

USAGES ET MÉSUSAGE DU CANNABIS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

6ÈME CONGRÈS DE LA SF3PA -
PARIS

Docteur Martin Comon
Le Vinatier
Psychiatrie Universitaire Lyon Métropole



LIENS D'INTÉRÊTS

En lien avec le sujet de cette communication :

aucun

Sans lien avec cette communication :

board ESKETAMINE en 2024 et 2025 pour Janssen
Pharmaceuticals

2





SF3PA

PLAN

Introduction

Usages thérapeutiques du cannabis

Trouble de l'usage du cannabis

Principaux effets secondaires du cannabis

Enjeux cliniques et sociaux

Conclusion



PLAN

Introduction

Usages thérapeutiques du cannabis

Trouble de l'usage du cannabis

Principaux effets secondaires du cannabis

Enjeux cliniques et sociaux

Conclusion

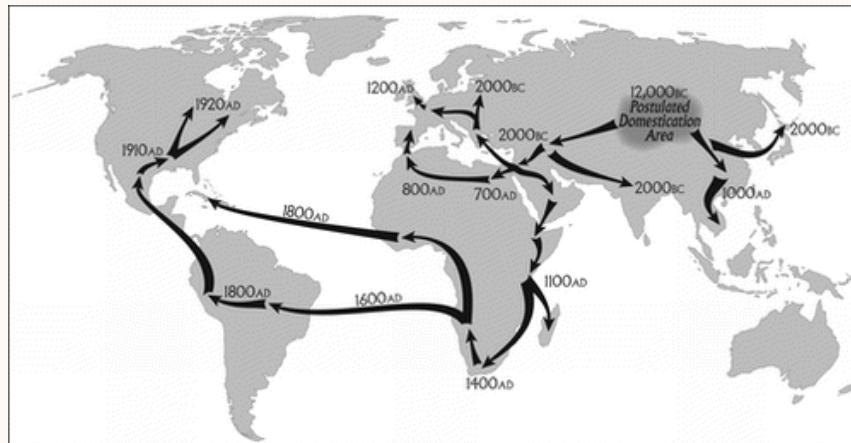
UNE (BRÈVE) PAGE D'HISTOIRE



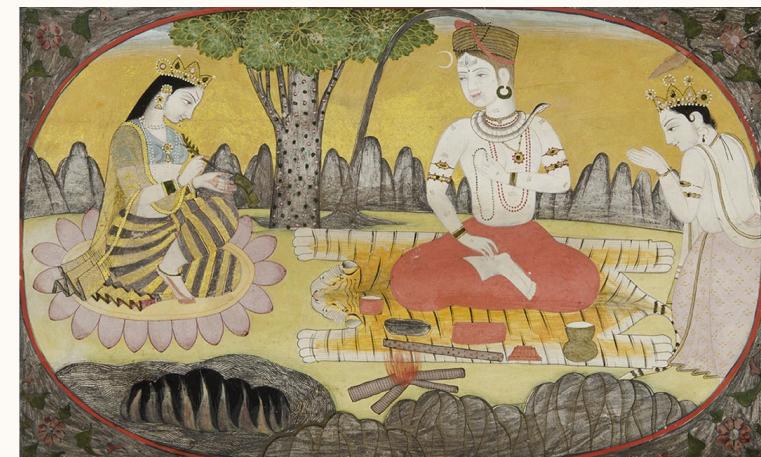
- Le Cannabis Sativa est parmi les premières plantes cultivées par l'homme
- Mentionné dans la plus vieille pharmacopée du monde : **Pen-ts'ao Ching** de l'empereur **Sheng-nung** vers – 2700
- Effets psychodysleptiques

UNE (BRÈVE) PAGE D'HISTOIRE

- Antalgique
- Antiépileptique
- Anxiolytique
- Antiémétique
- Orexigène

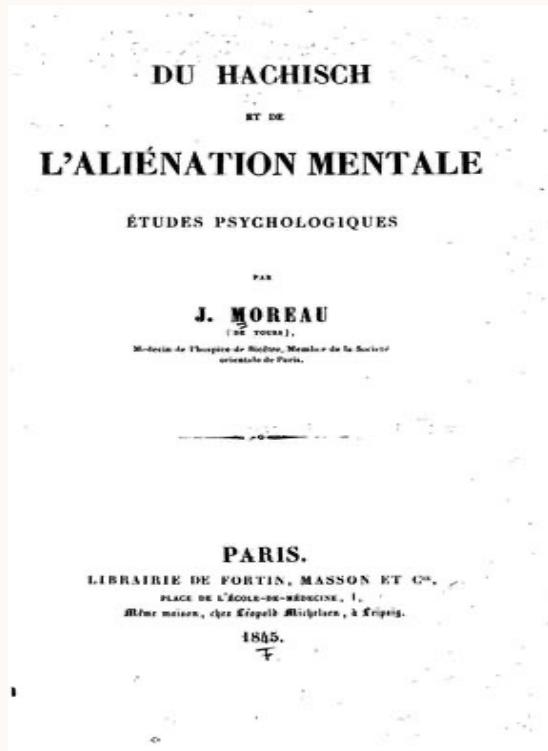


History of cannabis as a medicine: a review, Zuardi, 2006
High Points: An Historical Geography of Cannabis, Warf, 2014



UNE (BRÈVE) PAGE D'HISTOIRE

7



- Au XIXème siècle se font les premières descriptions médicales « occidentales » du cannabis et études des effets psychotomimétiques
- Commercialisation au XXème siècle par Merck ou Lilly
- En France : interdiction en 1916 car usage important chez les soldats
- 1ère législation en 1937 aux USA : Marihuana Tax Act
- Retrait de la pharmacopée américaine en 1941
- Expansion de l'usage récréatif à travers milieux défavorisés pendant le XXème siècle
- Répression politique et « oubli » de la communauté médicale

LÉGISLATION ET CANNABIS

Effort dériminalisation et légalisation du cannabis médical et/ou récréatif dans le monde depuis 30 ans

- Commercialisé à partir de 2005 (NABIXIMOLS – SATIVEX par GW Pharmaceuticals) dans le traitement des symptômes associés à la sclérose en plaques

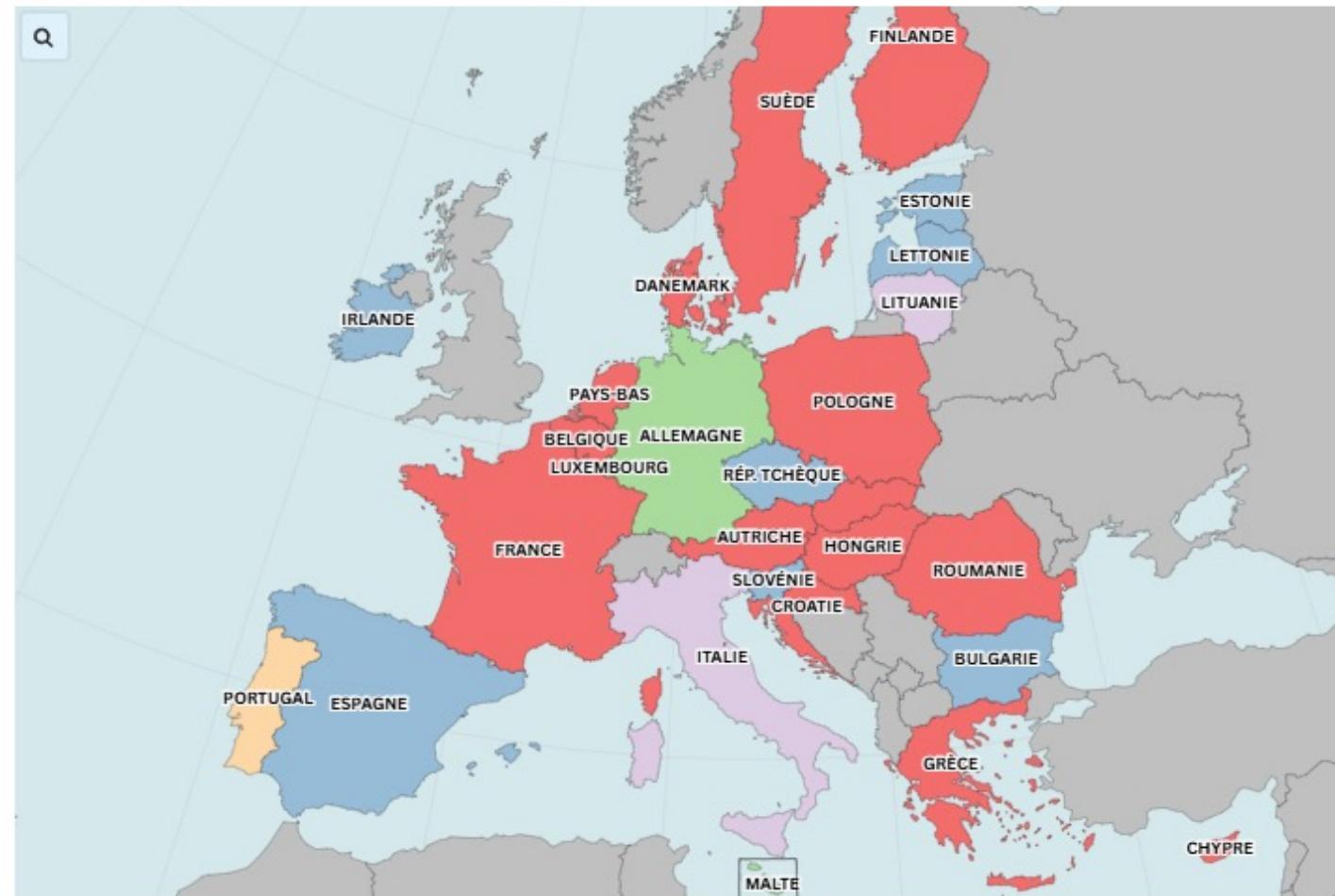


- Légalisation du cannabis récréatif en 2013 en Uruguay et 2015 au Canada
- Légalisation progressive aux USA depuis 2014

LÉGISLATION ET CANNABIS EN EUROPE

9

● Légal ● Peine d'emprisonnement ● Amende ● Autres sanctions ● Dépénalisée



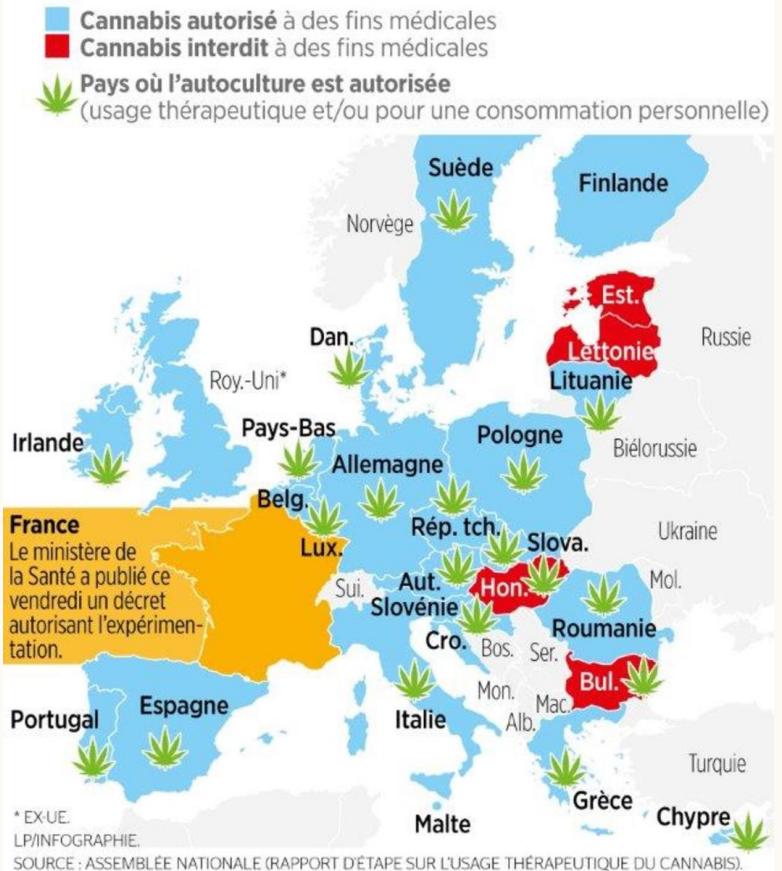
Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (2025)

LÉGISLATION ET CANNABIS MÉDICAL EN EUROPE

10

- Cannabis médical
 - Autorisé dans 21 des 27 états de l'Union Européenne
 - Autorisé à titre expérimental en France
- CBD (récréatif et médical) autorisé dans les pays européens
- En France, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) propose de classer le CBD comme « présumé toxique pour la reproduction humaine » sur la base d'études murines

Le cannabis thérapeutique en Europe



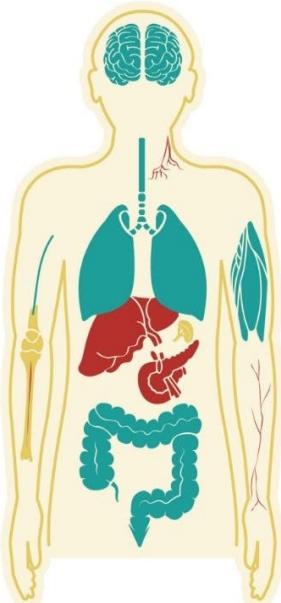
PHARMACOLOGIE DU CANNABIS



PHARMACOLOGIE SYSTÈME CANNABINOÏDE

12

Où se situent les récepteurs à endocannabinoïdes CB1 et CB2 ?



Les récepteurs CB1 sont présents au niveau :

- du système nerveux central
- des poumons
- du système vasculaire
- des muscles
- du tractus gastro-intestinal
- des organes reproductifs

Les récepteurs CB2 sont présents au niveau :

- de la rate
- des os
- de la peau

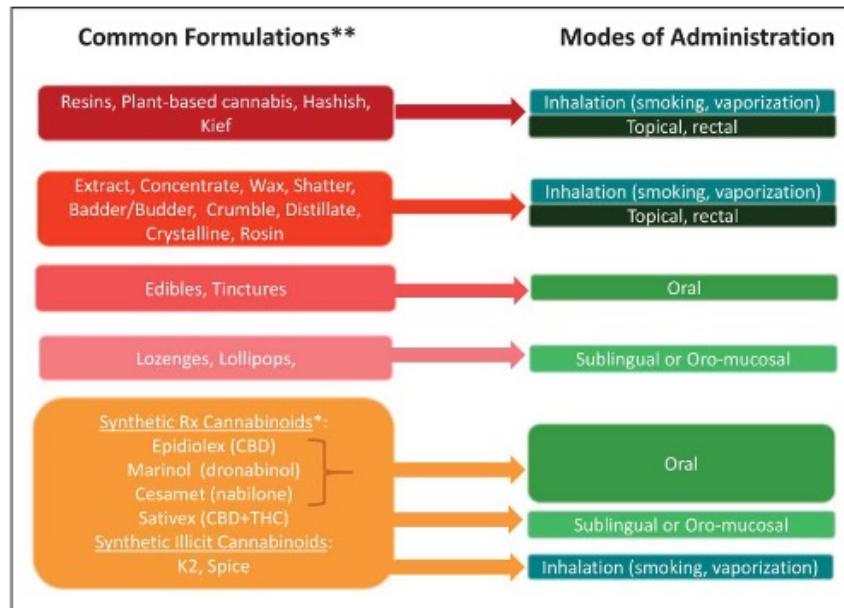
Les récepteurs CB1 + CB2 sont présents au niveau :

- du système immunitaire
- du foie
- de la moelle osseuse
- du pancréas

- Récepteurs cannabinoïdes CB1 et 2, couplés aux protéines G dont l'activation diminue la production d'AMPc
- CB1 est principalement situé à la jonction présynaptique des neurones excitateurs (glutamate) et inhibiteurs (GABA) : **modulation présynaptique de la neurotransmission**
- CB2 : cellules immunitaires, microglie, endothélium
- 2 endocannabinoïdes : anandamide et 2-arachidonylglycerol (2-AG), dégradés par deux enzymes intracellulaires (FAAH et MGL)

laNutrition

CANNABINOÏDE ET PHARMACOCINÉTIQUE



Cannabinoid	Mechanism of Action	Absorption	Metabolism	Distribution	Elimination
Phytocannabinoids (plant derived)					
CBD	Anandamide uptake inhibitor; TRPV1, TRPV2, TRPA1, GPR55, 5-HT _{1A} , and PPAR _γ receptor activation	Inhalation: Onset: 3-5 min Bioavailability: 11%-45% Duration: 2-3 h	Hepatic, via CYP1A1, 1A2, 2C8, 2C9, 2C19, 3A4, and 2D6; UGT1A9 and UGT2B7; undergoes hydroxylation	Time dependent, fatty tissues and highly perfused organs such as brain, heart, lung, and liver	Feces and urine; dependent on administration t _{1/2} : 18-32 h
	Inhibits adenosine uptake	Oral: Onset: hours Bioavailability: 6%-33% Duration: 12-24 h	Transdermal: not known	Transrectal: not known	Preclinical and animal data suggest CBD may be a substrate and inhibitor of P-glycoprotein
	Inhibits FAAH and release of proinflammatory cytokines and expression of transcription factors (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, TNF- α , IFN- γ , CCL3, CCL4, NF- κ B)				
	Allsterically modulates other receptors: α 1-adrenoceptors, dopamine D2, GABA _A , μ - and δ -opioid receptors				
	Inhibits calcium, potassium, and sodium channels by noncompetitive antagonism				
	Free radical scavenger				
THC	Binds to CB ₁ receptors	Inhalation: Onset: seconds-minutes Bioavailability: 2%-56% Duration: 2-3 h	Hepatic, via CYP2C9, 2C19, 2D6, and 3A4; UGT1A9 and UGT2B7; undergoes glucuronidation	Time dependent, fatty tissues and highly perfused organs such as brain, heart, lung, and liver	Renal: 20% Feces: 65% t _{1/2} : 20-30 h
	Oral: Onset: 30 min-2 h Bioavailability: 4%-20%	Transmucosal: Onset: 15-40 min Bioavailability: not known Duration: 45 min-2 h	Protein binding: 97%	THC may be a substrate and inhibitor of the cell membrane protein, P-glycoprotein	
	Duration: 5-8 h	Transdermal: not known			
		Transrectal: not known			

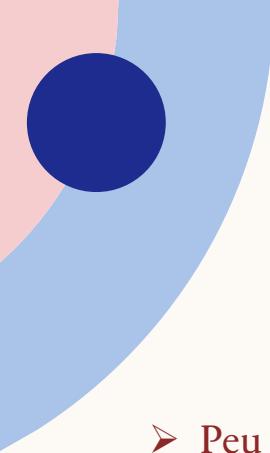
EPIDÉMIOLOGIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE : *UNE BOMBE À RETARDEMENT*

14

- Taux d'usagers de substances psychoactives augmentent plus vite chez les sujets âgés vs sujets jeunes
- Au Canada : 21% des plus de 50 ans ont consommé du cannabis dans l'année en 2023, 9,5% des plus de 65 ans rapportent un usage de cannabis médical en 2023, +700% de conso en 50 ans chez les âgés
- Aux USA : x7 du nombre d'usagers de cannabis > 65 ans en 10 ans
- Vieillissement de la génération « baby-boomer » dans les pays développés
- « Early-onset » vs « late-onset » usagers
- Programmes gouvernementaux de prévention insuffisants
- **Association à la douleur chronique et au mésusage en opioïdes et/ou benzodiazépines**
- **Risque majoré d'isolement social**
- Répercussions somatiques plus marquées pour des consommations moindres : chutes, AVP, perte d'autonomie
- **Comorbidité psychiatrique ++**



INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD
Report 2020



ÉPIDÉMIOLOGIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE EN FRANCE : UNE TENDANCE SIMILAIRE ?

15

- Peu d'études francophones existantes ou publiées en littérature internationale
 - OFDT et Baromètre Santé France ne donnent aucunes données statistiques spécifiques aux plus de 65 ans
-
- Pour le cannabis (THC) :
 - 2,5% des 55 – 64 ans ont consommé en 2021 vs 1,6% en 2017
 - 26,7% des 55 – 64 ans ont expérimenté le cannabis
 - Âge moyen des usagers de cannabis augmentent progressivement
 - Pour le CBD :
 - 10% des consommateurs ont plus de 60 ans
 - Sex-ratio 1-1
 - Vieillissement des usagers de cannabis en France
 - Des chiffres inférieurs aux pays ayant légalisé ... mais qui restent élevés par rapport aux moyennes européennes !

PLAN

Introduction

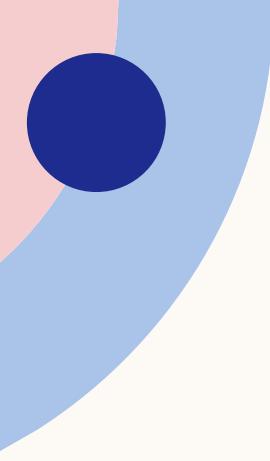
Usages thérapeutiques du cannabis

Trouble de l'usage du cannabis

Principaux effets secondaires cognitifs du cannabis

Enjeux cliniques et sociaux

Conclusion



USAGES THÉRAPEUTIQUES DU CANNABIS

17

- **Niveau de preuve élevé**
 - Douleur neuropathique, fibromyalgie, accès douloureux paroxystiques du cancer
 - Cachexie (liée au cancer, au VIH)
 - Nausées et vomissements associés à la chimiothérapie / cancer
 - Spasticité dans la sclérose en plaques
 - Epilepsies réfractaires
- **Niveau de preuve modéré**
 - Trouble addictif aux opiacés
 - Dystonie
- **Niveau de preuve bas**
 - Symptômes psycho-comportementaux de la MA, de la MPI et de Huntington (*cannabinoïdes de synthèse*)
 - Anxiété
 - Symptômes moteurs de la MPI (*cannabidiol*)
 - Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
 - ...

Randomized Placebo-Controlled Trial of Nabilone for Agitation in Alzheimer's Disease, Herrmann et al., 2019

Cannabis Use and Misuse in Older Adults, Khoury et al., 2022

Cannabinoids in the management of behavioral, psychological, and motor symptoms of neurocognitive disorders: a mixed studies systematic review, Bahji et al., 2022

LE CANNABIS THÉRAPEUTIQUE EN FRANCE

Expérimentation de l'usage
médical de mars 2021 à décembre
2024



□ Les indications retenues sont :

- Douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies (médicamenteuses ou non) accessibles
 - Certaines formes d'épilepsie pharmaco-résistantes (Syndrome de Dravet, de Lennox-Gastaut, sclérose tubéreuse de Bourneville)
 - Certains symptômes rebelles en oncologie liés au cancer ou au traitement anti-cancéreux
 - Situations palliatives
 - Spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou des autres pathologies du système nerveux central.
- Sous forme inhalée par vaporisation (fleurs séchées) ou per os (huile, comprimé contenant du THC et du CBD)

PLAN

Introduction

Usages thérapeutiques du cannabis

Trouble de l'usage du cannabis

Principaux effets secondaires du cannabis

Enjeux cliniques et sociaux

Conclusion

MÉSUSAGE DU CANNABIS CHEZ L'ÂGÉ

- Jusqu'à 1/3 des usagers fréquents rapportent un CUD aux USA et au Canada
- Association aux **comorbidités psychiatriques (anxiété)**, aux **co-addictions** et à l'usage sous forme inhalée
- Plus fréquent chez les « jeunes » âgés et les âgés isolés et/ou endeuillés

Guidelines canadiennes 2020

- Former les cliniciens aux risques spécifiques chez l'âgé
- **Eviter la prescription si comorbidités addictives ou psychiatriques ET respecter les indications potentielles**
- Prise en charge des symptômes psychiatriques associés
- **Education thérapeutique du patient aux effets du cannabis**
 - Voie d'administration
 - Concentration en THC
 - Effets cognitifs à court terme : **conduite, chute**

Canadian Guidelines on Cannabis Use Disorder Among Older Adults, Bertram et al., 2020

Cannabis Use and Misuse in Older Adults, Khoury et al., 2022

Cannabis use among older adults, Pravosud et al., 2025

MÉSUSAGE DU CANNABIS CHEZ L'ÂGÉ

Table 3
The cannabis use disorder identification test, revised version (CUDIT-R)

Have You Used Any Cannabis Over the Past 6 mo?	Yes or No
1. How often do you use cannabis?	Never monthly or < 2–4 times/mo or 2–3 times/wk or ≥4 times/wk
2. How many hours were you "stoned" on a typical day when you had been using cannabis?	<1 or 1–2 or 3–4 or 5–6 or ≥7
3. How often during the past 6 mo did you find that you were not able to stop using cannabis once you had started?	Never or < monthly or monthly or weekly or daily/almost daily
4. How often during the past 6 mo did you fail to do what was normally expected from you because of using cannabis?	Never or < monthly or monthly or weekly or daily/almost daily
5. How often in the past 6 mo have you devoted a great deal of your time to getting, using, or recovering from cannabis?	Never or < monthly or monthly or weekly or daily/almost daily
6. How often do you use cannabis in situations that could be physically hazardous, such as driving, operating machinery, or caring for children?	Never or < monthly or monthly or weekly or daily/almost daily
7. How often in the past 6 mo have you had a problem with your memory or concentration after using cannabis?	Never or < monthly or monthly or weekly or daily/almost daily
8. Have you ever thought about cutting down, or stopping, your use of cannabis?	Never or Yes, but not in the past 6 mo or Yes in the past 6 mo

- Détection problématique chez l'âgé en raison des critères peu adaptés du DSM5

□ CUDIT-R

- Sensibilité et spécificité de 90% pour le Cannabis Use Disorder (CUD) chez l'âgé
- Cut-off 13/32

PLAN

Introduction

Usages thérapeutiques du cannabis

Trouble de l'usage du cannabis

Principaux effets secondaires du cannabis

Enjeux cliniques et sociaux

Conclusion

EFFETS SECONDAIRES NEUROCOGNITIFS

- Usage aigu et chronique : atteinte de la **mémoire épisodique**, de la **vitesse de traitement** et de la **flexibilité mentale**
- Usage chronique du cannabis associé à une baisse de volume de la SG temporal, insulaire, parahippocampique et cortex préfrontal (CB1++) **surtout chez le sujet jeune**

- Les risques principaux identifiés chez l'âgé sont :
 - Liés aux interactions médicamenteuses avec des psychotropes
 - Liés au risque de chute sur intoxication aiguë (hypoTA, vertige, vision floue)
- **Réversibilité des effets cognitifs aigus et chroniques à l'arrêt**
- Données contradictoires dans la littérature
 - Neurotoxicité majeure du THC pendant la maturation cérébrale, à fortiori si CUD
 - Neuroprotection et neurogenèse possible chez les sujets âgés pour faible dose et faible concentration THC
 - **Rôle de l'activation du CB2 sur « inflammaging » ?**

A Systematic Review of the Neurocognitive Effects of Cannabis Use in Older Adults, Scott et al., 2020

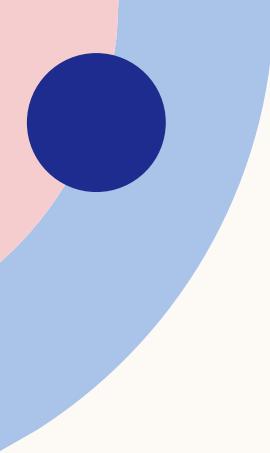
Dos(e)Age: Role of Dose and Age in the Long-Term Effect of Cannabinoids on Cognition, Zamberletti and Rubino, 2022

Adverse Effects of Cannabis Use on Neurocognitive Functioning: A Systematic Review of Meta-Analytic Studies, Duperrouzel et al., 2021

Impacts of medical and non-medical cannabis on the health of older adults: Findings from a scoping review of the literature, Wolfe et al., 2023

EFFETS SECONDAIRES PSYCHIATRIQUES AIGUS

- Les effets secondaires neuropsychiatriques les plus communément rapportés après usage (**médical et récréatif**) chez les personnes âgées de 50 ans et plus :
 - Vertiges 5 à 12 %
 - Somnolence, léthargie 3 à 52%
 - Anxiété 14 à 17%
 - Confusion 1,9% à 25%
 - Troubles de la mémoire 17%
 - Hallucinations 0,7 à 15%
 - Attaque de panique 4%
 - Idées délirantes (paranoïa) 2 à 5%
- **Diversité ++ des populations étudiées, voies d'administration, taux de THC et équivalent de dose**



EFFETS SECONDAIRES À LONG TERME DES CANNABINOÏDES

25

- Désensibilisation des récepteurs CB1 et down-regulation dans le circuit de la récompense : **tolérance biologique** et donc **risque de trouble addictif**
- Syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation (colère, anxiété, agitation psychomotrice, troubles du sommeil, cauchemars, perte de poids, sueurs)
 - **Jusqu'à 30 jours après l'arrêt chez l'âgé selon la forme galénique**
- Augmentation du risque de syndrome d'hyperémèse cannabique
- Augmentation du risque de troubles psychotiques
 - *Aucun article spécifique à l'âgé et à la LOS/VLOSLP*
- Association à de nombreuses pathologies psychiatriques et conduites suicidaires
 - Probablement bidirectionnelle !
- La co-addiction est fréquente, notamment tabac et alcool !

*Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis, Marconi et al., 2016
Medical Marijuana, Recreational Cannabis, and Cardiovascular Health, American Heart Association, 2020*

PLAN

Introduction

Usages thérapeutiques du cannabis

Trouble de l'usage du cannabis

Principaux effets secondaires du cannabis

Enjeux cliniques et sociaux

Conclusion

ENJEUX CLINIQUES ET SOCIÉTAUX

- Hausse discrète de la morbi-mortalité liée au cannabis
- **Explosion de la morbi-mortalité liée aux autres substances psychoactives dont opiacés, amphétamines et cocaïne**
- Augmentation du nombre d'années actives perdues dans les pays occidentalisés (mais pas à l'échelle mondiale)

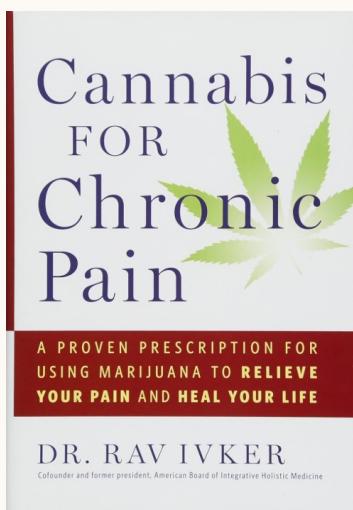
Table 3
ASDR for four drug use disorders in the elderly in 1990 and 2021 at the regional level.

Regions	ASDR (95% uncertainty interval)							
	Age- standardised rates per 100,000 (1990)				Age- standardised rates per 100,000 (2021)			
	Opioid	Cocaine	Amphetamine	Cannabis	Opioid	Cocaine	Amphetamine	Cannabis
Low SDI	40.7 (29.83,53.92)	3.75 (2.15,6.1)	1.17 (0.68,2.05)	1.14 (0.61,2)	39.98 (29.99,51.95)	3.02 (1.84,4.68)	1.12 (0.67,1.89)	1.14 (0.6,2)
Low-middle SDI	49.67 (38.21,64.28)	3.95 (2.23,6.48)	1.58 (1.2,6)	1.3 (0.69,2.25)	50.37 (39.41,63.91)	4.7 (3.35,6.55)	1.7 (1.12,2.63)	1.24 (0.66,2.14)
Middle SDI	93.42 (73.18,115.96)	4.67 (3.38,6.34)	8.67 (6.37,11.91)	1.18 (0.63,2.08)	42.12 (32.16,54.63)	4.68 (3.74,5.87)	5.51 (4.7,65)	1.23 (0.66,2.13)
High-middle SDI	79.13 (61.22,100.75)	4.84 (3.71,6.52)	5.51 (3.87,8.03)	1.11 (0.58,1.91)	46.7 (35.36,60.73)	3.38 (2.38,4.75)	4.48 (3.03,6.73)	1.1 (0.58,1.91)
High SDI	43.41 (32.56,57.4)	8.77 (5.76,12.77)	2.84 (1.71,4.65)	1.83 (1.02,3.12)	147.3 (119.42,176.53)	20.06 (15.85,25.95)	10.39 (8.46,13.28)	2.09 (1.17,3.5)
Central Asia	49.54 (34.12,70.12)	3.04 (2.06,4.2)	3.47 (1.9,5.98)	0.74 (0.35,1.39)	61.95 (46.84,80.02)	4.87 (3.86,6.12)	5.4 (3.54,8.24)	0.77 (0.37,1.42)
Central Europe	25.9 (19.53,34.15)	3.27 (2.38,4.58)	2.9 (1.54,5.15)	1.16 (0.59,2.02)	31.34 (25.02,39.54)	2.92 (1.95,4.36)	3.22 (1.74,5.52)	1.19 (0.62,2.07)
Eastern Europe	114.01 (88.68,146.52)	6.29 (5.38,7.3)	2.8 (1.6,4.81)	1.14 (0.59,2.02)	93.38 (73.56,117.14)	3.15 (2.49,4.08)	3.14 (1.95,5.07)	1.2 (0.63,2.09)
Australasia	32.77 (20.78,47.91)	7.72 (3.31,14.01)	4.43 (1.97,8.5)	2.19 (1.05,3.96)	43.45 (29.81,60.84)	7.78 (3.4,14.21)	5.34 (2.92,9.35)	2.09 (1.08,3.64)
High-income Asia Pacific	20.22 (12.55,30.62)	6.4 (3.79,10.21)	1.85 (0.97,3.29)	1.51 (0.82,2.69)	19.21 (12.23,28.81)	6.75 (4.13,10.62)	2.05 (1.16,3.52)	1.51 (0.81,2.64)
High-income North America	62.62 (46.38,82.51)	14.39 (9.53,21.16)	2.21 (1.41,3.51)	2.73 (1.53,4.57)	333.05 (268.89,399.67)	46.27 (37.04,59.87)	22.81 (18.76,29.28)	3.33 (1.87,5.46)
Southern Latin America	21.67 (11.19,35.58)	15.25 (8.3,25.66)	1.2 (0.64,2.16)	0.87 (0.43,1.55)	23.76 (14.55,36.21)	17.77 (10.36,28.06)	1.77 (1.12,2.84)	1.05 (0.55,1.83)
Western Europe	33.08 (24.37,44.41)	7.37 (4.56,11.16)	3.06 (1.65,5.24)	1.46 (0.79,2.51)	64.13 (51.9,78.19)	8.42 (5.49,12.49)	4.11 (2.6,6.42)	1.58 (0.86,2.65)

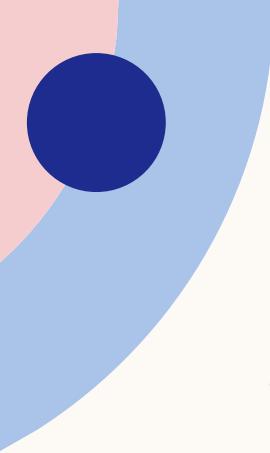
Global and regional burden of four drug use disorders in the elderly, 1990 to 2021: an analysis of the Global Burden of Disease Study, Jia et al., 2025

ENJEUX CLINIQUES ET SOCIÉTAUX

28



- Réglementations restrictives de la promotion du cannabis récréatif et médical au Canada et aux USA mais ...
- **Campagnes publicitaires ciblant notamment les seniors** (sur internet, mais aussi influenceurs, Instagram, dans la rue/métro)
- **Slogans ciblant les personnes âgées** et/ou les populations à risques (pathologies chroniques, usagers d'opioïdes, douleur chronique) et détournant des informations scientifiques
- Accès simplifié à la prescription sur internet pour les vétérans



ENJEUX CLINIQUES ET SOCIÉTAUX

29

Vers une perception différente du cannabis dans la population générale ?

- Cannabis est la 3^{ème} substance psychoactive consommée (à visée récréative) après le tabac et l'alcool : **vieillissement de la population du baby-boom et légalisation du cannabis**
- **Perception du risque** associée à la consommation chronique de **cannabis** chez l'âgé est en **baisse aux USA** : normalisation de la conso
- Au Canada, jusqu'à 50% des usagers de cannabis médical n'informent pas leur médecin et cessent le traitement habituel
- **Population fragile vis-à-vis de la consommation psychoactive en raison des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge, à la polymédication et à des facteurs psycho-sociaux tels que l'isolement social**
- **Consommation de cannabis médical et récréatif associée à la douleur chronique, aux comorbidités psychiatriques et à la consommation d'alcool et/ou d'opiacés**

Decreasing perceived risk associated with regular cannabis use among older adults in the United States from 2015 to 2019, Han et al., 2021

Substance Use Disorders in the Geriatric Population: a Review and Synthesis of the Literature of a Growing Problem in a Growing Population, Lin et al., 2023

PLAN

Introduction

Usages thérapeutiques du cannabis

Trouble de l'usage du cannabis

Principaux effets secondaires du cannabis

Enjeux cliniques et sociaux

Conclusion



30

CONCLUSION : QUELLE ATTITUDE ADOPTER ?

-  Demande déjà existante et grandissante, explosion de l'usage en cannabis des âgés aux USA/Canada
-  « Bombe à retardement » potentielle de personnes âgées vulnérables et plus fragiles vis-à-vis des effets secondaires du cannabis (chute, troubles cognitifs, conduite)
-  Prévention primaire et secondaire ciblée sur les populations à risque (âgés, co-addictions, comorbidités psychiatriques, douleurs chroniques)
-  Réguler le marketing, informer pour éviter le détournement des données scientifiques
-  Former les soignants, préalablement à l'accès potentiel au cannabis, pour mieux encadrer la demande émanant des patients
-  Ne pas diaboliser le cannabis qui a de multiples usages bénéfiques potentiels **MAIS** préparer une possible légalisation **SANS** oublier les personnes âgées !

