

Zoom santé

Numéro 70 | Octobre 2024

Consommation de cannabis à des fins médicales chez les personnes consommatrices de 21 ans et plus du Québec et facteurs associés

Kate Dupont

Résumé

La grande majorité des personnes qui consomment du cannabis à des fins médicales ou pour soulager des symptômes le font sans autorisation médicale. Plusieurs problèmes de santé sont évoqués par ces personnes pour expliquer leur consommation de cannabis. Cette situation n'est pas sans risque pour la santé, car une tendance à l'autotraitement se dessine, même si les preuves cliniques de l'efficacité et de l'innocuité du cannabis sont limitées. L'objectif de ce bulletin est de cerner, au moyen d'analyses multivariées, les principaux facteurs associés à la consommation de cannabis à des fins médicales.

Les données sont tirées d'une combinaison des éditions 2021 et 2022 de *l'Enquête québécoise sur le cannabis*. Un échantillon de 3 493 personnes de 21 ans et plus qui avaient consommé du cannabis au cours des 12 mois précédent l'enquête est utilisé dans le cadre de cette étude. Une analyse de régression logistique binomiale a été effectuée pour comparer les personnes qui consomment du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales aux personnes qui en consomment à des fins non médicales seulement.

On observe notamment une plus grande probabilité de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales chez :

- les femmes de 55 ans et plus ;
- les personnes de plus de 25 ans parmi celles vivant dans un ménage à faible revenu ;
- les personnes s'étant initiées au cannabis après l'âge de 20 ans ;
- les personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique.

L'étude révèle que plusieurs facteurs sociodémographiques et socioéconomiques, et liés aux habitudes de vie, à la santé et à la perception à l'égard du cannabis sont associés à la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales. Ces constats, basés sur des données probantes, constituent une piste intéressante pour prévenir ce type de consommation et en bonifier la surveillance.

Depuis 2001, l'accès au cannabis à des fins médicales¹ est autorisé au Canada (2001). En octobre 2018, le Canada devenait le deuxième pays au monde après l'Uruguay et le premier du G7² à légaliser le cannabis à des fins non médicales³ (Canada 2018). Aux États-Unis, le statut juridique de l'usage médical ou non médical est propre à chaque état (Centers for Disease Control and Prevention 2021).

Au Québec, l'*Enquête québécoise sur le cannabis* (EQC) 2022 montre que près du quart (24 %) des personnes de 15 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête l'ont fait principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales (Conus et Dupont 2023).

De plus, l'EQC 2021 indique que parmi la population de 15 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête, plus les personnes sont âgées, plus elles sont portées à consommer du cannabis pour des raisons médicales ou pour soulager des symptômes. En effet, la proportion de personnes qui consomment pour ces raisons passe de 18 % chez les 15-17 ans à 53 % chez les 55 ans et plus (Conus et autres 2022). L'enquête révèle aussi que parmi les personnes qui consomment pour des raisons médicales ou pour soulager des symptômes, environ 91 % n'ont pas de document médical délivré par un médecin qui les autorisent à consommer du cannabis (donnée non illustrée). Ces personnes évoquent plusieurs raisons de santé physique ou mentale pour expliquer leur consommation. Par exemple, chez les personnes ayant consommé au cours des 12 mois précédant l'enquête pour des raisons médicales ou pour soulager des symptômes, près d'une sur deux l'a fait pour traiter ou soulager des symptômes associés à des troubles du sommeil (54 %), de l'anxiété ou de la nervosité (53 %) ou des douleurs chroniques (53 %), et près du quart pour traiter ou soulager des symptômes de dépression (25 %) (Conus et



PeopleImages / Adobe Stock

autres 2022). Par ailleurs, les résultats de l'EQC 2021 montrent que la proportion de personnes consommant principalement à des fins médicales est plus élevée chez les personnes qui consomment quotidiennement que chez celles qui consomment moins fréquemment (16 % c. 8 % à 10 %*). Ils montrent également que plus une personne consomme fréquemment, plus elle est susceptible de consommer principalement à des fins médicales et non médicales. Cette proportion passe de 9 % chez celles consommant moins d'un jour par mois à 42 % chez celles consommant quotidiennement (Conus et autres 2022).

À la lumière de ces résultats, il semble pertinent d'approfondir les connaissances sur les personnes consommant du cannabis à des fins médicales, car la grande majorité d'entre elles n'ont pas reçu de document médical de la part d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé. Au sein de

la population, on dénote une perception souvent fautive à l'égard du terme « médical » lorsqu'il est associé à la consommation de cannabis (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances 2023). En effet, plusieurs études indiquent que la majorité des personnes qui disent avoir consommé du cannabis à des fins médicales l'ont fait sans l'autorisation médicale d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé (voir Conus et autres 2022 ; Roy et Dessureault 2021 ; Santé Canada 2021b ; Sexton et autres 2016). Cela sous-entend une tendance à l'autotraitement. L'Organisation mondiale de la Santé (2000) définit l'automédecination comme le fait d'utiliser un médicament de sa propre initiative dans le but de soigner une affection ou un symptôme autodiagnostiqué sans avis médical. Le terme autotraitement est plus adéquat lorsqu'il n'est pas question d'un médicament (Office québécois de la langue française 2021), comme dans le cas

1. Santé Canada définit la consommation de cannabis à des fins médicales comme une utilisation qui vise à traiter une maladie ou un trouble, ou à améliorer les symptômes associés à une maladie ou à un trouble (Santé Canada 2022b).
2. Le G7 est composé de l'Allemagne, du Canada, des États-Unis, de la France, de l'Italie, du Japon, du Royaume-Uni et de l'Union européenne.
3. La consommation de cannabis à des fins non médicales se définit comme une utilisation pour une multitude de raisons non médicales (p. ex. : pour le plaisir, pour des motifs spirituels) (Santé Canada 2022b).

du cannabis. Par ailleurs, consommer du cannabis pour un problème de santé sans avis médical n'est pas sans risque. Une autorisation médicale permet entre autres choses d'encadrer le dosage et l'administration du produit (Santé Canada 2021a), et le fait de bénéficier d'un suivi auprès d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé permet notamment de faire le point sur les gains potentiels et les effets indésirables en prenant en compte le problème de santé à traiter, les interactions possibles avec d'autres substances ou médicaments, etc. (voir Allan et autres 2018 ; Collège des médecins de famille au Canada 2021 ; Santé Canada 2018, 2022a).

Plusieurs études portent sur les raisons évoquées par les personnes qui consomment pour expliquer leur consommation de cannabis à des fins médicales avec ou sans autorisation, dont les douleurs chroniques, l'anxiété, le stress, la dépression et les problèmes de sommeil (Asselin et autres 2022 ; Bruce et autres 2021 ; Conus et Dupont 2023 ; Rotermann et Pagé 2018 ; Sexton et autres 2016). Toutefois, on manque de preuves quant à l'efficacité du cannabis pour traiter plusieurs problèmes de santé, et il n'y a pas de consensus scientifique à ce sujet (voir Black et autres 2019 ; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances 2023 ; Hill et autres 2022 ; Hoch et autres 2019 ; Kalant et Porath-Waller 2016 ; Urits et autres 2021).

Certaines études montrent que le cannabis présente des bienfaits notamment pour réduire les douleurs chroniques et d'autres types de douleurs (Hill 2015 ; Hill et autres 2022 ; Kalant et Porath-Waller 2016 ; Urits et autres 2021), la nausée et les vomissements, favoriser l'appétit (Kalant et Porath-Waller 2016 ; Urits et autres 2021) ou la spasticité (contraction involontaire des muscles ; Hill 2015 ; Hill et autres 2022).

Cependant, d'autres études mentionnent la présence d'associations entre la consommation de cannabis et certains problèmes de santé physique (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances 2023), ou de santé mentale (Colorado Department of Public Health and Environment 2021 ; National Academies of Sciences 2017 ; Volkow et autres 2014), certains

troubles neurologiques et cognitifs (Kalant et Porath-Waller 2016 ; Urits et autres 2021 ; Volkow et autres 2014) et l'aggravation de problèmes de santé ou de symptômes (Hill et autres 2022). Il existe aussi un risque de dépendance (Urits et autres 2021 ; Volkow et autres 2014).

Les effets négatifs peuvent varier selon différents facteurs, dont la fréquence de consommation (plus une consommation est fréquente, plus elle présente des risques pour la santé) (Institut national de santé publique du Québec 2016 ; Marchand et Levasseur 2022) ou encore l'âge de la personne, car la capacité de l'organisme à traiter le cannabis varie avec l'âge, notamment chez les personnes de 55 ans et plus (Santé Canada 2022a). Passé cet âge, la sensibilité aux effets du cannabis est plus grande et peut entraîner des problèmes comme des étourdissements, des chutes et des blessures (Agence de la santé publique du Canada 2024).

Dans la présente étude, on analyse la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales au cours des 12 mois précédant l'enquête (voir encadré 1). Les facteurs étudiés portent sur des déterminants de santé. L'étude tente de brosser un portrait des caractéristiques individuelles qui y sont associées, à savoir des facteurs sociodémographiques et socioéconomiques, et liés aux habitudes de vie, à des facteurs relatifs à la santé et à la perception à l'égard du cannabis.

Elle a pour objectif d'identifier, par une analyse binomiale, les principaux facteurs associés à la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales chez les personnes de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête au Québec en 2021 et 2022 (voir encadré 2).

Encadré 1

Mesure de la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales

L'indicateur de la **consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales au cours des 12 derniers mois** est construit à partir de la question « Quelle a été la principale raison de votre consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois ? », posée aux personnes de 15 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les choix de réponses sont : « À des fins médicales », « À des fins non médicales », « À des fins médicales et non médicales ».

Dans cette étude, les catégories « À des fins médicales », et « À des fins médicales et non médicales » sont regroupées pour former la catégorie « À des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales ».

Seules les personnes âgées de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête sont prises en compte dans cet indicateur. Cela concorde avec l'âge légal de consommation de cannabis à des fins non médicales au Québec (Québec 2018).

L'indicateur englobe tant les personnes qui ont une autorisation médicale que celles qui n'en ont pas, car la question posée ne permet pas de distinguer les deux cas de figure. Il témoigne donc de la consommation de cannabis à des fins médicales « autodéfinies » (Rotermann et Pagé 2018) ou prescrites par un professionnel ou une professionnelle de la santé.

Encadré 2

Méthodologie

Source des données

Les données proviennent de l'*Enquête québécoise sur le cannabis* (EQC), menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Afin d'accroître la taille de l'échantillon des personnes de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête, les éditions 2021 et 2022 de l'EQC ont été combinées. Dans cette optique, les catégories « À des fins médicales », et « À des fins médicales et non médicales » ont été regroupées. Ainsi, l'échantillon total comporte 3 493 personnes, soit 1 025 personnes ayant consommé principalement à des fins médicales ($n = 371$) ou à des fins médicales et non médicales ($n = 654$), et 2 468 personnes ayant consommé à des fins non médicales. Pour plus d'information sur l'EQC et sur la combinaison des éditions, consulter l'encadré 3.

Choix des facteurs

Les facteurs inclus dans les analyses ont été sélectionnés à partir de la littérature, de certaines hypothèses basées sur des données probantes, des variables disponibles dans les éditions de l'EQC et de paramètres statistiques. Les facteurs sont définis aux pages 12 et 13.

Stratégie d'analyse

Une analyse de régression logistique¹ a été réalisée afin de vérifier si la consommation de cannabis chez les personnes âgées de 21 ans et plus qui consomment pour des raisons médicales est associée de façon distinctive à certains facteurs sociodémographiques et socioéconomiques, ou liés aux habitudes de vie, à la santé ou aux perceptions à l'égard du cannabis. L'approche, pour la modélisation, consiste à introduire dans un modèle les variables (facteurs) statistiquement associées à la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales lors de l'analyse bivariée^{2,3} et de la régression univariée⁴; celles demeurant significatives dans la régression logistique multivariée^{5,6}, au seuil de signification fixé ($\alpha = 0,05$) sont conservées dans le modèle final. De plus, certaines variables ont été retirées⁷ à cause de leur corrélation avec d'autres variables présentes dans le modèle. Quelques interactions présentant un intérêt ont été aussi examinées. Ainsi, les effets d'interactions concernant le groupe d'âge selon le genre et selon la mesure de faible revenu ont été retenus pour l'analyse. Les résultats de l'analyse sont rapportés sous la forme de rapports de cotes (RC) et d'intervalles de confiance (IC) à 95 %. La catégorie de référence des variables indépendantes⁸ est celle où les personnes consommant du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales sont les moins nombreuses en proportion lors des analyses bivariées, à l'exception où la catégorie de référence se base sur une catégorie davantage similaire à d'autre étude, mais qui s'avère être la deuxième proportion la moins élevée⁹.

Toutes les associations ou différences mentionnées dans le texte sont statistiquement significatives au seuil de 5 %.

1. Analyses effectuées au moyen de la version SUDAAN (version 11.0.3) exécutable dans SAS avec catégorisation des valeurs manquantes et 500 poids d'autoamorçage (*bootstrap*) afin de prendre en compte le plan d'échantillonnage.
2. Analyses effectués dans SAS Enterprise Guide (version 8.3) avec le traitement des inconnues.
3. Le facteur **Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis à des fins non médicales** a été retiré, car il était non significatif lors des analyses bivariées.
4. Analyses effectuées au moyen de la version SUDAAN (version 11.0.3) exécutable dans SAS avec catégorisation des valeurs manquantes et 500 poids d'autoamorçage (*bootstrap*) afin de prendre en compte le plan d'échantillonnage.
5. *Ibid.*
6. Les facteurs **Personne vivant seule** et **Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois** ont été retirés du modèle final, car ils étaient non significatifs lors des analyses multivariées.
7. Les facteurs **Perception de son état de santé mentale** et **Satisfaction à l'égard de sa vie** ont été retirés en raison de leur corrélation avec le facteur **Perception de son état de santé**. Le facteur **Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle de cannabis** a été retiré à cause de sa corrélation avec le facteur **Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation régulière de cannabis**.
8. Les valeurs manquantes ont été traitées comme une catégorie lorsque nécessaire. Les résultats touchant la catégorie des valeurs manquantes ne sont cependant pas présentés ni discutés dans le texte.
9. La catégorie choisie est « Travailleur » au lieu de « Étudiant » dans la variable **Occupation principale au cours des 12 derniers mois**.



FatCamera / iStock

Résultats

Pour la période de 2021-2022, on estime qu'en moyenne près de 29 % de la population québécoise âgée de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête l'ont fait principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales, avec ou sans autorisation d'un professionnel de la santé (tableau 1 à la fin du bulletin). Cette pratique touche ainsi près de 367 500 personnes de 21 ans et plus (tableau 1), c'est-à-dire un peu plus de 5 % de la population québécoise de ce groupe d'âge⁴.

Les résultats présentés à la figure 1 montrent que divers facteurs sociodémographiques et socioéconomiques sont associés à la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou des fins médicales et non médicales plutôt qu'à des fins non médicales seulement, une fois l'ensemble des variables du modèle prises en compte.

D'abord, il y a un effet d'interaction entre le groupe d'âge et le genre. On note que plus une personne est âgée, plus elle est

portée à consommer du cannabis principalement pour ces motifs, et ce de manière plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Chez les personnes de 55 ans et plus, la propension à consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales est plus grande chez les femmes que les hommes (RC respectifs de 5,64 et 2,43) et chez les femmes, ce sont celles de ce groupe d'âge qui présentent une probabilité plus élevée de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales (RC = 5,64). Le tableau 2 présente les principaux résultats illustrés à la figure 1, et permet en plus d'apprécier les différences significatives observées entre les différentes modalités des facteurs utilisés lors des tests d'interaction.

Le niveau de scolarité est également associé à la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou des fins médicales et non médicales : les personnes dont le plus haut niveau de scolarité est un diplôme d'études secondaires (DES) ou un niveau inférieur présentent une probabilité

plus élevée de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales (RC respectifs de 1,42 et 1,52) que celles ayant obtenu un diplôme d'études collégiales ou universitaires.

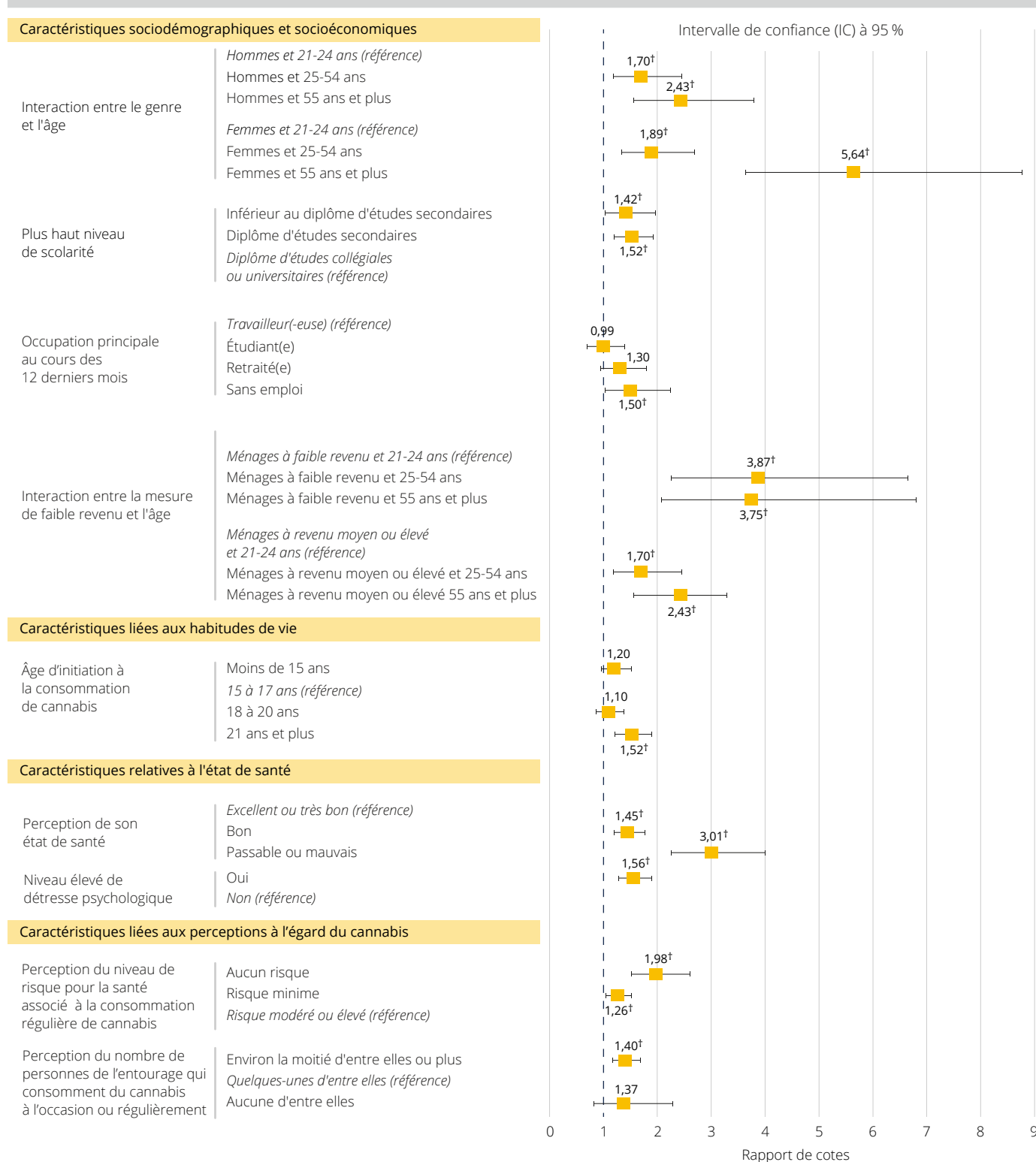
L'occupation principale est également associée : les personnes n'ayant pas d'emploi ont une probabilité plus élevée d'en consommer principalement pour ces motifs que les personnes en emploi (RC = 1,50).

Enfin, il y a un effet d'interaction entre le groupe d'âge et la mesure de faible revenu. Les personnes vivant dans un ménage à faible revenu âgées de 25 à 54 ans (RC = 3,87) et de 55 ans et plus (RC = 3,75) ont une probabilité plus élevée de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales que celles âgées de moins de 25 ans. Chez celles vivant au sein de ménages à revenu moyen à élevé, plus une personne est avancée en âge, plus elle est portée à consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des

4. Voir le [site Web de l'ISQ](#) pour les estimations de population au 1^{er} juillet 2022 (Institut de la statistique du Québec 2024).

Figure 1

Facteurs associés à la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou des fins médicales et non médicales, population de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Québec, 2021-2022



† Valeur significativement différente (p<0,05) de la catégorie de référence (1,00).

1. Un rapport de cotes supérieur à 1 signifie que pour une variable donnée, les personnes présentant le facteur étudié sont plus susceptibles de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'elles le sont moins. Cette affirmation est vraie dans la mesure où l'intervalle de confiance à 95 % n'inclut pas la valeur de 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le cannabis*, éditions 2021 et 2022 combinées.

fins médicales ou non médicales ; la probabilité la plus élevée est observée chez les 55 ans et plus (RC = 2,43). Chez les personnes âgées de 25 à 54 ans, la propension à consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales est plus importante chez celles vivant dans un ménage de faible revenu que celles vivant dans un ménage à revenu moyen à élevé (RC respectifs de 3,87 et 1,70). Le tableau 2 permet d'apprécier les différences significatives observées entre les différentes modalités des facteurs utilisés lors des tests d'interaction.

Parmi les facteurs liés aux habitudes de vie prises en compte dans l'analyse, l'âge d'initiation au cannabis demeure associé au fait de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales, une fois pris en compte l'ensemble des facteurs⁵. La propension à consommer du cannabis principalement

à ces fins serait plus grande chez les personnes s'étant initiées au cannabis à 21 ans et plus (RC = 1,52) que celles s'étant initiées entre 15 à 17 ans.

Les résultats de la figure 1 montrent également que les facteurs relatifs à l'état de santé sont associés au fait de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales. Les personnes percevant leur santé comme étant bonne (RC = 1,45) ou passable ou mauvaise (RC = 3,01) sont plus susceptibles de consommer du cannabis principalement à ces fins que celles l'estimant comme excellente ou très bonne. On remarque aussi que les personnes se situant à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ont une probabilité plus élevée de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales (RC = 1,56) que celles se situant à un autre niveau.

Enfin, les facteurs liés aux perceptions à l'égard du cannabis sont également associés à la consommation de cannabis à des fins médicales plutôt qu'à des fins non médicales. Les personnes qui estiment que la consommation régulière de cannabis ne présente aucun risque (RC = 1,98 ; figure 1) ou alors un risque minime (RC = 1,26) pour la santé ont une plus grande probabilité de consommer du cannabis à des fins médicales que celles estimant que ce risque est modéré ou élevé. Les personnes estimant qu'au moins la moitié des personnes de leur entourage consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement ont une probabilité plus élevée (RC = 1,40) de consommer du cannabis à des fins médicales que celles qui croient qu'il n'y a que quelques personnes de leur entourage qui en consomment.



Fotographia Inc. / iStock

5. Les personnes ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête et qui en ont consommé pour la première fois entre 15 et 17 ans ou entre 18 et 20 ans présentent une probabilité plus faible (RC respectifs de 0,66 et 0,72 ; données non illustrées) de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou des fins médicales et non médicales que celles s'étant initiées à la consommation de cannabis à l'âge de 21 ans ou plus.

Discussion

L'étude révèle que si on compare les personnes qui consomment selon le genre et le groupe d'âge, ce sont les femmes de 55 ans et plus qui présentent la probabilité la plus élevée de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales. Plusieurs pistes peuvent expliquer ces résultats. D'emblée, les douleurs chroniques touchent de plus en plus de personnes avec l'âge (Gibson et Lussier 2012). Elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, en particulier chez les femmes de 65 ans et plus (Ministère de la santé et des Services sociaux 2021). De plus, ce sont les personnes d'un âge avancé qui sont les plus enclines à consommer du cannabis à des fins médicales (Compton et autres 2017). Par ailleurs, de manière connexe, une étude révèle que les femmes sont plus portées à l'automédication que les hommes dans les groupes d'âges de 45 à 74 ans et de 75 ans et plus (Niclós et autres 2018). Quant à la différence entre les femmes et les hommes en matière de santé, plusieurs pistes peuvent être mises de l'avant pour expliquer la tendance des femmes à l'automédication. Selon certains auteurs, les femmes reconnaissent davantage leurs symptômes que les hommes (Carrasco-Garrido 2011), et sont plus susceptibles de vivre (ou de ressentir) une forme d'invisibilisation dans le système de soins, tant pour ce qui est du diagnostic que du traitement (Emslie et autres 2001; Young et autres 2018).

Un effet d'interaction entre le groupe d'âge et la mesure de faible revenu est également observé. Les personnes âgées de 25 ans et plus vivant dans un ménage à faible revenu ont une probabilité plus élevée de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales que leurs homologues plus jeunes. De plus, chez les personnes âgées de 25 à 54 ans, on constate que la propension à consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales et non médicales est plus importante chez celles vivant dans un ménage à faible revenu que chez celles vivant dans un ménage à revenu moyen à élevé. Il a déjà été démontré que la consommation

de cannabis à des fins médicales est plus courante chez les personnes vivant dans un ménage à faible revenu (voir Rotermann et Pagé 2018). Il serait pertinent d'explorer davantage le lien entre la consommation principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales et la mesure du faible revenu du ménage en menant des études plus pointues sur le sujet.

L'étude révèle des liens entre d'autres facteurs socioéconomiques et la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales. Un niveau de scolarité moins élevé est un facteur associé à cette consommation. L'étude d'Hamilton et autres (2017) présente des résultats qui tendent dans ce sens, sans être statistiquement significatifs ($p=0,10$). La taille des effectifs ($n = 401$) pourrait constituer une limite statistique dans la détection d'une différence significative. Par ailleurs, dans la présente étude, on note que les personnes sans emploi ont une plus grande probabilité de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales que celles ayant un travail. Ces résultats vont dans le même sens que ceux

d'autres études (Choi et autres 2017; Lin et autres 2016). Il serait pertinent d'explorer davantage le lien entre la consommation principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales et ces facteurs socioéconomiques en menant des études plus pointues sur le sujet.

En ce qui concerne les habitudes de vie, on constate que l'âge d'initiation au cannabis et la raison de la consommation sont liés. En effet, les personnes qui ont commencé à consommer plutôt tard dans leur vie sont plus portées à consommer principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales que celles qui ont commencé à consommer plus tôt. Ce résultat va dans le même sens que ceux d'une autre étude (Compton et autres 2017), et une des hypothèses pouvant l'expliquer est que les personnes qui consomment du cannabis à des fins médicales avec ou sans autorisation s'initient généralement au cannabis plus tardivement que les autres (21 ans ou plus) car lorsqu'elles étaient plus jeunes, leur problématique de santé ne s'était pas encore manifestée. On sait par exemple que l'incidence des problèmes de santé chroniques augmente avec l'âge (Wilkins et Park 1996).



SeventyFour / iStock

En ce qui a trait aux facteurs relatifs à l'état de santé considérés dans la présente analyse, l'association observée va dans le même sens que ce qui a déjà été observé dans plusieurs autres études, à savoir qu'une autoévaluation peu favorable de son état de santé est associée à une consommation de cannabis à des fins médicales (Compton et autres 2017 ; Hamilton et autres 2017 ; Lin et autres 2016). Rappelons qu'on observe également une association entre le fait de se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et la consommation de cannabis à des fins médicales. Ces deux facteurs liés à la santé peuvent traduire une certaine vulnérabilité des personnes qui consomment du cannabis à des fins médicales. En effet, peu importe le sens de ces associations, il n'en demeure pas moins que ces personnes présentent des facteurs de santé défavorables (p. ex. : elles vivent de la détresse), et il est probable qu'elles consomment du cannabis sans autorisation médicale. Soulignons que pour ce qui est de la santé mentale, non seulement il n'a pas été prouvé que la consommation de cannabis l'améliore, mais il a également été démontré que sa consommation régulière nuit à la santé mentale (Santé Canada 2024).

Deux facteurs relatifs aux perceptions à l'égard du cannabis présentent un lien avec la principale raison de la consommation de cannabis. Dans l'étude de Compton et autres (2017), le fait d'estimer qu'il est risqué de fumer du cannabis 1 à 2 fois par semaine est associé à la consommation de cannabis à des fins médicales. Ce facteur nous a permis d'émettre l'hypothèse que les personnes qui consomment du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales (sans égard au mode de la consommation) perçoivent la consommation régulière comme moins risquée que ceux qui consomment à des fins non médicales. En effet, les personnes qui estiment que la consommation régulière de cannabis présente peu ou pas de risques sont plus susceptibles de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à

des fins médicales ou non médicales que ceux qui estiment que ce risque est modéré ou élevé. L'EQC permet d'explorer d'autres facteurs relatifs aux perceptions à l'égard du cannabis, notamment l'association entre le fait d'estimer qu'au moins la moitié de son entourage consomme du cannabis à l'occasion ou régulièrement (comparativement à quelques-unes d'entre elles) et une consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales. Selon Gagnon et Rochefort (2010), la perception de la fréquence de la consommation dans l'entourage (normes descriptives) a une influence sur le comportement. Par conséquent, la perception de la fréquence de la consommation de cannabis au sein d'un groupe peut inciter une personne à commencer à consommer, ou à continuer à le faire (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2020). L'hypothèse émise est que les personnes qui estiment que plusieurs des personnes de leur entourage (au moins la moitié) consomment du cannabis (peu importe le motif) sont plus susceptibles de consommer principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales car elles seraient influencées par la norme sociale. Il serait pertinent d'explorer davantage ce lien en menant des études plus pointues sur le sujet.

Il est à souligner que les comparaisons avec d'autres études sont effectuées à titre indicatif, car la mesure de la consommation de cannabis à des fins médicales et la population visée peuvent différer d'une étude à l'autre.

Une des forces de l'analyse présentée dans ce bulletin réside dans le fait qu'elle compare les personnes qui consomment du cannabis à des fins médicales aux personnes qui en consomment pour des raisons non médicales exclusivement en prenant en compte un ensemble de facteurs, et qu'elle vise une période ultérieure à la légalisation du cannabis à des fins non médicales au Québec. À notre connaissance, l'étude est la première à examiner dans un même modèle plusieurs facteurs sociodémographiques

et socioéconomiques, et liés aux habitudes de vie, à l'état de santé et aux perceptions à l'égard du cannabis, et leur association avec la principale raison de consommation de cannabis, et ce depuis la légalisation du cannabis à des fins non médicales au Canada. Les éditions 2021 et 2022 de l'EQC utilisées dans le cadre de cette étude ont été réalisées en utilisant une méthodologie qui repose sur des techniques de collecte de données éprouvées (voir Boucher 2022 ; Boucher 2023). Par ailleurs, la combinaison de ces deux éditions a permis d'augmenter la puissance statistique nécessaire pour obtenir de meilleures estimations (Lapointe et Courtemanche 2007). En raison de la représentativité de l'échantillon probabiliste des données de l'EQC, les résultats peuvent être généralisés à l'ensemble des personnes âgées de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête au Québec.

Toutefois, comme dans toute enquête s'appuyant sur des informations autodéclarées, la validité des données dépend des informations fournies par les personnes répondantes. Ainsi, des biais de désirabilité sociale⁶, d'évitement de dissonance cognitive⁷ et de rappel (mémoire) sont possibles et doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats. De plus, les données d'enquêtes transversales comme l'EQC ne permettent pas de statuer sur des liens de causalité, sur le sens de la relation entre la raison de la consommation de cannabis et les facteurs associés ni sur la séquence temporelle. Par ailleurs, pour ce qui est du contenu, certains facteurs d'intérêt pourraient être manquants. C'est le cas par exemple de l'usage de la cigarette (Kandel et Kandel 2014 ; Tu et Nanhou 2022) ou de l'utilisation de la cigarette électronique contenant de la nicotine (Kandel et Kandel 2014), qui pourraient agir comme une porte d'entrée à d'autres drogues, notamment le cannabis. Ce facteur n'est pas mesuré dans l'EQC. Il peut également y avoir des facteurs confondants qui n'ont pas été considérés parce qu'ils n'ont pas été mesurés dans

6. Exemple de désirabilité sociale : Une personne, afin de préserver une image positive (subjectivement ou objectivement), peut prétendre consommer du cannabis pour des raisons médicales car elle évalue qu'il est socialement plus acceptable de consommer pour ce motif que pour un autre.
7. Exemple de dissonance cognitive : Une personne estime que la consommation de cannabis présente un risque pour la santé, mais elle en consomme tout de même fréquemment. Cette contradiction engendre une dissonance, que la personne atténue en minimisant les risques.

l'EQC. L'échantillon tiré des deux éditions de l'EQC utilisé pour les analyses correspond à une « population artificielle » (Thomas et Wannell 2009 : 7), regroupant les personnes consommatrices âgées de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis durant la période 2021-2022.

Conclusion

Les résultats du modèle de régression logistique binomiale présentés dans ce bulletin permettent de constater que plusieurs facteurs individuels sont associés au fait d'appartenir au sous-groupe des personnes de 21 ans et plus consommant du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales. Ces facteurs sont sociodémographiques et socioéconomiques, et liés aux habitudes de vie, à la santé et aux perceptions à l'égard du cannabis.

Les constats de l'étude, qui sont basés sur des données probantes, constituent une piste intéressante pour améliorer la prévention en santé publique et pour bonifier la surveillance de cette pratique pouvant être problématique. L'identification des facteurs qui sont associés au type de consommation étudié peut en effet contribuer à mieux adapter les mesures de prévention auprès des groupes qui sont les plus à risque. Dans un contexte où la population au Québec vieillit et requiert plus en plus de soins pour soulager des douleurs chroniques (Ministère de la santé et des Services sociaux 2021), et où les services psychologiques sont difficiles d'accès, ces données alimenteront les réflexions quant aux enjeux de la consommation de cannabis à des fins médicales « autodéfinies » au sein de la population et contribueront à mieux expliquer les nombreux motifs qui peuvent être associés à une telle consommation.



RealPeopleGroup / iStock

Les facteurs associés à la consommation de cannabis à des fins médicales demeurent cependant mal connus, et plusieurs autres analyses seraient pertinentes. Si les effectifs le permettent, des analyses de régression logistique multinomiale pour lesquelles on distinguerait trois groupes (les personnes consommant à des fins médicales seulement, celles consommant à des fins non médicales seulement et celles consommant à des fins médicales ou non médicales combinées) pourraient être menées afin d'examiner si les associations varient selon les sous-groupes. Une analyse portant seulement sur les personnes n'ayant pas de document médical pourrait également être envisagée. Les facteurs étudiés pourraient

porter sur les habitudes de consommation de cannabis (p. ex. : fréquence de la consommation, teneur en THC), afin de brosser un portrait des consommateurs et consommatrices en fonction de la raison de consommation.

À propos de l'enquête

Tous les ans depuis 2018, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) réalise l'*Enquête québécoise sur le cannabis*. Seule l'édition de 2020 a été annulée en raison de la pandémie de COVID-19. Cette enquête porte sur la consommation de cannabis et les comportements qui y sont associés, ainsi que sur les perceptions à l'égard de cette substance.

La population visée par l'enquête est celle des Québécois et Québécoises de 15 ans et plus. Les personnes résidant dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik ne sont toutefois pas visées par l'enquête, ni celles vivant dans un ménage collectif institutionnel. La collecte de données s'effectue entre février et juin de chaque année. À chaque édition, plus de 10 000 personnes ont participé à l'EQC.

Pour en savoir plus sur l'EQC, veuillez consulter le site Web suivant :

statistique.quebec.ca/fr/enquetes/realisees/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis

Combinaison des éditions 2021 et 2022 de l'EQC

Le présent bulletin fournit des résultats qui découlent d'analyses réalisées à partir de données des éditions 2021 et 2022 de l'EQC qui ont été combinées. Étant donné la nature des analyses, une approche groupée a été utilisée (voir Thomas et Wannell 2009). Les poids des éditions ont été divisés par deux (le nombre d'éditions) pour représenter la population moyenne au cours des deux années. En d'autres termes, les résultats des données issues d'éditions combinées sont des estimations de la valeur moyenne pour 2021-2022.

Avant de combiner des éditions, il faut que les estimations basées sur les données d'une seule édition ne répondent pas aux besoins analytiques (Thomas et Wannell 2009). La combinaison des deux éditions de l'EQC est pertinente pour cette étude, car elle permet d'améliorer la qualité des estimations pour l'analyse multivariée.

De plus, les deux éditions de l'EQC qui sont combinées sont successives.

Par ailleurs, la description d'un phénomène à l'aide d'une enquête populationnelle s'effectue généralement à partir d'une population donnée à une période donnée (Lapointe et Courtemanche 2007). Pour que les statistiques issues de la combinaison des éditions 2021 et 2022 de l'EQC soient porteuses de sens (Lapointe et Courtemanche 2007), les conditions ci-dessous doivent être réunies (Lapointe et Courtemanche 2007 ; Thomas et Wannell 2009).

Absence d'effet de cycle (Lapointe et Courtemanche 2007)

- Le plan de sondage et la méthodologie de l'enquête des deux éditions visent la même population cible, et assurent la même mesure de cette dernière (voir Boucher 2022 ; Boucher 2023).
- La comparabilité des questions (voir ISQ 2023) a été confirmée.

Absence d'effet de mode de collecte (Thomas et Wannell 2009)

- Le mode de collecte des deux éditions de l'enquête est le même (voir Boucher 2022 ; Boucher 2023).

Absence d'effet de temps (Lapointe et Courtemanche 2007)

- Les mesures de santé publique liées à la crise sanitaire de la COVID-19 (voir INSPQ 2022) étaient en vigueur aux deux éditions, et il n'y a pas eu de changement notable dans la *Loi encadrant le cannabis* (voir Québec 2018) entre les deux éditions.
- Peu de différences statistiques entre les deux éditions sont observées pour ce qui a trait aux variables utilisées (voir Conus et Dupont 2023).

Définition des facteurs retenus dans les analyses de régression logistique binomiale

Âge (au moment de l'enquête)

L'information relative à l'âge au moment de l'enquête est obtenue à l'aide des questions posées en début de questionnaire, lesquelles ont comme objectif de s'assurer que le questionnaire soit bel et bien rempli par la personne sélectionnée et comprennent la validation de la date de naissance de la personne répondante. L'âge au moment de l'enquête est calculé en faisant la différence entre la date à laquelle le questionnaire est rempli et la date de naissance. Cette variable est ensuite catégorisée en 3 groupes d'âge qui sont utilisés pour les analyses : les 21-24 ans, les 25-54 ans, et les 55 ans et plus.

Genre

La variable, qui suit les recommandations pour la prise en compte du genre dans les statistiques (Institut de la statistique du Québec 2021), découle de la question « Quel est votre genre ? », pour laquelle les choix de réponses possibles sont « Masculin », « Féminin », « Ou veuillez préciser ». Afin d'orienter les personnes répondantes, l'information suivante leur est fournie : « Par genre, on entend le genre actuel, qui peut différer du sexe assigné à la naissance ou de celui inscrit dans les documents officiels. » Au besoin, une explication plus détaillée et standardisée de la notion de genre et du dernier choix de réponse est fournie à la personne répondante. Pour des raisons de qualité des estimations et de confidentialité, et compte tenu de la petite taille de la population concernée, la publication de statistiques pour le groupe des personnes non binaires n'est pas possible. Les résultats sont diffusés au moyen d'une variable de genre binaire, construite par imputation de manière à inclure toutes les personnes répondantes dans les analyses. Ainsi, les catégories « Femmes » et « Hommes » comprennent respectivement les femmes et les hommes cisgenres et transgenres.

Niveau de scolarité

Le niveau de scolarité au moment de l'enquête est établi à partir de la question « Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété ? », dont les choix de réponses sont « 1) Études primaires ou moins », « 2) Études secondaires partielles », « 3) Diplôme d'études secondaires », « 4) Diplôme ou certificat d'études d'une école de métier ou de formation professionnelle », « 5) Diplôme d'un collège commercial », « 6) Diplôme d'un cégep », « 7) Diplôme universitaire de premier cycle (certificat, mineure, majeure, baccalauréat) », « 8) Maîtrise, doctorat ou diplôme d'études supérieures » et « 9) Autre ». Les deux premiers choix de réponses sont regroupés pour former la catégorie « Inférieur au diplôme d'études secondaires », le troisième choix de réponse constitue une catégorie en tant que telle (« diplôme d'études secondaires »), et les choix de réponses quatre à huit constituent la catégorie « Diplôme d'études collégiales ou universitaires ». Notons que les réponses « Autre » et « Inconnu » sont traitées ensemble et comme des réponses manquantes pour l'indicateur du niveau de scolarité.

Occupation principale au cours des 12 derniers mois

L'occupation principale de la personne répondante est recueillie à l'aide de la question « Au cours des 12 derniers mois, quelle était votre occupation principale ? », dont les choix de réponses sont « 1) Travailleur (travailleuse) à temps plein », « 2) Travailleur (travailleuse) à temps partiel (moins de 30 heures) », « 3) Étudiant(e) », « 4) Retraité(e) », « 5) Personne tenant maison », « 6) En congé de maternité ou de paternité », « 7) Prestataire d'assurance-emploi », « 8) Prestataire d'aide sociale », « 9) En invalidité ou en congé de maladie » et « 10) Autre ». Les choix de réponse 1, 2, 6 et 9 sont regroupés afin de constituer la catégorie « Travailleurs », alors que les choix 3 et 4 constituent chacun leur propre catégorie. Les choix de réponses 5, 7 et 8 ont été combinés afin de créer la catégorie

« Personnes sans emploi ». Notons que les réponses « Autre » et « Inconnu » sont traitées ensemble et comme des réponses manquantes pour cet indicateur.

Mesure de faible revenu

Le calcul de la mesure de faible revenu a été effectué à partir de la réponse à une question portant sur le revenu total de tous les membres du ménage et provenant de toutes les sources, avant impôt et autres retenues, au cours des 12 derniers mois. Pour pallier le problème de non-réponse partielle pour le revenu du ménage, les données manquantes ont été imputées. L'indicateur de la mesure de faible revenu est donc construit à partir du revenu du ménage et du nombre de personnes dans le ménage, puis se divise en deux catégories : les ménages à faible revenu (sous le seuil de faible revenu selon la mesure de faible revenu) et les autres ménages (dont le revenu est égal ou supérieur au seuil de faible revenu : Boucher 2022, 2023).

Âge d'initiation au cannabis

L'information relative à l'âge à la première consommation de cannabis est obtenue à l'aide de la question « Quel âge aviez-vous lorsque vous avez consommé du cannabis pour la première fois ? ». L'indicateur comporte quatre catégories : « Moins de 15 ans », « 15 à 17 ans », « 18 à 20 ans » et « 21 ans et plus ». L'indicateur concerne uniquement les personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours de leur vie.

Perception de son état de santé

La perception de son état de santé est mesurée par la question « En général, diriez-vous que votre santé est... ? » dont les cinq choix de réponses sont « Excellente », « Très bonne », « Bonne », « Passable » et « Mauvaise ». Pour les analyses du présent bulletin, les réponses ont été regroupées en trois catégories, soit « Très bon ou excellent », « Bon » et « Passable ou mauvais ».

Niveau élevé de détresse psychologique

Le niveau de détresse psychologique est estimé selon l'échelle de Kessler K6 (Kessler et autres, 2002 ; Kessler et autres, 2003 ; Kessler et autres, 2010). Cette échelle se base sur six questions : « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) » : « ... nerveux/nerveuse ? », « ... désespéré(e) ? », « ... agité(e) ou incapable de tenir en place ? », « si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire ? », « que tout était un effort (à ce point fatigué(e) que tout est un effort) ? », et « bon(ne) à rien ? ». Les choix de réponses possibles sont « Tout le temps », « La plupart du temps », « Parfois », « Rarement », et « Jamais ». Chacune des six questions se voit accorder un score de 0 à 4, le score total variant de 0 à 24. Plus le score total est élevé, plus la détresse est grande. Afin de décrire le sous-groupe ayant le niveau le plus élevé de détresse psychologique, le quintile supérieur de la distribution du niveau de détresse a été choisi. Dans l'EQC, un score de huit ou plus correspondait à la valeur seuil du cinquième quintile de la distribution. Pour les analyses, deux niveaux ont été définis pour cette variable : « Élevé » et « Faible à modéré ». Le seuil utilisé n'étant pas un seuil clinique, les résultats présentés ne doivent pas être interprétés en termes de prévalence.

Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation régulière de cannabis

La perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation régulière de cannabis est mesurée à partir de la question suivante, qui a été posée à toutes les personnes de 15 ans et plus : « Selon vous, quel est le niveau de risque pour la santé que courent les personnes qui consomment du cannabis régulièrement, c'est-à-dire une fois par semaine ou plus ? ». Les choix de réponses possibles sont « Aucun risque », « Risque minime », « Risque modéré » ou « Risque élevé ». Les réponses « Risque modéré » et « Risque élevé » ont été regroupées en une seule catégorie.

Perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement

La perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement est construite à partir de la question suivante, qui a été posée à toutes les personnes de 15 ans et plus : « Selon vous, parmi les personnes de votre entourage (amis, connaissances, collègues et membres de votre famille), combien consomment du cannabis (à l'occasion ou régulièrement) ? ». Les choix de réponses sont : « Chacune d'entre elles », « La plupart d'entre elles », « Environ la moitié d'entre elles », « Quelques-unes d'entre elles », « Aucune d'entre elles ». Pour les analyses dans ce bulletin, les trois premiers choix de réponses ont été regroupés pour former la catégorie « Environ la moitié d'entre elles ou plus ».

Tableaux complémentaires

Tableau 1

Caractéristiques individuelles selon la principale raison de consommation de cannabis, population de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Québec, 2021-2022

	Consommation de cannabis			À des fins médicales OU à des fins médicales et non médicales			À des fins non médicales (seulement)		
	%	n	population estimée ¹	%	n	population estimée ¹	%	n	population estimée ¹
Total	100,0	3 493	1 249 300	29,4	1 025	367 500	70,6	2 468	881 800
Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques									
Âge									
21-24 ans	13,1	860	163 600	16,0 ^a	142	26 100	84,0 ^a	718	137 500
25-54 ans	67,6	1 749	844 200	27,7 ^a	482	233 800	72,3 ^a	1 267	610 400
55 ans et plus	19,3	884	241 500	44,5 ^a	401	107 600	55,5 ^a	483	133 900
Genre									
Homme	59,9	1 872	748 100	27,5 ^a	513	205 400	72,5 ^a	1 359	542 700
Femme	40,1	1 621	501 300	32,3 ^a	512	162 100	67,7 ^a	1 109	339 100
Plus haut niveau de scolarité									
Inférieur au diplôme d'études secondaires	8,6	288	103 200	44,7 ^a	128	46 100	55,3 ^a	160	57 100
Diplôme d'études secondaires	14,1	514	170 000	40,0 ^b	201	68 000	60,0 ^b	313	102 000
Diplôme d'études collégiales ou universitaires	77,4	2 571	933 400	25,6 ^{ab}	656	239 300	74,4 ^{ab}	1 915	694 100
Occupation principale au cours des 12 derniers mois									
Travailleur(-euse)	74,6	2 239	889 900	26,2 ^{ab}	597	233 600	73,8 ^{ab}	1 642	656 300
Étudiante(e)	10,5	522	125 400	19,2 ^{ab}	83	24 100	80,8 ^{ab}	439	101 300
Retraité(e)	9,3	406	110 800	48,7 ^a	197	54 000	51,3 ^a	209	56 800
Sans emploi	5,6	172	66 600	49,6 ^b	85	33 000	50,4 ^b	87	33 600
Mesure de faible revenu									
Ménages à faible revenu	18,6	711	231 900	41,0 ^a	260	95 100	59,0 ^a	451	136 800
Ménages à revenu moyen ou élevé	81,4	2 782	1 017 500	26,8 ^a	765	272 400	73,2 ^a	2 017	745 100
Caractéristiques liées aux habitudes de vie									
Âge d'initiation à la consommation de cannabis									
Moins de 15 ans	21,8	729	272 700	30,9 ^{ab}	219	84 200	69,1 ^{ab}	510	188 500
15 à 17 ans	39,3	1 360	490 800	26,0 ^{ac}	363	127 700	74,0 ^{ac}	997	363 100
18 à 20 ans	19,8	733	246 700	27,0 ^d	186	66 700	73,0 ^d	547	180 000
21 ans et plus	19,1	668	238 400	37,0 ^{b,c,d}	254	88 200	63,0 ^{b,c,d}	414	150 200

Suite à la page 15

Tableau 1 (suite)

Caractéristiques individuelles selon la principale raison de consommation de cannabis, population de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Québec, 2021-2022

	Consommation de cannabis			À des fins médicales OU à des fins médicales et non médicales			À des fins non médicales (seulement)		
	%	n	population estimée ¹	%	n	population estimée ¹	%	n	population estimée ¹
Caractéristiques relatives à l'état de santé									
Perception de l'état de santé									
Excellent ou très bon	57,9	1 999	711 400	22,7 ^a	444	161 200	77,3 ^a	1 555	550 200
Bon	32,0	1 098	393 600	33,4 ^a	370	131 600	66,6 ^a	728	262 000
Passable ou mauvais	10,1	342	123 900	55,8 ^a	193	69 200	44,2 ^a	149	54 700
Niveau élevé de détresse psychologique									
Oui	30,0	1 078	365 600	37,4 ^a	383	136 600	62,6 ^a	695	229 100
Non	70,0	2 337	854 200	26,1 ^a	617	222 500	73,9 ^a	1 720	631 700
Caractéristiques liées aux perceptions à l'égard du cannabis									
Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation régulière de cannabis									
Aucun risque	13,1	435	162 700	42,6 ^a	192	69 200	57,4 ^a	243	93 400
Risque minime	34,3	1 166	425 300	30,7 ^a	367	130 600	69,3 ^a	799	294 700
Risque modéré ou élevé	52,5	1 863	650 400	25,0 ^a	452	162 600	75,0 ^a	1 411	487 800
Perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement									
Environ la moitié d'entre elles ou plus	45,2	1 548	564 300	32,4 ^a	483	182 800	67,6 ^a	1 065	381 500
Quelques-unes d'entre elles	51,8	1 830	646 300	26,2 ^{a,b}	496	169 500	73,8 ^{a,b}	1 334	476 700
Aucune d'entre elles	3,0	112	37 500	39,5 ^b	45	14 800	60,5 ^b	67	22 700

a,b,c,d Pour un facteur donné, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

1. La population estimée est sans traitements des inconnues et arrondie à la centième près.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le cannabis*, éditions 2021 et 2022 combinées.

Tableau 2

Facteurs associés à la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou des fins médicales et non médicales, population de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Québec, 2021-2022

	RC ¹	IC à 95 %
Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques		
Interaction entre le genre et l'âge		
<i>Hommes et 21-24 ans</i>	1,00 ^a	...
Hommes et 25-54 ans	1,70 ^{† a}	1,18 - 2,46
Hommes et 55 ans et plus	2,43 ^{† aA}	1,56 - 3,80
<i>Femmes et 21-24 ans</i>	1,00 ^b	...
Femmes et 25-54 ans	1,89 ^{† b}	1,33 - 2,70
Femmes et 55 ans et plus	5,64 ^{† bA}	3,63 - 8,77
Plus haut niveau de scolarité		
Inférieur au diplôme d'études secondaires	1,42 [†]	1,02 - 1,98
Diplôme d'études secondaires	1,52 [†]	1,19 - 1,93
<i>Diplôme d'études collégiales ou universitaires</i>	1,00	...
Occupation principale au cours des 12 derniers mois		
<i>Travailleur(-euse)</i>	1,00	...
Étudiante(e)	0,99	0,69 - 1,40
Retraité(e)	1,30	0,94 - 1,80
Sans emploi	1,50 [†]	1,01 - 2,25
Interaction entre la mesure de faible revenu et l'âge		
<i>Ménages à faible revenu et 21-24 ans</i>	1,00 ^{c,d}	...
Ménages à faible revenu et 25-54 ans	3,87 ^{† c,B}	2,25 - 6,66
Ménages à faible revenu et 55 ans et plus	3,75 ^{† d}	2,07 - 6,81
<i>Ménages à revenu moyen ou élevé et 21-24 ans</i>	1,00 ^e	...
Ménages à revenu moyen ou élevé et 25-54 ans	1,70 ^{† e,B}	1,18 - 2,46
Ménages à revenu moyen ou élevé et 55 ans et plus	2,43 ^{† e}	1,56 - 3,80
Caractéristiques liées aux habitudes de vie		
Âge d'initiation à la consommation de cannabis		
Moins de 15 ans	1,20	0,95 - 1,53
<i>15 à 17 ans</i>	1,00	...
18 à 20 ans	1,10	0,86 - 1,39
21 ans et plus	1,52 [†]	1,21 - 1,91
Caractéristiques relatives à l'état de santé		
Perception de son état de santé		
<i>Excellent ou très bon</i>	1,00	...
Bon	1,45 [†]	1,19 - 1,77
Passable ou mauvais	3,01 [†]	2,25 - 4,01
Niveau élevé de détresse psychologique		
Oui	1,56 [†]	1,28 - 1,90
Non	1,00	...

Suite à la page 17

Tableau 2 (suite)

Facteurs associés à la consommation de cannabis principalement à des fins médicales ou des fins médicales et non médicales, population de 21 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, Québec, 2021-2022

	RC ¹	IC à 95 %
Caractéristiques liées aux perceptions à l'égard du cannabis		
Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation régulière de cannabis		
Aucun risque	1,98 [†]	1,51 - 2,61
Risque minimale	1,26 [†]	1,04 - 1,53
<i>Risque modéré ou élevé</i>	1,00	...
Perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement		
Environ la moitié d'entre elles ou plus	1,40 [†]	1,16 - 1,70
<i>Quelques-unes d'entre elles</i>	1,00	...
Aucune d'entre elles	1,37	0,82 - 2,29

RC Rapport de cotes.

IC Intervalle de confiance.

... N'ayant pas lieu de figurer.

† Valeur significativement différente ($p < 0,05$) de la catégorie de référence (1,00).

a,b Pour un genre donné, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 0,05.

c,d,e Pour un niveau de revenu donné, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge, au seuil de 0,05.

A Pour un groupe d'âge donné, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes, au seuil de 0,05.

B Pour un groupe d'âge donné, le même exposant exprime une différence significative entre les deux niveaux de revenu, au seuil de 0,05.

1. Un rapport de cotes supérieur à 1 signifie que pour une variable donnée, les personnes présentant le facteur étudié sont plus susceptibles de consommer du cannabis principalement à des fins médicales ou à des fins médicales ou non médicales plutôt que non médicales, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'elles le sont moins. Cette affirmation est vraie dans la mesure où l'intervalle de confiance à 95 % n'inclut pas la valeur de 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le cannabis*, éditions 2021 et 2022 combinées.

Références

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2024, mis à jour le 3 avril). *La consommation de substances et le vieillissement*, [En ligne]. [www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/vieillesse-aines/consommation-substances-vieillesse.html] (Consulté le 21 juin 2024).
- ALLAN, G. M., et autres (2018). "Lignes directrices simplifiées en matière de prescription de cannabinoïdes médicaux en soins de première ligne", *Canadian Family Physician*, [En ligne], vol. 64, n° 2, p. e64-e75. [www.cfp.ca/content/cfp/64/2/e64.full.pdf] (Consulté le 22 septembre 2023).
- ASSELIN, A., et autres (2022). "A description of self-medication with cannabis among adults with legal access to cannabis in Quebec, Canada", *Journal of Cannabis Research*, [En ligne], vol. 4, n° 1, mai, p. 26. doi : [10.1186/s42238-022-00135-y](https://doi.org/10.1186/s42238-022-00135-y). (Consulté le 11 septembre 2023).
- BLACK, N., et autres (2019). "Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: A systematic review and meta-analysis", *The Lancet Psychiatry*, [En ligne], vol. 6, n° 12, décembre, p. 995-1010. doi : [10.1016/S2215-0366\(19\)30401-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30401-8). (Consulté le 30 septembre 2023).
- BOUCHER, M. (2022). *Enquête québécoise sur le cannabis 2021. Méthodologie de l'enquête*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 47 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-cannabis-ecq-2021-methodologie.pdf] (Consulté le 21 décembre 2023).
- BOUCHER, M. (2023). *Enquête québécoise sur le cannabis 2022. Méthodologie de l'enquête*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 23 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-cannabis-ecq-2022-methodologie.pdf] (Consulté le 21 décembre 2023).
- BRUCE, D., et autres (2021). "Gender Differences in Medical Cannabis Use: Symptoms Treated, Physician Support for Use, and Prescription Medication Discontinuation", *Journal of Women's Health*, [En ligne], vol. 30, n° 6, juin, p. 857-863. doi : [10.1089/jwh.2020.8437](https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8437). (Consulté le 2 décembre 2023).
- CANADA (2001). Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, à jour au 14 novembre 2023, [En ligne], Abrogé, DORS/2013-119, art. 267, [laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2001-227/page-1.html] (Consulté le 12 décembre 2023).
- CANADA (2018). *Loi sur le cannabis, C-24.5, chapitre 16, à jour au 11 novembre 2021*, [En ligne], Ministère de la Justice. [laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-24.5] (Consulté le 23 novembre 2021).
- CARRASCO-GARRIDO, P. (2011). « Les femmes sont plus susceptibles de recourir à l'automédication que les hommes », dans *Actualités. CORDIS. Résultats de la recherche de l'Union Européenne*, [En ligne], [extrait]. [cordis.europa.eu/article/id/33315-spanish-research-shows-women-are-more-likely-to-selfmedicate-than-men/fr] (Consulté le 21 novembre 2023).
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2021, mis à jour le 11 juin). *Marijuana and Public Health. FAQs*, [En ligne]. [www.cdc.gov/marijuana/faqs.htm] (Consulté le 8 décembre 2023).
- CENTRE CANADIEN SUR LES DÉPENDANCES ET L'USAGE DE SUBSTANCES (2023). *Comblent les lacunes : rapport sommaire de recherche sur le cannabis*, [En ligne], Ottawa, Le Centre, 33 p. [www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-09/comblent-les-lacunes-rapport-sommaire-de-recherche-sur-le-cannabis.pdf] (Consulté le 25 novembre 2023).
- CHOI, N. G., D. M. DINITTO et C. N. MARTI (2017). "Nonmedical versus medical marijuana use among three age groups of adults: Associations with mental and physical health status", *American Journal on Addictions*, [En ligne], vol. 26, n° 7, octobre, p. 697-706. doi : [10.1111/ajad.12598](https://doi.org/10.1111/ajad.12598). (Consulté le 30 novembre 2023).
- COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE AU CANADA (2021). *Guide sur l'autorisation des produits du cannabis en soins primaires*, [En ligne], Mississauga, Le Collège, 73 p. [www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/CFPC-Guidance-in-Cannabis-Within-Primary-Care-FRE-Mar19.pdf] (Consulté le 21 novembre 2023).
- COLORADO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND ENVIRONMENT (2021). *Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado: 2020*, [En ligne], Colorado, 75 p. [johnnysambassadors.org/wp-content/uploads/2021/02/Monitoring-Health-Concerns-Related-to-Marijuana-in-Colorado_FINAL_1.22.2021.pdf] (Consulté le 10 décembre 2023).

- COMPTON, W. M., et autres (2017). "Use of Marijuana for Medical Purposes Among Adults in the United States", *Journal of the American Medical Association*, [En ligne], vol. 317, n° 2, janvier, p. 209-211. doi : [10.1001/jama.2016.18900](https://doi.org/10.1001/jama.2016.18900). (Consulté le 25 septembre 2023).
- CONUS, F., et K. DUPONT (2023). *Enquête québécoise sur le cannabis 2022. La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois. État des lieux quatre ans après la légalisation*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 160 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-cannabis-2022-consommation-perceptions.pdf] (Consulté le 18 août 2023).
- CONUS, F., D. GONZALEZ-SICILIA et H. CAMIRAND (2022). *Enquête québécoise sur le cannabis 2021. La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois. Portrait et évolution de 2018 à 2021*, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 175 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-cannabis-consommation-perceptions-evolution-2018-2021.pdf] (Consulté le 31 octobre 2022).
- EMSLIE, C., K. HUNT et G. WATT (2001). "Invisible women? The importance of gender in lay beliefs about heart problems", *Sociology of Health and Illness*, [En ligne], vol. 23, n° 2, p. 203-233. doi : [10.1111/1467-9566.00248](https://doi.org/10.1111/1467-9566.00248). (Consulté le 23 novembre 2023).
- GAGNON, H., et L. ROCHEFORT (2010). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois. Conséquences et facteurs associés*, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique du Québec, 43 p. [www.inspq.qc.ca/publications/1102] (Consulté le 2 juillet 2024).
- GIBSON, S. J., et D. LUSSIER (2012). "Prevalence and relevance of pain in older persons", *Pain Medicine*, [En ligne], vol. 13, avril, p. S23-S26. doi : [10.1111/j.1526-4637.2012.01349.x](https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01349.x). (Consulté le 1 mai 2024).
- HAMILTON, H. A., et autres (2017). "Therapeutic use of cannabis: Prevalence and characteristics among adults in Ontario, Canada", *Canadian Journal of Public Health*, [En ligne], vol. 108, n° 3, septembre, p. e282-e287. doi : [10.17269/cjph.108.6130](https://doi.org/10.17269/cjph.108.6130). (Consulté le 19 septembre 2023).
- HILL, K. P. (2015). "Medical Marijuana for Treatment of Chronic Pain and Other Medical and Psychiatric Problems: A Clinical Review", *JAMA*, [En ligne], vol. 313, n° 24, juin, p. 2474-2483. doi : [10.1001/jama.2015.6199](https://doi.org/10.1001/jama.2015.6199). (Consulté le 23 septembre 2023).
- HILL, K. P., et autres (2022). "Risks and Benefits of Cannabis and Cannabinoids in Psychiatry", *American Journal of Psychiatry*, [En ligne], vol. 179, n° 2, février, p. 98-109. doi : [10.1176/appi.ajp.2021.21030320](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21030320). (Consulté le 12 septembre 2023).
- HOCH, E., et autres (2019). "How effective and safe is medical cannabis as a treatment of mental disorders? A systematic review", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, [En ligne], vol. 269, n° 1, février, p. 87-105. doi : [10.1007/s00406-019-00984-4](https://doi.org/10.1007/s00406-019-00984-4). (Consulté le 2 octobre 2023).
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2021). *Guide pour la prise en compte du genre dans les statistiques : recommandations du comité sur l'identité de genre*, Québec, L'Institut, 44 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2023). *Contenu des questionnaires de l'EQC 2018, 2019, 2021 et 2022, et comparabilité*, [En ligne], Québec, L'institut. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/contenu-questionnaires-eqc-2018-2019-2021-2022-comparabilite.xlsx] (Consulté le 13 octobre 2021).
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2024, mis à jour le 21 février). *Estimations de la population selon l'âge et le genre, Québec, 1^{er} juillet 1971 à 2023*, [En ligne]. [statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-le-quebec/tableau/estimations-de-la-population-selon-lage-et-le-sexe-quebec#tri_pop=40] (Consulté le 14 août 2024).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016, mis à jour le 14 décembre). *Effets sur la santé de la consommation du cannabis*, [En ligne]. [[www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/cannabis/effets-potentiels-sur-la-sante#:~:text=Effets%20respiratoires&text=Comme%20pour%20la%20cigarette%2C%20la,de%20la%20consommation%20\(3\)](http://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/cannabis/effets-potentiels-sur-la-sante#:~:text=Effets%20respiratoires&text=Comme%20pour%20la%20cigarette%2C%20la,de%20la%20consommation%20(3))] (Consulté le 21 novembre 2023).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022, mis à jour le 5 octobre). *Ligne du temps COVID-19 au Québec, Ensemble des événements et mesures liés à la COVID-19 en ordre chronologique*, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps] (Consulté le 23 septembre 2023).
- KALANT, H., et A. J. PORATH-WALLER (2016). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Usage de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales – version actualisée*, [En ligne], Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 22 p. [www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Medical-Use-of-Cannabis-Report-2016-fr.pdf] (Consulté le 20 septembre 2023).

- KANDEL, D. B., et E. R. KANDEL (2014). "A molecular basis for nicotine as a gateway drug", *New England Journal of Medicine*, [En ligne], vol. 371, n° 21, novembre, p. 2038-2039. doi : [10.1056/NEJMc1411785](https://doi.org/10.1056/NEJMc1411785). (Consulté le 30 avril 2024).
- LAPOINTE, F., et R. COURTEMANCHE (2007). *Avis méthodologique pour la combinaison de plusieurs cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Québec, Institut de la statistique du Québec. [Document interne], 9 p.
- LIN, L. A., et autres (2016). "Comparing adults who use cannabis medically with those who use recreationally: Results from a national sample", *Addictive Behaviors*, [En ligne], vol. 61, octobre, p. 99-103. doi : [10.1016/j.addbeh.2016.05.015](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.05.015). (Consulté le 30 novembre 2023).
- MARCHAND, A., et M.-E. LEVASSEUR (2022). *Effets sur la santé de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne à long terme de cannabis*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, 76 p. [www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2885-effets-sante-consommation-long-terme-cannabis.pdf] (Consulté le 24 octobre 2022).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020, mis à jour le 26 février). *Flash Surveillance. Les normes sociales au regard du cannabis en quelques chiffres*, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/les-normes-sociales-au-regard-du-cannabis-en-quelques-chiffres] (Consulté le 2 juillet 2024).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Continuum de soins et de services en douleur chronique. Orientations et lignes directrices 2021-2026*, [En ligne], Gouvernement du Québec, 44 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-947-05W.pdf] (Consulté le 1 mai 2024).
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING AND MEDICINE (2017). *The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health*, [En ligne], Washington (DC), National Academies Press (US), 486 p. doi : [10.17226/24625](https://doi.org/10.17226/24625). (Consulté le 28 septembre 2023).
- NICLÓS, G., T. OLIVAR et V. RODILLA (2018). "Factors associated with self-medication in Spain: a cross-sectional study in different age groups", *International Journal of Pharmacy Practice*, [En ligne], vol. 26, n° 3, juin, p. 258-266. doi : [10.1111/ijpp.12387](https://doi.org/10.1111/ijpp.12387). (Consulté le 12 décembre 2023).
- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE (2021). *Autotraitement*, [En ligne]. [vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26559419/autotraitement] (Consulté le 5 août 2024).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000). *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*, [En ligne], World Health Organization, 31 p. [iris.who.int/handle/10665/66154] (Consulté le 26 août 2024).
- QUÉBEC (2018). Loi encadrant le cannabis, chapitre RLRQ C-5.3, à jour au 31 août 2021, [En ligne], Québec, L'Éditeur officiel du Québec. [www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-5.3] (Consulté le 17 novembre 2021).
- ROTERMANN, M., et M.-M. PAGÉ (2018). « Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015 », *Rapport sur la santé*, [En ligne], produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 29, n° 7, juillet, p. 3-15. [www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018007/article/00001-fra.pdf] (Consulté le 11 décembre 2018).
- ROY, S., et M. DESSUREAULT (2021). *La consommation de cannabis et ses sphères d'influence au Québec. Perspective des consommateurs actuels et potentiels*, [En ligne], Association pour la santé publique du Québec, 174 p. [aspq.org/nos-outils/la-consommation-de-cannabis-et-ses-spheres-dinfluence-au-quebec-perspective-des-consommateurs-actuels-et-potentiels/] (Consulté le 18 octobre 2021).
- SANTÉ CANADA (2018). *Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marijuana, marihuana) et les cannabinoïdes*, [En ligne], Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 289 p. [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/reenseignements-medecins/reenseignements-destines-professionnels-sante-cannabis-cannabinoïdes.html#a4.8.3] (Consulté le 8 août 2024).
- SANTÉ CANADA (2021a, mis à jour le 19 mai). *Document médical autorisant l'usage du cannabis à des fins médicales en vertu du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*, [En ligne]. [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/producteurs-autorises/exemplaire-document-medical-reglement-marihuana-medicales.html] (Consulté le 19 septembre 2023).

- SANTÉ CANADA (2021b, mis à jour le 23 décembre 2021). *Enquête canadienne sur le cannabis (ECC) de 2021. Sommaire*, [En ligne]. [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2021-sommaire.html] (Consulté le 5 janvier 2021).
- SANTÉ CANADA (2022a, mis à jour le 22 mars). *Effets de la consommation du cannabis sur la santé des adultes âgés de plus de 55 ans*, [En ligne]. [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/effets-sante/effets/adultes-55-ans-plus.html] (Consulté le 2 mai 2022).
- SANTÉ CANADA (2022b, mis à jour le 16 décembre). *Enquête canadienne sur le cannabis de 2022. Sommaire : Définitions*, [En ligne]. [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2022-sommaire.html] (Consulté le 5 août 2024).
- SANTÉ CANADA (2024, mis à jour le 15 février). *Le cannabis et la santé mentale*, [En ligne]. [www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/effets-sante/sante-mental.html] (Consulté le 29 août 2024).
- SEXTON, M., et autres (2016). "A Cross-Sectional Survey of Medical Cannabis Users: Patterns of Use and Perceived Efficacy", *Cannabis and Cannabinoid Research*, [En ligne], vol. 1, n° 1, p. 131-138. doi : [10.1089/can.2016.0007](https://doi.org/10.1089/can.2016.0007). (Consulté le 13 septembre 2023).
- THOMAS, S., et B. WANNELL (2009). « Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Coup d'œil méthodologique », *Rapports sur la santé*, [En ligne], produit n° 82-003-XPf au catalogue de Statistique Canada, vol. 20, n° 1, mars, p. 8. [www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2009001/article/10795-fra.pdf] (Consulté le 19 septembre 2023).
- TU, M. T., et V. NANHOU (2022). « Association entre la consommation de cannabis au début de la vie adulte et certains comportements mesurés durant l'adolescence », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) – De la naissance à l'âge adulte*, [En ligne], vol. 9, fascicule 5, décembre, Institut de la statistique du Québec, 1-21 p. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/association-consommation-cannabis-debut-vie-adulte-comportements-adolescence.pdf].
- URITS, I., et autres (2021). "Adverse Effects of Recreational and Medical Cannabis", *Psychopharmacology Bulletin*, [En ligne], vol. 51, n° 1, janvier, p. 94-109. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8063125] (Consulté le 25 novembre 2023).
- VOLKOW, N. D., et autres (2014). "Adverse Health Effects of Marijuana Use", *The New England Journal of Medicine*, [En ligne], vol. 370, n° 23, juin, p. 2219-2227. doi : [10.1056/NEJMra1402309](https://doi.org/10.1056/NEJMra1402309). (Consulté le 11 décembre 2018).
- WILKINS, K., et E. PARK (1996). « Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité », *Rapports sur la santé*, [En ligne], vol. 8, n° 3, hiver, p. 7-17. [www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/1996003/article/3014-fra.pdf?st=0djo4u5v] (Consulté le 21 juin 2024).
- YOUNG, K., J. FISHER et M. KIRKMAN (2018). "'Do mad people get endo or does endo make you mad?': Clinicians' discursive constructions of Medicine and women with endometriosis", *Feminism & Psychology*, [En ligne], vol. 29, n° 3, 2019/08/01, p. 337-356. doi : [10.1177/0959353518815704](https://doi.org/10.1177/0959353518815704). (Consulté le 23 novembre 2023).

Dans la collection *Zoom santé*...

Derniers numéros

n° 69	Quels sont les liens entre un environnement social favorable et la santé mentale positive des jeunes ? Résultats d'une enquête auprès des élèves du secondaire du Québec	Septembre 2021
n° 68	Dans quel environnement évoluent les enfants du Québec qui vivent plus d'un type de violence familiale ?	Décembre 2020
n° 67	Survivre à un cancer une fois les traitements terminés : les facteurs associés à une expérience de soins positive chez les patients du Québec	Mai 2020
n° 66	Vieillir en santé : caractéristiques associées au niveau d'activité physique chez les aînés québécois	Février 2020
n° 65	État de santé, habitudes de vie et comportements préventifs chez les immigrants au Québec : que nous disent les résultats de l' <i>Enquête québécoise sur la santé de la population</i> de 2008 et de 2014-2015 ?	Novembre 2019
n° 64	Les Québécois âgés de 15 à 29 ans sont-ils plus exposés aux contraintes physiques en milieu de travail que leurs aînés ?	Novembre 2017
n° 63	La pratique régulière de l'activité physique chez les 15 à 29 ans au Québec	Juin 2017

Notice bibliographique suggérée

DUPONT, Kate (2024). « Consommation de cannabis à des fins médicales chez les personnes consommatrices de 21 ans et plus du Québec et facteurs associés », *Zoom santé*, [En ligne], n° 70, octobre, Institut de la statistique du Québec, p. 1-22. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/consommation-cannabis-fins-medicales-21-ans-plus-quebec.pdf].

Ce bulletin a été réalisé à l'Institut de la statistique du Québec par :

Direction des enquêtes de santé

Avec la collaboration de :

Florence Conus
Direction des enquêtes de santé

France Lapointe
Direction de la méthodologie

Relecteurs et relectrices :

Axelle Marchand
Institut national de santé publique du Québec

Daniela Gonzalez-Sicilia et Monique Bordeleau
Direction des enquêtes de santé

Bertrand Perron
Direction générale des statistiques et de l'analyse sociales

Photo en couverture : YARphotographer / Adobe Stock

Avec le soutien technique de :

Mathieu Ouellette, révision des données

Révision linguistique et édition :

Direction de la diffusion et des communications

Pour plus de renseignements :

Centre d'information et de documentation
Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 5T4

Téléphone :
418 691-2401
1 800 463-4090 (Canada et États-Unis)

Courriel : cid@stat.gouv.qc.ca

Site Web : statistique.quebec.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4^e trimestre 2024
ISSN 1911-5539 (en ligne)

© Gouvernement du Québec
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec. statistique.quebec.ca/fr/institut/nous-joindre/droits-auteur-permission-reproduction