

Les personnes touchées par la maladie de Parkinson connaissent bien la tyrannie des symptômes moteurs. Les tremblements qui se glissent dans les gestes les plus simples. La rigidité qui transforme un matin ordinaire en parcours de résistance. Les médicaments dopaminergiques ont changé la donne, mais ils ne répondent pas toujours à tout. Entre les phases off, la dyskinésie induite par la lévodopa, l'anxiété qui s'invite à la table et des nuits fragmentées, beaucoup cherchent des leviers complémentaires. La conversation autour du cannabis à usage thérapeutique, souvent appelé marijuana médical, revient alors, parfois timidement, parfois avec l'espoir d'un soulagement rapide.

Je travaille depuis des années avec des patients parkinsoniens et des équipes de soins qui testent, évaluent, puis parfois abandonnent cette piste. L'image qui en ressort est nuancée. Le cannabis médical n'est ni une panacée ni un leurre. C'est un outil avec une pharmacologie particulière, des effets réels sur certains symptômes, des limites documentées sur d'autres, des profils d'effets secondaires qu'il ne faut jamais sous-estimer, surtout après 65 ans. La clé tient dans le bon cadrage, la précision des attentes, et une mise en route prudente.

## Ce que dit la science aujourd'hui

Le système endocannabinoïde joue un rôle modulateur dans les noyaux gris centraux. Les récepteurs CB1, largement exprimés dans le striatum, le pallidum et le noyau sous thalamique, régulent les transmissions GABAergiques et glutamatergiques, lesquelles interfèrent avec la signalisation dopaminergique. Les récepteurs CB2, plus discrets dans le cerveau sain, s'expriment davantage en contexte neuroinflammatoire au niveau microglial. Ces bases neurobiologiques ont nourri l'hypothèse que le cannabis médical pourrait atténuer certains symptômes moteurs de la maladie de Parkinson et, peut être, jouer un rôle neuroprotecteur. Sur ce dernier point, les données humaines restent trop fragiles pour en tirer des conclusions. La neuroprotection demeure une promesse non démontrée.

Sur les symptômes moteurs eux mêmes, les essais contrôlés les mieux conçus donnent un message plus réservé que les anecdotes. Plusieurs petites études ouvertes et enquêtes de patients rapportent une amélioration ressentie de la rigidité et des tremblements après usage de cannabis. Mais les essais randomisés en double aveugle, avec des extraits standardisés contenant THC, CBD, ou des candidats comme la nabilone et le nabiximols, ne montrent pas de bénéfice consistant sur les scores moteurs MDS UPDRS III. Certaines études exploratoires suggèrent une réduction de la dyskinésie induite par la lévodopa, mais l'effet est modeste, non reproduit de manière robuste, et souvent contrebalancé par une somnolence accrue.

Là où le signal est plus clair, c'est du côté des symptômes non moteurs. L'anxiété, l'insomnie, la douleur neuropathique et musculosquelettique répondent parfois à des préparations à dominante CBD ou équilibrées. Une petite étude sur le CBD a montré une réduction de l'angoisse et des rêves agités liés au trouble du comportement en sommeil paradoxal chez certains patients. Pour la psychose liée au Parkinson, quelques travaux préliminaires avec du CBD seul ont indiqué une amélioration possible des hallucinations sans aggraver la motricité, mais on reste au stade d'indices. Globalement, l'effet sur le sommeil, la perception de la douleur et l'anxiété explique une partie de la satisfaction rapportée dans la vraie vie, même lorsque la tremblote ne change guère.

Cette dissociation entre vécu subjectif et métriques objectives n'est pas une anomalie. Un patient qui dort mieux, dont l'esprit s'apaise le soir, peut faire face aux symptômes moteurs avec plus de marge. Sa marche au lever s'en ressent peut être, ses chutes diminuent parce qu'il se précipite moins. On le voit en consultation: le bénéfice peut être indirect mais significatif.

## Comprendre les composantes: THC, CBD et formes disponibles

La marijuana médical n'est pas un bloc homogène. La teneur en delta 9 tétrahydrocannabinol, ou THC, détermine l'intensité des effets psychoactifs, l'analgésie, mais aussi la fréquence des effets indésirables comme la somnolence, la tachycardie, la confusion et, à fortes doses, l'anxiété ou les hallucinations. Le cannabidiol, ou CBD, n'est pas psychoactif au sens classique. Il peut moduler l'anxiété, certains types de douleur, l'inflammation et, chez certains, la qualité du sommeil. Sur le plan moteur, ni le THC ni le CBD n'ont démontré seuls un effet reproductible sur les tremblements au repos ou la rigidité.

Les formes les plus utilisées en pratique clinique sont les huiles orales, les capsules, les sprays sublinguaux, et la vaporisation de fleurs standardisées. Le fumage n'a pas de place médicale, en raison des risques pulmonaires et de la variabilité de dose. Les extraits permettent des ratios THC:CBD contrôlés, de 1:20 jusqu'à 1:1, voire 2:1 selon l'indication et [marijuana](#) la tolérance. Avec la maladie de Parkinson, on privilégie souvent des préparations à dominante CBD, ou au moins équilibrées, surtout chez les plus de 65 ans, pour limiter la charge cognitive et cardiovasculaire.

La pharmacocinétique varie beaucoup. L'ingestion orale met 45 à 120 minutes pour un pic d'effet, avec une durée pouvant dépasser 6 à 8 heures. Les sprays sublinguaux agissent plus vite, 15 à 45 minutes, avec un effet de 3 à 4 heures.

La vaporisation produit un soulagement quasi immédiat, utile en théorie pour des symptômes paroxystiques, mais elle expose à des pics de THC qui peuvent malmener l'attention et l'équilibre. Chez les parkinsoniens déjà fragilisés par l'hypotension orthostatique et les fluctuations on off, ces brusques sommets d'effet posent problème. Les huiles titrées restent la voie la plus prévisible pour un usage régulier.

## Ce qu'on observe au cabinet

Deux trajectoires se détachent. D'abord, les patients pour qui la motivation première est le sommeil ou l'anxiété du soir. Une femme de 72 ans, début de maladie depuis six ans, présentait des réveils nocturnes multiples et une amplitude de pas réduite au lever. Après échec de doses croissantes de mélatonine et un zolpidem mal supporté, elle entame une huile CBD dominante, avec un soupçon de THC, quelques milligrammes seulement, le soir. En dix jours, une amélioration nette de la continuité du sommeil, des réveils moins tendus, et un lever légèrement plus fluide. Les tremblements restent là, mais moins envahissants car elle prend le temps. Le mari confirme moins de mouvements brusques nocturnes.

À l'opposé, un homme de 68 ans, à forte rigidité axiale, motivé par la promesse d'une détente musculaire. Il s'oriente vers une teinture équilibrée 1:1, titrée prudemment. Les premières prises réduisent l'appréhension et la douleur aux épaules, mais au bout de trois semaines il signale deux quasi chutes. Sa tension chute au passage à la station debout, il décrit une tête qui tourne en fin de soirée. La dose est alors réduite, le THC réservé à la nuit, le CBD maintenu le jour. Le compromis fonctionne partiellement: meilleure tolérance, bénéfique surtout sur la douleur, rigidité peu modifiée.

Ces exemples reflètent les tendances globales. Le cannabis médical peut aider à mieux vivre la maladie, surtout via les symptômes non moteurs, mais ne remplace pas l'arsenal dopaminergique pour le contrôle des tremblements et de la rigidité. Quand un bénéfice moteur est rapporté, il est souvent modeste et individualisé.

## Effets indésirables et interactions: vigilance

L'âge, la polymédication et l'atteinte cognitive débutante rendent les effets secondaires plus fréquents. Les plus courants sont la somnolence, la bouche sèche, les vertiges, la baisse de la tension artérielle, la confusion transitoire et l'ataxie. Les hallucinations et le délire surviennent surtout avec des doses riches en THC, chez des personnes ayant des antécédents de psychose, une démence à corps de Lewy ou une psychose du Parkinson. On voit aussi des aggravations de l'akinésie à dose élevée, des fluctuations plus chaotiques et une majoration des dyskinésies chez quelques patients sensibles.

Les interactions médicamenteuses ne sont pas théoriques. Le CBD inhibe des isoenzymes du cytochrome P450, notamment CYP2C19 et, à des doses plus élevées, CYP3A4. Cela peut augmenter les concentrations de certains antidépresseurs, antiépileptiques et anticoagulants. Le THC, via CYP2C9, interagit potentiellement avec la warfarine et d'autres molécules métabolisées par cette voie. Côté parkinsonien, la coadministration avec des agonistes dopaminergiques sédatifs renforce la somnolence diurne. Ajoutez à cela une hypotension orthostatique déjà présente chez beaucoup, et vous avez la recette d'une chute. La règle reste de démarrer bas, monter lentement, surveiller de près la tension et la marche, et d'éviter toute augmentation de dose à la veille d'un déplacement.



Il existe des contre indications relatives ou absolues. Un antécédent de psychose non stabilisée, un syndrome confusionnel récent, une maladie coronaire instable, un antécédent d'arythmie mal contrôlée, et bien sûr la grossesse et l'allaitement. Chez les personnes avec un trouble cognitif léger évolutif, on évite les préparations riches en THC et on implique l'entourage dans la surveillance.

## Doser avec méthode: l'art du « bas et lent »

Le schéma le plus prudent pour un patient parkinsonien de plus de 65 ans consiste à introduire un CBD dominant, par exemple une huile où 1 ml contient 20 à 25 mg de CBD et 1 mg ou moins de THC. On commence avec 2 à 5 mg de CBD le soir, pendant trois jours, puis on augmente tous les trois à quatre jours par paliers de 2 à 5 mg jusqu'à 20 à 40 mg selon la réponse. Si l'objectif est le sommeil, on ajuste la prise à 1 à 2 heures avant le coucher. Si l'angoisse diurne gêne, on répartit en deux prises plus petites.



Lorsque la douleur nocturne ou l'anxiété résistent, on peut introduire 0,5 à 1 mg de THC le soir, jamais d'emblée chez une personne seule ou fragile. On attend quatre à sept jours, puis on réévalue. Beaucoup de patients trouvent un équilibre entre 1 et 2,5 mg de THC au coucher. Au delà, le <https://www.ministryofcannabis.com/fr/graines-cannabis-feminisees/> risque d'effets indésirables dépasse souvent le gain. Les préparations équilibrées, 1:1, se testent parfois pour des douleurs réfractaires, mais on reste d'une prudence extrême sur la dose chez les plus âgés. Pour les besoins de soulagement rapide, certains envisagent une vaporisation à micro dose, mais je la réserve aux personnes expérimentées, stables sur le plan cardiovasculaire, et toujours avec un accompagnement.



Côté moteurs, si l'objectif déclaré est une rigidité matinale difficile, il peut être tentant d'essayer une dose vespérale légèrement plus riche en THC. Le piège tient dans la rémanence au réveil. Une somnolence résiduelle, même modérée, altère l'équilibre et peut effacer tout bénéfice sur la raideur. Quand un patient rapporte une marche plus fluide le matin avec une dose du soir, mais aussi des vertiges au premier lever, on revoit la copie. La sécurité prime.

## Qui a le plus de chance de bénéficier

Les profils qui tirent le plus de bénéfice d'un essai bien encadré partagent souvent des caractéristiques. Une souffrance non motrice claire, comme une anxiété du soir, une douleur neuropathique ou des crampes nocturnes. Une hypersensibilité aux hypnotiques classiques ou aux antidépresseurs, avec effets indésirables gênants. Un entourage impliqué, capable d'observer, de noter, et d'alerter en cas de dérive. Et une approche réaliste des attentes: chercher un mieux supportable plutôt qu'une disparition des tremblements.

À l'inverse, un patient déjà en proie à des hallucinations visuelles, avec une vitesse de pensée ralentie et une hypotension orthostatique majeure, court un risque net de décompenser avec un produit riche en THC. Chez ces personnes, on garde la voie CBD pur à dose modérée, et encore, seulement si l'objectif est non moteur et prioritaire. Il faut parfois accepter de dire non.

## **Avant de commencer: point de repère pour la décision partagée**

- Clarifier l'objectif principal en une phrase simple, par exemple: dormir quatre heures d'affilée ou réduire l'angoisse du soir de moitié.
- Vérifier contre indications et interactions, y compris les anticoagulants, les antiépileptiques et les antipsychotiques.
- Choisir une forme et un ratio qui correspondent au profil: huile CBD dominante en première ligne chez les plus de 65 ans.
- Planifier une titration écrite, avec paliers lents et dates, ainsi qu'un journal de bord des effets.
- Prévoir une évaluation à deux à trois semaines, puis à six à huit semaines, avec possibilité d'arrêt si aucun signal positif n'émerge.

## **Suivi et critères d'arrêt**

La mise sous cannabis médical n'est pas un geste ponctuel. Elle demande un suivi précis. On utilise des échelles simples, ou davantage de notes qualitatives: nombre de réveils la nuit, minutes pour le premier lever sans aide, échelle d'anxiété subjective de 0 à 10, chutes ou quasi chutes. On surveille la pression artérielle couchée et debout, au moins au démarrage et après chaque augmentation. On revoit la médication parkinsonienne en parallèle, car un gain sur l'anxiété peut modifier la perception des fluctuations.

Certains signaux imposent un arrêt ou une réduction immédiate.

- Hallucinations nouvelles ou aggravation marquée des illusions et confusions.
- Chute liée à une hypotension orthostatique ou à une somnolence évidente.
- Détérioration cognitive rapide ou désorientation inhabituelle.
- Anxiété paradoxale, agitation ou attaques de panique après la prise.
- Douleurs thoraciques, palpitations soutenues, ou accélération du rythme cardiaque mal tolérée.

Dans ces cas, on réduit en priorité le THC, parfois à zéro, puis on reconsidère l'ensemble du protocole. Il n'y a pas de mérite à persévérer coûte que coûte.

## **Et la loi dans tout ça**

Le cadre varie selon les pays et les régions. En France, un programme expérimental de cannabis médical a été lancé en 2021, avec un accès encadré, des produits standardisés et des indications limitées. La douleur neuropathique réfractaire, certaines épilepsies, la spasticité de la sclérose en plaques, et les soins palliatifs figurent parmi les indications. La maladie de Parkinson, prise isolément, n'y est pas listée. Cela signifie que l'accès légal passe aujourd'hui par des voies restreintes et une inclusion dans des protocoles quand c'est possible. Cette réalité évolue, mais lentement. Dans les régions où l'accès est mieux établi, un référencement initial par un spécialiste reste la règle, avec une délivrance par des officines autorisées.

Dans tous les cas, la qualité du produit compte. Les huiles artisanales non titrées exposent à des variations importantes de dose, donc d'effets et d'effets indésirables. Avec la maladie de Parkinson, cette variabilité se paie cash. Il faut des extraits pharmaceutiques, des certificats d'analyse, une traçabilité. S'il n'est pas possible d'obtenir ce niveau de contrôle, mieux vaut différer le projet.

## **Place du cannabis médical face aux traitements classiques**

Le cœur du traitement moteur reste la lévodopa, associée selon les profils à des inhibiteurs de la COMT, des inhibiteurs de la MAO B et des agonistes dopaminergiques. La kinésithérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie, la prise en charge des troubles du sommeil et de la nutrition, et la neurostimulation pour les candidats adaptés, forment la charpente. La marijuana médicale, elle, peut occuper une place d'appoint pour apaiser des symptômes non moteurs qui empêchent le bon effet du reste. Dans de rares cas, des patients ressentent une réduction fonctionnelle de la rigidité ou des tremblements, mais cet effet doit être recherché avec prudence, et il n'est pas prédictible.

Lorsque la dyskinésie induite par la lévodopa pose problème, l'amantadine reste l'option de référence. Les cannabinoïdes comme la nabilone ont été testés, avec des résultats inconstants. Les protocoles de diminution fractionnée des doses de lévodopa et d'ajustement des horaires donnent souvent plus de résultats que la recherche d'un effet direct du THC sur la dyskinésie.

Enfin, pour la psychose du Parkinson, les antipsychotiques qui préservent au mieux la motricité, comme la pimavansérine là où elle est disponible, se placent en première ligne. Les données sur le CBD sont prometteuses mais encore préliminaires. Les extrapoler serait imprudent.

## Conseils pratiques au quotidien

Vivre avec la maladie de Parkinson, ce n'est pas uniquement gérer des prescriptions. C'est aussi multiplier les petites décisions qui améliorent la trajectoire. Si un traitement à base de cannabis médical est envisagé, il vaut la peine d'articuler quelques routines. Prendre la dose le soir pendant la première semaine, dans un environnement calme, après un repas léger, réduit les nausées et les à coups de concentration. Se lever avec prudence, marquer une pause assis au bord du lit, puis debout avant de marcher, évite bien des chutes quand une hypotension orthostatique est en jeu. Noter chaque jour deux ou trois observations simples, pas un roman: heures de prise, heure d'endormissement, un éventuel vertige, une échelle d'anxiété subjective. Au bout de quinze jours, ces notes valent plus que la mémoire floue d'une impression.

L'entourage joue un rôle subtil. Il perçoit souvent les changements d'humeur, l'aisance ou la gêne dans le regard, le ton de la voix, avant même que le patient ne les mette en mots. Une discussion hebdomadaire, fixe, sur ce qui s'améliore, ce qui se complique, aide à garder le cap et à ajuster le tir.

## Ce qu'il faut retenir

- Sur les tremblements et la rigidité, les preuves d'un effet direct des cannabinoïdes restent limitées. Certains patients rapportent un mieux, mais les essais contrôlés ne confirment pas un bénéfice net et constant.
- Sur l'anxiété, le sommeil et certaines douleurs, surtout avec des préparations à dominante CBD ou équilibrées, le signal d'efficacité clinique est plus tangible.
- La sécurité est la pierre d'angle chez les personnes âgées. L'hypotension, la somnolence, la confusion et le risque d'hallucinations imposent des doses modestes, une montée lente et un suivi rapproché.
- Le choix du produit et de la voie d'administration fait la différence. Les huiles titrées, prises le soir au départ, sont souvent la meilleure porte d'entrée.
- La décision se prend au cas par cas, avec des objectifs clairs et mesurables, et l'acceptation d'un arrêt si le bénéfice n'apparaît pas.

La marijuana médicale peut trouver sa place aux côtés des traitements établis de la maladie de Parkinson, surtout pour desserrer l'étai des symptômes non moteurs qui minent l'énergie et la disponibilité du patient. Dans les meilleures trajectoires, elle rend les nuits plus calmes, diminue l'appréhension du lever, et laisse aux autres thérapies plus de latitude pour faire leur travail. Dans les moins bonnes, elle ajoute du flou et de l'instabilité. La différence tient souvent à la sélection des candidats, à la précision des objectifs, et à une conduite méticuleuse du traitement. C'est un outil utile quand il est manié avec respect des risques et lucidité sur ses promesses.