). Représentation et politiques. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (Octobre 2010). La prise de décisions et la pratique infirmière éclairées par des données probantes. [Énoncé de position]. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-la-prise-de-decisions-et-la-pratique-infirmiere-eclairees-par-des-donnees-probantes_dec-2018. pdf?la=fr&hash=5CA8E82326310E66256E4C04EC458DB4665CA054

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). Cannabis think tank summary report.

Association médicale canadienne. (2019). Politique de l'AMC : Le cannabis à des fins médicales. Tiré de https://policybase.cma.ca/fr/viewer?file=%2fdocuments%2fPolicyPDF%2fPD11-02F. pdf#phrase=false

Balneaves, L., Alraja, A., Ziemianski, D., McCuaig, F. et Ware, M. (2018). A national needs assessment of Canadian nurse practitioners regarding cannabis for therapeutic purposes. Cannabis and Cannabinoid Research, 3(1). doi:10.1089/can.2018.0002

Bostwick, M. (2012). Blurred boundaries: The therapeutics and politics of medical marijuana. Mayo Clinic Proceedings, 87(2), 172-186. doi:10.1016/j.mayocp.2011.10.003

Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. Public Health Reports, 129(Suppl. 2), 5-8.

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions. (s.d.). Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction. Tiré de https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Language-and-Stigma-in-Substance-Use-Addiction-Guide-2019-fr.pdf

Collins, A., Boyd, J., Cooper, H. et McNeil, R. (2019). The intersectional risk environment of people who use drugs. Social Science & Medicine, 234, 112384. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112384

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139-168.

Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale du Canada. (mars 2014). Canadian standards for psychiatric-mental health nursing: Standards of practice (4e éd.). Toronto : auteur. Tiré de https://live-cfmhn.pantheonsite.io/wp-content/uploads/2019/05/2014-Standards-of-Practice-Final.pdf

Gouvernement du Canada. (2018). Renseignements destinés aux professionnels de la santé: Le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes. Tiré de https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-medication/cannabis/information-medical-practitioners/information-health-care-professionals-cannabis-cannabinoids-fra.pdf

Greenhalgh, T. et Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: Desperately seeking an overdue paradigm shift. BMC Medicine, 16, 95.

Kaddourah, M. (2013). Think pair share: A teaching learning strategy to enhance students' critical thinking. Education Research Quarterly, 36(4), 3-24.

Ko, G., Bober, S., Mindra, S. et Moreau, J. (2016). Medical cannabis: The Canadian perspective. Journal of Pain Research, 9, 735-744.

Lu, H.-C. et Mackie, K. (2016). An introduction to the endogenous cannabinoid system. Biological Psychiatry, 79(7), 516-525.

Mechoulam, R. (2016). Cannabis – The Israeli perspective. Journal of Basic Clinical Physiological Pharmacology, 27(3), 181-187.

Mumba, M. et Kraemer, K. (2019). Substance use disorders among nurses in medical-surgical, long-term care, and outpatient services. MEDSURG Nursing, 28(2), 87-118.

Nurses and Nurse Practitioners of British Columbia. (s.d.) Unintended equity consequences of Canadian cannabis policy: reflections on implications of medical cannabis taxation. Tiré de https://www.nnpbc.com/unintended-equity-consequences-of-canadian-cannabis-policy-reflections-on-implications-of-medical-cannabis-taxation-by-emily-jenkins/

Organisation mondiale de la Santé. (s.d.). Déterminants sociaux de la santé. Tiré de https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3

Ross, R. (8 février 2019). Demystifying the endocannabinoid system. [TEDx Talk]. Tiré de https://youtube.com/https://youtube.com/ watch?v=8GsmTFytBYI

Ross, C., Jakubec, S., Berry, N. et Smye, V. (2018). "A two glass of wine shift": Dominant discourses and the social organization of nurses' substance use. Global Qualitative Nursing Research, 5, 1-12. doi:10.1177/2333393618810655

Socias, M. E., Kerr, T., Wood, E., Dong, H., Lake, S., Hayashi, K., ... Milloy, M.-J. (2017). Intentional cannabis use to reduce crack cocaine use in a Canadian setting: A longitudinal analysis. Addictive

Behaviours, 72, 138-143.

Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C H., Brakel, W. V., Simbayi, L. C., Barré, I. et Dovidio, J. F. The health stigma and discrimination framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. BMC Medicine, 17, 31. doi:10.1186/s12916-019-1271-3

Statistique Canada. (2021). Graphique 4 : Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis à des fins non médicales, à des fins médicales, et à des fins non médicales et médicales, selon le groupe d'âge, Canada, deuxième et troisième trimestres combinés de 2019. Le Quotidien. Tiré de https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/191030/cg-a004-fra.htm

Université McMaster. (s.d.). Resources for evidence-based practice: The 6S pyramid. Tiré de https://hslmcmaster.libguides.com/ebm

Wright, A., Cather, C., Gilman, J. et Evins, A. E. (2020). The changing legal landscape of cannabis use and its role in youth-onset psychosis. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 29(1):145-156. doi:10.1016/j.chc.2019.08.016

Zarhin, D., Negev, M., Vulfsons, S. et Sznitman, S. R. (2019). "Medical cannabis" as a contested medicine: Fighting over epistemology and morality. Science, Technology, & Human Values, 45(3), 488-514. doi:10.1177/0162243919862866