

Autogestion de la santé à l'aide du cannabis : portrait qualitatif de la population québécoise âgée de 21 ans et plus

RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT

FÉVRIER 2025

RAPPORT DE RECHERCHE

AUTRICES

Liliana Gomez Cardona, conseillère scientifique spécialisée
Isidora Janezic, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Olivier Bellefleur, chef d'unité scientifique
Chantal Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATION

Antoine Fournier, conseiller scientifique
Réal Morin, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Lucie Ratelle, technicienne de recherche
Mariejka Beauregard, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Dieynaba Diallo, conseillère scientifique
Marianne Dubé, assistante de recherche professionnelle
Direction du développement des individus et des communautés

Axelle Marchand, conseillère scientifique
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

Auréli Maheux-Dubuc, conseillère scientifique
Secrétariat général

RÉVISION

Mathieu-Joël Gervais, conseiller scientifique spécialisé
Isabelle Bilodeau, pharmacienne
Institut national de santé publique du Québec

Ariane Bélanger-Gravel, professeure agrégée
Arsène Zongo, professeur adjoint
Université Laval

Karine, Bertrand, professeure titulaire, Université de Sherbrooke et directrice scientifique, Institut universitaire sur les dépendances

Les réviseur(-euse)s ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices ainsi que les réviseur(-euse)s ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Sarah Mei Lapierre, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Nous offrons nos plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer et de nous partager généreusement leurs expériences. Sans elles, ce projet n'aurait pas été possible.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-01719-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Recherche et développement* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apportent de nouvelles connaissances techniques, méthodologiques ou autres d'intérêt large au corpus de savoirs scientifiques existants.

Ce rapport de recherche porte sur les personnes âgées de 21 ans et plus, habitant au Québec et qui font usage de cannabis pour gérer ou soulager leurs problèmes de santé. Plus spécifiquement, ce rapport documente les raisons qui les motivent à utiliser cette substance, ainsi que leur vécu et le contexte dans lequel elles l'emploient comme outil d'autogestion de leur santé. Par ailleurs, l'accompagnement reçu du personnel de la santé quant à l'usage de cannabis, ainsi que les méthodes alternatives (autres que pharmacologiques) utilisées pour traiter les problèmes de santé pour lesquels les personnes utilisent le cannabis ont été également documentés.

Il a été élaboré à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre d'une entente découlant du Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis octroyé à l'Institut national de santé publique du Québec. Ce rapport de recherche a été rédigé à l'attention de la direction des Populations à risque et en contexte de vulnérabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'adresse également à tout le personnel de santé qui souhaite approfondir ses connaissances, et mieux comprendre les pratiques, ainsi que les motivations des personnes utilisant le cannabis.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	IV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	V
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	6
2 OBJECTIFS	8
3 MÉTHODOLOGIE	9
3.1 Aspects éthiques.....	9
3.2 Rôles des autrices.....	9
3.3 Population à l'étude, recrutement et échantillonnage.....	9
3.4 Collecte des données.....	10
3.5 Cadre théorique	10
3.6 Analyse des données	11
3.7 Rigueur méthodologique.....	12
3.8 Processus de révision externe.....	13
4 RÉSULTATS.....	14
4.1 Portrait sociodémographique des personnes participantes : résultats issus du questionnaire	15
4.2 Motivations liées à l'usage de cannabis	16
4.2.1 Motifs conduisant à l'autogestion de la santé avec du cannabis.....	17
4.2.2 Bénéfices perçus de l'usage de cannabis	20
4.3 Conditions et capacités influençant l'usage de cannabis.....	20
4.3.1 Bénéfices contre méfaits perçus de l'usage de cannabis	20
4.4 Pratiques d'usage de cannabis.....	23
4.4.1 Résultats issus du questionnaire.....	23
4.4.2 Pratiques rapportées lors des entretiens.....	25
4.5 Entourage social et son influence sur l'usage de cannabis	27
4.5.1 Sources d'information sur l'usage du cannabis dans le cadre de l'autogestion de la santé.....	27
4.5.2 Conjoint(e) et ami(e)s, un entourage qui favorise l'usage de cannabis.....	28

4.6	Sources d'approvisionnement en cannabis.....	29
4.6.1	Résultats issus du questionnaire.....	29
4.6.2	S'approvisionner à la SQDC.....	29
4.6.3	S'approvisionner ailleurs qu'à la SQDC	30
4.7	Accompagnement des professionnels de la santé quant à l'usage du cannabis à des fins d'autogestion de la santé	31
4.7.1	Enjeux d'accès aux services des professionnels de la santé.....	31
4.7.2	Informations retenues par les personnes concernant la consommation.....	32
4.7.3	Méthodes non pharmacologiques, autres que le cannabis, utilisées pour la gestion des problèmes de santé.....	33
5	DISCUSSION.....	35
6	FORCES ET LIMITES DU PROJET.....	38
7	CONCLUSION.....	40
8	RÉFÉRENCES.....	41
ANNEXE 1	SAISIE, GESTION, SÉCURITÉ ET ARCHIVAGE DES DONNÉES	44
ANNEXE 2	FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT – PARTICIPANTS AUX ENTRETIENS INDIVIDUELS	45
ANNEXE 3	QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	49
ANNEXE 4	GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ.....	56
ANNEXE 5	RESSOURCES UTILES.....	58
ANNEXE 6	CADRE THÉORIQUE COM-B	60
ANNEXE 7	ROUE DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	61
ANNEXE 8	COMPTE RENDU DE LA DÉMARCHE ANALYTIQUE.....	62
ANNEXE 9	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES SUPPLÉMENTAIRES.....	66
ANNEXE 10	PROBLÈMES DE SANTÉ RAPPORTÉS	67
ANNEXE 11	CARACTÉRISTIQUES SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA CONSOMMATION	69

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Principales caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes aux entretiens individuels (N = 45)	16
Tableau 2	Motifs de santé pour lesquels les personnes participantes aux entretiens individuels utilisent du cannabis (N = 45).....	17
Tableau 3	Principales caractéristiques concernant la consommation de cannabis des personnes participantes aux entretiens individuels (N = 45)	24
Tableau 4	Sources d'approvisionnement en cannabis rapportés par les personnes participantes aux entretiens individuels	29
Tableau 5	Caractéristiques sociodémographiques supplémentaires des personnes ayant participé aux entretiens individuels (N = 45).....	66
Tableau 6	Problèmes de santé et symptômes rapportés par les personnes ayant participé aux entretiens individuels (N = 45).....	67
Tableau 7	Caractéristiques supplémentaires concernant la consommation de cannabis et d'autres substances des personnes ayant participé aux entretiens individuels (N = 45)	69
Figure 1	Pourcentage des répondant(e)s ayant utilisé du cannabis pour des motifs de santé, parmi ceux/celles ayant consommé du cannabis (en général) au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, selon les groupes d'âge (EQC 2021, 2022, 2023)	7
Figure 2	Cadre théorique COM-B, adapté de Michie et collaborateurs (2011) (Michie <i>et al.</i> , 2011).....	60
Figure 3	Roue du changement de comportement au cœur du cadre théorique COM-B, adaptée de Michie et collaborateurs (2011) (Michie <i>et al.</i> , 2011).....	61

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CAIPRPSI	Comité sur l'accès à l'information, la protection des renseignements personnels et sur la sécurité de l'information
CBD	Cannabidiol
CBN	Cannabinol
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
COM-B	Capacité, Opportunité, Motivation - Comportement (Behaviour en anglais)
DGSP	Direction générale de la santé publique
DIN	Numéro d'identification de médicament
ECTAD	Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues
ENC	Enquête nationale sur le cannabis
EQC	Enquête québécoise sur le cannabis
FIC	Formulaire d'information et consentement
ICPS	<i>International Cannabis Policy Study</i>
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SQDC	Société québécoise du cannabis
SPA	Substances psychoactives
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
TDA	Trouble du déficit de l'attention sans hyperactivité
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
THC	Delta-9-tétrahydrocannabinol
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

FAITS SAILLANTS

L'usage de cannabis à des fins d'autogestion de la santé est l'une des motivations les plus fréquentes parmi les personnes qui en consomment. L'autogestion désigne les actions prises par un individu pour préserver sa santé ou améliorer son bien-être, sans que cela repose sur un avis médical. L'objectif de ce projet de recherche était d'explorer l'utilisation du cannabis comme méthode d'autogestion de la santé au sein de la population québécoise consommant cette substance. Ce rapport présente les résultats d'entretiens qualitatifs menés auprès de 45 personnes âgées de 21 ans et plus, qui font un tel usage du cannabis. Les principaux constats sont les suivants :

- Les motifs d'usage de cannabis à des fins d'autogestion de la santé sont multiples : santé mentale, inconfort physique, alternative aux médicaments, recherche de bien-être, etc.
- Les frontières entre l'usage du cannabis à des fins d'autogestion de la santé et à des fins récréatives sont souvent floues pour les personnes participantes.
- L'usage du cannabis est majoritairement perçu comme bénéfique pour la santé et peu risqué en raison de son origine naturelle. Toutefois, plusieurs personnes ont signalé des effets indésirables, surtout lorsqu'elles en consomment en grande quantité ou de manière quotidienne.
- Les personnes utilisant le cannabis à des fins d'autogestion de la santé se renseignent principalement sur l'utilisation de cette substance via Internet, les réseaux sociaux et leurs proches. Ces individus retiennent avant tout les aspects positifs du cannabis, tandis que les aspects négatifs semblent ignorés ou absents de ces sources d'information.
- La Société québécoise du cannabis (SQDC) est leur principale source d'approvisionnement en produits de cannabis. Cependant, certaines personnes participantes estiment que les informations sur l'autogestion de la santé par le cannabis y sont insuffisantes.
- Les personnes participantes ont soulevé des problèmes d'accès aux services psychosociaux et de communication avec les professionnels de la santé. Elles soulignent, notamment, le manque d'informations sur l'usage du cannabis dans la gestion de la santé, ainsi que la stigmatisation des personnes qui en consomment. Elles estiment que l'absence de prise en charge médicale et le manque d'accompagnement professionnel dans l'utilisation du cannabis peuvent entraîner une augmentation de cet usage pour l'autogestion de la santé.
- Le cannabis séché et fumé est le mode de consommation le plus fréquent, avec une préférence pour celui contenant du Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) à haute concentration. L'usage régulier, de trois à sept jours par semaine, est courant parmi les personnes participantes. Les capsules, les tisanes et la vaporisation, contenant davantage de Cannabidiol (CBD), sont les moins utilisées par les personnes participantes, mais les plus souvent choisies par celles qui recourent au cannabis exclusivement pour l'autogestion de la santé.

SOMMAIRE

Autogestion de la santé : L'expression « autogestion de la santé » est utilisée dans le présent document pour référer aux décisions et aux actions d'une personne pour préserver sa santé ou améliorer son bien-être, sans que ce soit sur la base d'un avis médical (Office québécois de la langue française, 2024). Dans la littérature scientifique, les termes « automédication » et « autotraitement » sont aussi utilisés pour référer à la pratique qui consiste à utiliser, sans un document médical, des produits du cannabis pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes. Cependant, puisque le cannabis n'est pas un médicament ayant un numéro d'identification de médicament (DIN) ou un avis de conformité de Santé Canada (Marchand, 2025), et que les pratiques décrites dans le présent rapport ne sont pas des traitements médicaux, l'expression plus générale d'« autogestion de la santé » a été retenue.

Selon l'Enquête québécoise sur le cannabis (EQC 2023), parmi les personnes de 15 ans et plus qui ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents, 32 % l'ont fait pour des raisons médicales, cherchant à traiter un problème de santé ou à soulager des symptômes (ISQ, 2024). Selon cette enquête, les douleurs, l'anxiété et les troubles de sommeil étaient les principales conditions de santé pour lesquelles les personnes ont utilisé le cannabis (ISQ, 2024). Seules six études scientifiques traitent de l'usage du cannabis à des fins d'autogestion de la santé, révélant que les principaux motifs d'utilisation sont l'anxiété, la dépression, les douleurs chroniques, les maux de tête et l'insomnie (Asselin *et al.*, 2022; Bottorff *et al.*, 2011; Goodman *et al.*, 2022; Keethakumar *et al.*, 2021; Leung *et al.*, 2022; Rotermann et Pagé, 2018).

Hormis les motifs d'usage, les études fournissent peu d'informations sur les habitudes de consommation, les contextes d'usage et les relations avec les professionnels de santé. Or, cet usage peut présenter des risques pour la santé, notamment en cas de consommation fréquente ou d'interactions médicamenteuses possibles (Marchand, 2025). Mieux comprendre les expériences de la population québécoise utilisant le cannabis à des fins d'autogestion de la santé est pertinent, ce sous-groupe étant majoritairement composé d'usagers quotidiens et représentant une part significative des personnes consommatrices (ISQ, 2024). Le présent projet de recherche vise à explorer cet usage chez la population québécoise âgée de 21 ans. Les objectifs sont :

- Explorer les motifs de santé conduisant à l'usage du cannabis;
- Décrire le contexte et l'expérience d'usage du cannabis;
- Examiner les besoins d'accompagnement des usagers de cannabis auprès des professionnels de la santé, ainsi que les services obtenus;
- Documenter les autres méthodes non pharmacologiques employées pour gérer leurs problèmes de santé.

Ce projet repose sur une approche qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés. Un échantillon de convenance de 45 personnes a été constitué. Parmi les personnes interviewées, 24 étaient des hommes, 20 des femmes et une personne était non binaire. Les résultats sont organisés en six grands thèmes issus de l'analyse thématique inductive et du modèle théorique sur lequel s'appuie ce projet (Capacité, Occasion, Motivation – Comportement, COM-B). Selon ce modèle, trois facteurs doivent être présents pour qu'un comportement se produise : la capacité, l'occasion et la motivation (Agbadje, 2018).

Motivation

Ce facteur englobe un thème dégagé des propos des personnes participantes : les **motifs** conduisant à l'autogestion de la santé par l'usage du cannabis (sous-section 4.2). Les trois motifs les plus souvent rapportés ont été l'anxiété, l'insomnie et les douleurs physiques, incluant les maux de tête. Cependant, d'autres motifs ont été également rapportés, que ce soit d'ordre mental, physique ou social. Qui plus est, les frontières sont souvent floues entre l'usage du cannabis à des fins d'autogestion de la santé et à des fins récréatives. Une différence notable a été observée dans les motifs d'initiation à cette substance : les jeunes l'ont principalement adopté pour des raisons récréatives et ont continué à consommer pour gérer des problèmes de santé au fur et à mesure qu'ils ont émergé, tandis que les personnes ayant commencé plus tard le faisaient surtout pour gérer des problèmes de santé dès le début. Par ailleurs, les personnes participantes ont souvent la perception que le cannabis est une alternative moins nocive que les médicaments.

Capacité

Ce facteur met en évidence un thème lié aux **conditions** et aux **capacités des personnes** influençant l'usage de cannabis (section 4.3). Si l'usage de cette substance est majoritairement perçu comme étant bénéfique pour la santé et sans risques, ou avec des risques minimes, des effets indésirables sur la santé et la vie sociale ont été pointés par certaines, particulièrement lorsque le cannabis est consommé quotidiennement. Les personnes âgées de 35 ans et plus qui se sont initiées à leur adolescence sont celles qui rapportent le plus d'effets indésirables. En conséquence, réduire l'usage de cannabis est une volonté partagée lors des entretiens, notamment par les personnes qui en font un double usage (santé et récréatif). Pourtant, les difficultés ou l'incapacité perçue à gérer leurs malaises par d'autres moyens, ainsi que l'accoutumance et l'influence de l'entourage social, constituent des obstacles importants, selon les personnes participantes. Si certaines connaissent quelques risques liés au cannabis, une meilleure connaissance pourrait favoriser un usage plus modéré de cette substance, selon les propos analysés.

Occasion

Sous ce facteur, trois thèmes ont émergé des propos des personnes participantes. L'un d'eux concerne l'**entourage numérique** et son influence sur l'usage de cannabis (sous-section 4.3.1). Les sources d'information les plus consultées pour s'informer sur cette substance sont Internet, les réseaux sociaux et les médias numériques. Par ailleurs, l'analyse des déclarations indique que les personnes participantes y retiennent des croyances favorables (p. ex. : le cannabis comme étant une substance naturelle sans danger). L'**entourage social** des personnes participantes semble aussi faciliter et influencer l'usage du cannabis (sous-section 4.3.2). Des témoignages d'autrui rapportant des bénéfices de cette substance et des normes positives autour de son usage sont parmi les principaux facteurs favorisant la consommation chez les personnes participantes.

Un autre thème évoque les **sources d'approvisionnement** en cannabis (section 4.4). La Société québécoise du cannabis (SQDC) est la principale source utilisée par les personnes participantes pour acheter des produits à base de cannabis. Elles cherchent également à y obtenir des informations, notamment en ce qui concerne les formes de produits et leurs effets¹. Les prix plus abordables et la disponibilité d'une plus grande variété des produits amènent certaines personnes à se procurer du cannabis auprès d'un tiers, du marché illicite ou d'un détaillant officiel d'une autre province.

Un dernier thème aborde l'**accompagnement des professionnels** de la santé quant à l'usage du cannabis pour l'autogestion de la santé (sous-section 4.5.2). Quelques personnes ont perçu un encadrement de la consommation visant à prévenir les risques pour la santé. En revanche, d'autres ont soulevé des enjeux liés à l'accès aux professionnels de la santé et à la communication avec ceux-ci. Ainsi, des informations insuffisantes, peu claires ou divergentes ont été évoquées par certaines, notamment lors des échanges avec des médecins. Par ailleurs, les interactions entre le cannabis et les médicaments ne sont pas toujours connues ni abordées par les personnes participantes lors des consultations avec les professionnels de la santé.

D'autre part, certaines personnes participantes ont indiqué ne pas divulguer leur consommation aux professionnels de la santé. Leurs témoignages suggèrent qu'une stigmatisation, perçue ou anticipée de la part des professionnels, pourrait dissuader les usagers d'aborder ce sujet ouvertement. Enfin, les **méthodes non pharmacologiques** utilisées par les personnes pour soulager les problèmes pour lesquels elles consomment du cannabis ont également été évoquées (sous-section 4.5.3). Les activités sportives, les exercices physiques, la méditation et d'autres activités plaisantes, spirituelles et en plein air ont été soulignées comme des pratiques efficaces et prometteuses pour gérer les malaises et modérer l'usage de cannabis.

¹ Il est à noter que la SQDC ne peut vendre que du cannabis destiné à un usage récréatif. Elle n'est pas autorisée à vendre du cannabis à des fins médicales ou de santé. Conformément à la réglementation, le personnel doit orienter les personnes intéressées par un usage thérapeutique ou cherchant des conseils sur la gestion de problèmes de santé avec le cannabis vers le réseau de la santé (Rivard *et al.* 2024).

Comportement

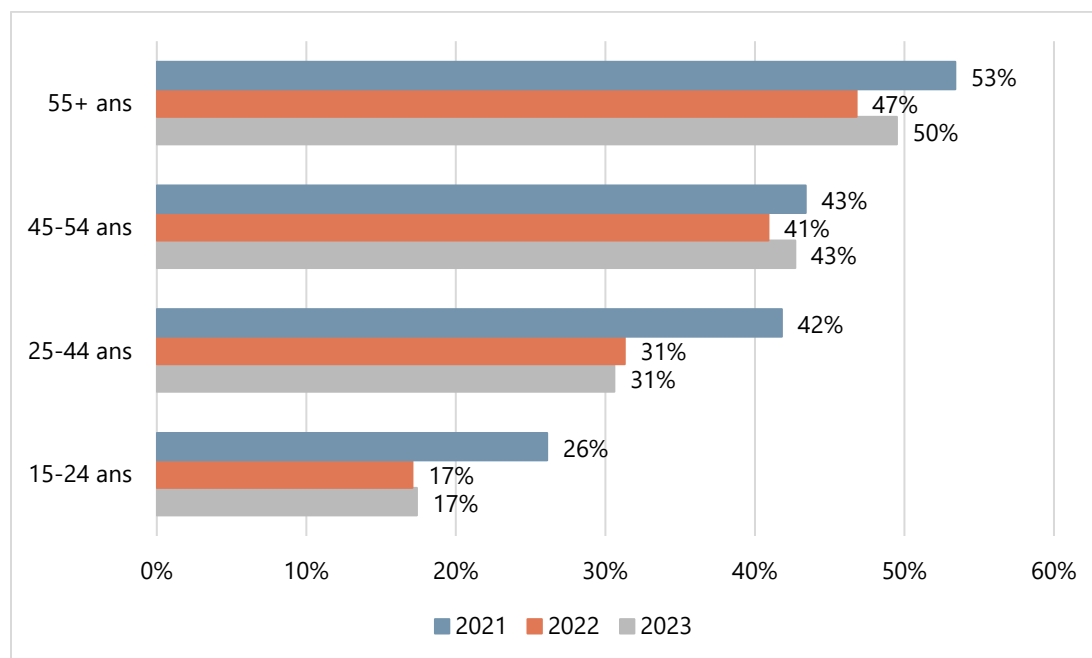
À cet égard, un thème a été mis en lumière : les **pratiques d'usage** de cannabis (section 4.4). Le cannabis séché et fumé de manière quotidienne est le mode de consommation le plus souvent adopté, et le Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) en haute concentration est le cannabinoïde préféré et également celui qui entraîne la majorité des effets psychoactifs du cannabis. Ces habitudes sont perçues comme bien établies, notamment par les personnes participantes qui ont un double usage (récréatif et de santé). En revanche, les capsules et la vaporisation, avec une teneur plus importante en Cannabidiol (CBD), sont les modalités les moins souvent adoptées par les personnes participantes, mais les plus utilisées par celles qui consomment du cannabis à des fins exclusives d'autogestion de leur santé. Le CBD, bien qu'il n'ait pas d'effet psychoactif, agit comme modulateur du THC, atténuant ses effets. Plusieurs chercheurs étudient le potentiel thérapeutique du CBD (INSPQ, 2017; Ben Amar, 2018).

1 INTRODUCTION

Au Canada, le cannabis à des fins médicales et non médicales est accessible sur le marché licite, et disponible sous différentes formes². Dans ce contexte, les personnes qui souhaitent utiliser le cannabis pour gérer des problèmes de santé peuvent le faire sans l'obtention d'un document médical ou d'un suivi auprès d'un professionnel de la santé. Selon l'Enquête québécoise sur le cannabis (EQC, 2023), 17 % des personnes ayant 15 ans et plus ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de 12 mois précédant l'enquête (ISQ, 2024). Parmi ces personnes, une proportion non négligeable (32 %) en a consommé pour gérer des problèmes de santé ou pour soulager des symptômes, et ce, majoritairement sans document médical. La douleur, l'anxiété et les troubles de sommeil sont les conditions de santé les plus souvent rapportées comme étant gérées ainsi (ISQ, 2024). Parmi les personnes qui consomment du cannabis, la proportion de celles qui en consomment pour des motifs de santé a presque doublé entre 2019 et 2021, passant de 23 % à 40 % (ISQ, 2020, 2022), avant de descendre à 32 % en 2022 (ISQ, 2023) et de s'y maintenir en 2023 (ISQ, 2022, 2023, 2024). Chez ces personnes, une proportion significative est constituée principalement de celles qui font un usage quotidien, plutôt que de celles qui consomment moins fréquemment (ISQ, 2024). Les personnes consommant pour des motifs de santé et âgées de 45 à 54 ans, ainsi que de 55 ans et plus, sont plus nombreuses que les groupes plus jeunes (figure 1).

² Le cannabis à des fins médicales peut être autorisé par des professionnels de la santé pour traiter différentes conditions de santé, ainsi que pour soulager différents symptômes, en vertu de la *Loi sur le cannabis* à travers le *Règlement sur le cannabis* (DORS/2018-144). La consommation, la production et la vente de cannabis à des fins récréatives ont été légalisées le 17 octobre 2018, après l'adoption de la *Loi sur le cannabis* (projet de loi C-45) par le Parlement canadien.

Figure 1 Pourcentage des répondant(e)s ayant utilisé du cannabis pour des motifs de santé, parmi ceux/celles ayant consommé du cannabis (en général) au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, selon les groupes d'âge (EQC 2021, 2022, 2023)



Une recension de la littérature scientifique publiée entre 2010 et 2022 (Janezic et Levasseur, 2023) a permis d'identifier seulement six études portant sur l'usage de cannabis à des fins d'autogestion de la santé (Asselin *et al.*, 2022; Bottorff *et al.*, 2011; Goodman *et al.*, 2022; Keethakumar *et al.*, 2021; Leung *et al.*, 2022; Rotermann et Pagé, 2018). De manière générale, ces études révèlent plusieurs motifs menant les personnes à utiliser du cannabis pour gérer elles-mêmes certains problèmes de santé. Les principaux motifs couvrent des conditions de santé mentale (anxiété, dépression) et de santé physique (douleurs chroniques, maux de tête). L'insomnie constitue également l'un des principaux motifs d'usage de cannabis dans une optique d'autogestion de la santé. La littérature existante couvre peu les habitudes concrètes et les contextes d'usage, ainsi que les motifs conduisant les consommateurs à se tourner vers cette substance en premier lieu pour gérer leur santé. Qui plus est, la littérature ne nous informe pas sur l'accompagnement professionnel qu'ont pu recevoir les personnes en lien avec leur usage de cannabis. Or, l'autogestion de la santé avec du cannabis peut comporter des risques, notamment lorsque la consommation est fréquente, ainsi qu'en fonction des modes de consommation et des interactions médicamenteuses possibles (Marchand, 2025). Il appert donc que davantage de connaissances sont nécessaires pour comprendre le vécu des personnes qui utilisent le cannabis dans une optique d'autogestion de la santé, et pour établir un portrait plus complet du phénomène.

2 OBJECTIFS

L'objectif général de ce projet de recherche était d'explorer l'utilisation du cannabis comme moyen d'autogestion de la santé par la population québécoise âgée de 21 ans et plus.

Objectifs spécifiques de la recherche :

- Explorer les motifs de santé (mentale, physique) conduisant à l'usage de cannabis pour gérer sa santé.
- Décrire le contexte et les expériences vécues par les personnes dans leur autogestion de la santé à l'aide du cannabis.
- Examiner les besoins d'accompagnement des usagers de cannabis auprès des professionnels de la santé, ainsi que les services obtenus.
- Documenter les autres méthodes non pharmacologiques employées par les personnes pour gérer les problèmes de santé pour lesquels elles utilisent le cannabis.

3 MÉTHODOLOGIE

Ce projet s'est appuyé sur une démarche qualitative réalisée au moyen d'entreviens individuels semi-dirigés. Un devis de recherche qualitatif est pertinent pour répondre aux objectifs de cette recherche, car il permet d'avoir une compréhension du sens des comportements humains et des phénomènes sociaux peu connus (Paillé, 2006). L'approche qualitative est aussi pertinente pour explorer et documenter le vécu des individus, selon leurs propres mots (Corbin et Strauss, 2014).

3.1 Aspects éthiques

L'approbation éthique de ce projet a été octroyée par le Comité d'éthique à la recherche (CÉR) en dépendances, inégalités sociales et santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (projet 2024-1821). Ce projet a aussi été approuvé par le Comité sur l'accès à l'information, la protection des renseignements personnels et sur la sécurité de l'information (CAIPRPSI) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Toute personne ayant accès aux données a dû signer un formulaire d'engagement à la confidentialité. Chaque personne participante a consenti à la collecte de données après avoir reçu l'information pertinente. Différentes précautions ont été mises en place pour assurer la confidentialité, l'anonymat et la protection des données (annexe 1). L'annexe 2 présente le formulaire d'information et de consentement (FIC) signé avant la complétion du questionnaire et l'entrevue. Chaque personne participante a reçu une compensation de 50 \$ après complétion de toutes les étapes.

3.2 Rôles des autrices

La rédaction du devis de recherche, la sélection du modèle théorique, le recrutement des personnes participantes, l'échantillonnage et la collecte des données ont été effectués par la deuxième autrice de ce rapport. L'analyse des données et la rédaction du présent rapport ont été réalisées par la première autrice, avec la validation de la deuxième.

3.3 Population à l'étude, recrutement et échantillonnage

Critères d'inclusion :

Être âgé(e) de 21 ans et plus; consommer du cannabis pour gérer des problèmes de santé ou soulager des malaises depuis plus de six mois (incluant des conditions de santé physique et mentale); ne pas avoir de document médical concernant le cannabis; être en mesure de réaliser l'entretien à distance (connexion Internet fonctionnelle); résider au Québec; pouvoir s'exprimer en français.

Critères d'exclusion :

Consommer du cannabis de façon récréative uniquement; consommer pour des motifs de santé depuis moins de six mois; avoir un document médical concernant le cannabis.

Processus de recrutement :

Des affiches et invitations à participer à la recherche ont été diffusées sur le site Web et les médias sociaux de l'INSPQ. L'équipe a également partagé une annonce d'invitation à participer aux entretiens via les répondants régionaux en substances psychoactives (SPA), le site Web Voxcann et quelques cliniques et pharmacies dans la région de la Capitale-Nationale. La technique de bouche à oreille a été aussi mise à profit. Les personnes intéressées ont été questionnées pour confirmer que leurs profils correspondaient aux critères d'inclusion. Une fois ces critères confirmés, une date pour la réalisation de l'entretien individuel a été fixée. Avant l'entretien, chaque personne participante a dû signer le FIC ou donner son consentement à participer de vive voix.

Échantillonnage :

Afin d'atteindre les objectifs de ce projet de recherche, le principe de saturation a été appliqué pour fixer la limite de l'échantillon. Selon Mucchielli (2009), ce principe est désigné comme le critère qui permet de déterminer à quel moment l'ajout de nouvelles données empiriques ne contribuera pas à une meilleure compréhension du phénomène étudié. À partir de ce moment-là, les données collectées sont considérées comme suffisantes pour avoir un portrait diversifié du phénomène (Mucchielli, 2009).

3.4 Collecte des données

Avant l'entretien, un questionnaire a été rempli par chaque personne participante, seule ou avec l'interviewer, par écrit ou de vive voix. Ce questionnaire visait à colliger des renseignements sociodémographiques, ainsi que certaines données relatives aux pratiques de consommation de cannabis et d'autres substances (annexe 3). Par la suite, les consignes relatives à l'entretien (d'environ 60 minutes) ont été présentées à chaque personne. Un guide d'entretien comprenant environ 20 questions et divisé en quatre sections couvrant les objectifs du projet a été utilisé (annexe 4). Les entretiens individuels ont été enregistrés sur la plateforme Teams suivant l'accord préalable des personnes participantes. Une liste de ressources utiles a été mise à disposition des personnes lorsque l'entrevue soulevait des inquiétudes concernant leur santé ou leur consommation (annexe 5). La collecte des données a été réalisée d'août à novembre 2023.

3.5 Cadre théorique

Ce projet s'appuie sur le modèle théorique Capacité, Occasion, Motivation - Comportement (COM-B, *Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour*), qui met l'accent sur le fait que tout comportement doit être compris dans le contexte où il se produit. Selon ce modèle, trois facteurs doivent être présents pour qu'un comportement se produise : la capacité, l'occasion et la motivation (Michie *et al.*, 2011; West et Michie, 2020; Agbadje, 2018).

- La **capacité** comprend les compétences psychologiques d'une personne, ainsi que ses capacités physiques nécessaires pour adopter un comportement ou s'engager dans une activité. La capacité psychologique inclut les connaissances, les états mentaux et les

processus cognitifs, tels que la compréhension, le raisonnement et la mémoire. La capacité physique englobe le fonctionnement physique et musculosquelettique (p. ex. : équilibre, dextérité).

- L'**occasion** comprend les attributs physiques et sociaux du système environnemental, en dehors de l'individu. L'occasion physique comprend le temps et les éléments physiques de l'environnement (p. ex. : heures de services d'une clinique, ressources financières, matérielles); l'occasion sociale comporte d'autres personnes et organisations (p. ex. : relations interpersonnelles, normes sociales, culture).
- La **motivation** est un ensemble de processus internes à l'individu qui influencent la prise de décision et orientent le comportement. Elle comprend des processus de pensée automatiques (p. ex. : habitudes, désirs, impulsions, inhibitions) et des processus conscients (p. ex. : planification, évaluation réflexive).

Selon ce modèle, un **comportement**, ou une activité humaine ne se produira que si la personne a la capacité et l'occasion de le faire, et si elle est plus motivée à adopter ce comportement qu'à adopter un comportement alternatif (Michie *et al.*, 2011). Ces trois facteurs (capacité, opportunité, motivation) interagissent au fil du temps, de sorte que le comportement peut être considéré comme faisant partie d'un système dynamique avec des rétroactions positives et négatives. Le comportement peut, à son tour, influencer ces facteurs (annexe 6). En santé publique, le modèle COM-B est parfois utilisé pour identifier les conditions devant être modifiées ou réunies pour qu'un comportement soit possible. Ces conditions peuvent être internes aux individus ou se situer dans leur environnement social et physique. Le modèle peut être donc utilisé pour soutenir l'efficacité d'une intervention visant le changement de comportement. (Michie *et al.*, 2011; West et Michie, 2020) (annexe 7). À l'aide de ce cadre théorique, cette recherche vise à comprendre le comportement d'autogestion de la santé avec du cannabis en explorant les facteurs favorables ou défavorables qui l'influencent.

3.6 Analyse des données

Après la collecte des données au moyen des entretiens individuels, celles-ci ont été traitées selon les principes de l'analyse thématique inductive (Braun et Clarke, 2006). Les phases suivantes de l'analyse thématique inductive et de codage menant à la réduction des données ont été effectuées (Blais et Martineau, 2006; Braun et Clarke, 2006; Clarke et Braun, 2013) :

1. Transcription et familiarisation avec les données brutes collectées : le matériel à analyser a été préparé; les enregistrements audiovisuels ont été transformés en documents textuels numériques en transcrivant le contenu des entretiens mot à mot.
2. Identification des unités de sens et génération des codes initiaux à travers l'examen systématique et itératif des transcriptions, ainsi que définition des liens entre les données et les codes : une préanalyse, afin de s'imprégner des données brutes, a été réalisée. De plus, une préparation à l'analyse a été effectuée en dégagant une vue d'ensemble du matériel et des idées principales pouvant orienter ce processus (Creswell et Poth, 2016).

3. Identification de thèmes, compilation des codes dans des thèmes potentiels et établissement des liens entre les données et chaque thème (initial et émergent) : cette phase a impliqué le codage du matériel brut, aspect central de l'analyse qualitative (Creswell et Poth, 2016). Les entretiens transcrits ont été découpés, codés et analysés selon une approche inductive mixte. Ainsi, certains codes ont été déterminés préalablement à partir du cadre théorique, et d'autres codes ont été induits à partir des données analysées (codes et thèmes émergents) (Creswell et Poth, 2016).
4. Révision des thèmes à la lumière des codes et des données, ainsi que génération d'une carte thématique ou arborescence.
5. Définition, appellation et raffinement des codes et des thèmes : les transcriptions, les codes et les thèmes créés ont été révisés. Le raffinement des codes a été effectué en les classant par thèmes (Blais et Martineau, 2006; Braun et Clarke, 2006). Des mémos ont été élaborés au fur et à mesure du processus de codage afin de rendre explicite la démarche analytique suivie (annexe 8).
6. Identification des points convergents et divergents entre les personnes participantes par rapport aux codes et aux thèmes, en prenant en considération leurs caractéristiques sociodémographiques.

Le logiciel NVIVO a été utilisé pour supporter l'organisation, le codage et l'analyse des données collectées dans les entretiens individuels (Leech et Onwuegbuzie, 2011). En ce qui concerne les données sociodémographiques, des statistiques descriptives ont été calculées afin de fournir un portrait sociodémographique des personnes participantes.

3.7 Rigueur méthodologique

Toutes les étapes de ce projet ont été réalisées avec rigueur afin de répondre aux critères de qualité scientifique en recherche qualitative. Ainsi, lors de la collecte des données, des procédures ont été suivies pour contrôler les biais liés aux questions et les effets de désirabilité sociale. Cela a permis de respecter le critère de **confirmabilité** (Drapeau, 2004; Proulx, 2019). De plus, et afin de contrôler la **crédibilité** des données, une vérification des interprétations faites par l'interviewer a été effectuée lors des entretiens avec chaque personne (Drapeau, 2004; Proulx, 2019). Enfin, pour évaluer l'**exhaustivité** des données collectées, le principe de saturation empirique a été l'un des critères utilisés (Charmaz, 2014; Glaser, 1978).

Lors de l'analyse des données, on a cherché à atteindre la saturation théorique des codes et des thèmes. Ainsi, les résultats de ce projet peuvent être **applicables** ou transférables à d'autres contextes similaires (Drapeau, 2004; Proulx, 2019). Par ailleurs, une attention particulière a été portée à la transparence et à la reproductibilité de la démarche analytique suivie, avec une documentation explicite de celle-ci (Bailey, 2008; Lejeune, 2019a, 2019b). Cela a permis d'assurer la **fiabilité** de l'étude (Drapeau, 2004; Proulx, 2019). La qualité scientifique de ce projet a également été évaluée par une équipe de l'INSPQ et par un comité scientifique, à des moments

clés, qui ont procédé à l'évaluation du devis de recherche, des résultats préliminaires et du rapport final.

3.8 Processus de révision externe

Conformément aux exigences de qualité des productions de l'INSPQ, la version préfinale du rapport a été révisée par les membres du comité scientifique ayant accompagné ce projet, et par trois réviseurs externes. Les réviseurs ont été invités à valider la pertinence des méthodes utilisées et des conclusions du rapport en se basant sur la grille institutionnelle (Robert et Déry, 2020). Un tableau récapitulatif de révision a été conçu résumant l'ensemble des commentaires reçus, ainsi que la façon dont chacun d'entre eux a été traité.

4 RÉSULTATS

À la lumière du modèle théorique COM-B et des informations obtenues auprès des personnes participantes, les résultats les plus pertinents pour répondre aux objectifs de ce projet ont été articulés selon les six grands thèmes suivants :

- Motivations liées à l'usage de cannabis;
- Conditions et capacités influençant l'usage de cannabis;
- Pratiques d'usage du cannabis;
- Entourage social et son influence sur l'usage de cannabis;
- Sources d'approvisionnement en cannabis;
- Accompagnement des professionnels de la santé et autres méthodes non pharmacologiques utilisées.

Il convient de souligner que, selon le modèle COM-B, la capacité, l'occasion et la motivation interagissent, de sorte que le comportement peut être considéré comme faisant partie d'un système dynamique avec des rétroactions positives et négatives. Cette interaction dynamique peut se manifester à travers les thèmes traités. Par exemple, l'analyse de l'accompagnement professionnel ou de l'entourage social (occasions) permet aussi d'identifier des connaissances retenues par les personnes participantes concernant le cannabis (capacité).

Les statistiques descriptives des questionnaires sociodémographiques sont aussi présentées. Il est à noter que la façon de présenter les résultats est cohérente avec la démarche qualitative suivie, selon laquelle on cherche à mieux comprendre les motifs, les habitudes et les contextes de consommation des personnes participantes, ainsi que leur hétérogénéité (pourquoi, comment). Toutefois, et afin de rendre la lecture claire, quelques codes sont utilisés :

- Majorité des personnes participantes : 35 personnes et plus;
- Plusieurs personnes participantes : de 25 à 34 personnes;
- Près de la moitié : de 20 à 24 personnes participantes;
- Quelques personnes participantes : de 11 à 19 personnes;
- Certaines personnes participantes : dix personnes et moins.

Il est important de préciser que dans le questionnaire rempli par les personnes, on leur a demandé si elles avaient des « problèmes de santé (mentale, physique) » ou des « symptômes », et si elles avaient reçu un diagnostic clinique. Dans un souci de clarté, dans ce rapport le terme « trouble » est employé pour désigner les cas où un diagnostic clinique a été posé. Les concepts de « santé » et de « symptôme » n'ayant pas été clairement définis au préalable avec les personnes participantes, leurs propos reflètent une compréhension large et subjective de ces notions. Par conséquent, le terme « symptôme » est remplacé, dans ce rapport, par « malaise » ou « inconfort ». Ces termes englobent les sensations ou états physiques, mentaux ou autres

que les personnes cherchent à soulager ou gérer grâce au cannabis, sans qu'un diagnostic clinique ait été posé (souvent, ces malaises sont identifiés par autodiagnostic, c.-à-d., par l'individu lui-même). Ces notions incluent des conditions dont l'intensité peut varier. Par exemple, un malaise peut désigner une détresse profonde et persistante ressentie par une personne (p. ex. : anxiété) ou un inconfort plus léger face une situation désagréable (p. ex. : stress).

4.1 Portrait sociodémographique des personnes participantes : résultats issus du questionnaire

Parmi les 45 personnes ayant pris part à ce projet, 53 % étaient des hommes et 44 % des femmes. Près de la moitié des personnes participantes était âgée de 25 à 34 ans (44 %), suivis par ceux/celles ayant de 35 à 54 ans (37 %). En ce qui concerne le pays de naissance, 73 % des personnes participantes étaient nés(es) au Canada (tableau 1). Les principaux pays d'origine des personnes participantes nées ailleurs sont la France et le Maroc (11,1 % et 4,4 %, respectivement) (annexe 9). Quant à la composition du ménage, 26 % des personnes participantes ont rapporté vivre seules, et 26 % en couple sans enfants. En termes de scolarité, 37 % des personnes participantes avaient un diplôme d'études collégiales, et 35 % un diplôme d'études universitaires. Des informations sociodémographiques supplémentaires sont présentées à l'annexe 9.

Tableau 1 Principales caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes aux entretiens individuels (N = 45)

Caractéristique sociodémographique	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Âge		
21 à 24 ans	3	6,7
25 à 34 ans	20	44,4
35 à 54 ans	17	37,8
55 ans et plus	5	11,1
Genre		
Homme	24	53,3
Femme	20	44,4
Non binaire	1	2,2
Née au Canada		
Oui	33	73,3
Non	12	26,7
Composition du ménage		
Personne vivant seule	12	26,7
Couple sans enfants	12	26,7
Couple avec enfant(s)	8	17,8
Famille monoparentale	3	6,7
Personnes non apparentées seulement (colocataires)	9	20,0
Ne veut pas répondre	1	2,2
Scolarité		
Inférieur au diplôme d'études secondaires	2	4,4
Diplôme d'études secondaires	10	22,2
Diplôme d'études collégiales	17	37,8
Diplôme d'études universitaires	16	35,6

4.2 Motivations liées à l'usage de cannabis

Si les personnes participantes utilisent le cannabis pour gérer des problèmes de santé, il convient de souligner que la majorité s'est initiée à son usage pour des motifs récréatifs et de socialisation durant l'adolescence. De manière générale, au fur et à mesure que l'usage de cannabis s'est poursuivi dans le temps, ces personnes ont remarqué des effets positifs du cannabis sur différents aspects de leur santé. En revanche, certaines ont commencé à utiliser le cannabis pour gérer un trouble de santé ou pour soulager des maux à l'âge adulte, soit au début de la vingtaine ou jusqu'à la cinquantaine. En général, les personnes participantes qui consomment uniquement dans le cadre de l'autogestion de la santé se sont initiées à un âge plus avancé.

4.2.1 Motifs conduisant à l'autogestion de la santé avec du cannabis

Résultats issus du questionnaire :

Les résultats montrent que près de 71 % des personnes participantes utilisent le cannabis pour gérer des troubles ou des inconforts mentaux et physiques en même temps, tandis que 22 % l'utilisent pour gérer des troubles ou des inconforts mentaux seulement (tableau 2). Des informations détaillées sur les troubles et malaises exacts et le nombre de diagnostics indiqués dans le questionnaire sont présentées à l'annexe 10.

Tableau 2 Motifs de santé pour lesquels les personnes participantes aux entretiens individuels utilisent du cannabis (N = 45)

Motif conduisant à l'usage de cannabis	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Pour des motifs liés à la santé mentale seulement	10	22,2
Pour des motifs liés à la santé physique seulement	3	6,6
Pour des motifs liés à la santé physique et des problèmes de santé mentale	32	71,1

Motifs liés à la santé mentale et au bien-être :

Les motifs pour lesquels les personnes participantes utilisent le cannabis vont au-delà des catégories initialement proposées dans le questionnaire. Vouloir soulager **l'anxiété/nervosité** constitue le premier motif conduisant à l'usage de cannabis dans une optique d'autogestion pour la majorité des personnes. Par exemple :

« Surtout pour l'anxiété. Je faisais deux maîtrises, c'était vraiment l'académie qui me causait mon anxiété, de tout le temps avoir la performance (31F)³. »

Plusieurs utilisent le cannabis pour gérer les **troubles de sommeil** ou les inconforts y étant associés, principalement pour s'endormir rapidement : « J'ai pris la décision d'en consommer pour m'aider à dormir et moins ressasser des idées négatives de me rendre compte que je n'ai rien fait de ma journée et que le lendemain ça risque d'être pareil, mais que je ne peux rien faire, une sorte de sentiment d'impuissance au niveau social et professionnel (10H). »

Près de la moitié des personnes participantes a mentionné le **stress** de la vie quotidienne comme l'un des principaux motifs menant à l'usage de cannabis. Son usage dépasse la gestion des épisodes de grande anxiété et répond au besoin de se détendre. Par exemple : « Pour le stress, pour me détendre, parce que le cerveau, ça n'arrête pas. Il faut se calmer un petit peu, on est une société nord-américaine qui est dans la vitesse, dans la performance, la compétence (45F). »

³ Afin de garder l'anonymat des personnes participantes, les verbatims sont présentés avec le code (numéro) et le genre (F pour femme et H pour homme).

Vouloir soulager la **dépression** a aussi été parmi les premiers motifs mentionnés par quelques personnes participantes. Certaines l'utilisent pour gérer leurs émotions dépressives sans avoir eu un diagnostic, tandis que d'autres le font en ayant reçu un diagnostic médical :

« Je suis allé voir mon médecin et il m'a mis en arrêt de travail. Je suis resté en arrêt de travail pendant 14 mois. Pour gérer ma dépression, j'en fume [du cannabis], pour ne pas sentir les émotions de peine ou de regret. J'ai grandi dans un monde où nous, les gars, on n'a pas droit d'avoir d'émotions, pas le droit d'être de mauvaise humeur ou d'être triste (15H). »

Le désir d'améliorer les **troubles d'attention** (TDA, TDAH) ou les difficultés qui y sont associées ont aussi été parmi les motifs évoqués par quelques-uns(es). À titre d'exemple : « Je suis atteint d'un TDAH. Si j'ai une grosse journée qui s'en vient, que je vais avoir besoin vraiment de concentration [si] j'ai un gros problème qui s'en vient, je vais avoir tendance à vouloir plus consommer (32H). »

Un autre motif menant à l'usage de cannabis à des fins d'autogestion de la santé, moins souvent mentionné, a été le **trouble de stress post-traumatique** (TSPT). L'**épilepsie** et l'**autisme** ont été mentionnés chacun par une personne. D'autres troubles et inconforts mentaux rapportés lors des entretiens individuels, et qui dépassent ceux proposés dans le questionnaire ont été l'**impulsivité**, l'**hypersensibilité** et le **trouble de personnalité limite**.

Motifs en lien avec la santé physique :

Les douleurs chroniques occupent la première place parmi les troubles et inconforts physiques motivant l'usage du cannabis, chez près de la moitié des personnes participantes. Ces douleurs peuvent être ressenties dans différentes parties du corps (au cou, aux genoux, aux épaules, au dos, aux articulations), et avoir différentes origines (menstruation, fibromyalgie, arthrose, traumatisme). Par exemple : « J'ai des douleurs musculaires, une fracture dans mon épaule, je travaille physique aussi; j'ai vraiment pas mal de douleurs, de dos, puis un moment donné ça revient, je dois refumer [du cannabis] (1H). »

Après les douleurs chroniques, les **maux de tête/migraines** ont été l'autre motif avancé par quelques-uns(es) : « J'ai fait un traumatisme crânien sévère, j'ai des maux de tête, sensibilité à la lumière forte et aux sons forts. Tout le temps. [Le cannabis] c'est la seule chose qui m'aidait (25H). »

Le besoin de **stimuler l'appétit** a été aussi mentionné par quelques personnes participantes. Les causes des troubles d'appétit peuvent être diverses. Par exemple : « Je vais m'en servir aussi au niveau de la perte d'appétit, j'ai énormément de difficultés avec l'appétit, avec une nouvelle médication et ça [le cannabis] vient aider (8F). »

De manière moins récurrente, la **raideur musculaire**, les **problèmes digestifs**, l'amélioration de la **libido**, le **psoriasis** et l'**asthme** sont nommés parmi les motifs conduisant à l'usage de cette substance. Les **nausées et maux de cœur** ont aussi été mentionnés par certaines personnes

participantes lors des entretiens qualitatifs. Une participante et un participant ont dit utiliser le cannabis pour passer au travers des sensations physiques et psychologiques dérangeantes liées au **sevrage d'autres substances psychoactives**, et pour ne pas faire une rechute.

Autres motifs :

Les motifs d'usage du cannabis rapportés par les personnes participantes ont dépassé les catégories proposées dans le questionnaire. Par ailleurs, l'utilisation de cette substance peut répondre à différents motifs chez chaque individu, et ces motifs peuvent évoluer dans le temps et selon les circonstances. Plusieurs personnes ont également confié utiliser le cannabis pour des motifs de santé et récréatifs en même temps. L'importance accordée à chaque usage peut varier selon les besoins ressentis par chaque personne. 15H et 35H exemplifient cette hétérogénéité : « C'est surtout pour ne pas sentir les émotions, de peine ou de regret. Maintenant c'est plus pour ça que de manière récréative, ça, c'est 5 %. Le 95 % du temps, je fume pour oublier les émotions (15H). » « Même si j'ai fumé dans un cadre social parce que j'aimais ça, j'ai trouvé plusieurs aspects un peu thérapeutiques, si on veut, au cannabis. Je dirais moitié-moitié, à 50 % ça serait pour les problèmes de santé, puis à 50 % ça serait plus pour le feeling (35H). »

35H illustre également la perspective de quelqu'un qui consomme du cannabis depuis longtemps, et dont l'idée de continuer à utiliser cette substance comme un outil de gestion autonome de la santé a découlé de ses expériences et préférences.

Une alternative moins nocive que les médicaments :

Les motifs menant à l'usage de cannabis sont aussi liés à l'usage de médicaments, selon les personnes participantes. Deux thèmes principaux ont émergé lors des entretiens : les effets secondaires des médicaments et leur efficacité jugée trop faible. Près de la moitié des personnes a rapporté avoir subi des **effets secondaires des médicaments**, dont les plus courants sur la santé digestive, le sommeil, l'humeur, le niveau d'énergie et la dépendance. Voici un exemple : « J'ai connu d'être sous antidépresseurs et anxiolytiques. Je me réveillais à midi, je me couchais à 20h, entre-temps j'étais juste une espèce de zombie légume, j'ai vraiment détesté cette période-là de ma vie. Je sentais qu'il y avait un gros effet qui ne me convenait pas, je préfère me débrouiller autrement (26F). »

Quelques-uns(es) ont évoqué la faible **efficacité des médicaments** utilisés pour différents maux ou troubles de santé. Il a aussi été mentionné de la tolérance développée à leur égard et de la lenteur de leurs effets recherchés : « Quand on me donnait des pilules pour l'anxiété, c'était « tu dois attendre sept à huit semaines avant de voir une amélioration ». On me parlait de semaines et de mois quand j'étais pas mal dans une urgence; mon corps, ma tête, mon cœur étaient vraiment dans l'urgence, maintenant, j'ai besoin d'aide là (24F). »

En réponse à ces limites, le cannabis apparaît comme une alternative intéressante selon plusieurs personnes participantes. Certaines vont chercher à remplacer les médicaments, avec ou sans l'avis d'un professionnel de la santé. La perception que le cannabis est **plus efficace**,

agit plus rapidement, peut être dosé par la personne elle-même et ne comporte pas d'effets secondaires (ou des effets minimes), comparativement aux médicaments, amène plusieurs personnes à préférer cette substance. La perception du cannabis comme étant une **plante naturelle et sans effets secondaires** renforce ce choix :

« Ça me donne une alternative non médicamenteuse qui est comme intéressante. Quand j'ai eu ma gastrite, le premier réflexe des médecins, ça a été tout de suite de me mettre sur des médicaments, ça a été comme pire. [Le cannabis] c'est une plante, puis tout est naturel, une alternative naturelle; j'ose croire que ce qui est naturel, ce qui vient d'une plante, les effets secondaires seront toujours moindres que ce qui est fabriqué (4F). »

4.2.2 Bénéfices perçus de l'usage de cannabis

La majorité des personnes participantes a dit apprécier l'usage de cannabis, car elles perçoivent des **bénéfices substantiels**, que ce soit en lien avec leurs problèmes de santé ou en améliorant leur sentiment de bien-être. Certaines perçoivent cette substance comme **révolutionnaire** et essentielle afin de retrouver une **qualité de vie** (p. ex. : gestion de la douleur). Plusieurs personnes ayant rapporté des troubles de sommeil perçoivent le cannabis comme très aidant pour favoriser l'endormissement. Selon plusieurs, l'usage de cannabis aide à gérer différents inconforts, dont les plus nommés ont été l'anxiété, les situations désagréables, et les difficultés à se concentrer. L'amélioration de l'appétit ressort également comme un résultat efficace de l'usage de cannabis. La diminution des douleurs et la détente du corps ont été d'autres bénéfices rapportés. Si la cause et le type de douleur peuvent être divers, l'effet presque **instantané** du cannabis est souligné. D'autres bénéfices de l'usage de cannabis, mentionnés moins fréquemment, ont été le soulagement de la gastrite, du psoriasis et de l'asthme. Souvent, les personnes rapportent bénéficier de plus d'un effet positif grâce à l'usage de cette substance, et ce, dans différentes sphères de leur vie (p. ex. : bien-être lié aux relations sociales satisfaisantes).

4.3 Conditions et capacités influençant l'usage de cannabis

Plusieurs personnes participantes aimeraient diminuer la quantité et la fréquence d'usage de cannabis. Cette volonté est plus présente chez les personnes qui en font un double usage (santé et récréatif). Certaines ont déjà vécu des périodes d'abstinence, pour divers motifs, et à durée et répercussions variables. Ces personnes ont invoqué les principales conditions entravant et facilitant la réduction de la consommation.

4.3.1 Bénéfices contre méfaits perçus de l'usage de cannabis

Si les bénéfices du cannabis ont été amplement soulignés par les personnes participantes, une évaluation plus nuancée et moins positive a également émergé des entretiens. Près de la moitié des personnes se montrent ambivalentes et incertaines quant aux avantages et désavantages réels de leur consommation. Dans une logique où l'on **soupèse les bienfaits et les méfaits**, des

questionnements sur le cannabis émergent, particulièrement lorsque son usage est **quotidien** et sert également **à des fins récréatives**. Les doutes quant aux conséquences positives du cannabis découlent, en bonne partie, des **effets indésirables** ressentis sur la santé ou la vie sociale. Les impacts négatifs sur la santé respiratoire (poumons, gorge) et sur le **niveau d'énergie** sont parmi les plus mentionnés, principalement par les personnes âgées de 35 ans et plus. D'autres effets indésirables mentionnés concernent la **perte de motivation** et d'intérêt à exécuter des tâches quotidiennes, et des **difficultés à se projeter** dans le futur, ainsi qu'à s'engager dans des activités d'apprentissage ou de travail à court ou moyen terme.

Par ailleurs, des **effets contre-productifs** ont aussi été mis de l'avant par quelques personnes participantes. Selon ces personnes, le cannabis pourrait avoir un effet inverse à celui recherché, en amplifiant le problème pour lequel elles l'utilisent. Ces effets contre-productifs touchent principalement l'**anxiété**, le **sommeil**, l'**attention** et les **maux de tête**. Ils ont été plus souvent évoqués par les personnes consommant de **grandes quantités** de cannabis, indépendamment de leur âge ou des motifs de consommation (qu'elles soient liées à l'autogestion de la santé ou à des motifs récréatifs). La prise de produits contenant du CBD et la variété Cannabis Indica ont été citées comme les plus susceptibles de produire des effets indésirables ou contre-productifs. À titre d'exemple : « Des CBD, ça me donne mal à la tête. J'avais essayé l'huile, j'avais essayé... les autres sortes... Indica, je pense. Les fois qu'il y avait plus de CBD, ils me donnent mal à la tête (...) je ne sais pas c'est quoi que ça fait dans mon corps, mais ça me donne mal à la tête (17F). »

D'autres effets indésirables mentionnés de manière moins fréquente ont été les épisodes de psychose (crises de panique, paranoïa) et l'augmentation de poids (dû à l'augmentation de l'appétit). Quelques personnes ayant participé à cette étude considèrent leur usage de cannabis comme étant une **dépendance**. Toutefois, elles n'associent pas cette dépendance à leur usage du cannabis à des fins d'autogestion de la santé, mais plutôt à une consommation récréative et fréquente initiée il y a plusieurs années.

Conditions freinant la diminution de la consommation :

La difficulté à **gérer les émotions et les pensées** dérangeantes sans l'aide du cannabis ressort comme l'une des principales conditions freinant sa diminution. Souvent, ces émotions et pensées sont étroitement liées aux **pressions éprouvées dans la vie quotidienne** (contexte de travail, conditions financières, recherche d'emploi, exigences de performance). Par exemple : « La situation est un peu morose, parce que je suis arrivé avec un projet qui ne se réalise pas, ça joue sur mon moral et, donc, en ce moment la consommation a tendance à plus augmenter pour essayer de compenser le fait que ça me travaille beaucoup de ne pas trouver dans mon domaine (9H). »

En lien avec ces conditions, le **manque d'autres moyens** (efficaces et accessibles) pour soulager ou mieux gérer certains maux ressort comme un obstacle à la diminution de la consommation. Les personnes ayant des douleurs chroniques et des troubles de sommeil ont exprimé avec le plus d'insistance que cette situation est particulièrement difficile pour elles.

Il a aussi été mentionné d'**accoutumance** à consommer du cannabis et d'une **routine** où cette pratique s'insère, laquelle procure une expérience positive et est reproduite de façon automatique (regarder une émission de télé, écouter de la musique, faire une marche, se préparer pour dormir). L'usage de cannabis étant une habitude imbriquée dans la vie des personnes participantes, sa diminution impliquerait de modifier le contexte dans lequel il est reproduit, ce qui est ardu pour plusieurs. À titre illustratif : « C'est un combat contre moi-même, je pense que c'est plus vraiment mental que physique, j'associe tout ça à un rituel, la marche, après manger, même l'heure, tout le rituel, au-delà du cannabis pur (10H). »

Conditions facilitant la diminution de la consommation :

Parmi les conditions qui peuvent motiver la diminution ou la cessation de l'usage de cannabis, la **prise de conscience des risques** a été soulevée en premier lieu. Si quelques personnes participantes ont exprimé ne pas connaître les dangers qu'entraîne la consommation de cette substance, d'autres en ont mentionné quelques-uns. Les risques les plus nommés portent **sur la santé respiratoire** (cannabis fumé), et la **santé mentale et cognitive** (anxiété, psychose, mémoire, dépression, sommeil, attention, dépendance, tolérance). D'autres risques identifiés par quelques personnes touchent le **fonctionnement social**, particulièrement, la perte de motivation vis-à-vis des engagements scolaires, familiaux ou de travail. Elles ont aussi mentionné des répercussions négatives sur la capacité à réaliser des tâches professionnelles et sur l'intégration au milieu de travail. Afin de préserver **l'intérêt et la capacité à réaliser des projets personnels, sociaux et professionnels**, un usage réfléchi du cannabis est nécessaire, selon des personnes participantes.

La grossesse et l'allaitement sont d'autres conditions qui peuvent favoriser la diminution de l'usage de cannabis, notamment du THC. **Connaître les risques** qu'entraîne la consommation de cette substance sur le développement et la santé du bébé a favorisé des changements chez quelques participantes pendant la période périnatale : « C'est quand j'ai tombée enceinte que j'ai arrêté de fumer [du cannabis] (39F). »

Pour certaines personnes participantes n'ayant pas d'enfants, envisager une grossesse serait un motif qui pourrait les aider à réduire ou arrêter l'usage de cannabis. La **Crainte d'être perçues comme de mauvaises mères** n'assumant pas adéquatement leurs responsabilités (assurer le bien-être et le bon développement de leur enfant) a également été évoquée comme une motivation par certaines. Toutefois, si la crainte d'une perception sociale négative quant à leur rôle de mère a agi comme un incitatif à diminuer la consommation pendant la période périnatale, ce changement a été difficile à vivre par certaines (difficultés à gérer les émotions et les douleurs). Par exemple : « J'ai fumé pendant ma grossesse, mais j'avais diminué (...) quelques semaines avant d'accoucher, j'avais peur (...) s'ils me l'enlèvent... je ne suis pas une droguée (...) je ne voulais pas ça (...) j'avais vraiment diminué les dernières semaines (...) je m'en suis rendu compte quand je l'ai arrêté (...) j'ai mal partout (45F). »

Cette participante, ainsi que les autres ayant arrêté pendant la grossesse, a repris leur consommation de cannabis par la suite.

4.4 Pratiques d'usage de cannabis

4.4.1 Résultats issus du questionnaire

84 % des personnes participantes ont rapporté consommer du cannabis depuis plus de deux ans. Pour ce qui est de la fréquence de consommation, 66 % le font quotidiennement, et près de 13 % entre trois et quatre fois par semaine. Quant aux teneurs en cannabinoïdes, 60 % des personnes participantes optent pour une concentration de THC supérieure à 20 %, tandis que 28 % cherchent entre 1 % et 10 % de CBD (tableau 3). Le THC est le cannabinoïde qui entraîne la majorité des effets psychoactifs du cannabis, alors que le CBD n'a pas d'effet psychoactif, mais agit comme modulateur du THC, atténuant ses effets. Plusieurs chercheurs étudient le potentiel thérapeutique du CBD (INSPQ, 2017; Ben Amar, 2018). Des informations supplémentaires sur la consommation de cannabis et d'autres substances sont présentées à l'annexe 11.

Tableau 3 Principales caractéristiques concernant la consommation de cannabis des personnes participantes aux entretiens individuels (N = 45)

Caractéristique concernant la consommation	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Document médical concernant le cannabis pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes		
Oui	-	-
Non	45	100,0
Temps [durée] de consommation		
Entre 6 mois et moins de 12 mois	1	2,2 %
Entre 1 an et 2 ans	6	13,3 %
Plus de 2 ans	38	84,4 %
Fréquence de consommation de cannabis		
1 jour/mois	1	2,2
1 à 2 jours/semaine	3	6,7
3 à 4 jours/semaine	6	13,3
5 à 6 jours/semaine	5	11,1
Tous les jours	30	66,7
Concentrations de THC		
Moins de 1 %	-	-
1 % à 10 %	5	11,1
11 % à 20 %	9	20,0
Plus de 20 %	27	60,0
Aucune	-	-
Ne sait pas	4	8,9
Ne réponds pas	-	-
Concentrations de CBD		
Moins de 1 %	5	11,1
1 % à 10 %	13	28,9
11 % à 20 %	10	22,2
Plus de 20 %	5	11,1
Aucune	6	13,3
Ne sait pas	5	11,1
Ne réponds pas	1	2,2

4.4.2 Pratiques rapportées lors des entretiens

Expérimentation de différentes formes et quantités de cannabis :

La majorité des personnes participantes a rapporté avoir essayé deux variétés de cannabis (Indica, Sativa), et différentes concentrations de deux cannabinoïdes (THC, CBD). Celles ayant essayé différents concentrés (haschich, résine) sont moins nombreux(ses). Toutefois, et de manière générale, chacun(e) a déterminé ou essayé d'établir le type et la quantité de cannabis leur permettant d'obtenir les effets escomptés en se basant, principalement, sur des **expérimentations sur soi-même**. Si ces éléments fluctuent d'une personne à l'autre, et parfois selon les besoins circonstanciels de chaque personne, quelques convergences s'observent : la variété **Sativa** est plus appréciée que la variété Indica; le **THC** est le cannabinoïde le plus utilisé et en plus grande teneur, comparativement au CBD; le CBD est plus utilisé par ceux/celles faisant un usage à des fins d'autogestion de la santé uniquement. Concernant la fréquence de consommation, la majorité des personnes participantes a mentionné utiliser le cannabis **quotidiennement** ou plusieurs fois par semaine, en privilégiant principalement des produits contenant du THC. En ce qui concerne le dosage, il est difficile d'avoir un portrait clair à partir des estimations subjectives des personnes ayant participé à cette étude. Toutefois, la majorité semble consommer un « joint » par jour en moyenne, tandis que quelques-unes consomment une quantité plus élevée.

Modes de consommation du cannabis :

Le mode préféré par la majorité des personnes participantes consiste à **fumer le cannabis séché** (feuilles, fleurs, cocottes), souvent sous forme de joints, et moins fréquemment, à l'aide d'une pipe ou d'une pipe à eau (*bong*). Fumer du cannabis est une habitude ancrée de nombreuses personnes participantes et dotée d'un **sens particulier**, celui de marquer la séparation entre la journée de travail/étude et le repos. C'est une pratique liée à la prise de temps pour soi **perçue comme thérapeutique**. Les personnes qui préfèrent inhaler le cannabis constatent une meilleure efficacité et des **effets plus rapides**, comparativement aux autres modes de consommation. La possibilité de **mieux évaluer la quantité** de cannabis a été également mentionnée comme un avantage de cette modalité.

Certaines personnes participantes, surtout des femmes, ont inhalé du cannabis à l'aide d'une vapoteuse⁴. Si ces personnes perçoivent les mêmes avantages que lorsque du cannabis séché est fumé, **vapoter** leur semble plus convenable, car cette pratique émet moins de fumée et est **moins dérangeante** pour les personnes non-fumeuses. Trois personnes participantes ont dit préférer l'inhalation du cannabis sous forme **vaporisée**⁵. Cette modalité leur semble moins

⁴ Le vapotage consiste à inhaler un aérosol à l'aide d'un dispositif électronique. Ce dispositif chauffe un liquide qui peut contenir des terpènes (responsables des arômes et des saveurs) ou d'autres diluants pour rendre le cannabis moins visqueux (Andriamasinoro *et al.*, 2023).

⁵ La vaporisation consiste à chauffer le cannabis séché ou certains extraits sans qu'ils atteignent le point de combustion (Andriamasinoro *et al.*, 2023).

néfaste pour leur santé respiratoire, comparativement aux autres modes d'usage par voie respiratoire. Également, le cannabis vaporisé est plus facile à doser, selon leurs expériences.

Plusieurs personnes participantes ont ingéré du cannabis sous forme **comestible** (*edibles*, *gummies*, huile, bonbons, biscuits, jujubes, brownies, muffins, boissons, atomiseurs/*spray*, beurre de *Marrakech*, tisanes, poudre, soupes, crème glacée, hamburgers, teinture). Ce mode de consommation est vu comme déclenchant des **effets plus forts et durables**, comparativement aux autres modalités (à l'exception de l'huile et de l'atomiseur oral). Quelques-unes considèrent cette modalité comme étant moins néfaste pour leur santé respiratoire. Toutefois, les **difficultés à contrôler les doses et les teneurs** en cannabinoïdes ont été soulevées comme des désavantages. De plus, la consommation de cannabis sous forme comestible semble davantage motivée par des **motifs récréatifs ou des contextes contraignants** (entourage social empêchant de fumer) que par l'autogestion de la santé, chez la majorité des interviewés(es). Seules l'huile et les tisanes, principalement à base de CBD, sont utilisées dans une optique d'autogestion de la santé.

Deux participantes et deux participants ont rapporté consommer du cannabis sous forme de **capsules** (capsules, gélules), et avec une préférence pour des produits contenant exclusivement du CBD. Bien que moins fréquent, ce mode de consommation est perçu comme **efficace** pour obtenir les effets désirés, et est davantage privilégié par les personnes qui utilisent le cannabis exclusivement pour l'autogestion de la santé. L'usage **topique** de cannabis (onguent, huile à massage) a été mentionné par deux personnes. Bien que cette modalité leur semble prometteuse, elles étaient encore à leurs premiers essais (pour des douleurs et de l'arthrose).

Préférer un moment et un lieu pour faire usage du cannabis :

La majorité des personnes participantes préfère consommer du cannabis **le soir** après avoir terminé leurs activités professionnelles, académiques, sociales ou familiales. Souvent, il est consommé avant le coucher (**afin de favoriser le sommeil**), et parfois, autour du souper (**afin de relaxer**). Ce moment est aussi choisi, car elles ne se sentent pas à l'aise avec l'idée de travailler, étudier, conduire un véhicule, ou être en présence des enfants ou autres personnes, sous l'influence du cannabis. À guise d'exemple : « Quand je travaille, je ne veux pas nécessairement consommer du cannabis, je trouve que ça serait un peu malsain. Pour être performant ou juste pour pouvoir me sentir bien en travaillant, je ne consomme pas de cannabis de jour (12H). »

Près de la moitié des personnes participantes ont dit consommer du cannabis au cours de **la journée**. Avec cet usage, certaines visent à gérer des **maaises forts** qui les dérangent durant ces moments-là : « Quand c'est trop pris dans la colonne, si j'ovule, quand ça fait de l'inflammation à cause des menstruations ou du cycle, je mets de la glace dans le bas du dos, je suis sur les Advil, sur les Tylenol, puis ça ne passe pas, je vais prendre [du cannabis] aussi de jour (17F). »

Pour quelques-unes, il s'agit d'une **habitude journalière** avec laquelle ils/elles cherchent surtout à stimuler **l'appétit**. Par exemple : « Pour l'appétit, je prends souvent le matin au réveil, je prends quelques poffes, environ trois à cinq poffes. Là, je peux manger un truc carrément (19H). »

Certaines le font tôt **le matin** en prévoyant de ne pas être sous les effets du cannabis lorsque leurs activités de travail/études commencent, tandis que deux participants ont dit consommer pendant leurs **heures de travail**. Quelques personnes participantes qui consomment principalement le soir ont rapporté le faire également en journée lorsqu'elles sont en **congé** de travail ou sans leurs enfants. Les **fins de semaine** sont aussi des périodes où les personnes se permettent un usage plus élevé de cette substance : « Quand je n'ai pas mon enfant et que je ne travaille pas, si la gestion de la douleur est plus difficile, que les douleurs sont plus fortes, ça m'arrive de consommer très tôt le matin en me levant pour être capable de partir la journée sans douleur. Une journée sans enfant, sans travail, c'est une journée où je vais consommer régulièrement du matin au soir (8F). »

Parmi les personnes interviewées qui ont parlé de l'endroit où elles utilisent le cannabis, le **lieu de résidence** ou celui d'une personne proche comme un partenaire ou un(e) ami(e) est privilégié. En revanche, quelques personnes préfèrent consommer cette substance à l'extérieur du lieu de résidence, principalement en faisant une marche ou dans un parc.

4.5 Entourage social et son influence sur l'usage de cannabis

4.5.1 Sources d'information sur l'usage du cannabis dans le cadre de l'autogestion de la santé

La majorité des personnes participantes ont dit se renseigner sur le cannabis principalement via Internet, incluant par l'entremise de moteurs de recherche, de sites Web et des réseaux sociaux. Quelques-uns(es) ont mentionné des sites spécifiques comme Santé Canada et WebMD, tandis que d'autres ont dit consulter des articles scientifiques ou suivre des professionnels de la santé sur les réseaux et médias sociaux (Twitter, Radio-Canada). Plusieurs se tournent également vers la SQDC, soit en ligne ou directement auprès des conseillers(ères), pour obtenir des informations sur les formes, dosages et effets du cannabis. Deux personnes ont aussi lu des livres sur l'usage thérapeutique de cette substance, sans en préciser les titres.

Le témoignage d'autrui, source d'inspiration :

L'importance des témoignages d'autrui en matière d'usage de cannabis a été un thème émergeant lors des entretiens. La majorité des personnes participantes s'est appuyée sur l'expérience d'autres usagers pour s'informer sur les bénéfices sur la santé du cannabis, voire pour commencer à en utiliser. Parmi ces sources d'inspiration, on trouve les témoignages des proches, des ami(e)s et les expériences échangées sur les réseaux sociaux, dont Facebook, Reddit et des forums de discussion. Une personne a dit s'informer à l'aide des vidéos sur la plateforme YouTube sans préciser la vidéo exacte, et une autre a dit suivre un influenceur. Voici un exemple de l'impact d'un proche :

« Mon père a une maladie, il prenait entre 16 et 30 pilules par jour pour contrôler cette maladie, puis chacune des pilules amenait des effets secondaires qui étaient contrés par une autre pilule qui amenait des effets secondaires. Finalement, mon père a décidé de se médicamenter par le cannabis. Il souffre de vertiges, d'étourdissements, de maux de tête, de dépression, tous des symptômes qui sont contrés par le cannabis. Je sais que mon père a eu une grande influence sur moi, sur ma volonté à m'informer sur les bienfaits du cannabis (12H). »

Une illustration de l'influence des amis(es) :

« J'avais beaucoup de difficulté à dormir, beaucoup de gens m'ont dit : « Avec ça, c'est sûr et certain que tu vas faire tes nuits ». Ma meilleure amie, elle consomme depuis vraiment longtemps pour des douleurs chroniques au niveau du dos, du cou, qui étaient beaucoup reliées à son stress. Elle m'avait toujours dit : « j'en prends un, puis ça me fait du bien, tu n'es pas obligée de commencer fort (24F). »

Et un cas illustrant l'influence des réseaux sociaux : « Des groupes sur les réseaux sociaux, notamment Facebook, des groupes dédiés, on échange sur l'intérêt, les ressentis de chacun, des personnes qui ont essayé et quels étaient les effets sur eux, j'utilise l'expérience des autres pour essayer (9H). »

Bien que certaines sources d'information soient consultées plus fréquemment, les personnes participantes tendent à s'appuyer sur diverses sources pour obtenir des informations et des conseils complémentaires sur l'usage du cannabis dans le cadre de l'autogestion de la santé.

4.5.2 Conjoint(e) et ami(e)s, un entourage qui favorise l'usage de cannabis

La majorité des personnes participantes sentent que les individus qu'elles côtoient le plus (hors du contexte de travail) approuvent, voire encouragent leur consommation. D'un côté, l'usage de cannabis fait partie des **habitudes** de leurs proches (amis[es], conjoints[es], colocataires). Souvent, le cannabis est consommé en groupe. La consommation est alors une occasion de **socialisation** dans laquelle il y a une complicité de valeurs et de normes sociales, dont la **banalisation** de la consommation : « La plupart de nos amis consomment, c'est banal partout, ils n'en parlent pas, c'est « on se fume une batte, OK », il n'y a pas de leçon de vie qui se fait de notre entourage (23F). »

D'un autre côté, pour quelques-uns(es), leur entourage social agit à titre de **soutien** dans l'usage du cannabis. Le fait de consommer ensemble est aussi une opportunité de s'accompagner à travers l'expérience, et de porter attention aux réactions et à la santé d'autrui. Par exemple : « J'ai un entourage d'amis qui a pas mal de problèmes de santé mentale, ça nous permet de nous soutenir. On est quand même assez attentifs sur la consommation des uns et des autres. On va se dire : « on va se voir ensemble, on va être bienveillants ». J'ai eu la chance d'avoir des amis qui [s'y] connaissaient [pour] m'apprendre et me mettre des attentions (26F). »

Les positions des familles vis-à-vis de l'usage de cannabis sont diverses. On trouve une multiplicité d'opinions et de réactions qui vont de l'adhésion (p. ex. : consommer avec les parents) jusqu'à la condamnation de cette substance (p. ex. : tabou, mise à la porte). Il est à noter que ce type de résistance a été particulièrement rapporté chez les familles issues de l'immigration. Au-delà de ces réactions et de la désapprobation des proches (principalement des parents), les personnes interviewées ont dit prendre, par elles-mêmes, la décision d'utiliser le cannabis et d'en consommer selon le contexte social dans lequel elles se trouvent (par exemple, à l'insu des parents).

4.6 Sources d'approvisionnement en cannabis

4.6.1 Résultats issus du questionnaire

Plus de la moitié des personnes participantes (55 %) ont indiqué acheter les produits de cannabis à la SQDC, bien que ce ne soit pas leur seule source d'approvisionnement. En effet, certains(es) combinent leurs achats à la SQDC avec d'autres sources (tableau 4).

Tableau 4 Sources d'approvisionnement en cannabis rapportés par les personnes participantes aux entretiens individuels⁶

Sources d'approvisionnement en cannabis	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Cultivé par moi-même	5	6,6
Auprès d'un tiers, par exemple un membre de ma famille, un ami ou une connaissance	10	13,3
Auprès de la Société québécoise du cannabis (SQDC), en ligne ou en boutique	41	54,6
Auprès d'un détaillant officiel d'une autre province que le Québec	10	13,3
Directement, auprès d'un producteur autorisé de Santé Canada	0	0
Auprès d'un revendeur ou sur le marché noir (en ligne ou en personne)	9	12,0
Total de réponses :	75	100 %

4.6.2 S'approvisionner à la SQDC

L'une des principales raisons menant les personnes participantes à acheter du cannabis à la SQDC tient au fait qu'elle est plus facilement **accessible** en temps et lieu, comparativement aux autres sources. L'**opportunité de choisir** le type de cannabis, les composantes, les teneurs et les doses est aussi perçue comme un avantage de la SQDC. Une autre raison motivant l'achat à cette source provient du fait que s'y approvisionner est **sécurisant**. La possibilité d'avoir des informations, des réponses et des conseils quant au cannabis (variétés, effets) est considérée comme rassurante. Cependant, certaines personnes participantes ont souligné que les informations fournies sur les effets qu'a cette substance sur la santé sont insuffisantes et peu

⁶ Les 45 personnes participantes ont donné 75 réponses au total. Ceci répond au fait que certains(es) achètent du cannabis auprès de plus d'une source.

détaillées⁷. Par exemple : « Avec la SQDC, c'est sûr qu'ils ne peuvent pas donner les conseils adaptés, je crois (...) Juste se faire dire : « Bien tu sais ça, c'est fort parce qu'il y a 20 % » (...) Il manque encore un peu pour quelqu'un qui commence là-dedans ou quelqu'un qui a vraiment besoin de plus d'informations (...) donner plus d'informations utiles (45F). »

Le principal désavantage décourageant certaines personnes participantes d'acheter à la SQDC tient du fait que les **prix sont élevés** pour leurs capacités financières.

4.6.3 S'approvisionner ailleurs qu'à la SQDC

Détaillant officiel d'une autre province :

Certaines personnes participantes ont répondu avoir comme source d'approvisionnement en cannabis un détaillant officiel d'une autre province (Ontario, Colombie-Britannique), que ce soit en ligne ou en personne dans un magasin. La principale raison les amenant à préférer cette source d'approvisionnement est liée au fait qu'une plus grande **variété de produits** est disponible (comestibles, baumes, etc.). Une autre raison mentionnée était associée aux prix moins élevés, comparativement à ceux de la SQDC.

Auprès d'une tierce personne :

Certaines personnes participantes ont répondu se procurer cette substance auprès d'une tierce personne (ami, proche, connaissance). Ces derniers peuvent acheter le cannabis auprès de différents fournisseurs, licites ou illicites. Le **prix** et la **facilité d'accès** ont été soulignés comme les principaux facteurs qui amènent les personnes à s'approvisionner auprès d'un tiers quoique les motifs menant à ce choix aient été peu détaillés.

Marché illicite, revendeurs :

Certaines personnes participantes ont répondu s'approvisionner en cannabis auprès des revendeurs ou dans le marché illicite, que ce soit en personne ou en ligne. La principale raison les amenant à préférer ces sources d'approvisionnement concerne les **prix** plus abordables, comparativement aux prix de la SQDC. L'autre raison évoquée est associée à l'**accessibilité physique** (24/24).

Cultiver et s'autoapprovisionner en cannabis :

Certaines personnes participantes ont répondu cultiver le cannabis dont elles ont besoin. Les connaissances et l'expérience dans la culture du cannabis varient. Trois personnes cultivent la plante de manière artisanale et récente, tandis que deux ont exprimé avoir des connaissances poussées et de longue date (l'une a développé ses connaissances au cours de plusieurs années au Québec, tandis que l'autre l'a fait dans le cadre d'une tradition culturelle de son pays

⁷ Rappelons que la mission de la SQDC ne lui permet ni de vendre ni de fournir des informations sur le cannabis à des fins médicales ou pour l'autogestion de la santé (Rivard *et al.* 2024).

d'origine). Selon ces personnes, cultiver son propre cannabis permet de réduire les **coûts**, d'être autonome et de mieux contrôler les contaminants.

4.7 Accompagnement des professionnels de la santé quant à l'usage du cannabis à des fins d'autogestion de la santé

Les propos rapportés dans cette section rendent compte de la perception des personnes participantes sur l'accompagnement des professionnels de la santé concernant leur autogestion de la santé avec du cannabis.

4.7.1 Enjeux d'accès aux services des professionnels de la santé

Plusieurs personnes participantes ont rapporté des **difficultés d'accès** aux services d'un professionnel de la santé. Certaines n'ont pas de médecin de famille attitré, tandis que quelques-unes sont en attente d'un spécialiste⁸. Le recours à un professionnel de la santé privé ne constitue pas une option réaliste pour ces personnes, car les coûts élevés dépassent leurs capacités financières. Le manque d'accompagnement professionnel favorise, dans une certaine mesure, l'autogestion de la santé avec du cannabis, car cette pratique est vue comme une option permettant de soulager les problèmes en attente d'un avis professionnel ou d'une alternative médicale. À titre illustratif : « J'ai cherché à dormir sans fumer et je ne peux pas; j'aurais bien aimé avoir des pilules, mais je ne veux pas me casser la tête à aller demander, je n'ai pas de médecin, je m'en vais acheter [du cannabis] de la SQDC. (18H) »

Des expériences négatives qui empêchent le dialogue avec les professionnels de la santé :

Certaines personnes participantes ont manifesté avoir vécu des expériences négatives lors des consultations médicales passées. Parmi celles-ci, une faible écoute, **peu d'empathie**, une attitude de blâme envers la consommation des substances, et le temps contraignant des rendez-vous médicaux. Ces expériences passées ont démotivé ces personnes à consulter davantage les professionnels de la santé, et particulièrement, à aborder avec eux la question du cannabis. « J'ai arrêté parce que le lien de confiance était brisé. La psychologue, je l'ai vue deux, trois fois, elle m'a répondu que tant que je consommais du cannabis, elle ne voyait pas comment elle pouvait m'aider. C'est ce que je ne trouve pas de cohérent; c'est un peu pour ça que je fume toujours, puis c'est pour ça que j'ai perdu confiance dans les ressources (21F). »

Lors des consultations médicales, certaines personnes ont préféré ne pas déclarer qu'elles consomment du cannabis. L'une de celles-ci a considéré que ce n'était pas nécessaire d'en parler, car sa consommation lui semblait faible et non régulière. Une autre participante (traitée avec des antidépresseurs) a opté pour ne pas divulguer sa consommation, car elle anticipait que son médecin aurait une opinion négative (**stigmatisante**) et s'opposerait à son usage de cannabis. Une autre interviewée a opté pour ne pas déclarer sa consommation, craignant que cette information puisse entraîner des conséquences négatives sur son dossier professionnel.

⁸ Certaines personnes ont rapporté que l'attente d'un premier rendez-vous médical peut être de plus de trois ans.

Par ailleurs, quelques personnes participantes ont choisi de ne pas consulter un professionnel pour leurs problèmes de santé. Elles ne perçoivent pas la nécessité de consulter et préfèrent gérer leurs malaises par elles-mêmes. L'usage du cannabis constitue alors une alternative pour soulager ou gérer leurs malaises sans recourir à un suivi médical.

4.7.2 Informations retenues par les personnes concernant la consommation

Plusieurs personnes participantes ont dit avoir parlé de leur usage de cannabis avec au moins un(e) professionnel(le) de la santé (médecin de famille, spécialiste, infirmier(ère), pharmacien). Les principales conclusions retenues des échanges ont été les suivantes.

Des informations insuffisantes :

Selon les personnes participantes, le **peu de discussion** et le **manque d'éclairage** sur l'usage de cannabis ressortent comme des enjeux importants dans le cadre des consultations cliniques. Selon quelques personnes, les professionnels(les) de la santé expliquent insuffisamment les effets du cannabis dans la gestion de certaines conditions, ses effets indésirables et les interactions médicamenteuses. Il s'agit d'une situation qui les déçoit, puisqu'elles aimeraient avoir des informations plus précises et fiables sur l'usage de cannabis dans une optique d'autogestion de la santé. À titre d'illustration : « Les médecins en général, ils ne disent pas mal rien, parce qu'ils ne connaissent pas ça [le cannabis]. Admettons que je le prends pour l'insomnie, pour le TDAH, ils me disent toujours : « Bien ça se peut, il n'y a pas d'études là-dessus », ils n'émettent pas de commentaires parce qu'ils disent qu'ils ne connaissent pas ça (33F). »

Des informations divergentes sur les risques entraînés par l'usage du cannabis

Quelques personnes participantes ayant discuté avec un professionnel de la santé ont retenu que ce dernier désapprouvait leur usage de cannabis, principalement en raison des **risques pour la santé mentale**. Les personnes qui ont eu un suivi en psychiatrie ont jugé cette intervention particulièrement efficace pour les sensibiliser à ces risques : « Les médecins qui m'ont suivi, la majorité était d'avis que ça me nuisait au niveau de mes problèmes en santé mentale. On m'a conseillé de fumer surtout du CBD, puis d'essayer d'éviter le THC (21F). »

Selon certaines, bien que le médecin n'ait pas explicitement mentionné les effets négatifs de cette substance, il les a conseillés de réduire ou d'arrêter cette consommation, ainsi que de surveiller tout changement de comportement pouvant devenir problématique.

D'autres explications évoquées par les personnes participantes pour lesquelles l'usage du cannabis serait à éviter sont liées aux **risques pour la santé respiratoire** (lorsque le cannabis est fumé).

En revanche, d'autres personnes participantes ayant discuté avec un professionnel de la santé ont plutôt retenu que celui-ci ne remettait pas en question leur usage de cannabis. Selon ces personnes, l'utilisation de cette substance à des fins d'autogestion de la santé ne présenterait

pas de risques particuliers. Par exemple : « J'avais un neurologue, l'endocrinologue, le pneumologue. Ils posent des questions, je dis : « je prends le cannabis pour les douleurs ». Pas de problème, c'est comme si ce n'est pas grave, c'est correct, personne ne m'a dit : « ne consomme pas, ne consomme plus (17F). »

Deux participantes ont rapporté que le **traitement des douleurs** à l'aide de cannabis avait été encouragé par les professionnels de la santé qui les suivaient. Elles n'ont pas mentionné de risques particuliers évoqués par ces derniers.

Manque d'information sur les interactions médicamenteuses :

Plusieurs personnes participantes ont rapporté utiliser des médicaments, certains(es) de manière régulière et d'autres moins fréquemment. Les médicaments utilisés leur servent à traiter différents symptômes ou problèmes de santé (sommeil, douleurs, anxiété, dépression, inflammation, manque d'appétit, haute pression, cholestérol, glande thyroïde, épilepsie).

Parmi ces personnes, nombreuses sont celles qui n'ont pas cherché à se renseigner sur les interactions médicamenteuses lorsqu'elles ont rencontré leur médecin. Celles-ci ont **supposé** que le médecin les en aurait informées. À titre d'exemple : « Ils savent que je fume du pot, donc, je ne pense pas qu'ils m'auraient prescrit un médicament qui peut avoir une interaction; j'ai pris pour acquis (21F). »

La croyance que le cannabis est une **substance naturelle et sans danger** lorsqu'elle est utilisée avec d'autres médicaments a été exprimée par certaines personnes. Cette croyance les incite à ne pas se renseigner davantage sur de possibles interactions médicamenteuses.

En revanche, une partie des personnes participantes ont dit être au courant des **interactions entre ces médicaments et le cannabis**, et avoir abordé cette question avec un(e) professionnel(le) de la santé. D'autres ont cherché des informations par eux-mêmes sur Internet. Le moteur de recherche Google est souvent mentionné. Les sites Web Santé Canada et drugs.com ont été aussi mentionnés. Selon une personne, ChatGPT est un site potentiel à consulter. Une participante a dit se renseigner sur les interactions entre le cannabis et d'autres substances dans des milieux festifs (p. ex. : festivals).

4.7.3 Méthodes non pharmacologiques, autres que le cannabis, utilisées pour la gestion des problèmes de santé

Services psychosociaux :

La **psychothérapie** ressort comme l'une des principales méthodes thérapeutiques auxquelles des personnes participantes ont eu recours. Dans plusieurs cas, les effets positifs de la psychothérapie ont été soulignés, dont le fait de **s'outiller** pour apaiser des malaises dérangeants, mieux prendre conscience de ses difficultés et planifier la façon de les surmonter. À l'opposé, quelques personnes ont remarqué des obstacles qui les empêchent d'accéder aux bénéfices de la psychothérapie, dont les **coûts financiers** et les **difficultés à bâtir une relation**

de confiance (difficultés à parler de ses problèmes, stigmatisation des problèmes de santé mentale). Parmi les autres méthodes thérapeutiques en santé mentale testées, l'hypnothérapie (deux personnes), l'accompagnement en travail social (deux personnes), et la thérapie de dépendance (trois personnes ayant eu des antécédents de dépendance à diverses substances) ont été mentionnés.

Autres méthodes non pharmacologiques :

Plusieurs personnes participantes ont commencé à faire usage du cannabis avant de recourir à d'autres méthodes non pharmacologiques pour soulager ou gérer leurs troubles ou malaises. Toutefois, une utilisation complémentaire de diverses méthodes est susceptible de s'installer au cours du temps. La pratique d'**activités sportives** et d'**exercices** a été mentionnée par plusieurs personnes comme étant **efficace pour soulager** différentes conditions (douleurs, problèmes de sommeil, problèmes d'appétit), et parfois, pour avoir une consommation plus modérée de cannabis. Parmi d'autres méthodes mentionnées comme aidantes pour soulager divers malaises, figurent l'**art-thérapie**, principalement à l'aide de la musique, la physiothérapie et l'alternance de chaleur-froid. Les loisirs, les activités plaisantes (arts, en plein air), les changements en matière d'emploi et l'acupuncture sont aussi des méthodes complémentaires perçues comme ayant des effets légèrement positifs sur leur santé globale. La **méditation**, le **yoga** et des **pratiques spirituelles** figurent également parmi les méthodes les plus pratiquées et efficaces pour soulager certains malaises et limiter la consommation de cannabis. Selon quelques personnes participantes, des valeurs et des **pratiques socioculturelles** (ascétiques, spirituelles) où l'usage de cannabis est déprécié et intolérable, sont des conditions favorables à sa diminution, voire à sa cessation :

« Dans mes croyances et dans ma culture, ce n'est pas bon de fumer de la marijuana. Le ramadan m'a aidé puisqu'on jeûne toute la journée. Ce mois, je dormais peu, je travaillais tôt le matin, alors je ne l'ai pas vu venir le manque de sommeil; vu que toute la journée je ne mangeais pas, j'avais quand même faim à la fin de la journée, ça fait que je n'avais pas besoin vraiment de fumer (2H). »

5 DISCUSSION

Les motifs de consommation du cannabis sont variés et se situent souvent à la frontière entre un usage récréatif et un usage à des fins d'autogestion de la santé (objectif 1) :

Les motifs pour lesquels les personnes ayant participé à ce projet utilisent le cannabis sont divers : conditions mentales, conditions physiques, alternative aux médicaments, recherche de bien-être. De plus, l'utilisation de cette substance à des fins d'autogestion de la santé et son usage récréatif sont courants parmi les personnes participantes. Par ailleurs, une différence marquée entre les façons de s'initier au cannabis a également été découverte. D'un côté, des personnes qui se sont initiées à l'adolescence pour des motifs récréatifs ont ensuite continué à le faire pour gérer des problèmes de santé au fur et à mesure qu'ils ont émergé. D'un autre côté, des personnes qui ont commencé à consommer plus tard l'ont principalement fait pour gérer des problèmes de santé spécifiques. Cette pluralité d'usages a complexifié l'analyse de l'autogestion de la santé comme unique objectif de consommation.

De manière générale, les troubles et inconforts mentaux ont été plus souvent nommés que les troubles physiques comme motifs d'usage du cannabis par les personnes participantes. Les trois problèmes de santé les plus souvent mentionnés comme étant ceux que l'on cherche à soulager ont été l'anxiété, l'insomnie et les douleurs (incluant les maux de tête). Autant dans les études quantitatives (Asselin *et al.*, 2022; Goodman *et al.*, 2022; Keethakumar *et al.*, 2021; Leung *et al.*, 2022) que qualitatives (Bottorff *et al.*, 2011) repérées, ces trois motifs d'usage de cannabis ont aussi été le plus souvent constatés. Ce projet a aussi rapporté une plus **grande diversité de malaises** que les personnes cherchent à gérer avec le cannabis, en comparaison avec ce que l'on trouve dans la littérature portant sur le sujet.

Un autre constat de cette étude concerne l'usage de cannabis comme une **alternative aux médicaments**, particulièrement en raison des effets secondaires ou de la faible efficacité perçue de ceux-ci. À notre connaissance, une seule étude qualitative menée au Canada a exploré cette question et est parvenue à des constats similaires (Bottorff *et al.*, 2011). De plus, le présent projet a mis en évidence une perception largement répandue du cannabis comme une **plante naturelle**, perçue comme **dépourvue d'effets secondaires** ou présentant des effets secondaires moindres que les médicaments. Cependant, lorsqu'on examine de plus près les impacts de l'usage, certaines personnes mettent en évidence des effets moins positifs.

Les personnes participantes ont moins souvent rapporté consommer des produits de cannabis avec une teneur plus importante en CBD, sous forme de capsules, tisanes ou vaporisé, alors que ces produits sont les plus utilisés par les personnes participantes qui consomment à des fins exclusives d'autogestion de la santé (objectif 2) :

Cette observation est en accord avec celles de deux études quantitatives (l'une canadienne, l'autre québécoise), qui ont également noté une préférence pour le CBD chez les usagers de cannabis dans une optique de gestion de la santé, comparativement aux personnes qui en font aussi un usage récréatif (Asselin *et al.*, 2022; Goodman *et al.*, 2022).

En revanche, la consommation de **cannabis fumé**, principalement composé de **THC** et pratiquée **plusieurs fois par semaine**, constitue la forme de consommation la plus répandue parmi les personnes ayant participé à cette étude. Ce mode de consommation était utilisé à des fins d'autogestion de la santé, mais aussi à des fins récréatives.

L'autogestion de la santé avec du cannabis est perçue comme ayant des bénéfices, mais l'équilibre entre ses avantages et ses inconvénients reste souvent flou (objectifs 1 et 2) :

La majorité des personnes participantes à ce projet perçoivent l'autogestion de la santé avec du cannabis comme **bénéfique** (p. ex. : sommeil, émotions, appétit, douleurs, nausées, raideurs). Ces effets bénéfiques perçus convergent avec ceux rapportés dans une étude canadienne et une étude québécoise sur des usagers fréquents de cannabis (Janezic et Levasseur, 2024; Pacheco *et al.*, 2024). De plus, le cannabis est souvent perçu comme une substance naturelle et son usage, selon certaines personnes participantes tous âges confondus, comme dépourvu de risques à court ou long terme. Ces constats vont dans le même sens que ceux de la seule étude canadienne ayant examiné cette question auprès des usagers de cannabis à des fins de santé (Bottorff *et al.*, 2011).

D'autres personnes participantes ont exprimé une perception plus nuancée des bénéfices du cannabis, notamment lorsque l'usage est quotidien, et qu'il est utilisé à la fois à des fins d'autogestion de la santé et à des fins récréatives. Les **effets indésirables perçus**, principalement par les personnes âgées de 35 ans et plus, ont été ceux qui nuisent à la santé respiratoire, au niveau d'énergie et à la motivation. Des effets négatifs perçus sur la santé respiratoire ont été aussi documentés dans deux études sur des usagers fréquents de cannabis (Janezic et Levasseur, 2024; Pacheco *et al.*, 2024).

D'un autre point de vue, quelques personnes ayant participé à ce projet ont rapporté mettre en place des **stratégies de gestion de la consommation** de manière à en réduire les méfaits pour leur santé et sur leur fonctionnement social (choix du contexte de consommation, recours à une autre modalité que le cannabis fumé). Cependant, de manière générale, les personnes participantes estiment qu'une meilleure compréhension des effets indésirables du cannabis sur la santé pourrait les aider à en faire un usage plus réfléchi.

Les témoignages d'autres personnes et les informations disponibles sur Internet exercent une influence sur l'utilisation du cannabis comme moyen d'autogestion de la santé (objectif 2) :

Un fait saillant de ce projet concerne la place prépondérante d'Internet comme source d'informations sur le cannabis dans un cadre d'autogestion de la santé. De plus, le discours des personnes participantes met principalement en avant les **aspects positifs de cette substance, sans nuances**. La seule étude qualitative ayant examiné cette question est arrivée au même constat, bien qu'elle porte sur des usagers fréquents, mais pas exclusivement pour des motifs d'autogestion de la santé (Pacheco *et al.*, 2024). Il convient de noter qu'une revue réalisée par l'INSPQ a révélé que les sites Internet minimisent souvent les risques liés à l'usage du cannabis au profit de ses bénéfices, ce qui peut contribuer à des attentes irréalistes (Marchand, 2025).

Par ailleurs, parmi les personnes participant à ce projet, il est courant pour elles de se renseigner auprès d'usagers de cannabis de leur entourage, afin d'en connaître les bénéfices perçus. Ces témoignages jouent un rôle clé dans leur décision d'utiliser le cannabis comme outil pour gérer leurs problèmes de santé.

Concernant la source d'approvisionnement, les personnes ayant participé à cette étude font en majorité leurs achats des produits du cannabis principalement à la **SQDC**. L'un des avantages soulignés de la SQDC concerne la possibilité d'y obtenir des informations sur les formes et les effets des produits. Cependant, certaines personnes participantes considèrent que les **informations** obtenues sont insuffisantes.

Des besoins insatisfaits en matière de communication avec les professionnels de la santé sur l'autogestion de la santé par le cannabis (objectif 3) :

Plusieurs personnes ayant participé à cette étude ont déclaré avoir parlé de leur usage de cannabis avec un professionnel de la santé. La seule étude ayant abordé cette question, à notre connaissance, a également constaté que certains usagers utilisant le cannabis à des fins d'autogestion de la santé en parlent avec leur médecin (Asselin *et al.*, 2022). De plus, les personnes participant au présent projet ont souligné des **lacunes quant à la clarté et la suffisance des informations** entre les professionnels et les patients lors de ces échanges. Cet enjeu a été soulevé par certaines personnes ayant participé à l'étude qualitative menée auprès des usagers canadiens, lesquels ont aussi perçu que les professionnels n'avaient pas suffisamment d'information sur le cannabis ou que l'information variait d'un professionnel à l'autre (Pacheco *et al.*, 2024).

D'un autre côté, quelques personnes participant à ce projet ont rapporté ne pas divulguer leur usage de cannabis aux professionnels de la santé. Leurs propos suggèrent que de la **stigmatisation**, de la part de ces professionnels à l'égard des usagers de cette substance, peut être anticipée ou perçue par ces derniers, et les empêcher d'aborder le sujet ouvertement. L'étude canadienne sur des usagers fréquents, bien que non exclusivement dans un contexte d'autogestion de la santé, a révélé que ces derniers ont ressenti des préjugés de la part des professionnels de la santé en raison de leur consommation de cannabis (Pacheco *et al.*, 2024).

Certaines méthodes non pharmacologiques sont perçues comme utiles et prometteuses (objectif 4) :

Quelques personnes participantes ayant pu accéder à des méthodes autres que pharmacologiques ont dit avoir bénéficié d'outils pour gérer leurs malaises ou problèmes de santé. Certaines méthodes ayant le potentiel de favoriser un usage plus modéré du cannabis ont été également soulignées. Les **sports**, les **loisirs**, les **activités en plein air** et les **arts** figurent parmi les activités que les personnes participantes ont identifiées qui pouvaient les aider à mieux gérer leurs problèmes de santé et à modérer l'usage de cannabis. Aucune étude, à notre connaissance, n'a abordé la question des approches alternatives aux médicaments pour gérer des symptômes du point de vue des personnes utilisant le cannabis dans une optique d'autogestion de la santé.

6 FORCES ET LIMITES DU PROJET

Ce projet de recherche comporte des forces. D'abord, l'échantillon est composé d'un nombre équivalent d'hommes et de femmes. Sans prétendre à une représentativité statistique, la diversité des personnes participantes est également un atout : des personnes sur le marché du travail, aux études et des personnes âgées de 21 à 55 ans. L'échantillon a permis d'enrichir les connaissances sur l'autogestion de la santé avec du cannabis parmi les personnes en âge légal d'y accéder, consommant régulièrement, francophones et ayant un revenu moyen.

Différentes procédures consolidant la qualité méthodologique de ce projet ont été suivies. Premièrement, lors des entretiens, les effets de désirabilité sociale ont été contrôlés en insistant sur le fait qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse, mais que le but était d'obtenir une réponse authentique de la part des personnes interviewées. De plus, lors des entretiens, un résumé des principaux propos de chaque personne interviewée a été effectué afin que celle-ci puisse vérifier l'exactitude de cette interprétation et fournir les précisions nécessaires.

Deuxièmement, le critère de saturation empirique a été utilisé pour évaluer l'exhaustivité et la redondance, ou non, des données collectées (Charmaz, 2014; Glaser, 1978). Par ailleurs, on a cherché à atteindre la saturation théorique des propriétés de chacun de codes et thèmes en fonction des propos des personnes participantes. En répondant à ces critères, les résultats de ce projet peuvent être transférables à d'autres contextes similaires (Drapeau, 2004; Proulx, 2019). Une attention particulière a également été portée à la transparence et à la reproductibilité de la démarche suivie. Dans ce sens, la transcription mot à mot des entretiens a été effectuée, et des mémos rendant explicite la démarche analytique ont été élaborés et présentés à l'équipe projet, ainsi qu'au comité scientifique (Bailey, 2008; Lejeune, 2019a, 2019b).

Enfin, l'approche qualitative de ce projet a permis de faire la lumière sur l'autogestion de la santé avec du cannabis, telle que vécue par les usagers eux-mêmes, en leur donnant la possibilité de s'exprimer sur leurs expériences dans leurs propres mots. Cette étude a également permis d'obtenir des informations riches, et de combler des lacunes en matière de connaissances et de compréhension de l'usage de cannabis à des fins d'autogestion de la santé, en portant une attention particulière aux contextes dans lesquels ce comportement s'inscrit. Le recours à un cadre théorique exhaustif, basé sur des données probantes en sciences du comportement, a permis de documenter les différentes dimensions du phénomène.

Ce projet de recherche présente aussi des limites. L'une de celles-ci réside dans le fait que les concepts de « santé » et de « symptôme » n'ont pas été clairement définis dès le départ avec les personnes participantes. De plus, les personnes rencontrées utilisaient le cannabis non seulement à des fins d'autogestion de la santé, mais souvent également à des fins récréatives, ce qui a complexifié l'interprétation des résultats. Une autre limite tient du fait que les informations relatives au lieu d'habitation des personnes participantes (propriétaire ou locataire de son logement) ne sont pas disponibles. L'absence de ces informations limite la compréhension du rôle joué par le lieu de résidence sur les habitudes d'usage de cannabis des personnes. Ce projet ne permet donc pas de se prononcer sur les attributs de l'environnement physique pouvant

favoriser ou freiner l'usage de cette substance ni sur l'incidence des réglementations en lien avec la consommation qui pourrait y être associée. Une autre limite découle du fait que l'échantillonnage n'a pas permis de rencontrer des personnes issues de certaines populations, notamment les populations anglophones et autochtones. Les personnes qui consomment du cannabis de manière occasionnelle (pas à chaque semaine) sont largement sous-représentées dans l'échantillon, alors qu'elles représentent la grande majorité des consommateurs de cannabis. Une autre limite d'ordre méthodologique tient du fait qu'un outil validé pour évaluer le niveau de risque de la consommation n'a pas été utilisé. Ainsi, situer le profil de consommation de cannabis selon le niveau de risque n'a pas été possible.

7 CONCLUSION

Ce projet de recherche a fait la lumière sur les motifs, les habitudes et les contextes qui sous-tendent l'usage de cannabis dans une optique d'autogestion de la santé chez des personnes âgées de 21 ans et plus au Québec. Les sources d'information et d'approvisionnement en cannabis, ainsi que les services médicaux et les méthodes non pharmacologiques pour soulager les problèmes de santé, ont également été identifiés. Les effets positifs et indésirables du cannabis, perçus par les personnes participantes, ainsi que des auto-évaluations de leur propre usage ont été documentés. Les personnes ayant participé à cette étude ont aussi identifié les conditions personnelles et sociales qui favorisent l'usage de cannabis, ainsi que celles pouvant mener à la réduction ou à la cessation.

Les personnes participantes ont rapporté une hétérogénéité des bénéfices perçus et des motifs conduisant à l'usage de cannabis, où les frontières entre l'usage à des fins d'autogestion de la santé et l'usage récréatif sont floues. Cette étude a permis de dévoiler certaines habitudes courantes qui, bien que motivées par une quête de soulagement de problèmes de santé, peuvent mettre à risque la santé des individus. Par exemple, la consommation régulière de cannabis, particulièrement lorsqu'elle débute à un jeune âge, est fortement associée à des effets délétères sur plusieurs aspects de la santé à long terme (cognitifs, mentaux, respiratoires, cardiovasculaires, entre autres) (Marchand et Levasseur, 2022). Les personnes ayant commencé à consommer du cannabis dès l'adolescence et poursuivi cette pratique pour gérer certains problèmes pourraient, donc, se retrouver pris dans un cercle vicieux, dans la mesure où ces problèmes pourraient être directement liés à leur consommation (Marchand, 2025; Marchand et Levasseur, 2022).

Les personnes ayant participé à cette étude ont également rapporté quelques facteurs environnementaux, tels que l'entourage social, les informations sur Internet, et la communication avec le professionnel de la santé. Ces facteurs influencent l'usage du cannabis et sa perception comme étant bénéfique et banale. Or, une revue effectuée à l'INSPQ conclut que les données probantes sont insuffisantes pour déterminer l'efficacité du cannabis dans le traitement des conditions comme la douleur, l'anxiété et les troubles du sommeil (Marchand, 2025). L'état actuel des connaissances sur les effets du cannabis, ainsi que les enjeux soulevés dans ce projet, pourraient alimenter la réflexion sur la nécessité d'améliorer la communication et la diffusion d'informations exactes et nuancées concernant le cannabis, en ciblant des canaux et publics spécifiques.

8 RÉFÉRENCES

- Agbadje, T. (2018). *Développement d'un plan d'intervention afin de promouvoir l'utilisation d'un outil d'aide à la décision par les femmes enceintes dans le contexte du dépistage prénatal de la trisomie 21* [Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/93ae60da-f7b1-4276-a2bb-60d313aa8427>
- Andriamasinoro, S., Diallo, D., Fournier, A., Gagnon, F., Kamwa, A., Levasseur, M.-E., Marchand, A., Morin, R. et Tessier, S. (2023). *État des connaissances sur les liquides de vapotage de cannabis*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3340>
- Asselin, A., Lamarre, O. B., Chamberland, R., McNeil, S.-J., Demers, E. et Zongo, A. (2022). A description of self-medication with cannabis among adults with legal access to cannabis in Quebec, Canada. *Journal of Cannabis Research*, 4(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00135-y>
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Bottorff, J. L., Bissell, L. J. L., Balneaves, L. G., Oliffe, J. L., Kang, H. B. K., Capler, N. R., Buxton, J. A. et O'Brien, R. K. (2011). Health effects of using cannabis for therapeutic purposes: a gender analysis of users' perspectives. *Substance Use & Misuse*, 46(6), 769-780. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.537732>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Clarke, V. et Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26, 120-123.
- Corbin, J. et Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. SAGE Publications.
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. SAGE Publications.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Goodman, S., Wadsworth, E., Schauer, G. et Hammond, D. (2022). Use and perceptions of cannabidiol products in Canada and in the United States. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 7(3), 355-364. <https://doi.org/10.1089/can.2020.0093>
- Institut de la statistique du Québec. (2020). *Enquête québécoise sur le cannabis 2019*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2019>
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Enquête québécoise sur le cannabis 2021*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2021>

- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Enquête québécoise sur le cannabis 2022*.
<https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2022>
- Institut de la statistique du Québec. (2024). *Enquête québécoise sur le cannabis 2023*.
<https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2023>
- Janezic, I. et Levasseur, M.-E. (2023). *Portrait des usagers de 21 ans et plus consommant du cannabis à des fins non médicales pour des raisons de santé*. Institut national de santé publique du Québec.
- Janezic, I. et Levasseur, M.-E. (2024). *Consommation quotidienne de cannabis: Portrait qualitatif des 18 à 34 ans*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3497>
- Keethakumar, A., Mehra, V. M., Khanlou, N. et Tamim, H. (2021). Cannabis use and patterns among middle and older aged Canadians prior to legalization: a sex-specific analysis of the Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey. *BMC Public Health*, 21(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10074-z>
- Leech, N. L. et Onwuegbuzie, A. J. (2011). Beyond constant comparison qualitative data analysis: using NVivo. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 70-84. <https://doi.org/10.1037/a0022711>
- Lejeune, C. (2019a). *Chapitre 2. Débuter: la micro-analyse*. De Boeck Supérieur.
<https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582-p-43.htm>
- Lejeune, C. (2019b). Chapitre 3. Étiqueter: des propriétés aux catégories. Dans *Manuel d'analyse qualitative*: Vol. 2e éd. (p. 61-100). De Boeck Supérieur.
- Leung, J., Chan, G., Stjepanović, D., Chung, J. Y. C., Hall, W. et Hammond, D. (2022). Prevalence and self-reported reasons of cannabis use for medical purposes in USA and Canada. *Psychopharmacology*, 239(5), 1509-1519. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-06047-8>
- Marchand, A. (2025). *Autotraitement avec du cannabis pour soulager les symptômes de la douleur, de l'anxiété ou des troubles du sommeil: une étude de portée*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3606>
- Michie, S., van Stralen, M. M. et West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (3ème éd.).
<https://www.leslibraires.ca/livres/dictionnaire-des-methodes-qualitatives-en-sciences-alex-mucchielli-9782200244491.html>
- Office québécois de la langue française. (2024). *Autogestion de la santé*.
<https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8400326/autogestion-de-la-sante>
- Pacheco, K., Reynolds, J. et Renard, J. (2024). *Comprendre l'usage de cannabis au Canada*.
- Paillé, P. (2006). *Méthodologie qualitative*. Armand Colin.
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70.

- Robert, O. et Déry, V. (2020, novembre 17). *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec*. Institut national de santé publique du Québec <https://www.inspq.qc.ca/publications/2686>
- Rotermann, M., et Pagé, M.-M. (2018). Prevalence and correlates of non-medical only compared to self-defined medical and non-medical cannabis use, Canada, 2015. *Health Reports*, 29(7), 3-13.
- West, R. et Michie, S. (2020). *A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation*. Qeios. <https://doi.org/10.32388/WW04E6>

ANNEXE 1 SAISIE, GESTION, SÉCURITÉ ET ARCHIVAGE DES DONNÉES

Les personnes participantes ont été identifiées par un code dès leur admission dans la recherche. Ce code a été utilisé comme identifiant pour toutes les entrées de données subséquentes. Seule l'équipe du projet de l'INSPQ a eu accès à la clé d'identification. Les données brutes de l'étude ont été accessibles aux autrices uniquement.

L'ensemble des données de la recherche, qui comprennent les enregistrements vidéo des entretiens et les documents d'analyse des témoignages, a été stocké sur le OneDrive des comptes de l'INSPQ des autrices et de la technicienne en recherche (LR). OneDrive est une plateforme d'entreprise autorisée par le MSSS à recevoir des données confidentielles. Par défaut, dans OneDrive, les enregistrements vidéo des interviews sont uniquement accessibles par les personnes invitées à la réunion. Également, les fichiers créés dans un OneDrive sont personnels et accessibles à personne d'autre que soi-même. La fonctionnalité de partage dans OneDrive sera utilisée afin que l'équipe effectuant la recherche ait accès aux documents. Les mêmes procédures de sécurité ont été respectées par la tierce partie embauchée pour réaliser les transcriptions (verbatim), après signature d'une entente de confidentialité. De plus, les comptes de l'INSPQ sont protégés par un mot de passe et par une authentification double-facteur. Cela comprend l'accès à OneDrive.

Bien que l'ensemble des données a été stocké sur OneDrive et qu'aucune donnée n'a pas été stockée sur les ordinateurs professionnels (ou même personnels) des autrices, il est à noter que les postes de travail bénéficient également de sécurité avec, notamment, le chiffrement du disque dur à l'aide de la solution Bitlocker, la solution antivirus Trend Micro Apex One et également la plateforme de sécurité Microsoft Defender for Endpoint qui aide à prévenir, détecter, examiner et répondre aux menaces avancées. Enfin, la solution Azure Sentinel de Microsoft a été également utilisée au sein de l'INSPQ afin de collecter les données infonuagiques et détecter les potentielles menaces.

Les enregistrements ont été détruits après la transcription des verbatims. L'ensemble des données recueillies lors de cette étude seront conservées de façon sécurisée pendant sept ans à compter de la date de fin de l'étude et détruites après.

ANNEXE 2 FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT – PARTICIPANTS AUX ENTRETIENS INDIVIDUELS



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DE LA RECHERCHE	Portrait des usagers de 21 ans et plus consommant du cannabis à des fins non médicales pour des raisons de santé (CanMers)
CHERCHEUSES :	Chercheuse principale : Isidora Janezic, Ph. D., conseillère scientifique spécialisée à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Organisme subventionnaire : ministère de la Santé et des Services sociaux

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements qui suivent avant de vous décider. Il se peut que ce formulaire contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous vous posiez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à en faire part à la chercheuse ou à son assistante. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire.

1. Description du projet de recherche

Une proportion importante des usagers de cannabis d'âge légal (21 ans et plus) font usage du cannabis pour des raisons médicales ou pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes. Les quelques données d'enquêtes disponibles permettent de dresser un portrait limité des usagers de cannabis de 21 ans et plus consommant pour des raisons de santé. Dans le but de documenter ce phénomène, le présent projet vise à mener des entretiens individuels semi-dirigés dans l'objectif d'explorer l'automédication chez les usagers de cannabis de 21 ans et plus. L'OMS définit l'automédication de la façon suivante : « Elle consiste pour une personne à choisir et à utiliser un médicament (substance) pour une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié » (OMS-DAP 98-13).

2. Participation attendue au projet

Votre participation à ce projet consiste à remplir un bref questionnaire (environ 10 minutes). Ce questionnaire vise à obtenir de l'information sur certaines de vos pratiques de consommation ainsi que sur vos caractéristiques sociodémographiques. Il vous sera envoyé par courriel, mais vous avez également la possibilité de remplir le questionnaire avec la chercheuse de vive voix avant l'entretien. Par la suite, vous serez invité(e) à participer à une entrevue individuelle d'environ 60 minutes qui sera enregistrée afin de pouvoir la transcrire le plus fidèlement possible pour les analyses ultérieures.

3. Avantages de la participation au projet

La participation à cette étude vous offre l'occasion de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine du cannabis et d'en apprendre davantage sur la consommation du cannabis à des fins non médicales.

4. Risques et inconvénients de la participation au projet

Il y a peu de risques liés à votre participation. Toutefois, il se peut que les questions posées vous amènent à aborder certaines difficultés que vous avez éprouvées par le passé. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées. Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire pour remplir le formulaire de consentement, le questionnaire et procéder à l'entrevue individuelle.

5. Confidentialité des données de la recherche

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle dans les limites prévues par la loi et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos renseignements, on vous attribuera un numéro de code reliant votre nom à votre dossier de recherche et seule la chercheuse principale et son assistant auront la liste correspondante. Les renseignements seront conservés sur un ordinateur de l'INSPQ attribué à la chercheuse principale et protégé par un mot de passe. Seule l'équipe de recherche y aura accès. Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée. L'ensemble des données collectées sera détruit 7 ans après la fin du projet de recherche.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que la chercheuse doive permettre l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales et Santé publique, par l'établissement ou par les organismes subventionnaires de la recherche. Ces personnes et ces organismes adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheuse responsable ou par l'établissement. Vous pouvez, en tout temps, demander à la chercheuse de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis à votre sujet et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations une fois votre participation à la recherche terminée.

6. Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer l'adresse courriel à laquelle nous pourrions vous le faire parvenir.

Les résultats seront publiés dans des revues scientifiques, mais aucun participant ne pourra y être identifié.

7. Compensation financière pour la participation à la recherche

Vous recevrez 50 \$ pour votre participation à ce projet de recherche. Si vous vous retirez ou si vous êtes retiré(e) du projet avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

8. Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Votre participation est volontaire. Vous pouvez refuser de participer au projet sans avoir besoin de vous justifier, et sans que cela nuise à vos relations avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps ou de refuser de répondre à certaines questions, et ce, sans préjudice et sans avoir à vous justifier, sur simple avis verbal et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Si vous décidez de cesser votre participation au projet, vous pourrez décider de retirer les données que vous nous avez transmises jusqu'au moment du retrait (p. ex. réponses au questionnaire, entretien) ou de permettre aux chercheuses de les conserver en tout ou en partie pour être incluses dans les résultats. Si vous décidez de retirer vos données, celles-ci seront supprimées de manière sécurisée dans les plus brefs délais.

La chercheuse pourrait elle aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche.

9. Utilisation secondaire des données

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de leur destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes sollicité(e) aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheuse principale et seront autorisés par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

10. Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

11. Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter la chercheuse principale Isidora Janezic à l'adresse courriel : isidora.janezic@inspq.qc.ca. Vous pouvez aussi rejoindre la chercheuse principale par téléphone au numéro : 581-703-3986

Mention obligatoire : "Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au numéro suivant : 514-593-3600

Pour toute question concernant les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique cer.dis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca.

12. Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que la chercheuse principale de ce projet de recherche ou un membre de son équipe de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cette invitation, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

☐ Oui ☐ Non

Coordonnées (courriel ou numéro de téléphone)

13. Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision. Si vous n'êtes pas en mesure de signer ce document et de nous le faire parvenir par courriel, vous n'avez qu'à avertir la chercheuse. À ce moment, il vous sera possible de donner votre consentement à la participation verbalement avant l'entretien.

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les connaissances sur les pratiques d'usage et les motivations de consommation de cannabis.

J'accepte : ☐

Je refuse : ☐

Nom du participant

Signature

Date

Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement *(si différent du chercheur principal)*

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom et rôle

Signature

Date

Déclaration du chercheur/de la chercheuse responsable du projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur/de la chercheuse

Date

L'original du formulaire sera conservé et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en Dépendance, Inégalités sociales, Santé publique le 2023-06-13.

ANNEXE 3 QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Instructions

- Ce questionnaire vise à obtenir de l'information sur certaines de vos pratiques de consommation ainsi que sur vos caractéristiques sociodémographiques.
- Les réponses à ce questionnaire demeureront **confidentielles**. Elles seront utilisées à des fins de recherche seulement, tel que décrit dans le formulaire d'information et de consentement.
- Veuillez prendre le temps de bien lire les questions avant d'y répondre.
- N'oubliez pas de **compléter les 7 pages** du questionnaire.
- Veuillez répondre à **toutes les questions** de votre mieux.
- Si vous avez des doutes par rapport au présent questionnaire, nous vous invitons à poser toutes **vos questions** à un membre de l'équipe de recherche.
- Vous pouvez remplir le questionnaire par vous-même ou encore demander l'assistance du professionnel de recherche qui vous accompagne

1) Quel **âge** avez-vous? [age]

1. 18 à 20 ans
2. 21 à 24 ans
3. 25 à 34 ans
4. 35 à 54 ans
5. 55 ans et plus

2) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous obtenu un document médical d'un médecin vous autorisant à consommer du cannabis? [doc_medical]

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas
4. Ne répond pas

3) Depuis combien de temps, consommez-vous du cannabis pour des raisons de santé?

1. Moins de 6 mois
2. Entre 6 mois et moins de 12 mois
3. Entre 1 an et 2 ans
4. Plus de 2 ans

4) Êtes-vous **né(e) au Canada**? [ne_canada]

1. Oui
2. Non

Si non, depuis combien d'année(s) vivez-vous au Canada? Veuillez indiquer le nombre d'années

5) À quel **groupe ethnoculturel** appartenez-vous (ex. : canadien français, cri, iranien, italien, etc.)?
Si plusieurs groupes, indiquez ceux auxquels vous vous identifiez. _____
[groupe_ethnoculturel]

- 6) Quel est le **plus haut niveau de scolarité** que vous avez complété? Si vous avez un diplôme qui provient d'un autre pays, choisissez son équivalent dans le système scolaire québécois.
[niveau_scolarite]
1. Inférieur au diplôme d'études secondaires
 2. Diplôme d'études secondaires
 3. Diplôme d'études collégiales
 4. Diplôme d'études universitaires
 5. Autre
 8. Ne sait pas
 9. Ne veut pas répondre
- 7) Pouvez-vous indiquer dans quelle catégorie se situe le **revenu de votre ménage**? [revenu_menage]
1. Moins de 10 000
 2. De 10 000 à moins de 20 000
 3. De 20 000 à moins de 30 000
 4. De 30 000 à moins de 40 000
 5. De 40 000 à moins de 50 000
 6. De 50 000 à moins de 60 000
 7. De 60 000 à moins de 80 000
 8. De 80 000 à moins de 100 000
 9. Plus de 100 000
 98. Ne sait pas
 99. Ne veut pas répondre
- 8) Quel type de situation correspond le mieux à la **composition actuelle** de votre foyer (ménage)?
[composition_menage]
1. Personne vivant seule
 2. Couple sans enfant
 3. Couple avec enfant(s)
 4. Famille monoparentale
 5. Personnes non apparentées seulement (colocataires)
 6. Autre (familles multiples, multigénérationnelles, etc.), veuillez préciser :
 8. Ne sait pas
 9. Ne veut pas répondre

- 9) Au cours des **12 derniers mois**, quelle était votre **occupation principale**? [occ_principale]
1. Travailleur
 2. Étudiant(e)
 3. Retraité(e)
 4. En congé de maternité ou de paternité
 5. Prestataire d'assurance-emploi
 6. Prestataire d'aide sociale
 7. En invalidité ou en congé de maladie
 8. Autre, veuillez préciser : [occ_principale_autre]
 9. Ne sais pas
 10. Ne veut pas répondre
- 10) À quel **genre** vous identifiez-vous? [genre]
1. Homme
 2. Femme
 3. Non-binaire
 4. Autre, veuillez préciser :
 8. Ne sait pas
 9. Ne veut pas répondre
- 11) Quel **pronom** utilisez-vous? [pronom]
1. Il/Il/Le
 2. Elle/Elles/La
 3. Iel/Iels/Illes/Elui/Lea, Lae
 4. Autre, veuillez préciser :
 8. Ne sait pas
 9. Ne veut pas répondre
- 12) Au cours des **6 derniers mois**, à quelle **fréquence**, avez-vous consommé du cannabis, toutes formes confondues? [freq_cannabis]
1. Moins de 1 jour/mois
 2. 1 jour/mois
 3. 2 à 3 jours/mois
 4. 1 à 2 jours/semaine
 5. 3 à 4 jours/semaine
 6. 5 à 6 jours/semaine
 7. Tous les jours
 8. Ne sait pas
 9. Ne veut pas répondre

13) Quelles **concentrations de THC** recherchez-vous **en général** dans les produits que vous consommez (selon l'intensité ou en %)? [concentration_thc]

1. Moins de 1 %
2. 1 % à 10 %
3. 11 % à 20 %
4. Plus de 20 %
5. Aucune
8. Ne sait pas
9. Ne répond pas

14) Quelles **concentrations de CBD** recherchez-vous **en général** dans les produits que vous consommez (selon l'intensité ou en %)? [concentration_thc]

1. Moins de 1 %
2. 1 % à 10 %
3. 11 % à 20 %
4. Plus de 20 %
5. Aucune
8. Ne sait pas
9. Ne répond pas

15) Au cours des **12 derniers mois**, à quelle **fréquence** avez-vous consommé les substances suivantes **en combinaison** avec le cannabis (c'est-à-dire au même moment que celui-ci)?

	Jamais (0)	Rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Toujours (4)	Ne sait pas (8)	Ne répond pas (9)
Alcool [freq_alcool_cannabis]							
Tabac ou nicotine sous toutes ses formes (fumé ou dans une cigarette électronique, mélangé ou non au cannabis) [freq_tabac_cannabis]							
Opioïdes sur ordonnance (prescrit ou non pour vous) (ex. oxycodone, DilaudidMD, morphine, Demerol, Fentanyl, médicaments contenant de la codéine) [freq_opiace_cannabis]							

- 15) Au cours des **12 derniers mois**, à quelle **fréquence** avez-vous consommé les substances suivantes **en combinaison** avec le cannabis (c'est-à-dire au même moment que celui-ci)? (suite)

	Jamais (0)	Rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Toujours (4)	Ne sait pas (8)	Ne répond pas (9)
Stimulants sur ordonnance (prescrit ou non pour vous) (ex. RitalinMD, ConcertaMD, AdderallMD, Dexedrine, Vyvanse) [freq_stimulants_cannabis]							
Sédatifs ou tranquillisants sur ordonnance (prescrit ou non pour vous) (ex. ValiumMD (diazépam), AtivanMD (lorazépam), Xanax (alprazolam), RivotrilMD (clonazépam)) [freq_stimulants_cannabis]							
Autre médicament (prescrit ou non pour vous) généralement en vente libre (ex. GravalMD, BénadrylMD, Dorm-aideMD, Sleep-EZEMD, sirop DM, SudafedMD) [freq_antihis_cannabis] Veillez spécifier lequel : [freq_autre_specifier]							
Autre drogue ou substance illicite [freq_autre_cannabis] Veillez spécifier laquelle : [freq_autre_specifier]							

- 16) Pour quel(s) **problème(s)** de santé ou **symptôme(s)** avez-vous consommé du cannabis au cours des **12 derniers mois**? [probleme_sante]

CONSIGNE : Veuillez cocher « oui » ou « non » pour chacun des problèmes ou des symptômes.

	Oui	Non	Si vous avez répondu « oui » à l'un des symptômes ou des problèmes, est-ce que cette condition de santé a été diagnostiquée par un médecin?	
			Oui	Non
1. Douleur chronique physique (arthrite, maux de dos)	☐	☐	☐	☐
2. Traitement de symptômes liés au cancer ou à son traitement (ex. douleur, perte d'appétit)	☐	☐	☐	☐
3. Manque d'appétit ou perte de poids	☐	☐	☐	☐
4. Maux de tête ou migraine	☐	☐	☐	☐
5. Baisse de libido ou autres troubles sexuels	☐	☐	☐	☐
6. Anxiété ou nervosité/stress	☐	☐	☐	☐
7. Inattention/Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	☐	☐	☐	☐
8. Dépression (ex. déprime, trouble dépressif)	☐	☐	☐	☐
9. Schizophrénie, psychose ou autre trouble psychotique	☐	☐	☐	☐
10. Maladie intestinale (ex. maladie de Crohn, colite ulcéreuse, syndrome du côlon irritable)	☐	☐	☐	☐
11. Raideur musculaire (spasticité ou dystonie)	☐	☐	☐	☐
12. Obésité	☐	☐	☐	☐
13. Diabète	☐	☐	☐	☐
14. Symptômes de sevrage d'alcool ou d'opioïdes	☐	☐	☐	☐
15. Troubles de tic ou syndrome de Gilles de La Tourette	☐	☐	☐	☐
16. Tremblements ou Maladie de Parkinson	☐	☐	☐	☐
17. Démence ou Maladie d'Alzheimer	☐	☐	☐	☐
18. Problème de vessie/Vessie hyperactive/Incontinence	☐	☐	☐	☐
19. Sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique ou traumatisme médullaire	☐	☐	☐	☐
20. Épilepsie/convulsions	☐	☐	☐	☐
21. Glaucome	☐	☐	☐	☐
22. Troubles du sommeil	☐	☐	☐	☐
23. Syndrome de stress post-traumatique	☐	☐	☐	☐
24. Autre, veuillez préciser : [probleme_sante_autre]	☐	☐	☐	☐

- 17) Au cours des **12 derniers mois**, où vous êtes-vous **procuré** le cannabis que vous avez consommé?
[procure_cannabis]

CONSIGNE : Cocher tous les choix qui s'appliquent.

1. J'ai cultivé mon propre cannabis
2. Auprès d'un tiers, par exemple un membre de ma famille, un ami ou une connaissance
3. Auprès de la Société québécoise du cannabis (SQDC), en ligne ou en boutique
4. Auprès d'un détaillant officiel d'une autre province que le Québec
5. Directement, auprès d'un producteur autorisé de Santé Canada
6. Auprès d'un revendeur ou sur le marché noir (en ligne ou en personne)
7. Autre, **veuillez préciser** :
8. Ne sait pas :
9. Ne répond pas

ANNEXE 4 GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ

Guide d'entretien semi-dirigé

Rubriques	Questions
Contact	Bonjour, merci d'avoir accepté et pris le temps pour participer à notre étude. Votre participation est précieuse pour nous permettre de réaliser cette recherche.
Introduction/Présentation	Mon nom est Isidora Janezic, je travaille pour l'Institut national de santé publique du Québec et l'objectif de notre recherche est, entre autres, de documenter les motivations des individus faisant usage de cannabis à des fins d'automédication. Je tiens à réitérer que toutes vos réponses demeurent confidentielles et anonymes.
Question d'ouverture	Avant d'entrer dans le vif du sujet, je vous propose de me parler un peu de vous –Mais, si vous préférez, on peut aussi commencer directement avec les questions d'entretien.
Thème 1 : Questions générales liées à l'usage et aux motivations principales à consommer pour des raisons de santé (Correspond au volet motivation1 et opportunités du cadre théorique)	Comment en êtes-vous arrivé(e) à l'idée de consommer du cannabis pour des raisons de santé? Depuis combien de temps consommez-vous pour des raisons de santé? À quelle fréquence consommez-vous pour des raisons de santé? Quelles étaient les raisons principales qui vous ont poussé(e) à consommer pour des raisons de santé au départ? Aujourd'hui, pour quelles raisons consommez-vous principalement? Qu'est-ce que ça vous procure? Quelles raisons vous ont donné envie de continuer après votre première consommation à des fins d'automédication? Comment évalueriez-vous l'efficacité du cannabis pour soulager les problèmes de santé pour lesquels vous consommez? Comment pensez-vous que les autres dans votre entourage (famille, amis, etc.) perçoivent votre consommation de cannabis? De quelle manière la légalisation a-t-elle affecté votre consommation pour des raisons de santé?
Sous-thème : Pratiques liées à l'usage	À quoi ressemble votre consommation? Décrivez un peu comment ça se passe pour vous. Quels produits consommez-vous (composantes principales, méthodes)? Quels autres produits ou traitements employez-vous pour soulager vos problèmes de santé? À quel point êtes-vous familier(-ère) avec les interactions entre les médicaments que vous prenez et le cannabis, le cas échéant?
Thème 2 : Questions liées aux perceptions de la consommation et aux capacités d'arrêter ou diminuer la consommation (si cela s'applique). Correspond au volet capacité et motivation du cadre théorique.	Comment voyez-vous votre consommation de cannabis pour des raisons de santé? À quel point s'agit-il de quelque chose que vous désirez changer? Pour quelle raison? À quel point croyez-vous qu'il y a des risques associés à votre consommation?

Guide d'entretien semi-dirigé (suite)

Rubriques	Questions
Thème 3 : Accompagnement demandé et reçu des professionnels de la santé. Certaines questions correspondent au volet opportunités du cadre théorique.	Pour la prise en charge de (nommer la condition de santé), êtes-vous suivi(e) par un(e) professionnel(le) de la santé ex. médecins, pharmaciens, sage-femme, infirmière, travailleur social)? Avez-vous déjà consulté un(e) professionnel(le) de la santé concernant votre consommation de cannabis pour des raisons de santé? Avez-vous déjà consulté un(e) professionnel(le) de la santé concernant les risques ou la possibilité d'utiliser le cannabis avec vos autres médicaments? Si oui -Comment ça s'est passé? Si non – Pour quelle raison? À quel point croyez-vous que ce soit pertinent d'avoir un suivi médical concernant votre consommation de cannabis et d'autres médicaments? Quelles autres personnes ou sources d'informations avez-vous consulté concernant la consommation de cannabis pour des raisons de santé?
Bref retour sur les idées principales	Si je comprends bien, vous avez indiqué que...
Questions de conclusion	Aimeriez-vous ajouter quelque chose? Selon vous, est-ce qu'il y a des questions que j'aurais dû poser et que je n'ai pas fait? Avez-vous des questions?
Clôture de l'entretien	Encore une fois, je tiens à vous remercier d'avoir partagé votre vécu et de m'avoir accordé le temps aujourd'hui. Informations concernant la suite et le virement Interac.

ANNEXE 5 RESSOURCES UTILES

Vous avez des questions concernant votre consommation de cannabis et votre santé? Vous êtes préoccupés par votre consommation ou souhaitez entreprendre une démarche de changement?

Consultez les ressources utiles ci-dessous pour répondre à vos questions!

Si vous avez un besoin rapide et urgent, vous pouvez contacter en tout temps le **8-1-1**.
Ce service est gratuit et disponible 24 heures sur 24.

<https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/info-social-811>

- 1- Composer le 811, puis l'option #2 pour le service info-social.
- 2- Vous pourrez ensuite décider si vous souhaitez obtenir des informations (option 1) ou si vous êtes en situation de crise (option 2).
- 3- Si vous avez besoin d'informations ou avez des préoccupations à l'égard de votre consommation de cannabis, vous serez dirigé vers un intervenant qui effectuera une évaluation pour vous accompagner vers la prochaine étape.

La première personne à qui vous pouvez poser vos questions et discuter de vos préoccupations demeure votre **médecin de famille**. Il peut :

- Évaluer votre état de santé et les conséquences de votre consommation de cannabis ou d'autres substances sur celle-ci;
- Vous conseiller ou vous fournir les ressources pour vous aider;
- Vous prescrire un traitement ou une intervention;
- Assurer un suivi médical pour que votre état s'améliore.

Si vous n'avez pas de médecin de famille ou souhaitez une autre ressource, une autre option peut être de consulter un **intervenant psychosocial** situé dans un des CLSC de la votre région.

Consultez la [liste des CLSC](#) selon votre région pour trouver celui qui vous convient et prenez rendez-vous avec l'un d'eux.

Lors de votre rendez-vous, l'intervenant pourra :

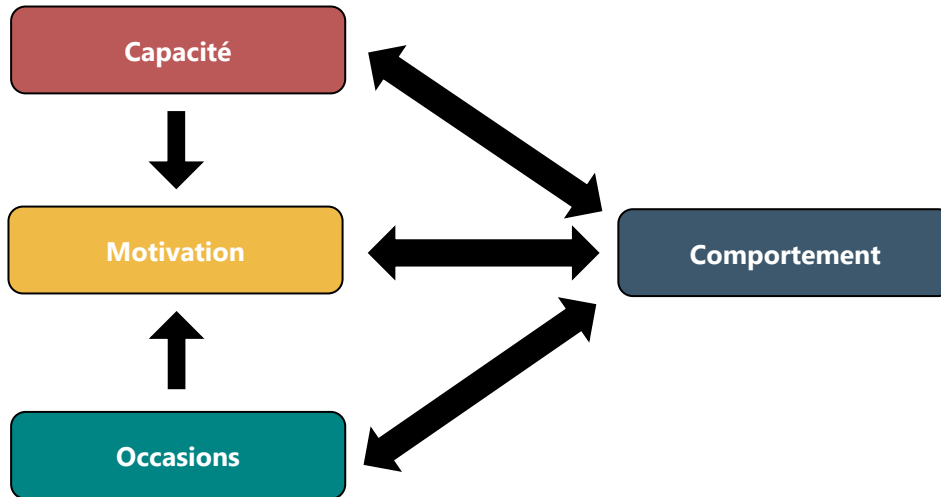
- Évaluer votre consommation de cannabis ou d'autres substances;
- Discuter avec vous de votre consommation et de son impact dans votre vie et celle de vos proches;
- Évaluer vos besoins et proposer des solutions adaptées à votre situation;
- Vous indiquer des ressources d'aide.

Consultez la page du centre intégré de santé et de services sociaux ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de votre région pour plus d'informations concernant la consommation de drogues :

- [Abitibi-Témiscamingue](#)
- [Bas-St-Laurent](#)
- [Capitale-Nationale](#)
- [Chaudière-Appalaches](#)
- [Côte-Nord](#)
- [Estrie](#)
- Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine :
 - [CISSS de la Gaspésie](#)
 - [CISSS des Îles](#)
- [Lanaudière](#)
- [Laurentides](#)
- [Laval](#)
- [Mauricie-et-Centre-du-Québec](#)
- [Montérégie](#)
- Montréal :
 - [CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal](#)
 - [CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal](#)
 - [CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal](#)
 - [CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal](#)
- [Outaouais](#)
- [Saguenay - Lac-Saint-Jean](#)

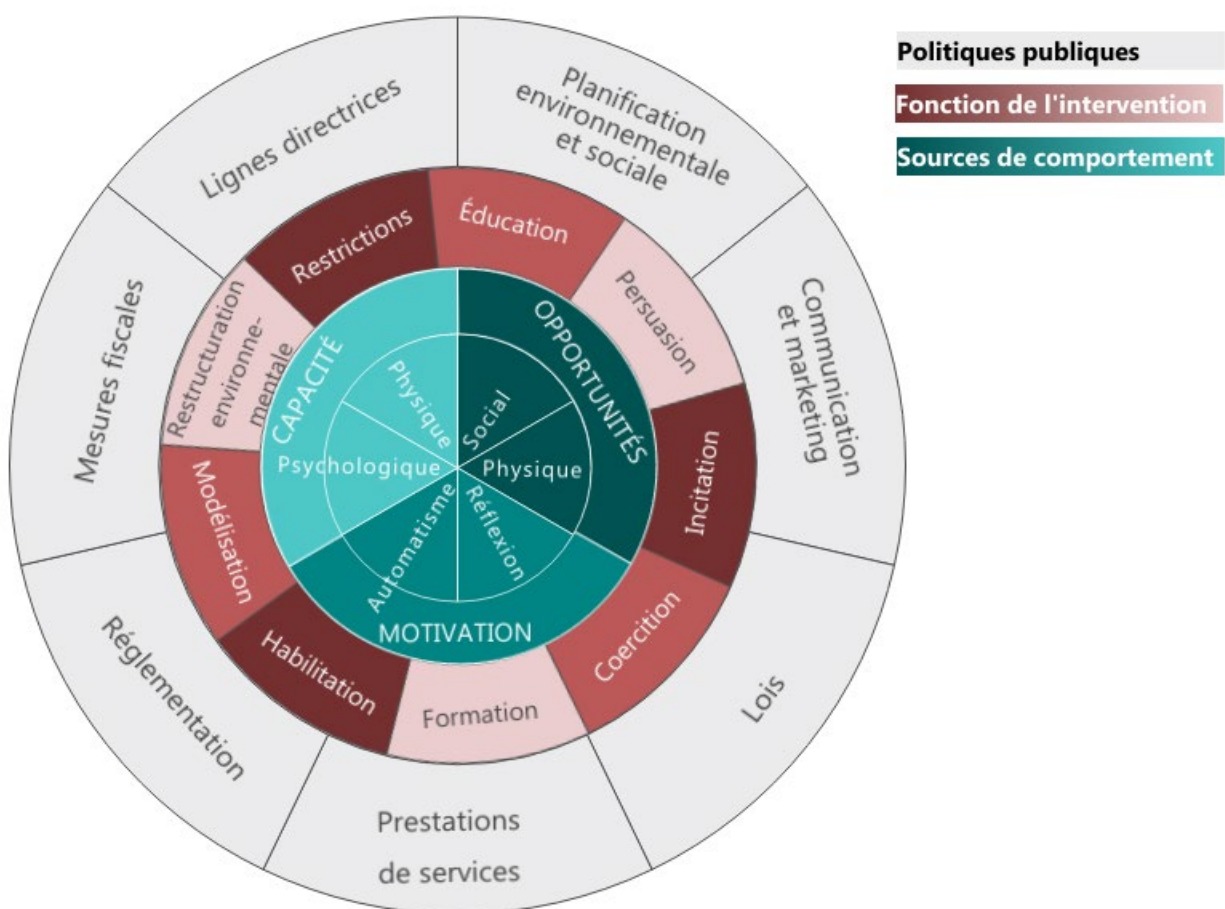
ANNEXE 6 CADRE THÉORIQUE COM-B

Figure 2 Cadre théorique COM-B, adapté de Michie et collaborateurs (2011) (Michie et al., 2011)



ANNEXE 7 ROUE DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Figure 3 Roue du changement de comportement au cœur du cadre théorique COM-B, adaptée de Michie et collaborateurs (2011) (Michie et al., 2011)



ANNEXE 8 COMPTE RENDU DE LA DÉMARCHE ANALYTIQUE

La première phase de l'analyse thématique inductive a consisté à préparer le matériel à analyser. Aux fins d'analyse, les enregistrements audiovisuels ont été transformés en documents textuels numériques. Dans le but d'effectuer la transcription la plus exacte et complète possible, le contenu des entretiens a été transcrit mot à mot. À cet effet, un professionnel a été engagé pour effectuer les transcriptions. La transcription du premier entretien a été effectuée après sa terminaison afin de vérifier si certaines formulations n'étaient pas claires ou adaptées aux personnes participantes, et ainsi, ajuster les questions pour les entretiens subséquents.

Une fois les entretiens anonymisés, la deuxième phase de l'analyse inductive a consisté en la préanalyse ou lecture flottante, laquelle a consisté à lire de manière approfondie dans le but de s'imprégner du matériel à analyser (Lejeune, 2019a). Une première lecture des entretiens transcrits (données brutes) a été réalisée par la première autrice afin de se familiariser avec les verbatims des personnes participantes. Pendant cette lecture, certains enregistrements des entretiens ont été consultés dans le but de confirmer ou de préciser quelques transcriptions. Cette première lecture a permis de s'imprégner des données brutes, et de se préparer à l'analyse en dégagant une vue d'ensemble du matériel et des idées principales pouvant orienter ce processus (Lejeune, 2019a).

La troisième phase de l'analyse a impliqué le codage du matériel brut. Le codage est un aspect central de l'analyse qualitative qui consiste à décortiquer les données textuelles pour ensuite construire quelque chose de nouveau et de significatif (Creswell et Poth, 2016). Les étapes centrales du codage des données brutes conduites ont été : la réduction des verbatims en segments significatifs, l'attribution de codes à ces segments à travers l'examen systématique et réitératif de transcriptions, la définition des liens entre les codes, l'identification des thèmes plus larges, l'établissement des liens entre les codes et les thèmes initiaux et émergents (Blais et Martineau, 2006). Les entretiens transcrits ont été découpés, codés et analysés selon une approche mixte inductive. D'une part, des codes a priori découlant du modèle théorique ont été utilisés, et d'autre part, la démarche d'analyse s'est caractérisée par une exploration inductive des données collectées en accordant une importance particulière aux nouveaux thèmes émergents (Creswell et Poth, 2016). Ce premier codage a été initié par la deuxième autrice, et ensuite raffiné par la première autrice. Cette dernière a codifié les données brutes de façon thématique et analytique afin de rendre compte des vécues des personnes participantes et d'amorcer la conceptualisation (Lejeune, 2019b).

Dans un premier temps, à travers la lecture itérative des entretiens, les verbatims ont été classés avec des codes visant l'interprétation du vécu des personnes participantes selon leurs propres mots. Compte tenu que ce projet de recherche explore l'expérience des personnes qui consomment du cannabis pour des motifs de santé, les premiers codes portaient sur le sens vécu des personnes, et non sur des mots assignés par les autrices. Également, les verbes ont été privilégiés dans cette première codification afin de souligner que, ce qui est à l'étude sont des processus (et non des états), ainsi que des sujets/acteurs (et non des individus passifs) (Lejeune,

2019b). Durant ce codage, un processus de réflexion a été mené visant le développement de codes pertinents, ainsi que leur arrimage avec les objectifs de la recherche et avec les catégories du modèle théorique.

Durant les phases quatre et cinq, les transcriptions, les codes et les thèmes créés ont été révisés, et ce, à plusieurs reprises. Ce processus a permis de raffiner les codes en les regroupant en thèmes. Selon les recommandations de Blais et Martineau (2006) et de Braun et Clarke (2006), le raffinement des codes a été effectué en les classant par thèmes (Blais et Martineau, 2006; Braun et Clarke, 2006). Pour chaque code et thème, une définition a été proposée afin de rendre explicite son sens, de circonscrire sa portée et de le distinguer des autres codes. Pour chaque code, on a cherché à atteindre la saturation de ses propriétés, en fonction de ce qui a été exprimé par les personnes participantes. De façon parallèle, des comptes rendus et des schématisations ont été élaborés au fur et à mesure de l'avancement du processus de codage, dans le but de rendre explicite la démarche analytique suivie par la première autrice. Ces comptes rendus et ces schématisations contiennent autant les définitions des codes que les dimensions, les interprétations et les idées initiales concernant les thèmes potentiels; ils ont été présentés à l'équipe projet et au comité scientifique. Les six grandes catégories thématiques ont été : « motifs conduisant à l'usage de cannabis », « entourage social et son influence sur l'usage de cannabis », « sources d'approvisionnement en cannabis », « accompagnement professionnel et autres services utilisés », « perceptions et évaluation de l'usage de cannabis », et « pratiques d'usage de cannabis ». Enfin, cette catégorisation a permis d'amorcer la dernière phase de l'analyse, laquelle a consisté à dégager une vue d'ensemble du groupe étudié (convergences, divergences) par rapport aux codes explorés et aux thèmes émergents. Ces informations ont été comprises à la lumière des données sociodémographiques spécifiques.

Diagramme thématique :

Thème	Code -sous-code	Sens/description	Objectif	Concept COM-B
Donner du sens à sa consommation	Commencer à consommer -âge d'initiation, -motif d'initiation Utiliser le cannabis pour -santé mentale, -santé physique, -autres motifs Remplacer les médicaments -effets secondaires, -inefficacité des médicaments	Motifs pour lesquels les personnes disent avoir commencé à consommer. Motifs de santé pour lesquelles les personnes font usage du cannabis.	1, 2	Motivation
Déterminer sa façon de consommer	Déterminer les composants -THC, -CBD Préférer une façon de consommer -fumer, -boisson, -vaporisé, -vapoté, etc. Déterminer le moment, l'endroit -soir (chez soi, dehors), -journée, -fin de semaine Définir la quantité, le dosage Déterminer la fréquence -quotidienne (routine, rituel), -quelques fois/semaine, -occasionnelle	Pratiques et habitudes d'usage du cannabis : modalités de consommation, moments préférés, doses et fréquence de consommation, habitudes et sens rattachés	1, 2	Comportement
Face à l'entourage social	Sentir l'influence de l'environnement social -s'appuyer sur l'expérience d'autrui, -chercher des infos Sentir la réaction d'autrui -amis(es), connaissances, -conjoint(e), - famille	Rôle de l'entourage social immédiat dans l'usage de cannabis pour des motifs de santé : sources d'influence, entourage facilitant ou freinant l'usage	3	Occasions (social)
S'approvisionner en cannabis	Acheter à la SQDC -avantages, -désavantages Acheter ailleurs qu'à la SQDC -marché illicite, -autres provinces Cultiver du cannabis -s'auto-approvisionner	Sources d'approvisionnement en cannabis utilisées par les personnes. Avantages et désavantages de chaque source d'approvisionnement selon les personnes.	3	Occasions

Diagramme thématique (suite) :

Thème	Code -sous-code	Sens/description	Objectif	Concept COM-B
Avoir un suivi professionnel	Discuter avec un professionnel de la santé -infos retenues (risques, interactions, -enjeux dans la communication Le défi d'accéder Penser que consulter n'est pas nécessaire	Accompagnement demandé et reçu des professionnels de la santé en ce qui concerne l'usage de cannabis, ses bénéfices, ses interactions, les contre-indications	3	Occasions
Recours à des services alternatifs/complémentaires	En santé mentale En santé physique Aucune	Services alternatifs/complémentaires cherchés/utilisés par les personnes pour soulager/traiter les problèmes pour lesquels elles utilisent le cannabis. Effets perçus en lien avec ces services	4	Occasions
Évaluer sa consommation de cannabis	Voir sa consommation comme positive - se sentir en contrôle, -banalisation Se questionner sur sa consommation Percevoir l'efficacité -sentir des bénéfices Connaître les risques, dangers -ressentir des effets indésirables	Façons dont les personnes perçoivent et évaluent leur propre usage de cannabis	1, 2	Capacité [évaluation] Motivation
Envisager de diminuer sa consommation	Ne pas chercher à changer Le défi de diminuer/arrêter Se motiver à diminuer/arrêter	Motivations des personnes à modifier leur usage de cannabis et facteurs, que selon elles, facilitent ou freinent la diminution	1, 2, 3	Capacité [évaluation] Motivation

ANNEXE 9 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES SUPPLÉMENTAIRES

Tableau 5 Caractéristiques sociodémographiques supplémentaires des personnes ayant participé aux entretiens individuels (N = 45)

Caractéristique sociodémographique		Nombre (N)	Pourcentage (%)
Pronom			
Il/Its/Le		24	53,3
Elle/Elles/La		19	42,2
Iel/Iels/Illes/Ellui/Lea, Lae		1	2,2
Information non disponible		1	2,2
Ethnie			
Canadienne		33	73,3
Autre		12	26,7
Groupe ethnoculturel			
Africain		1	2,2
Canadien anglophone		1	2,2
Canadien français		29	64,4
Canadien marocain		1	2,2
Canadien		1	2,2
Chinois		1	2,2
Français		5	11,1
Iranien		1	2,2
Italien canadien		1	2,2
Italien		1	2,2
Marocain		2	4,4
Père français et mère française de l'île de la Réunion		1	2,2
Occupation principale			
Travailleur		30	66,7
Étudiant		4	8,9
Retraité		1	2,2
Prestataire d'aide sociale		3	6,7
En invalidité ou en congé de maladie		6	13,3
Autre : En recherche d'emploi		1	2,2
Revenu du ménage			
<50 000		19	42,2
≥50 000 à >100 000		23	51,1
Ne sait pas		1	2,2
Ne veut pas répondre		2	4,4

ANNEXE 10 PROBLÈMES DE SANTÉ RAPPORTÉS

Tableau 6 Problèmes de santé et symptômes rapportés par les personnes ayant participé aux entretiens individuels (N = 45)

Problèmes de santé/Symptômes	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Douleur chronique physique [arthrite, maux de dos]	22	48,9
Diagnostic par un médecin	12	54,5
Non diagnostic par un médecin	10	45,5
Manque d'appétit ou perte de poids	14	31,1
Diagnostic par un médecin	2	14,3
Non diagnostic par un médecin	11	78,6
Information manquante	1	7,1
Maux de tête ou migraines	18	40,0
Diagnostic par un médecin	4	22,2
Non diagnostic par un médecin	13	72,2
Information manquante	1	5,6
Baisse de libido ou autres troubles sexuels	1	2,2
Diagnostic par un médecin	-	-
Non diagnostic par un médecin	1	100,0
Anxiété ou nervosité/Stress	36	80,0
Diagnostic par un médecin	14	38,9
Non diagnostic par un médecin	22	61,1
Inattention/Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDA/H]	17	37,8
Diagnostic par un médecin	5	29,4
Non diagnostic par un médecin	11	64,7
Information manquante	1	5,9
Dépression [déprime, trouble dépressif]	18	40,0
Diagnostic par un médecin	10	55,6
Non diagnostic par un médecin	8	44,4
Maladie intestinale [maladie de Crohn, colite ulcéreuse, syndrome du côlon irritable]	2	4,4
Diagnostic par un médecin	2	100,0
Non diagnostic par un médecin	-	-
Raideur musculaire [spasticité ou dystonie]	5	11,1
Diagnostic par un médecin	2	40,0
Non diagnostic par un médecin	3	60,0
Symptômes de sevrage d'alcool ou d'opioïdes	1	2,2
Diagnostic par un médecin	1	100,0
Non diagnostic par un médecin	-	-

Tableau 6 Problèmes de santé et symptômes rapportés par les personnes ayant participé aux entretiens individuels (N = 45) (suite)

Problèmes de santé/Symptômes	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Épilepsie/convulsions	1	2,2
Diagnostic par un médecin	1	100,0
Non diagnostic par un médecin	-	-
Troubles du sommeil	28	62,2
Diagnostic par un médecin	12	42,9
Non diagnostic par un médecin	16	57,1
Trouble de stress post-traumatique [TSPT]	9	20,0
Diagnostic par un médecin	5	55,6
Non diagnostic par un médecin	4	44,4
Autre problème ou symptôme	5	11,1
Diagnostic par un médecin	4	80,0
Non diagnostic par un médecin	1	20,0
Autres problèmes ou symptômes mentionnés : asthme, bouffée de chaleur, lors de biopsie de l'utérus, douleurs chroniques pelviennes, gastrite et psoriasis		
Total de réponses	177	

ANNEXE 11 CARACTÉRISTIQUES SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA CONSOMMATION

Tableau 7 Caractéristiques supplémentaires concernant la consommation de cannabis et d'autres substances des personnes ayant participé aux entretiens individuels (N = 45)

Caractéristique concernant la consommation	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Consommation de substances en combinaison avec le cannabis		
Alcool		
Jamais	8	17,8
Rarement	11	24,4
Parfois	15	33,3
Souvent	9	20,0
Toujours	2	4,4
Tabac		
Jamais	21	46,7
Rarement	2	4,4
Parfois	2	4,4
Souvent	4	8,9
Toujours	16	35,6
Opioides		
Jamais	36	80,0
Rarement	8	17,8
Parfois	-	-
Souvent	-	-
Toujours	1	2,2
Stimulants		
Jamais	37	82,2
Rarement	2	4,4
Parfois	-	-
Souvent	-	-
Toujours	6	13,3
Sédatifs ou tranquillisants		
Jamais	39	86,7
Rarement	3	6,7
Parfois	-	-
Souvent	1	2,2
Toujours	1	2,2
Ne sait pas	1	2,2

Tableau 7 Caractéristiques supplémentaires concernant la consommation de cannabis et d'autres substances des personnes ayant participé aux entretiens individuels (N = 45) (suite)

Caractéristique concernant la consommation	Nombre (N)	Pourcentage (%)
Consommation de substances en combinaison avec le cannabis		
Autre médicament		
Jamais	32	71,1
Rarement	3	6,7
Parfois	3	6,7
Souvent	-	-
Toujours	7	15,6
Autre drogue ou substance illicite		
Jamais	32	71,1
Rarement	6	13,3
Parfois	3	6,7
Souvent	2	4,4
Toujours	1	2,2
Ne répond pas	1	2,2

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

