



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Le cannabis et la santé mentale

Priorités de recherche au Canada

Commission de la santé mentale du Canada

www.commissionsantementale.ca

À PROPOS DE CE DOCUMENT

Ce rapport s'appuie sur une analyse environnementale et sur une étude de cadrage réalisées par une équipe de recherche de l'Université de Calgary. Cette équipe a analysé les recherches existantes sur les relations entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale. Ce rapport vise à orienter le développement de futures recherches et politiques en relevant les lacunes dans la documentation sur le cannabis et la santé mentale. S'il met en lumière la recherche sur les risques et les avantages potentiels de la consommation de cannabis, ce rapport ne se veut toutefois pas un guide éducatif, de santé publique ou médical.

Pour obtenir une copie du rapport complet, écrivez-nous à cannabis@santementale.ca

REMERCIEMENTS

Auteurs du rapport de synthèse

Fiona Clement, Ph. D., Unité d'évaluation des technologies de la santé, O'Brien Institute for Public Health

Caroline Corbett, Ph. D., Unité d'évaluation des technologies de la santé, O'Brien Institute for Public Health

Brenlea Farkas, M. Sc., Unité d'évaluation des technologies de la santé, O'Brien Institute for Public Health

Ruth Diaz, M. Sc., Unité d'évaluation des technologies de la santé, O'Brien Institute for Public Health

John Taplin, B.A., Unité d'évaluation des technologies de la santé, O'Brien Institute for Public Health

Matthew Hill, Ph. D., Département de psychiatrie, Centre Mathison pour la recherche et l'éducation en santé mentale, Département de biologie cellulaire et anatomie, Hotchkiss Brain Institute

Scott Patten, M.D., Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, O'Brien Institute for Public Health, Département de psychiatrie, Mathison Centre for Mental Health Research and Education, Hotchkiss Brain Institute

Rebecca Haines-Saah, Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, O'Brien Institute for Public Health, Mathison Centre for Mental Health Research and Education, Hotchkiss Brain Institute

Nous souhaitons honorer le territoire où se trouvent l'Université de Calgary et la Commission de la santé mentale du Canada, de même que notre relation avec les peuples autochtones de ces territoires et de l'ensemble du Canada.

L'Université de Calgary est située sur le territoire du Traité n° 7 dans le sud de l'Alberta. Nous saluons les territoires traditionnels des peuples de la région visée par le Traité no 7 qui comprend la Confédération des Pieds-Noirs (dont les Premières Nations Siksika, Piikani et Kainai), ainsi que la Première Nation Tsuut'ina et les Stoney Nakoda (dont les Chiniki, les Bearspaw et les Premières Nations Wesley). Calgary abrite également la Nation Métis de l'Alberta, région 3. L'université est située sur un terrain proche de l'endroit où la rivière Bow conflue avec l'Elbow. Le nom *Pieds-Noirs* traditionnel de ce lieu est « Moh'kins'tsis », aujourd'hui nommé Calgary.

Les principaux bureaux de la Commission de la santé mentale du Canada sont situés sur les territoires traditionnels non cédés appartenant au peuple algonquin. Ces territoires abritent maintenant de nombreuses communautés de Premières Nations, inuites et métisses. Nous aimerions remercier les aînés et les gardiens du territoire, passés et présents, et reconnaître la force et la résilience des peuples autochtones du Canada.

Pour suggérer des améliorations à cette déclaration, écrivez-nous à cannabis@santementale.ca.

This document is available in English

Renseignements bibliographiques

Référence recommandée : Commission de la santé mentale du Canada (2019). *Le cannabis et la santé mentale : priorités de recherche au Canada*, Ottawa.

© 2019 Commission de la santé mentale du Canada

Les vues exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-103-5

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada

Table des Matières

TABLE DES MATIÈRES

Saisir l'occasion de développer nos connaissances sur le cannabis et la Santé Mentale	2
Besoin : Recherche de qualité adaptée à l'usage	3
Besoin : Comprendre les relations entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale	6
Besoin : Accent sur les modes particuliers de consommation du cannabis	8
Besoin : Accent sur les populations spécifiques	10
Faire du Canada un chef de file en la matière	14
Annexe A : Enquêtes canadiennes sur la consommation de cannabis	15

SAISIR L'OCCASION DE DÉVELOPPER NOS CONNAISSANCES SUR LE CANNABIS ET LA SANTÉ MENTALE

La relation entre la consommation de cannabis et la santé mentale a fait l'objet de nombreuses recherches, notamment au cours des 15 dernières années. Pourtant, les liens entre les deux ne sont pas encore tout à fait compris. Maintenant que le cannabis à usage non médical est légal au Canada, le besoin de pointer et de combler les lacunes de nos connaissances devient plus urgent.

Pour éclairer les programmes de recherche et l'élaboration de politiques au Canada, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a financé une analyse de l'environnement et une analyse exploratoire de la recherche existante sur les relations entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale. Le projet a révélé un certain nombre de manques dans la documentation qui sont autant de pistes sérieuses pour de futures recherches.

La légalisation du cannabis à des fins non médicales ouvre des perspectives considérables pour le milieu de la recherche au Canada. Ce dernier étant l'un des deux seuls pays, avec l'Uruguay, à avoir légalisé le cannabis, les chercheurs canadiens peuvent s'attaquer à des questions qui s'avèreraient complexes pour d'autres pays. Avec un financement adéquat et une approche multidisciplinaire, le Canada peut devenir un chef de file mondial dans la recherche sur les liens entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale.

Dans l'analyse environnementale et dans l'étude de cadrage sur lesquelles s'appuie ce rapport de synthèse, une approche systématique a été adoptée pour synthétiser les recherches existantes afin de déterminer les domaines à privilégier. Le projet comportait 1047 études portant sur un éventail de disciplines de recherche, dont la science préclinique animale, la science préclinique humaine et la science de la santé de la population et des communautés.

Cette évaluation a révélé les besoins suivants :

- Avoir davantage de protocoles de qualité, adaptés à l'usage (idéal, par exemple, pour répondre aux questions de recherche en cours)
- Clarifier la relation complexe entre la consommation de cannabis et la santé mentale
- Comprendre comment les différentes façons de consommer du cannabis affectent la santé mentale
- Connaître les expériences de certaines populations en matière de consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale

Globalement, l'essentiel peut se résumer en un mot : **spécificité**.

Il faut fonder les recherches futures sur une compréhension du contexte complexe de la consommation de cannabis qui peut inclure des problèmes de santé mentale existants, des maladies mentales, la consommation de plusieurs substances, des facteurs propres à des populations particulières, etc. Il faut aussi examiner plus largement les effets du cannabis, ne pas se contenter d'étudier ses éventuels dommages, mais considérer les avantages potentiels en marge des modes de consommation problématiques. C'est en adoptant des approches nuancées vis-à-vis des protocoles et de l'interprétation des résultats que nous comprendrons mieux les relations entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale.



RECHERCHE DE QUALITÉ, ADAPTÉE À L'USAGE

De façon générale, les méthodologies utilisées dans la recherche sur le cannabis et la santé mentale requièrent des protocoles plus nuancés et plus qualitatifs. À terme, les études futures devront recourir à des modèles mieux adaptés pour répondre aux questions qu'elles proposent d'explorer. Il faut notamment travailler sur la qualité de la recherche, afin de compléter, valider et nuancer les résultats quantitatifs ou provenant d'autres approches.

Bien que les méthodes quantitatives s'avèrent idéales pour mesurer les comportements, seules les méthodes qualitatives permettent de comprendre pourquoi les gens consomment du cannabis, comment ils expliquent son lien avec leur santé mentale et quelles sont leur perception et leur expérience de ses avantages. Les méthodes qualitatives peuvent aussi nous éclairer sur les facteurs culturels et sociaux pouvant influencer la consommation de cannabis.

Dans seulement 18 des 1047 articles publiés dans le cadre de l'étude de cadrage ce sont des méthodes qualitatives (voir tableau 1) qui ont été employées, parfois seules, parfois dans des recherches aux méthodes mixtes, incluant des méthodes quantitatives. À l'aide d'entretiens, de groupes de discussion et d'autres méthodes de collecte de données qualitatives, ces études ont permis de recueillir des témoignages et des perceptions concrètes sur l'usage de substances. Le cannabis utilisé à des fins médicales, à des fins non médicales, ou les deux, s'inscrivait souvent dans une perspective plus large de toxicomanie et de santé mentale plutôt que comme sujet d'étude unique.

Le peu d'études qualitatives trouvées souligne un besoin particulier d'engagement significatif à l'égard des personnes qui consomment du cannabis et qui souffrent de problèmes de santé mentale ou de maladies mentales. Leurs perspectives peuvent aider à contextualiser les recherches existantes et à enrichir notre compréhension. Une recherche communautaire ayant recours à des méthodes qualitatives peut venir appuyer la collecte de ces points de vue. Parallèlement, il faut profiter de l'ensemble des méthodes et des disciplines de recherche en s'assurant d'utiliser celles qui conviennent le mieux pour répondre à une question donnée.

Une vision holistique des effets de la consommation de cannabis

Une large part de la recherche sur la consommation de cannabis et sur ses effets sur la santé mentale porte sur la substance d'un point de vue dépréciatif, en analysant ses conséquences néfastes potentielles (par exemple, l'émergence de problèmes de santé mentale et de maladies comme la schizophrénie, les troubles liés à l'usage de substances et les symptômes tels que les idées suicidaires). Beaucoup moins d'attention a été accordée à ses effets potentiellement salutaires comme la perception d'une amélioration du bien-être et de la qualité de vie.

Ce déséquilibre entre la recherche axée sur les dommages et sur les avantages existe autant pour les populations de la collectivité (voir figure 1) que pour les populations cliniques (voir figure 2), d'où un écart important dans la compréhension générale de la consommation de cannabis et de son lien avec la santé mentale. Pour améliorer les connaissances dans ce domaine, il faudra une recherche qualitative incluant des participants ayant consommé du cannabis.

Du fait de la légalisation canadienne de la consommation de cannabis à des fins non médicales, il importe plus particulièrement d'obtenir un portrait complet des conséquences de sa consommation. Bien qu'une minorité de personnes développent des habitudes de consommation problématiques et des troubles de consommation de cannabis, un usage occasionnel ou modéré peut s'avérer la tendance la plus courante (comme dans le cas de l'alcool). Il importera de comprendre en quoi cette tendance pourrait affecter la santé des personnes, favorablement et défavorablement.

Tableau 1. Caractéristiques des études qualitatives relevées dans l'étude de cadrage

CODE D'AUTEUR	ANNÉE	LIEU	SUJET	MÉTHODE
Mikuriya	1970	États-Unis	Substitution par le cannabis dans la dépendance à l'alcool	Simple entrevue (étude de cas)
Way	1994	États-Unis	Usage de substances à l'adolescence	Approches combinées
Ali	1998	Malawi	Consommation de marijuana et croyances culturelles « traditionnelles »	Groupes de discussion
Labigalini	1999	Brésil	Consommation « thérapeutique » du cannabis, usage d'autres substances	Entrevues
Nappo	2001	Brésil	Changements signalés par les utilisateurs dans les modes de consommation de cocaïne	Entrevues
Page	2006	Canada	Cannabis médical et sclérose en plaques	Entrevues
Bucher	2012	États-Unis	Usage de stéroïdes et de substances au sein du personnel militaire	Entrevues
Sehularo	2012	Afrique du Sud	Consommation de cannabis et psychose	Entrevues
Thornton	2012	Australie	Usage de substances et troubles psychotiques	Approches combinées, entrevues
Okello	2014	Ouganda	Connaissances de la santé mentale chez les élèves du secondaire	Groupes de discussion
Elliott	2015	États-Unis	Consommation de cannabis et SSPT chez les anciens combattants	Entrevues, groupes de discussion
Pederson	2015	Norvège	Consommateurs de cannabis et TDAH	Entrevues
Rebgetz	2015	Australie	Cessation spontanée du cannabis et psychose	Entrevues
Robinson	2015	Canada	Bisexualité, anxiété et consommation de cannabis chez les femmes	Approches combinées, groupes de discussion
Mitchell	2016	Forums en ligne	Discussions en ligne sur le TDAH et sur le cannabis	Analyse textuelle des publications des utilisateurs
Rebgetz	2016	Australie	Cessation du cannabis et psychose	Entrevues
Mitchell	2018	États-Unis	Usage de substances et fonctionnement émotionnel	Approches combinées, entrevues
Wagstaff	2018	Royaume-Uni	Usage de substances et schizophrénie	Entrevues

Figure 1. Effets évalués au sein des populations de la collectivité par type et par stade

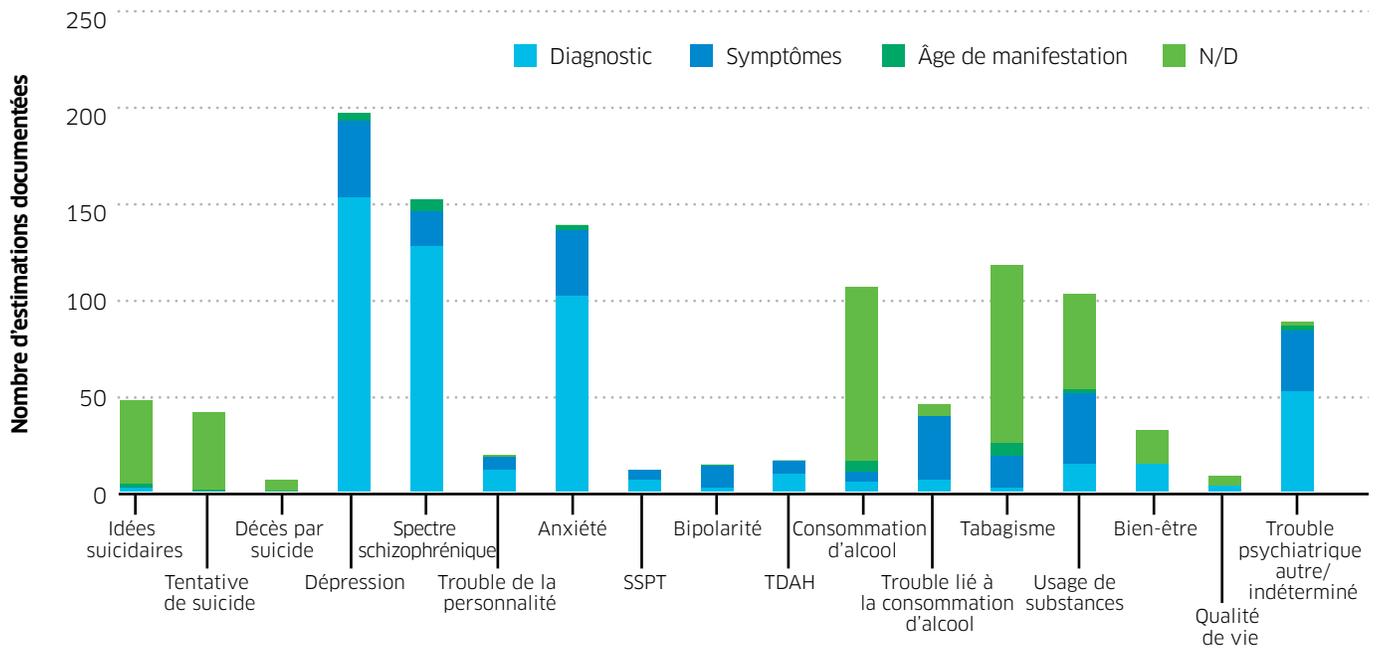
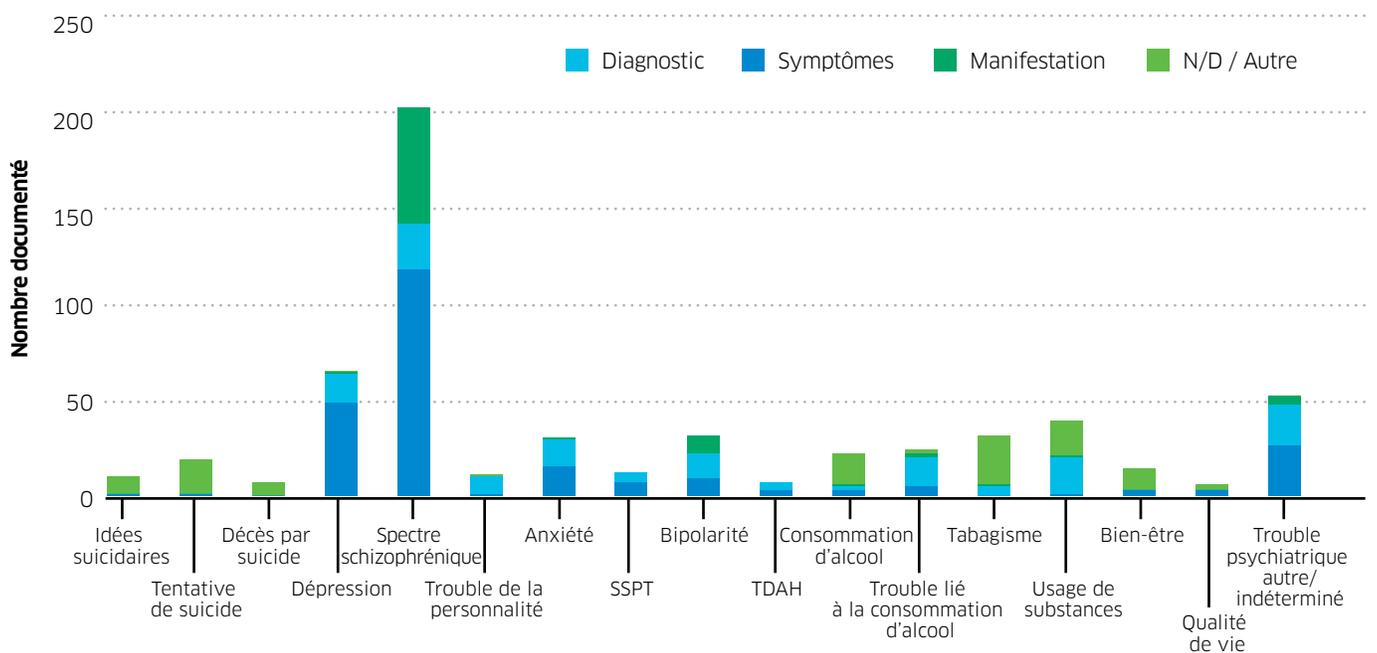


Figure 2. Effets évalués au sein des populations cliniques par type et par stade



COMPRENDRE LES RELATIONS ENTRE LA CONSOMMATION DE CANNABIS ET SES EFFETS SUR LA SANTÉ MENTALE

Malgré le grand nombre d'études sur la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale, peu précisent le sens de cette relation. Dans quelle mesure la consommation de cannabis contribue-t-elle aux problèmes de santé mentale et aux maladies mentales, et inversement? S'affectent-ils simultanément? Répondre à des questions aussi importantes exige des études plus longitudinales.

Les études longitudinales mesurent des conditions précises dans les mêmes groupes de personnes à différents moments. L'approche longitudinale sert à cerner les changements qui permettent de tirer des conclusions sur le sens des relations entre les conditions que mesure une étude. Ce n'est pas le cas des études transversales, qui mesurent plutôt des conditions précises dans des groupes de personnes à un moment donné. Les études utilisant l'approche transversale sont majoritaires en matière d'analyse de l'environnement.

Par exemple, en 2002 et 2012, Statistique Canada a inclus des questions sur la consommation de cannabis dans son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC-SM). Les résultats de 2012 ont démontré que les troubles mentaux¹ étaient deux fois plus fréquents chez les participants ayant déclaré avoir consommé deux fois ou plus de cannabis au cours des 12 derniers mois que parmi ceux ayant déclaré une consommation unique ou aucune consommation (voir tableau 2). Cependant, ces résultats ne peuvent nous aider à déterminer si la consommation de cannabis augmente la prévalence des troubles mentaux, atténue les symptômes chez les personnes ayant des troubles mentaux ou si d'autres facteurs entrent en ligne de compte.

L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) offre un autre exemple de la façon dont les modèles transversaux rendent difficile la conclusion causale. Statistique Canada mène cette enquête nationale tous les deux ans afin de mesurer la prévalence, la fréquence et les résultats de l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues (y compris le cannabis). En 2013, 2015 et 2017,

les participants qui ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année écoulée ont déclaré avoir une santé mentale plus mauvaise que ceux qui n'en ont jamais consommé (voir figure 3). De tels résultats pourraient suggérer que la consommation de cannabis contribue à une mauvaise santé mentale, ou qu'il est consommé plus souvent par les personnes ayant une mauvaise santé mentale, ou même que des facteurs sociaux contribuent à la fois à la consommation de cannabis et à la santé mentale perçue. Ils ne peuvent toutefois pas nous aider à déterminer de manière concluante si ces hypothèses sont vraies.

Augmenter le nombre d'études longitudinales aidera à clarifier la relation complexe entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale. Les études sur les animaux peuvent également contribuer à cette interprétation en permettant des méthodes qui offrent une meilleure connaissance des mécanismes biologiques liés à la consommation de cannabis. Par exemple, les chercheurs travaillant avec des animaux peuvent observer directement les effets de la consommation de cannabis sur les structures cérébrales. Des protocoles de qualité s'avèrent essentiels pour s'assurer que les résultats des études sur les animaux puissent éclairer notre compréhension de ses effets sur les êtres humains.

Établir les liens entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale fournira de meilleures informations aux autorités de santé publique et aux décideurs canadiens et leur permettra de développer des initiatives, des protocoles et des lois protégeant et favorisant la santé de la population.

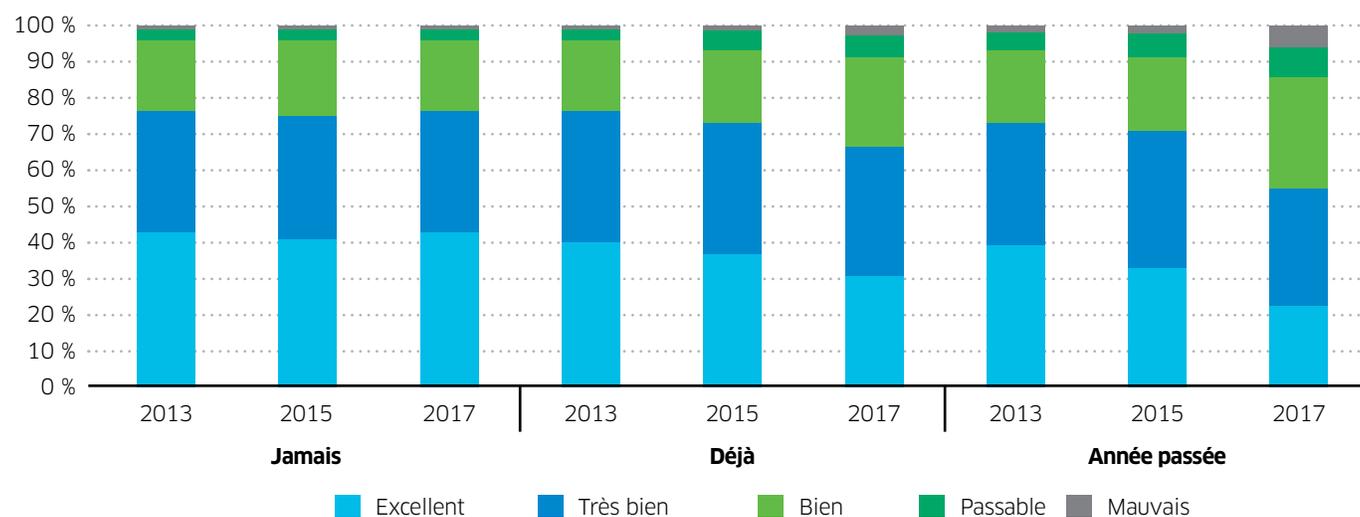
1 « Troubles mentaux » étaient les termes utilisés dans les sondages de l'ESCC-SM.

Tableau 2. Prévalence des troubles mentaux au Canada liés à la consommation de cannabis, 2012

TROUBLES MENTAUX ³	CONSUMMATION DE CANNABIS ²		
	JAMAIS/UNE FOIS (%)	JAMAIS (%)	12 DERNIERS MOIS (%)
Épisode dépressif majeur 12 mois ⁴	3,3	7,5	11,1
Trouble d'anxiété généralisée 12 mois ⁴	2,0	3,8	4,5
Trouble bipolaire 12 mois ⁴	0,9	2,8	4,9
Hypomanie 12 mois ⁴	0,5	1,6	2,6
Manie 12 mois ⁴	0,6	1,8	3,0
Idées suicidaires 12 mois ⁵	2,3	5,4	8,5
SSPT ⁶	1,2	2,6	4,1
Trouble de l'humeur ⁷	5,3	10,3	12,8
Trouble anxieux ⁸	3,5	7,5	9,5

Source : Enquête sur la santé mentale dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012. Population : 15 ans ou plus.

Figure 3. Santé mentale autodéclarée selon la fréquence de consommation de cannabis au Canada, 2013-2017



2 « Jamais » et « 12 derniers mois » excluent les participants qui ont déclaré n'avoir consommé du cannabis qu'une seule fois.

3 Les troubles inclus dans les analyses sont ceux répertoriés dans le fichier de microdonnées à grande diffusion de l'ESCC-SM. Il est possible d'analyser le lien entre la consommation de cannabis et la schizophrénie et entre la consommation de cannabis et d'autres psychoses à l'aide du fichier de microdonnées des centres de données de recherche de Statistique Canada, mis à la disposition des chercheurs.

4 Basé sur le respect des critères de 12 mois du CIDI (Composite International Diagnostic Interview) de l'Organisation mondiale de la Santé (modifié selon les besoins de l'ESCC-SM).

5 Variable dérivée.

6 Autodéclarée.

7 Une condition autodéclarée diagnostiquée par un médecin et censée durer au moins six mois; comprend la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie.

8 Autodéclarée : inclut la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou le trouble panique.

ACCENT SUR LES MODES PARTICULIERS DE CONSOMMATION DU CANNABIS

La manière dont une personne consomme du cannabis peut affecter significativement son expérience. Pourtant, la plupart des études sur le cannabis ne précisent pas le mode de consommation. Ceux qui étudient la consommation de cannabis utilisent des méthodes qui ne reflètent pas une utilisation typique (par exemple, des expériences sur des animaux qui utilisent l'injection plutôt que l'inhalation ou l'ingestion). Il faut de plus amples recherches pour expliquer comment les différentes manières de consommer du cannabis affectent la santé mentale.

La recherche sur les effets d'autres substances, telles que la nicotine et l'alcool, implique généralement de les administrer de manière à refléter leur utilisation courante (par exemple inhaler des vapeurs pour la nicotine, ou boire de l'alcool). Il s'agit d'une bonne pratique, car le mode de consommation modifie les effets des drogues, et c'est le cas pour le cannabis.

Le corps humain assimile le tétrahydrocannabinol (THC), l'un des principaux cannabinoïdes, différemment selon qu'il est inhalé, ingéré ou injecté. Lorsque le THC est inhalé, il contourne le métabolisme hépatique.⁹ Mais quand il est ingéré, il passe par le métabolisme hépatique et est transformé en métabolite actif, le 11-hydroxy-THC. Des études suggèrent que ce métabolite produit un effet beaucoup plus puissant, plus durable et plus susceptible de déclencher des réactions indésirables que le THC.¹⁰

Il a été démontré que le THC inhalé produisait un effet gratifiant lors d'études précliniques chez l'animal, mais ce n'est pas le cas lorsque le THC est injecté.¹¹ Le THC injecté frappe le cerveau en même temps et produit une réponse aversive.¹²

La plupart des études ne tiennent pas compte de ces différences importantes. De plus, les études sur le cerveau humain et les études précliniques sur les animaux de notre étude présentaient d'autres inconvénients. Le principal problème des études sur le cerveau humain (qui mesurent les

effets du cannabis sur la structure, l'activité et la fonction du cerveau par le biais d'IRMf, d'EEG ou autres techniques d'imagerie) était leur manque de spécificité. Près de 80 % des 229 études examinées sur le cerveau humain ne précisaient pas le mode d'administration ni le type d'extrait de cannabis utilisé (voir figure 4). C'était plus fréquent avec les modèles d'observation (la majorité des cas examinés) qui utilisaient généralement des questionnaires ou des dépistages d'urine pour déterminer la consommation de cannabis chez les participants. Aucune de ces techniques ne rend compte du type d'extrait de cannabis utilisé ou du mode d'administration. Ce manque de spécificité limite les conclusions pouvant être tirées de la recherche.

En ce qui concerne les études précliniques sur les animaux, près de 90 % des 177 examinées ont utilisé l'injection comme mode d'administration du THC. L'injection limite considérablement l'application des résultats des études aux populations humaines, où le cannabis n'est consommé que par le biais du tabagisme, de la vaporisation ou de l'ingestion. Nous pouvons encore en apprendre beaucoup sur les effets potentiels du THC du cannabis sur les humains grâce à des études sur des animaux à l'aide de l'injection. Mais de telles études gagneraient beaucoup à utiliser des méthodes permettant de reproduire plus facilement les résultats des effets du THC sur la consommation de cannabis chez l'humain.

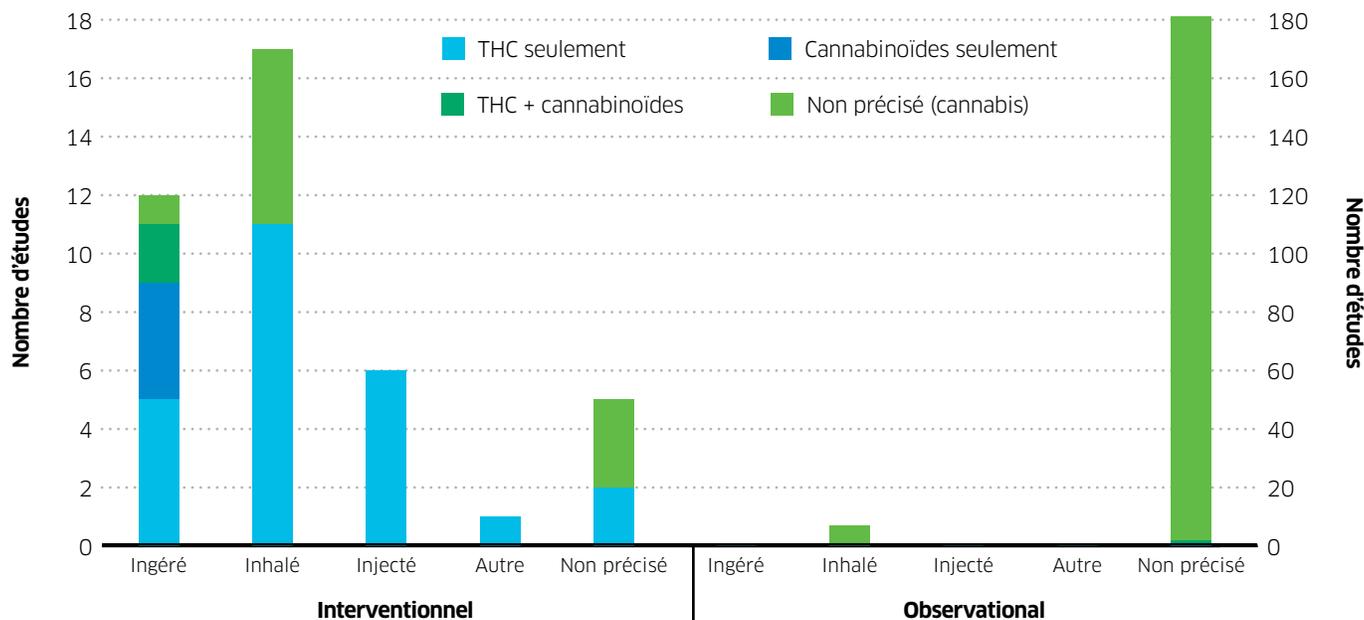
9 Le foie est le site principal du métabolisme.

10 Barrus, D. G., Capogrossi, K. L., Cates, S. C., Gourdet, C. K., Peiper, N. C., Novak, S. P., . . . Wiley, J. L. (2016). Tasty THC : Promises and challenges of cannabis edibles. *Methods Report RTI Press*, 1-23. doi:10.3768/rtipress.2016.op.0035.1611 (*En anglais seulement*)

11 Manwell, L. A., Charchoglyan, A., Brewer, D., Matthews, B. A., Heipel, H., & Mallet, P. E. (2014). A vapourized Δ9 tetrahydrocannabinol (Δ9-THC) delivery system part I: Development and validation of a pulmonary cannabinoid route of exposure for experimental pharmacology studies in rodents. *Journal of Pharmacological and Toxicological Methods*, 70,120-127. <https://doi.org/10.1016/j.vascn.2014.06.006> (*Disponible en anglais seulement*.)

12 Ibid.

Figure 4. Mode d'administration et type de cannabis dans les études sur le cerveau humain, stratifiés selon le protocole



Il faut davantage de recherches visant à comprendre les différences entre les effets de l'inhalation et de l'ingestion du cannabis. Il s'agit d'une priorité d'autant plus urgente que le Canada se prépare à légaliser les produits comestibles au cannabis en octobre 2019.

Saisir tous les effets du cannabis

Bien que le THC et le cannabidiol (CBD) soient les principaux produits chimiques d'intérêt du cannabis, des dizaines de terpènes, de flavonoïdes et de cannabinoïdes mineurs sont également présents et pourraient influencer les effets. Les futures études gagneraient à utiliser des extraits de cannabis entiers (comprenant tous ces composés chimiques) pour refléter plus précisément les impacts biologiques de son utilisation.

Pour la recherche, les cannabinoïdes synthétiques (par exemple, l'agoniste des cannabinoïdes synthétiques WIN55212-2) doivent être évités, car leurs propriétés et leurs effets peuvent ne pas être comparables à ceux du cannabis. Sur la base de cette compréhension, nous avons exclu de notre analyse environnementale et de notre étude de cadrage un grand nombre d'études (énumérées lors de notre recherche préliminaire de la documentation) utilisant des cannabinoïdes synthétiques.

ACCENT SUR LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Des facteurs tels que l'âge, le sexe, le genre, les antécédents et le statut socioéconomique peuvent tous avoir une incidence sur les expériences personnelles. Ils peuvent contribuer à leur tour à la consommation de cannabis et à ses effets. Cet impact soulève la possibilité qu'il existe des différences dans la relation entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale d'une population à l'autre. Il faudrait davantage de recherches centrées sur les expériences vécues par certaines populations et ancrées dans le contexte de leur vie afin de combler les lacunes importantes en matière de recherche clinique et communautaire.

L'analyse environnementale et l'étude de cadrage comprenaient 493 études communautaires abordant les effets du cannabis sur la santé mentale. Ces études ont généré un total de 1 141 résultats pour la santé mentale, soit un symptôme, un diagnostic ou un âge de manifestation. Quatre-vingt-sept pour cent des résultats rapportés concernaient des populations d'adolescents (10 à 18 ans), de jeunes adultes (19 à 25 ans) ou d'adultes en général (18 ans et plus). Très peu de recherches ont abordé les effets dans des groupes spécifiques tels que les personnes âgées, les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans et queer (2SLGBTQ+)¹³ ou les populations immigrées, réfugiées, ethnoculturelles et racialisées (IRER).¹⁴

La comparaison des résultats par population (voir tableau 3) montre clairement où se trouvent les écarts. Les nombreuses études sur les populations adultes en général offrent peu d'informations sur les populations particulières. Des expériences communes au sein de certaines populations, par exemple, pourraient modifier ou influencer la consommation de cannabis et affecter les résultats connexes en matière de santé mentale. En occultant ces facteurs, la recherche néglige les besoins uniques de certaines populations.

Considérant l'oppression historique qu'ont subie plusieurs de ces populations, il faudrait surtout que des recherches soient menées par des individus qui les composent.

Note sur les peuples autochtones dans cette documentation

Notre examen a révélé peu de recherches sur les conséquences de la consommation de cannabis sur la santé mentale des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada. Il s'agit d'une importante lacune en matière de recherche à laquelle il faut remédier. Il importe de noter que la recherche visant / avec les des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada a pour longtemps été dommageable et extractive. Aujourd'hui, de nombreux chercheurs, organisations et communautés autochtones dirigent des travaux importants dans le domaine des services et de la recherche en santé mentale. Pour ces raisons, les chercheurs, organisations et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont les mieux placés pour analyser et contextualiser la recherche existante ainsi que pour mener à bien la recherche nécessaire.

13 Le «+» dans 2SLGBTQ+ reflète l'infinie variété d'identités non représentées dans cet acronyme.

14 Seulement 8 résultats ont été rapportés pour les populations IRER contre 560 pour la population adulte en général.

Considération des différences entre les troubles

Tout comme certaines populations sont peu étudiées en recherche communautaire, il en est de même pour certains diagnostics de santé mentale en recherche clinique (voir tableau 4). Parmi les 247 études examinant le lien entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale dans des populations cliniques (celles ayant un diagnostic de maladie mentale), la plupart étaient axées sur les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie. Ces études ont examiné les relations entre la consommation de cannabis et le diagnostic, les symptômes et l'âge du participant à la manifestation. Cependant, pour d'autres populations cliniques, l'âge de manifestation est rarement examiné, ce qui rend impossible l'établissement d'un lien potentiel entre le diagnostic, les symptômes et la consommation de cannabis.

Près de 30 % des résultats de santé mentale évalués concernaient des populations appartenant à la catégorie « autre problème de santé mentale ». Il est important d'apporter une plus grande spécificité : le cannabis pourrait avoir différentes relations avec différents problèmes de santé mentale et maladies mentales. En fin de compte, la recherche sur des populations présentant des diagnostics « autre problème de santé mentale » et d'autres effets n'a qu'une généralisabilité et une pertinence limitées.

Le tableau 3 illustre les disparités dans le volume de recherche entre les populations de la documentation communautaire. La grande majorité des recherches ont porté sur des individus appartenant à des populations d'adolescents, de jeunes adultes et d'adultes en général. Très peu d'individus évalués appartenaient à des populations âgées, autochtones, IRER et 2SLGBTQ+ ou d'individus ayant vécu des expériences néfastes dans leur enfance (ACE - *Adverse Childhood Experiences*).

Tableau 3. Nombre d'études incluses dans la présente analyse environnementale et étude de cadrage par population de la collectivité

		POPULATION										
		Enfant (<10)	Adolescent (10-18)	Jeune adulte (19-25)	Adulte (18+)	Aîné (65+)	Autochtones (International)	IRER	2SLGBTQ+	ACE	Autre	Total
RÉSULTATS	Idées suicidaires et/ou Tentative de suicide et/ou Décès par suicide	0	44	9	28	1	2	2	1	0	7	94
	Dépression	1	48	34	87	0	5	4	1	0	16	196
	Spectre de la schizophrénie	0	18	23	93	0	2	0	0	3	12	151
	Troubles de la personnalité	0	5	1	11	0	1	0	0	0	1	19
	Anxiété	2	27	21	69	1	2	0	2	0	15	139
	SSPT	0	1	1	7	0	0	0	1	0	1	11
	Bipolarité	0	2	3	9	0	0	0	0	0	0	14
	TDAH	0	6	4	6	0	0	0	0	0	0	16
	Usage de substances et/ou Trouble de toxicomanie	0	79	66	193	0	2	2	0	0	28	370
	Bien-être	1	3	5	19	0	0	0	1	0	3	32
	Qualité de vie	0	0	1	3	1	0	0	0	0	3	8
	Trouble psychiatrique autre/non précisé	1	20	19	35	0	3	0	0	0	13	91
	Total	5	253	187	560	3	17	8	6	3	99	

Le tableau 4 illustre les disparités dans le volume de recherche entre les diagnostics de maladie mentale dans la documentation clinique. La plupart des recherches ont porté sur des personnes chez qui un trouble du spectre

de la schizophrénie a été diagnostiqué. Une proportion importante des études évaluait les populations dans la catégorie « autre problème de santé mentale ».

Tableau 4. Nombre d'études incluses dans la présente analyse environnementale et étude de cadrage par population clinique

		POPULATION								
		TDAH	Anxiété	Trouble bipolaire	Dépression	SSPT	Spectre de la schizophrénie	Usage de substances/ Trouble de toxicomanie	Autre problème de santé mentale	Total
RÉSULTATS	Idées suicidaires et/ou Tentative de suicide et/ou Décès par suicide	0	2	3	8	0	8	2	13	23
	Dépression	1	2	6	11	0	24	11	10	55
	Spectre de la schizophrénie	2	0	2	1	0	174	7	15	186
	Troubles de la personnalité	1	1	1	2	0	2	1	3	8
	Anxiété	1	2	2	3	0	7	9	6	24
	SSPT	1	1	0	1	1	0	6	2	10
	Bipolarité	1	1	20	0	0	3	3	3	28
	TDAH	1	0	1	1	0	0	2	2	5
	Usage de substances et/ou Trouble de toxicomanie	3	3	12	5	2	48	20	23	93
	Bien-être	1	1	1	3	0	3	1	4	10
	Qualité de vie	0	0	0	0	0	4	0	2	4
	Trouble psychiatrique autre/non précisé	1	2	4	2	0	12	4	27	25
Total	13	15	52	37	3	285	66	110		

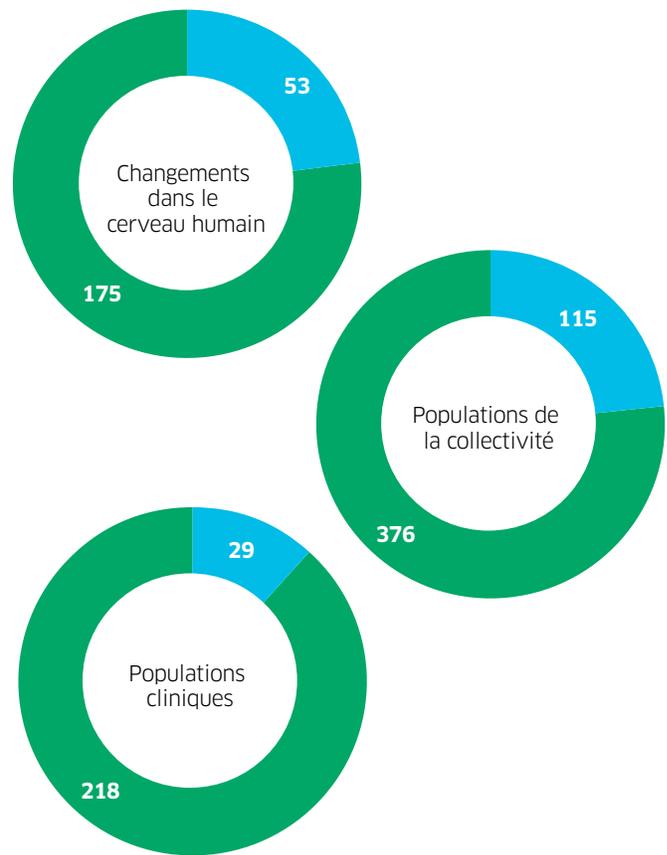
Considérer la perspective de l'équité

La lecture de centaines d'études évaluant la relation entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale révèle un manque général de nuances dans l'interprétation des résultats. Ceci s'applique autant pour les populations cliniques que les populations de la collectivité. La consommation de cannabis n'existe pas en vase clos. Elle est souvent liée à l'usage d'autres substances et les modes de consommation peuvent être influencés par le revenu, le niveau d'éducation ou autres déterminants sociaux de la santé, individuels ou combinés. Les recherches futures devront considérer ces facteurs, ainsi que de nombreux autres, dans le contexte plus large de la consommation de cannabis.

Le sexe et le genre en particulier requièrent une plus grande attention pour comprendre leur rôle dans la consommation de cannabis et les résultats associés en matière de santé mentale. L'étude de cadrage a examiné si chaque étude s'appuyait sur le sexe et/ou le genre, selon les définitions des Instituts de recherche en santé du Canada (voir ci-dessous), et a révélé que seul un petit nombre d'études ont tenu compte du sexe et/ou du genre dans toutes les catégories de recherche sur les populations humaines (voir figure 5).

Dans de nombreux cas, il était impossible de déterminer si le sexe et/ou le genre étaient inclus dans l'analyse, car les études ne distinguaient pas ces concepts les uns des autres. La spécificité est également essentielle, car le sexe et le genre sont des concepts distincts et ils pourraient donc affecter différemment les liens entre la consommation de cannabis et les résultats pour la santé mentale.

Figure 5. Nombre d'études incluant la notion de sexe et/ou de genre (en bleu) par catégorie de recherche



INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA : DÉFINITIONS DE SEXE ET DE GENRE¹⁵

Le **SEXE** est déterminé par un ensemble d'attributs biologiques retrouvés chez les humains et les animaux. On l'associe principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et la fonction hormonale, ainsi que l'anatomie de l'appareil génital. On décrit généralement le sexe en termes binaires, « femme » ou « homme », mais il existe des variations touchant les attributs définissant le sexe ainsi que l'expression de ces attributs.

Le **GENRE** est déterminé par les rôles, les comportements, les expressions et les identités, construits socialement pour les filles, les femmes, les garçons, les hommes et les personnes de diverses identités de genre. Il influence la perception qu'ont les gens d'eux-mêmes et d'autrui, leur façon d'agir et d'interagir, ainsi que la répartition du pouvoir et des ressources dans la société. On décrit souvent le genre en termes binaires (fille/femme ou garçon/homme), pourtant, on note une grande diversité dans la compréhension, l'expérience et l'expression du genre par les personnes et les groupes.

15 Instituts de recherche en santé du Canada (2015). Définitions de sexe et de genre. Extrait de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47830.html>

FAIRE DU CANADA UN CHEF DE FILE EN LA MATIÈRE

Notre examen de la documentation existante explorant les relations entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale a révélé un besoin de mener davantage d'études qui :

- collectent des données longitudinales pour clarifier les relations entre la consommation de cannabis et la santé mentale
- sondent des modes de consommation spécifiques et les cannabinoïdes pour déterminer leur incidence sur les résultats
- rassemblent les connaissances des personnes ayant consommé du cannabis par le biais de méthodes qualitatives, y compris la recherche sur les avantages potentiels de la consommation de cannabis occasionnelle et modérée
- se concentrent sur certaines populations en particulier et considèrent les déterminants sociaux de la santé, notamment l'âge, le sexe et le genre, le revenu, le niveau d'éducation et les expériences passées de traumatisme

Il est essentiel de combler ces lacunes pour mettre en lumière les liens entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale, pour déterminer dans quelle mesure des facteurs sociaux distincts ou interconnectés influent sur ces liens et pour répondre à de nombreuses autres questions.

Utiliser les données existantes

Les recherches futures devraient profiter pleinement des riches ressources en données accessibles au public du Canada et des 12 autres juridictions qui ont légalisé le cannabis pour un usage non médical. En répertoriant la prévalence de la consommation de cannabis et les résultats sur la santé mentale au fil du temps, ces ressources aideront à clarifier les relations dans un environnement où le cannabis à usage non médical est légal.

Un survol des données disponibles offre également des indices sur les lacunes en matière de recherche pour certaines populations, car chaque ressource exclut certaines populations (voir la colonne Population exclue à l'annexe A). Sont concernés les militaires, les personnes en foyers d'accueil et autres institutions, les sans-abri et les personnes sans téléphone fixe ou portable.

L'occasion à saisir

La légalisation du cannabis à des fins non médicales a permis au Canada de devenir un chef de file mondial de la recherche sur le cannabis et la santé mentale. Mais la fenêtre pour saisir cette occasion se ferme à mesure que de plus en plus de juridictions légalisent le cannabis et intensifient leurs efforts dans ce domaine.

Afin de maximiser leur impact, les programmes de recherche au Canada au cours des prochaines années doivent être axés sur des études de qualité, adaptées à l'usage, qui apportent une compréhension essentielle des liens entre la consommation de cannabis et ses effets sur la santé mentale. Une approche coordonnée de la recherche et de la mobilisation des connaissances constituera un facteur de réussite primordial, qui sera corroboré par les conclusions de l'analyse environnementale et de l'étude de cadrage.

Annexe A : Enquêtes canadiennes sur la consommation de cannabis

Voir le rapport complet pour des tableaux supplémentaires sur les modèles de légalisation de la consommation de cannabis à des fins non médicales et sur la consommation de cannabis aux États-Unis.

Tableau A-1. Aperçu des enquêtes canadiennes disponibles

ENQUÊTE	ÉCHEANCIER DE L'ENQUÊTE		FRÉQUENCE	ENQUÊTEUR	FICHER DE MICRODONNÉES À GRANDE DIFFUSION DISPONIBLE	POPULATION CIBLÉE	POPULATION EXCLUE	VARIABLES DU CANNABIS							SANTÉ MENTALE			CARACTÉRISTIQUES UNIQUES
	PREMIÈRE DATE	DERNIÈRE DATE						CONSOMME	CONSOMMATION DANS LA DERNIÈRE ANNÉE	CONSOMMATION COURANTE	FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	ÂGE À LA PREMIÈRE CONSOMMATION	NIVEAU DE RISQUE DE CONSOMMATION (AUTOÉVALUATION)	AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE	TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES		
Enquête sociale générale : Victimisation	1999	En cours	Tous les 5 ans	Statistique Canada	X	15 ans et plus vivant dans les provinces et les territoires	Vivant dans des institutions ^a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Victimisation auto-déclarée; expériences d'enfance	
	2004	2004	Une fois	Firme de recherche basée à Montréal : Jolicoeur & Associés	X	Canadiens âgés de 15 ans et plus	Pas de téléphone	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Méfais et conséquences de l'utilisation; attitudes et croyances	
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	1999	2012	Annuelle	Statistique Canada	X	15 ans et plus vivant dans les provinces	Vivant dans les territoires ou dans des institutions ^a	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	2008	2012	Annuelle	Jolicoeur & Associés	X	15 ans et plus vivant dans les provinces dans des ménages avec ligne fixe	Vivant dans les territoires; les institutions; ménages sans ligne fixe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Usage de drogues et méfaits	

ENQUÊTE	ÉCHÉANCIER DE L'ENQUÊTE		FRÉQUENCE	ENQUÊTEUR	FICHER DE MICRODONNÉES À GRANDE DIFFUSION DISPONIBLE	POPULATION CIBLÉE	POPULATION EXCLUE	VARIABLES DU CANNABIS								SANTÉ MENTALE			CARACTÉRISTIQUES UNIQUES
	PREMIÈRE DATE	DERNIÈRE DATE						CONSOMMATION DANS LA DERNIÈRE ANNÉE	CONSOMMATION COURANTE	FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	ÂGE À LA PREMIÈRE CONSOMMATION	NIVEAU DE RISQUE DE CONSOMMATION (AUTOÉVALUATION)	AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE	TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES				
Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues	2013	2017	Tous les 2 ans	Statistique Canada	X	15 ans et plus vivant dans les provinces	Vivant dans les territoires; les institutions; ménages sans téléphone fixe ou portable	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Remplacement de l'ESUTC et du ESCCAD; à partir de 2019, le ECTAD devindra 2 enquêtes : tabac et nicotine; l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues		
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale et bien-être	2002	2012	Deux fois (pour SM)	Statistique Canada	X	15 ans et plus vivant dans les provinces	Vivant dans les territoires; dans les réserves; institutions; membres des Forces canadiennes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Santé mentale et utilisation des services de santé		
Étude sur la santé des jeunes Ontariens	1983	2014	Deux fois	Statistique Canada		4-17 ans résident en Ontario	Ménages dans les réserves ou dans des logements collectifs	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Questionnaires parents/enseignants sur les émotions/comportements des enfants; utilisation des services de santé mentale; victimisation; 2 suivis pour 1983 participants à l'étude		

ENQUÊTE	ÉCHÉANCIER DE L'ENQUÊTE		FRÉQUENCE	ENQUÊTEUR	FICHIER DE MICRODONNÉES À GRANDE DIFFUSION DISPONIBLE	POPULATION CIBLÉE	POPULATION EXCLUE	VARIABLES DU CANNABIS								SANTÉ MENTALE			CARACTÉRISTIQUES UNIQUES	
	PREMIÈRE DATE	DERNIÈRE DATE						CONSOMMÉ	CONSOMMATION DANS LA DERNIÈRE ANNÉE	CONSOMMATION COURANTE	FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	ÂGE À LA PREMIÈRE CONSOMMATION	NIVEAU DE RISQUE DE CONSOMMATION (AUTOÉVALUATION)	AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE	TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES				
Enquête auprès des peuples autochtones	1991	En cours	5 cycles de 1991 à 2017	Statistique Canada	X	Canadiens d'identité autochtone, âgés de 15 ans et plus, vivant hors réserve	Vivant dans une réserve ou dans un établissement indien (au sens de Statistique Canada), ou dans certaines communautés des Premières Nations du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest			X				X						Seul le cycle de 2017 contient des questions sur la consommation de cannabis
Enquête nationale sur le cannabis	2018	En cours	Semestrielle	Statistique Canada		15 ans et plus vivant dans les provinces	Vivant dans les territoires; les institutions ^a			X				X						Observe les comportements de consommation, après la légalisation du cannabis à usage non médical
Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes	2019	En cours	Occasionnelle	Statistique Canada		Âgés de 1 à 17 ans au 31 janvier 2019; vivant dans les provinces et les territoires	Vivant dans des foyers d'accueil ou des institutions ^a ; vivant dans une réserve ou dans un établissement indien (au sens de Statistique Canada)			X				X						

ENQUÊTE	ÉCHÉANCIER DE L'ENQUÊTE		FRÉQUENCE	ENQUÊTEUR	FICHIER DE MICRODONNÉES À GRANDE DIFFUSION DISPONIBLE	POPULATION CIBLÉE	POPULATION EXCLUE	VARIABLES DU CANNABIS							SANTÉ MENTALE			CARACTÉRISTIQUES UNIQUES
	PREMIÈRE DATE	DERNIÈRE DATE						CONSOMME	CONSOMMATION DANS LA DERNIÈRE ANNÉE	CONSOMMATION COURANTE	FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	ÂGE À LA PREMIÈRE CONSOMMATION	NIVEAU DE RISQUE DE CONSOMMATION (AUTOÉVALUATION)	AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE	TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES		
Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves	1994	En cours	Tous les 2 ans depuis 2002	Un consortium de chercheurs de partout au Canada, coordonné par le <i>Provel Centre for Population Health Impact</i> de l'Université de Waterloo	X	Étudiants canadiens inscrits de la 6 ^e à la 12 ^e année dans les provinces participantes	Vivant dans les provinces ne participant pas à l'enquête; vivant dans les territoires; les élèves des écoles virtuelles, des écoles spéciales (par exemple, pour les difficultés d'apprentissage, malvoyants/malentendants) ou des écoles situées sur des bases militaires ou dans des réserves; écoles comptant moins de 20 élèves dans l'une des années sélectionnées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Anciennement appelée Enquête sur le tabagisme chez les jeunes; consommation d'alcool et de drogues; demandé aux niveaux 7-12; certains cycles posent des questions basées sur la théorie de l'autodétermination; l'intimidation, le sommeil; la connectivité scolaire	

a Les institutions comprennent les hôpitaux, les maisons de retraite ou les prisons¹⁴

14. Statistique Canada. Dictionnaire. Recensement de la population, 2016. Résident institutionnel. 2019; <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/bop053-fra.cfm>



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Suite 1210, 350 Albert Street
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel: 613.683.3755
Fax: 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://facebook.com/theMHCC) [▶/1MHCC](https://youtube.com/1MHCC) [@theMHCC](https://instagram.com/theMHCC)
[in/Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/Commission-de-la-santé-mentale-du-Canada)



Santé
Canada Health
Canada

Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.