

Recherche quantitative originale

Tendances des hospitalisations et des consultations à l'urgence attribuables au cannabis : données de l'étude Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020)

Raadiya Malam, MPH (1); Rachael MacDonald-Spracklin, MPH (1); Emily Biggar, MPH (1,2); Adam Sherk, Ph. D. (1,3,4); Anat Ziv, Ph. D. (1); Robert Gabrys, Ph. D. (1); Shea Wood, Ph. D. (1); Matthew M. Young, Ph. D. (1,5,6); Aisha Giwa, Ph. D. (1); Chandni Sondagar, MPH (1); Jinhui Zhao, Ph. D. (3); Pamela Kent, Ph. D. (1); Tim Stockwell, Ph. D. (3)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Article de recherche par Malam R et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

Introduction. La prévalence de la consommation de cannabis continue à augmenter au sein de certaines populations au Canada. Cette étude porte principalement sur l'augmentation du nombre d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables au cannabis entre 2007 et 2020.

Méthodologie. Pour estimer le nombre d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables à la consommation de cannabis, nous avons obtenu des données au niveau de l'enregistrement sur les congés d'hôpital avec l'information diagnostique tirée de la CIM-10, et ce, pour tous les exercices de 2006-2007 à 2020-2021. L'information diagnostique a servi à associer chaque dossier à une catégorie de problème de santé pour huit substances, dont le cannabis. La prévalence de la consommation de cannabis a été estimée pour chaque province ou territoire, année civile, sexe et âge au moyen des données d'enquêtes nationales. Ces estimations ont été utilisées pour ajuster les estimations du risque relatif tirées de la littérature sur le cannabis afin de calculer les fractions attribuables au cannabis, qui ont à leur tour été utilisées afin d'estimer la proportion d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables à la consommation de cannabis.

Résultats. Entre 2007 et 2020, le taux global d'hospitalisations attribuables au cannabis a augmenté de 120 %, passant de 6,4 pour 100 000 en 2007 à 14,0 pour 100 000 en 2020. Les consultations à l'urgence attribuables au cannabis ont augmenté de 113 %, passant de 52,1 pour 100 000 en 2007 à 111,0 pour 100 000 en 2019, avant de diminuer de 12 % en 2020. Cette étude révèle que l'augmentation du nombre d'hospitalisations et de consultations à l'urgence est en partie attribuable aux troubles neuropsychiatriques, en particulier aux hospitalisations dues à des troubles psychotiques et aux consultations à l'urgence dues à des intoxications aiguës chez les enfants et les adolescents.

Conclusion. Une surveillance continue des méfaits causés par le cannabis est nécessaire pour comprendre les méfaits liés à la consommation et les facteurs qui influencent la façon dont les personnes consomment du cannabis et consultent pour obtenir des soins. De futures recherches pourraient permettre de distinguer les premiers effets des tendances en matière de légalisation à partir des données relatives au début de la pandémie.

Points saillants

- Au Canada, en 2020, le cannabis était responsable d'environ 5318 hospitalisations et 37341 consultations à l'urgence.
- Les taux d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables au cannabis ont augmenté au cours de la période étudiée (2007-2020), de respectivement 120 % et 88 %, avec des hausses notables pour les troubles neuropsychiatriques et les blessures involontaires.
- Les taux d'hospitalisation pour des troubles psychotiques attribuables au cannabis les plus élevés ont été observés chez les 15 à 34 ans. Le taux brut chez les 35 à 64 ans a augmenté de 38 % entre 2019 et 2020.

Mots-clés : cannabis, hospitalisations, consultations à l'urgence, troubles psychotiques, intoxication aiguë, Canada

Rattachement des auteurs :

1. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Winnipeg (Manitoba), Canada
3. Canadian Institute for Substance Use Research, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
4. School of Public Health and Social Policy, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
5. Greo Evidence Insights, Guelph (Ontario), Canada
6. Université de Carleton, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Raadiya Malam, 500-75, rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7; tél. : 613-235-4048, poste 302; courriel : rmalam@ccsa.ca

Introduction

Le cannabis demeure l'une des substances psychoactives les plus consommées au Canada après l'alcool¹. La prévalence de la consommation de cannabis a augmenté de façon constante au cours de la dernière décennie, et les taux continuent de s'accroître depuis la légalisation du cannabis à des fins non médicales, en octobre 2018². De 2007 à 2020, la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les 15 ans et plus est passée de 11 % à 18 %³. En 2022, la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée au sein de la population générale (de 16 ans et plus) était de 27 %, soit une augmentation par rapport aux 25 % de 2021⁴. Dans l'ensemble, parmi les personnes ayant consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, 23 % ont fait état d'une consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis en 2023, les résultats montrant que les hommes ont été plus nombreux que les femmes à consommer du cannabis quotidiennement (respectivement 25 % contre 20 %)⁵.

Parallèlement à cette augmentation observée de la prévalence de la consommation de cannabis au cours des dernières années, il existe également des preuves d'une augmentation des méfaits liés au cannabis⁶. Parmi ces méfaits, on relève des blessures causées par des collisions de véhicules à moteur et d'autres blessures involontaires, un risque accru de psychose et de troubles liés à la consommation de cannabis ainsi que divers troubles découlant d'une consommation pendant la grossesse, comme un faible poids de l'enfant à la naissance^{7,8}. La littérature sur les hospitalisations et les consultations à l'urgence dues aux méfaits du cannabis est de plus en plus abondante, car le cannabis est la cause la plus fréquente d'hospitalisation pour consommation de substances chez les jeunes au Canada depuis sa légalisation^{9,10}.

En outre, on a observé une augmentation des taux de consultations à l'urgence par âge pour cause d'empoisonnement au cannabis¹¹ ainsi qu'une augmentation de la prévalence des conducteurs blessés ayant été testés positifs au dépistage du tétrahydrocannabinol (THC) depuis la légalisation¹². D'autres recherches ont également porté sur l'augmentation de la consommation de cannabis et des méfaits associés avant la légalisation^{6,13}. Par exemple, Maloney-Hall et ses collaborateurs ont montré que les hospitalisations pour

troubles psychotiques dus à la consommation de cannabis ont triplé entre 2005 et 2015¹³.

Dans cette étude, nous nous sommes appuyés sur la littérature disponible portant sur les hospitalisations et les consultations à l'urgence attribuables à la consommation de cannabis pour créer une série chronologique sur 14 ans.

Cette étude repose sur le projet Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (CEMUSC), la seule étude au Canada à estimer les coûts et les méfaits liés à une gamme de substances et de résultats sur la santé et remontant jusqu'à 2007³. Cette étude estime également les coûts et les méfaits pour huit types de substances psychoactives au total. Le projet CEMUSC estime les coûts et les méfaits attribuables au cannabis pour 20 indicateurs dans les domaines des soins de santé, de la perte économique de production et de la justice pénale, et ce, sur une période de 14 ans allant de 2007 à 2020³. Au cours de la période de l'étude (2007 à 2020), plusieurs événements importants liés à la politique sur le cannabis se sont produits, lesquels sont susceptibles d'avoir eu un impact sur les tendances en matière de méfaits liés au cannabis. Parmi ceux-ci, on souligne les changements aux règlements sur le cannabis médical (la promulgation du *Règlement sur la marijuana à des fins médicales* en 2013 et du *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* en 2016), l'annonce du gouvernement du Canada de son intention de légaliser et réglementer le cannabis non médical en 2016, la promulgation de la *Loi sur le cannabis* en octobre 2018 et la survenue de la pandémie de COVID-19 au début de 2020.

Pour mieux évaluer les tendances sur cette période de 14 ans, ainsi que l'impact potentiel de la légalisation du cannabis non médical et celui de la pandémie de la COVID-19 sur les méfaits attribuables au cannabis, nous avons étudié les hospitalisations et les consultations à l'urgence attribuables au cannabis de 2007 à 2020 ainsi que les tendances concernant plusieurs problèmes de santé liés au cannabis pendant les premières années qui ont suivi la légalisation (2019-2020).

Méthodologie

La méthodologie du projet CEMUSC 2007-2020 reposait à l'origine sur l'étude de

coûts de Rehm et ses collaborateurs¹⁴ et sur les lignes directrices internationales et la littérature pour lesquelles des estimations des coûts de la consommation de substances ont été produites pour d'autres pays^{15,16}.

Sources des données

Nous avons demandé à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) des données au niveau de l'enregistrement sur les congés obtenus par suite d'hospitalisation d'au moins une nuit et de consultations à l'urgence pour les exercices de 2006-2007 à 2020-2021 et nous avons obtenu ces données. Elles proviennent de la Base de données sur les congés des patients (BDPC)¹⁷ de l'ICIS et du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)¹⁸. Dans le cadre de cette demande, nous avons également reçu de l'information sur les coûts au niveau de l'enregistrement pour les variables de l'ICIS qui suivent : groupes de maladies analogues + /pondération de la consommation des ressources, Système global de classification ambulatoire (GMA+ /PCR, SGCA) et coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH, par province/territoire), ce qui nous a permis d'attribuer un coût approximatif à chaque enregistrement de congé¹⁹.

Les données sur les patients hospitalisés provenaient de toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, et ce, pour toutes les années étudiées. L'utilisation des données du Québec nécessite une autorisation spéciale, qui n'a pas été reçue en temps voulu, ce qui fait que les données n'ont pas pu être incluses. Seuls deux provinces (Ontario [pour 2006-2007 à 2020-2021] et Alberta [pour 2010-2011 à 2020-2021]) et un territoire (Yukon, pour les exercices 2014-2015 à 2020-2021) ont communiqué des données sur les services d'urgence contenant des informations diagnostiques (données dites de niveau 3). Le niveau 3 du SNISA est requis pour regrouper les enregistrements dans des catégories de troubles de santé liés à la consommation de substances.

Les données sur la prévalence de la consommation de cannabis proviennent de la base de données canadienne sur l'exposition à la consommation de substances (Canadian Substance Use Exposure Database ou CanSUED)^{3,20}. La base de données CanSUED, qui a été créée et est maintenue pour le projet CEMUSC, repose sur des estimations provenant de la série

d'enquêtes nationales sur la consommation de substances, dont l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD), l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD). Les estimations de la prévalence ont été modélisées en fonction de groupes d'âge* (14 ans et moins, 15 à 34 ans, 35 à 64 ans, 65 ans et plus), du sexe (homme, femme) ainsi que de la province ou du territoire et de l'année (2007-2020).

Identification des troubles de santé liés au cannabis et estimation des fractions attribuables au cannabis et des hospitalisations et consultations à l'urgence attribuables au cannabis

Pour déterminer les troubles de santé et les maladies ayant un lien de causalité avec la consommation de cannabis, nous avons utilisé les travaux de Rehm et ses collaborateurs¹⁴ ainsi que le matériel préparatoire tiré des estimations les plus récentes de la charge mondiale de morbidité (étude Global Burden of Disease)²¹. Les informations sur le risque relatif correspondant à chaque trouble de santé partiellement attribuable au cannabis proviennent de la littérature ([voir le tableau supplémentaire S1 \[en anglais seulement\]](#))²²⁻³⁰. Les problèmes de santé liés au cannabis[†] sélectionnés sont les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis » (F12[‡]), les problèmes de santé survenant pendant la grossesse en raison de la consommation de cannabis (O35.5, P04.4, P96.1), les collisions de véhicules à moteur (V1, Y85.0), les blessures involontaires comme les empoisonnements accidentels (T40.7, X41-X44, Y11-Y14) et les incendies (X00-X09, Y26), les empoisonnements intentionnels (T40.7, X61-X64) et les agressions et homicides (X85-Y09, Y87.1).

Les troubles de la catégorie F12, soit les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis »,

sont entièrement attribuables au cannabis. Autrement dit, un trouble de ce type ne pourrait pas survenir en l'absence de consommation de cannabis. D'un point de vue épidémiologique, la fraction attribuable au cannabis est donc de 1,00. D'autres problèmes de santé sont toutefois partiellement attribuables à la consommation de cannabis (par exemple, certains découlant de collisions de véhicules à moteur, de crimes non violents), ce qui signifie que la consommation de cannabis augmente le risque de survenue de ces types de problèmes, mais il est possible que ces derniers puissent également survenir en l'absence de consommation de cannabis. La proportion de chaque problème de santé, par année, province/territoire, sexe et groupe d'âge, a été estimée par un calcul des fractions attribuables au cannabis (FAC) à l'aide de la formule 1 :

$$FAC_{a,p,s,g,ps} = \frac{P_{a,p,s,g} \times (RR_{ps} - 1)}{1 + P_{a,p,s,g} \times (RR_{ps} - 1)}$$

(Formule 1)

où $P_{a,p,s,g}$ est la prévalence de l'usage de cannabis au cours de l'année écoulée, par année, province/territoire, sexe et groupe d'âge, et RR_{ps} est le risque relatif de chaque problème de santé partiellement attribuable au cannabis.

Les événements attribuables au cannabis (hospitalisations et consultations à l'urgence) ont ensuite été estimés à l'aide de la méthodologie suivante. Tout d'abord, les congés ont été recensés en fonction de tout au plus un problème de santé lié au cannabis, établi comme diagnostic principal au moyen du code CIM-10, à l'exception d'une méthodologie différente pour les blessures et les empoisonnements. En effet, les congés obtenus par suite de blessures et d'empoisonnements ont également un code de cause externe, qui décrit comment la blessure (par exemple, un bras cassé) est survenue (par exemple, une collision avec un véhicule à moteur). Dans ce cas, le code de la cause externe

est utilisé pour classer le congé dans tout au plus un groupe de problèmes de santé liés au cannabis. Les FAC calculées à l'aide de la formule 1 sont ensuite appliquées par année, province/territoire, sexe, groupe d'âge et problème de santé pour obtenir une estimation du nombre d'hospitalisations et de consultations à l'urgence attribuables au cannabis.

Estimation des taux attribuables au cannabis et des coûts de soins de santé associés

Les taux fondés sur la population ont été calculés en divisant les effectifs dans chaque sous-groupe de population par la population correspondante au 1^{er} juillet de l'année en question d'après les données de Statistique Canada³¹. Les estimations de coûts au niveau de l'enregistrement ont été produites en multipliant les variables GMA+/PCR (pour les patients hospitalisés) ou SGCA PCR (pour les consultations à l'urgence) par le CSSH, au lieu de comptabiliser l'enregistrement comme 1,0. Les calculs de coûts ont ensuite été estimés en additionnant les estimations de coûts au niveau de l'enregistrement.

De 2016 à 2020, une analyse ciblée a été réalisée pour les troubles de santé de la catégorie F12-les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis ». Ces troubles F12 ont été regroupés dans cinq sous-catégories : l'intoxication aiguë (F12.0), la dépendance et le sevrage (F12.2, F12.3, F12.4), l'utilisation nocive pour la santé (F12.1), les troubles psychotiques (F12.5, F12.7) et les autres troubles (F12.6, F12.8, F12.9). Les taux ont été calculés au moyen des mêmes données de population que celles décrites précédemment.

Méthodes d'imputation dans les services d'urgence

Les informations relatives aux consultations à l'urgence au niveau provincial/territorial étaient incomplètes. Seuls l'Ontario (pour les exercices de 2006-2007 à 2020-2021), l'Alberta (pour 2010-2011 à 2020-2021)

* Dans le cadre de l'étude nationale complète des coûts (CEMUSC), ces groupes d'âge ont été sélectionnés pour maintenir la cohérence entre les 20 indicateurs. L'étude de coûts sous-jacente recueille également des données pour plusieurs variables (province/territoire, sexe, âge, substances, années et état de santé, le cas échéant). En raison de problèmes de divulgation pour certains ensembles de données, un niveau de détail plus précis dans la répartition par âge poserait des difficultés.

† Dès que les patients obtiennent leur congé d'un hôpital canadien, ils se voient attribuer un code qui indique le principal motif de leur séjour à l'hôpital. Différentes bases de données utilisent des systèmes de codification différents. La Base de données sur les congés des patients utilise la version canadienne de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10-CA), ce dont nous tenons compte dans notre méthodologie.

‡ Les troubles inclus dans ce diagnostic (code CIM-10-CA, F12.0-12.9) sont l'intoxication aiguë, l'utilisation nocive pour la santé, le syndrome de dépendance, le syndrome de sevrage, le syndrome de sevrage avec delirium, le trouble psychotique, le syndrome amnésique, le trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive, les autres troubles mentaux et du comportement et le trouble mental ou du comportement sans précision.

et le Yukon (pour 2014-2015 à 2020-2021) ont communiqué des informations diagnostiques complètes (correspondant au niveau 3 du SNISA). Par conséquent, ces trois provinces/territoire ont été utilisés dans l'analyse primaire des coûts liés aux consultations à l'urgence, puis les coûts et le nombre de consultations à l'urgence pour toutes les autres provinces et territoires ont été imputés à partir de cette base. Afin d'imputer les coûts à toutes les autres provinces, des tableaux récapitulatifs pour l'Ontario et l'Alberta ont été créés, lesquels indiquent les coûts des consultations à l'urgence par province/territoire, année, sexe, groupe d'âge et trouble pour chaque substance. Ces tableaux récapitulatifs ont été compilés pour chaque trouble de santé, ce qui a permis d'obtenir un tableau des coûts pour chaque province/territoire, année, sexe et groupe d'âge.

Avec les informations de l'Alberta et de l'Ontario de 2007 à 2020 et du Yukon de 2015 à 2020, les coûts de consultations à l'urgence pour les autres provinces ont été imputés selon la formule 2 :

$$\text{Coût}_{a,p,s,g} = \text{Coût}_{a,PT,s,g} \times \frac{\text{CSSH}_p}{\text{CSSH}_{PT}} \times \frac{\text{population}_{a,p,s,g}}{\text{population}_{a,PT,s,g}} \times \frac{\text{prévalence}_{a,p,s,g}}{\text{prévalence}_{a,PT,s,g}}$$

(Formule 2)

où a est l'année, p est la province/territoire imputé, PT est la province/territoire disposant d'informations complètes (Ontario, Alberta ou Yukon) utilisées pour effectuer l'imputation, s est le sexe, g est le groupe d'âge et $CSSH$ est la variable du coût d'un séjour standard à l'hôpital au niveau provincial provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les coûts ont été ajustés en fonction d'un facteur de « différence de coûts des soins de santé ». Ce facteur repose sur le rapport des variables de $CSSH$ de l'Ontario et de l'Alberta.

Analyse

Les données relatives aux hospitalisations et aux consultations à l'urgence ont été présentées sous forme de coûts et de taux bruts (pour 100 000 habitants) pour les groupes d'âge de 14 ans et moins, de 15 à 34 ans, de 35 à 64 ans et de 65 ans et plus, puis regroupées par sexe (hommes et femmes). En outre, nous avons calculé la variation en pourcentage de 2019 (soit la première année complète de données

après la légalisation du cannabis au Canada) à 2020 pour les hospitalisations par suite de blessures involontaires attribuables au cannabis afin de connaître la tendance chez les hommes et les femmes au cours des deux premières années après la légalisation du cannabis. Tout au long de cet article, nous avons calculé la variation en pourcentage de 2007 à 2020, afin de comprendre les tendances générales sur l'ensemble de la période étudiée. Enfin, nous avons étudié les hospitalisations et les consultations à l'urgence pour troubles mentaux et comportements attribuables au cannabis grâce à l'analyse de la catégorie de troubles F12 pour 2016 à 2020 (voir la section Résultats). Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique R, version 4.3.3 (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche) et d'Excel (Microsoft Corp., Redmond, Washington, États-Unis).

Résultats

Hospitalisations

Tendances générales

En 2020, le cannabis fut responsable d'environ 5318 hospitalisations. Le taux brut global d'hospitalisations attribuables au cannabis a augmenté de 120 % entre 2007 et 2020, la majeure partie de cette augmentation ayant eu lieu avant la légalisation du cannabis (2007-2016; tableau 1). Si l'on observe la tendance lors des premières années suivant la légalisation, les hospitalisations ont connu une hausse, passant de 12,8 pour 100 000 habitants en 2019 à 14,0 pour 100 000 habitants en 2020 (soit une hausse de 9 %). La plus forte hausse en pourcentage des taux bruts d'hospitalisations attribuables au cannabis au cours de la période étudiée a été observée chez les jeunes : les filles de moins de 15 ans ont connu une augmentation de 247 % et les garçons de moins de 15 ans, une augmentation de 226 %. De plus, c'est dans le groupe d'âge des 15 à 34 ans que l'écart entre les taux pour les hommes et les femmes s'est le plus creusé par rapport aux autres groupes d'âge.

Tendances par catégorie de problèmes de santé

Entre les deux premières années qui ont suivi la légalisation du cannabis (2019 et 2020), la plus forte hausse des taux bruts d'hospitalisation a été observée pour des blessures involontaires (41 %). Cependant, à titre de comparaison, entre les deux années qui ont précédé la légalisation du

cannabis (2016 à 2018), le taux brut d'hospitalisations pour des blessures involontaires avait augmenté de 72 % (voir la [figure supplémentaire S1 \[en anglais seulement\]](#)). En outre, entre 2019 et 2020, l'augmentation chez les 14 ans et moins a été de 124 % (figure 1) et, alors que le taux brut était plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour la plupart des années, le taux de variation des hospitalisations pour blessures involontaires entre 2019 et 2020 a été plus élevé chez les femmes (60 %) que chez les hommes (24 %; [Tableau supplémentaire S2 \[en anglais seulement\]](#)).

Les coûts par personne liés aux troubles neuropsychiatriques (troubles mentaux et du comportement attribuables au cannabis) sont ceux qui ont le plus augmenté entre 2007 et 2020 (160 %), suivis par les coûts par personne liés aux blessures involontaires (150 %; [Figure supplémentaire S2 \[en anglais seulement\]](#)). Les troubles neuropsychiatriques ont également formé une proportion croissante de l'ensemble des hospitalisations attribuables au cannabis entre 2007 et 2020 ([Tableau supplémentaire S3 \[en anglais seulement\]](#)), et les taux les plus élevés ont été observés dans le groupe d'âge des 15 à 34 ans (figure 1). Le taux d'hospitalisations pour des troubles neuropsychiatriques est demeuré relativement stable de 2016 à 2019 puis a connu une hausse entre 2019 et 2020 (13 %; [Tableau supplémentaire S3 \[en anglais seulement\]](#)). Entre 2019 et 2020, l'augmentation la plus importante a eu lieu dans le groupe des 14 ans et moins (51 %), suivi du groupe des 35 à 64 ans (22 %; figure 1). Par ailleurs, une brève analyse des hospitalisations liées aux collisions de véhicules à moteur attribuables au cannabis montre que les taux ont culminé en 2018, soit une hausse de 37 % par rapport à 2007 (figure 1). Ce taux a légèrement diminué (6 %) après 2018.

Tendances par catégorie de troubles F12 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis)

Âge

Des analyses plus poussées sur les troubles neuropsychiatriques, plus particulièrement la catégorie de troubles F12 (tableau 2), ont montré qu'entre 2019 et 2020, le taux brut d'hospitalisations pour troubles psychotiques (F12.5) attribuables au cannabis a augmenté de 38 %, passant de 2,0 à 2,8 pour 100 000, chez les 35 à 64 ans. Au cours de la même période, les

TABLEAU 1
Taux brut global (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations attribuables au cannabis, selon le sexe et l'âge, Canada^a, 2007-2020

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Variation en % entre 2007 et 2020 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------------------------------------|
| Femmes | 4,1 | 4,2 | 3,7 | 4,4 | 5,0 | 5,2 | 6,2 | 6,3 | 7,6 | 8,2 | 8,3 | 9,0 | 8,8 | 9,5 | 134 |
| 14 ans et moins | 4,1 | 4,3 | 4,5 | 5,9 | 7,6 | 7,9 | 9,3 | 9,7 | 10,9 | 11,8 | 11,1 | 13,7 | 11,6 | 14,1 | 247 |
| 15 à 34 ans | 6,5 | 6,9 | 5,7 | 6,7 | 7,5 | 7,4 | 10,0 | 9,6 | 13,0 | 13,9 | 15,1 | 14,8 | 14,8 | 15,9 | 146 |
| 35 à 64 ans | 3,0 | 3,1 | 2,7 | 3,0 | 3,2 | 3,5 | 3,7 | 4,1 | 4,6 | 5,0 | 4,8 | 5,4 | 5,5 | 6,4 | 111 |
| 65 ans et plus | 2,7 | 2,7 | 2,3 | 2,5 | 3,2 | 3,2 | 3,5 | 3,6 | 4,0 | 4,4 | 4,5 | 5,1 | 5,4 | 4,0 | 48 |
| Hommes | 8,7 | 8,6 | 8,3 | 9,8 | 11,5 | 12,0 | 12,7 | 13,9 | 14,5 | 16,5 | 16,9 | 16,8 | 16,9 | 18,5 | 113 |
| 14 ans et moins | 5,6 | 6,2 | 6,3 | 7,9 | 10,6 | 11,3 | 12,6 | 14,0 | 13,9 | 15,6 | 18,1 | 15,3 | 15,7 | 18,2 | 226 |
| 15 à 34 ans | 16,8 | 16,5 | 15,5 | 18,7 | 21,5 | 22,6 | 23,9 | 26,1 | 27,2 | 30,9 | 30,6 | 31,6 | 30,4 | 33,0 | 97 |
| 35 à 64 ans | 6,2 | 6,1 | 5,9 | 6,6 | 7,5 | 7,7 | 8,1 | 8,7 | 9,6 | 11,2 | 11,3 | 11,5 | 12,3 | 13,9 | 123 |
| 65 ans et plus | 3,2 | 3,1 | 3,0 | 3,7 | 4,3 | 4,7 | 4,7 | 5,4 | 5,5 | 6,5 | 6,7 | 6,8 | 7,3 | 6,7 | 107 |
| Ensemble | 6,4 | 6,4 | 6,0 | 7,1 | 8,2 | 8,6 | 9,4 | 10,1 | 11,0 | 12,3 | 12,6 | 12,9 | 12,8 | 14,0 | 120 |

Source des données : Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé, de 2006-2007 à 2020-2021, et Système national d'information sur les soins ambulatoires, de 2006-2007 à 2020-2021.

^a Excluant le Québec.

taux d'hospitalisation pour troubles psychotiques dans le groupe des 15 à 34 ans ont également augmenté de 21 %, passant de 8,7 à 10,6 pour 100 000. Comparativement, avant la légalisation, entre 2016 et 2018, les taux avaient augmenté de 22 % chez les 35 à 64 ans et de 10 % chez les 15 à 34 ans. En outre, les hospitalisations pour intoxication aiguë attribuables au cannabis ont presque triplé entre 2019 et 2020 chez les 14 ans et moins. Les taux globaux de dépendance et de sevrage sont restés stables entre 2019 et 2020, avec toutefois une diminution chez les 15 à 34 ans (19 %) et les 35 à 64 ans (16 %).

Sexe

Le taux brut d'hospitalisations attribuables au cannabis pour cause de troubles psychotiques s'est révélé plus élevé chez les hommes que chez les femmes ([Tableau supplémentaire S4 \[en anglais seulement\]](#)), tant avant la légalisation (2016-2018) qu'au cours des deux premières années ayant suivi la légalisation (2019-2020), avec toutefois un taux d'augmentation entre 2019 et 2020 plus marqué chez les femmes (34 %) que chez les hommes (22 %).

Consultations à l'urgence

Tendances générales

En 2020, le cannabis a été à l'origine d'environ 37 341 consultations à l'urgence. De 2007 à 2019, les coûts par personne liés aux consultations à l'urgence attribuables

au cannabis ont augmenté de 95 %, avant de diminuer légèrement en 2020 ([Tableau supplémentaire S5 \[en anglais seulement\]](#)). De même, le taux brut de consultations à l'urgence attribuables au cannabis a augmenté de 113 % entre 2007 et 2019, puis a diminué de 12 % entre 2019 et 2020.

Tendances par groupe d'âge et par sexe

Les taux de consultations à l'urgence attribuables au cannabis ont culminé en 2019 dans tous les groupes d'âge, puis ont diminué en 2020 (figure 2). Sur l'ensemble de la période étudiée (2007-2020), les taux de consultations à l'urgence ont été les plus élevés chez les 15 à 34 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. De plus, le groupe d'âge des 14 ans et moins a affiché le pourcentage d'augmentation le plus élevé (136 %), suivi des 15 à 34 ans (112 %), des 35 à 64 ans (91 %) et des 65 ans et plus (9 %). Au cours des deux premières années ayant suivi la légalisation (2019-2020), tous les groupes d'âge ont connu un déclin des consultations à l'urgence attribuables au cannabis. En outre, le nombre de consultations à l'urgence attribuables au cannabis a été continuellement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. À partir de 2007, les taux de consultations à l'urgence ont augmenté de 108 % chez les hommes et de 120 % chez les femmes jusqu'en 2019, puis ont diminué de respectivement 12 % et 11 % en 2020 (figure 2).

Tendances en fonction de la catégorie de troubles F12 (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis)

Âge

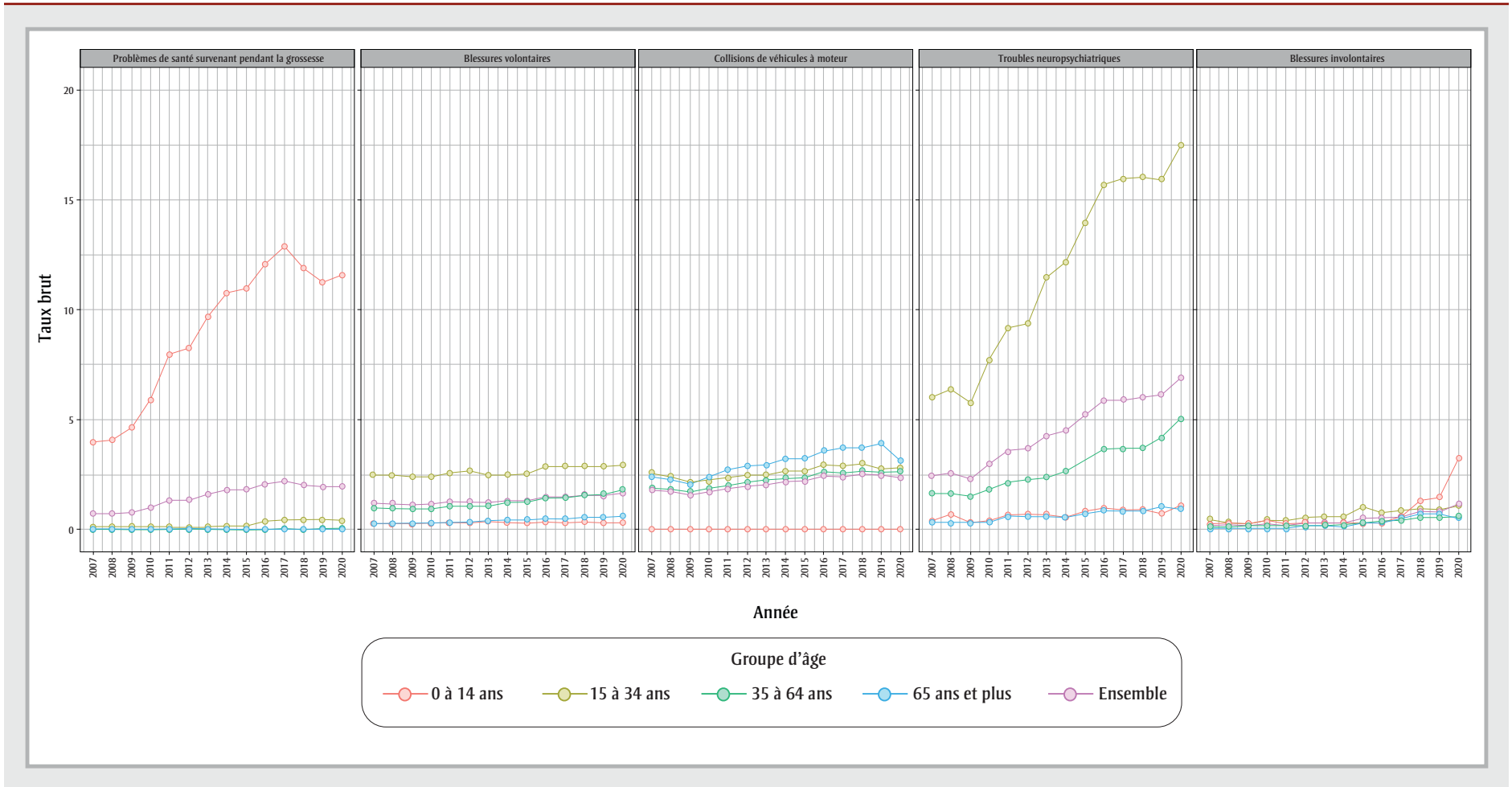
En 2020, chez les 14 ans et moins, les intoxications aiguës (F12.0) ont été à l'origine de la plupart des consultations à l'urgence pour troubles mentaux et comportementaux attribuables à la consommation de cannabis (48 %), suivies par l'utilisation nocive pour la santé (F12.1) (43 %; tableau 3). De plus, en 2020, 42 % de l'ensemble des consultations à l'urgence pour troubles mentaux et du comportement chez les 15 à 34 ans étaient liées à une utilisation de cannabis nocive pour la santé et 27 %, à une intoxication aiguë. De 2016 à 2018, les intoxications aiguës ont augmenté de 135 % dans l'ensemble des groupes d'âge.

Entre 2019 et 2020, le taux brut de troubles psychotiques (F12.5) chez les 15 à 34 ans a affiché la plus forte hausse, soit de 20 %, passant de 12,9 à 15,5 pour 100 000. Au cours de la même période, les consultations à l'urgence pour des syndromes de dépendance et de sevrage (F12.2, F12.3, F12.4) ont augmenté de 15 % chez les 15 à 34 ans et de 32 % chez les 35 à 64 ans.

Sexe

En 2020, le taux brut de consultations à l'urgence pour troubles mentaux et du comportement attribuables au cannabis le plus élevé à la fois chez les hommes et

FIGURE 1
Taux brut (pour 100 000 habitants) d'hospitalisations attribuables au cannabis, selon les problèmes de santé et l'âge, Canada^a, 2007-2020



Remarque : Les blessures involontaires comprennent les empoisonnements involontaires et les incendies.

^a Exclut les hospitalisations au Québec.

TABEAU 2
Taux brut d'hospitalisations attribuables au cannabis (pour 100 000) en fonction de la catégorie de troubles F12^a (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis), selon l'âge, Canada^b, 2016-2020

| Trouble F12 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Intoxication aiguë | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,3 |
| 14 ans et moins | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,3 |
| 15 à 34 ans | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,4 |
| 35 à 64 ans | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 0,2 |
| 65 ans et plus | 0,3 | 0,1 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| Dépendance et sevrage | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| 14 ans et moins | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| 15 à 34 ans | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,1 | 0,9 |
| 35 à 64 ans | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| 65 ans et plus | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |
| Utilisation nocive pour la santé | 1,1 | 1,2 | 1,1 | 1,1 | 1,0 |
| 14 ans et moins | 0,3 | 0,5 | 0,3 | 0,2 | 0,3 |
| 15 à 34 ans | 3,2 | 3,3 | 3,1 | 3,1 | 2,5 |
| 35 à 64 ans | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,6 |
| 65 ans et plus | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Trouble psychotique | 2,6 | 2,6 | 2,8 | 3,2 | 4,0 |
| 14 ans et moins | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 |
| 15 à 34 ans | 7,3 | 7,1 | 8,1 | 8,7 | 10,6 |
| 35 à 64 ans | 1,3 | 1,6 | 1,6 | 2,0 | 2,8 |
| 65 ans et plus | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,3 |
| Ensemble des autres troubles | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| 14 ans et moins | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 |
| 15 à 34 ans | 1,7 | 2,0 | 2,2 | 1,8 | 2,0 |
| 35 à 64 ans | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,5 |
| 65 ans et plus | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Ensemble | 5,0 | 5,1 | 5,4 | 5,7 | 6,4 |

^a Catégorie de codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA).

^b Exclut les hospitalisations au Québec.

chez les femmes ([Tableau supplémentaire S6 \[en anglais seulement\]](#)) concernait les utilisations nocives pour la santé, suivies par les intoxications aiguës. Entre 2019 et 2020, c'est le taux brut d'utilisation nocive pour la santé chez les femmes qui a connu la plus forte hausse, passant de 10,8 à 11,8 pour 100 000 (10 %), par rapport à celui des hommes, qui a diminué de 18,7 à 17,7 pour 100 000 (5 %).

Analyse

Dans l'ensemble, dans tous les groupes d'âge et pour tous les problèmes de santé, les hospitalisations et les consultations à l'urgence ont connu une hausse entre 2007 et 2020. La légalisation du cannabis non médical en 2018 et la pandémie de COVID-19 en 2020 peuvent avoir influencé ces tendances, plus particulièrement en ce

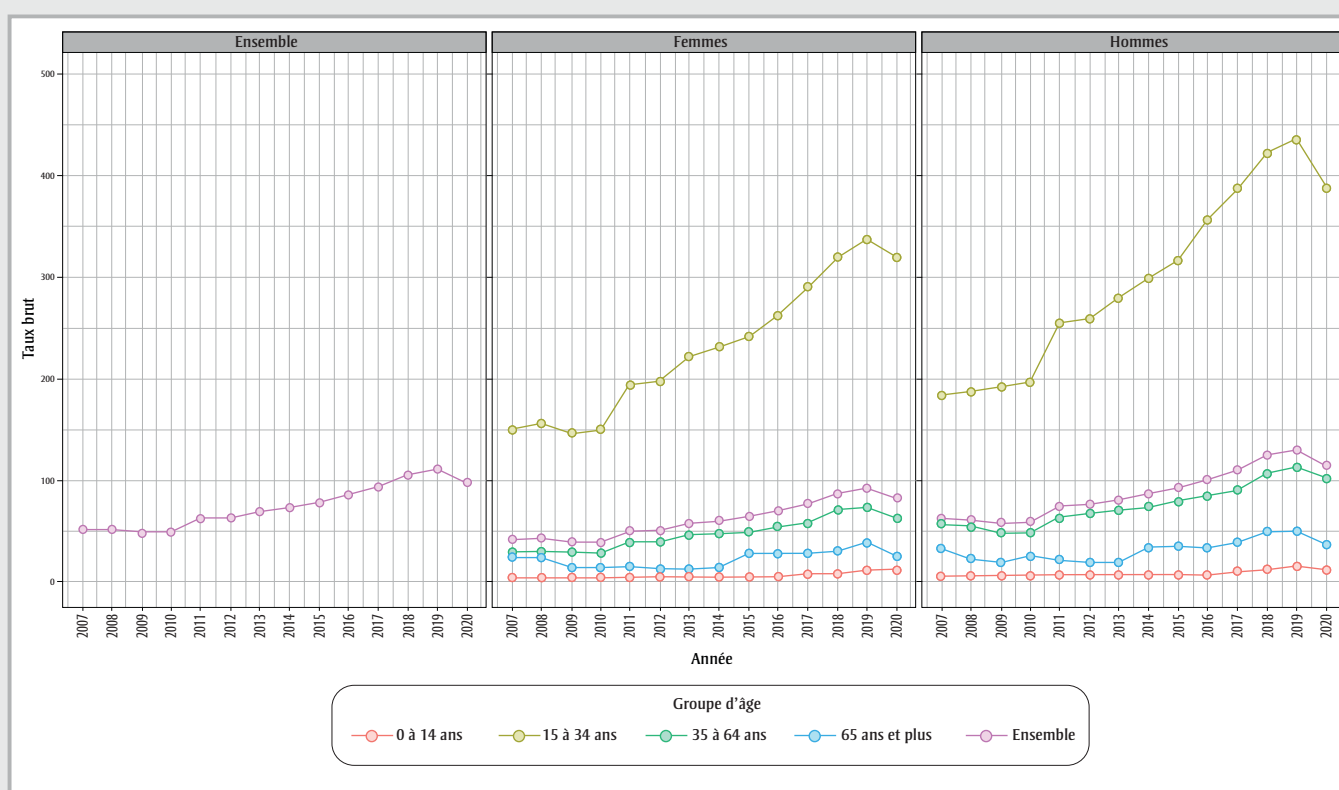
qui concerne les hospitalisations attribuables à des blessures involontaires et à des troubles neuropsychiatriques. Cependant, la consommation de cannabis et les méfaits qui en découlent ont globalement augmenté au fil du temps⁶. Ces résultats cadrent avec ceux découlant de recherches, de plus en plus nombreuses, qui montrent un lien entre la consommation fréquente et à long terme de cannabis et les troubles psychotiques et autres troubles mentaux^{13,32}.

Tendances en matière d'hospitalisations selon le problème de santé, l'âge et le sexe

Le taux brut d'hospitalisations dues à la consommation de cannabis a augmenté de 120 % entre 2007 et 2020 et de 9 % au cours des deux premières années ayant suivi la légalisation du cannabis non médical à la fin de 2018 (2019-2020). La

hausse du nombre d'hospitalisations attribuables à des troubles neuropsychiatriques, des collisions de véhicules à moteur et des blessures involontaires liés au cannabis (dont les empoisonnements) a contribué à cette tendance. Ce sont les coûts par personne d'hospitalisations attribuables à des troubles neuropsychiatriques qui ont connu la plus forte hausse au cours des 14 ans, suivis par les coûts par personne liés aux blessures involontaires, tandis que c'est le taux brut d'hospitalisations pour blessures involontaires qui a affiché la plus forte augmentation (plus du quintuple) au cours de la période étudiée (2007-2020). Au cours des deux années ayant précédé la légalisation du cannabis (2016-2018), le taux d'hospitalisations pour blessures involontaires a augmenté de 72 %. De 2019 à 2020, ces taux ont continué à augmenter, bien que

FIGURE 2
Taux brut (pour 100 000) des consultations à l'urgence attribuables au cannabis, selon l'âge et le sexe, Canada^a, 2007-2020



Remarque : Comme les informations sur les problèmes de santé ayant mené à une consultation à l'urgence n'étaient pas disponibles pour toutes les provinces et tous les territoires, elles ne sont pas présentées.

^a Exclut les consultations à l'urgence au Québec.

dans une moindre mesure (41 %), par rapport à la hausse observée avant la légalisation. Les 14 ans et moins et les femmes ont affiché les plus fortes hausses des taux bruts d'hospitalisations pour blessures involontaires après 2018 (respectivement 124 % et 60 %).

Il est important de noter que, pendant la première année de la légalisation (octobre 2018 à octobre 2019), la vente de produits comestibles à base de cannabis n'était pas encore légale au Canada. Les recherches portent à penser que les produits comestibles à base de cannabis (par exemple, jujubes, bonbons, chocolats, pains et pâtisseries) ont été associés à un plus grand nombre d'empoisonnements involontaires que les autres formes de produits du cannabis³³. Alors que ce rapport présente la tendance nationale, d'autres recherches ont révélé que les taux d'hospitalisations pour empoisonnements dus au cannabis chez les enfants étaient plus élevés dans les provinces/territoires qui ne restreignaient pas certains types de produits comestibles à base de cannabis,

en particulier les produits attrayants pour les enfants et les jeunes^{34,35}. Une éducation continue favorisant l'entreposage sûr des produits comestibles à base de cannabis et une surveillance future des tendances, puisque les produits comestibles sont devenus largement disponibles sur le marché légal et que les produits sont attrayants pour les enfants et les jeunes, seront nécessaires pour déterminer s'il convient de mettre en œuvre une politique supplémentaire sur la vente, l'emballage, l'entreposage ou l'étiquetage de ces produits afin de prévenir les méfaits liés au cannabis comme l'empoisonnement, plus particulièrement chez les 14 ans et moins³⁶⁻³⁸.

La plupart des hospitalisations attribuables au cannabis au cours de la période étudiée concernaient des troubles neuropsychiatriques, et ces hospitalisations ont continué à augmenter après 2018, plus particulièrement chez les 14 ans et moins. Ces problèmes correspondent à une gamme de diagnostics, dont les psychoses. Les hospitalisations pour troubles psychotiques

chez les 35 à 64 ans ont augmenté de 38 % entre 2019 et 2020. D'autres études ont également fait état d'une augmentation des hospitalisations et des consultations à l'urgence pour des psychoses liées au cannabis après la légalisation^{10,39}. Cette augmentation peut être en partie due à l'amélioration et à l'élargissement des connaissances des fournisseurs de soins de santé sur la consommation de cannabis et les troubles connexes au Canada⁴⁰. Cependant, d'autres études ont fait état de preuves non concluantes d'une augmentation des troubles psychiatriques après la légalisation⁴⁰.

Des données probantes révèlent que des niveaux plus élevés de consommation de cannabis augmentent le risque de manifestations psychotiques⁴¹. La consommation d'un cannabis plus puissant a aussi été associée à un risque accru de psychose⁴², et certaines études montrent que la fréquence de consommation de cannabis est associée à un risque accru de troubles neuropsychiatriques, en particulier chez les jeunes⁴³⁻⁴⁵. Des recherches

TABEAU 3
Taux brut de consultations à l'urgence attribuables au cannabis (pour 100 000) par catégorie de troubles F12^a (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis), selon l'âge, Canada^b, 2016-2020

| Trouble F12 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Intoxication aiguë | 4,5 | 6,7 | 10,6 | 12,7 | 11,1 |
| 14 ans et moins | 1,0 | 2,0 | 2,8 | 4,4 | 2,9 |
| 15 à 34 ans | 12,2 | 17,6 | 26,1 | 28,2 | 24,9 |
| 35 à 64 ans | 2,2 | 3,4 | 6,4 | 9,2 | 8,1 |
| 65 ans et plus | 1,0 | 1,6 | 3,0 | 3,8 | 3,5 |
| Dépendance et sevrage | 1,7 | 2,0 | 2,0 | 2,3 | 2,6 |
| 14 ans et moins | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |
| 15 à 34 ans | 4,9 | 5,5 | 6,0 | 6,6 | 7,6 |
| 35 à 64 ans | 0,9 | 1,0 | 0,9 | 1,0 | 1,3 |
| 65 ans et plus | 0,0 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,0 |
| Utilisation nocive pour la santé | 8,1 | 10,6 | 12,6 | 14,7 | 14,7 |
| 14 ans et moins | 1,8 | 2,7 | 2,9 | 3,7 | 2,6 |
| 15 à 34 ans | 23,2 | 30,5 | 34,7 | 37,5 | 38,7 |
| 35 à 64 ans | 3,5 | 4,2 | 6,1 | 8,8 | 8,8 |
| 65 ans et plus | 0,6 | 0,9 | 1,4 | 1,9 | 1,6 |
| Trouble psychotique | 2,4 | 3,3 | 3,9 | 4,5 | 5,4 |
| 14 ans et moins | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| 15 à 34 ans | 7,5 | 9,8 | 11,5 | 12,9 | 15,5 |
| 35 à 64 ans | 0,9 | 1,4 | 1,9 | 2,2 | 3,0 |
| 65 ans et plus | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,1 |
| Ensemble des autres troubles | 1,1 | 1,3 | 1,6 | 2,1 | 1,9 |
| 14 ans et moins | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 |
| 15 à 34 ans | 3,4 | 3,7 | 4,8 | 5,5 | 5,3 |
| 35 à 64 ans | 0,4 | 0,5 | 0,7 | 1,2 | 1,0 |
| 65 ans et plus | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| Ensemble | 17,9 | 23,8 | 30,8 | 36,2 | 35,8 |

^a Catégorie de codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, Canada (CIM-10-CA).

^b Exclut les consultations à l'urgence au Québec.

révèlent qu'il existe des risques et des méfaits propres au genre associés à la consommation de cannabis, notamment lorsque la fréquence et les habitudes de consommation sont prises en compte⁴⁶. Par exemple, les jeunes hommes consomment du cannabis plus souvent et en plus grandes quantités, et sont plus susceptibles d'en consommer seuls, augmentant ainsi leur risque de dépendance et de maladies mentales par rapport à celui des jeunes femmes⁴⁶.

Par conséquent, une surveillance étroite des tendances sur le plan des troubles neuropsychiatriques attribuables au cannabis et des indicateurs relatifs au cannabis (fréquence de consommation, puissance des produits utilisés et niveau global d'exposition au cannabis) sera nécessaire pour mieux établir le profil des méfaits

potentiels. La littérature actuelle souligne la nécessité de rendre plus équitable l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, de même que de sensibiliser le public⁴⁷, en particulier les jeunes et les jeunes adultes, dans la mesure où l'éducation actuelle est inadéquate⁴⁸.

Tendances en matière de consultations à l'urgence selon le problème de santé, l'âge et le sexe

Les coûts globaux par personne liés aux consultations à l'urgence attribuables au cannabis ont augmenté de 95 % entre 2007 et 2019, puis ont légèrement diminué (de 2 %) entre 2019 et 2020³. Le taux brut global de consultations à l'urgence a également augmenté (113 %) entre 2007 et 2019, pour ensuite diminuer (12 %) entre

2019 et 2020. C'est chez les 14 ans et moins et chez les 15 à 34 ans que les méfaits ont affiché la plus forte hausse de 2007 à 2018, soit l'année de la légalisation du cannabis. Myran et ses collaborateurs ont également constaté que les consultations à l'urgence attribuables au cannabis avaient augmenté avant sa légalisation à la fin de 2018³⁵.

En outre, en 2020, près de la moitié (48 %) des consultations à l'urgence pour troubles mentaux et du comportement attribuables au cannabis chez les 14 ans et moins concernaient des intoxications aiguës. Bien que des recherches n'aient révélé aucune différence dans le taux global de consultations à l'urgence en raison d'une intoxication aiguë après la légalisation du cannabis, les consultations chez les 18 à 29 ans ont augmenté de plus de

50 %⁴⁹. Nous avons également constaté que les consultations à l'urgence pour des syndromes de dépendance et de sevrage ont augmenté entre 2019 et 2020 chez les 15 à 34 ans et chez les 35 à 64 ans. De plus, des recherches ont conclu que, dans l'ensemble, l'utilisation nocive, l'intoxication aiguë et la dépendance étaient les causes les plus fréquentes de consultations à l'urgence par suite d'accidents de la route attribuables au cannabis entre 2010 et 2021⁵⁰.

En général, les taux de consultations à l'urgence dans tous les groupes d'âge ont probablement été influencés par la réduction du recours aux services de soins de santé en raison de la pandémie, notamment les consultations à l'urgence, et par la perturbation des habitudes de vie au quotidien^{51,52}. Les recherches ont révélé que le renforcement progressif des restrictions sur la vente au détail de cannabis dans certaines provinces a également eu une influence sur les tendances observées pendant la pandémie³⁵. Par conséquent, pour déterminer les tendances post-pandémiques liées aux consultations à l'urgence en raison de la consommation de cannabis, le maintien d'une surveillance est nécessaire. Des recherches futures pourraient porter sur la façon dont les réglementations provinciales et territoriales sur le cannabis ont eu une incidence sur les méfaits attribuables au cannabis au cours de la période de reprise après la pandémie.

Points forts et limites

L'un des principaux points forts de notre étude est que nous avons estimé les méfaits de la consommation de substances qui étaient entièrement attribuables à la consommation de cannabis et ceux qui l'étaient partiellement, et ce, entre 2007 et 2020, ce qui a permis une analyse des données au fil du temps. L'étude présente toutefois certaines limites. Le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) a été exclu du calcul du nombre d'hospitalisations, en raison de l'incompatibilité de sa base de données avec la CIM-10. De plus, pour l'Ontario et le Manitoba, il y a probablement une sous-estimation du nombre d'hospitalisations et des coûts.

Une autre limite de cette étude, et de l'étude de coûts sous-jacente, est le grand nombre de données imputées nécessaires pour procéder à l'analyse des consultations

à l'urgence. Les données de niveau 3 du SNISA n'étaient disponibles que pour trois provinces/territoires (l'Ontario pour les exercices 2006-2007 à 2020-2021, l'Alberta pour les exercices 2010-2011 à 2020-2021 et le Yukon pour 2015 à 2020). Par conséquent, les coûts et le nombre de consultations à l'urgence ont été imputés pour les autres provinces au moyen des groupes provinciaux normalisés, afin d'obtenir un rapport à l'échelle nationale. En outre, les estimations n'étaient disponibles que jusqu'en 2020. Il est donc difficile de distinguer les premiers effets de la légalisation de ceux de la pandémie. D'autres données montrent que les hospitalisations et les consultations à l'urgence pour des empoisonnements au cannabis et des troubles mentaux et du comportement ont continué à augmenter entre 2020 et 2021⁵³. Outre une augmentation du taux de consultations à l'urgence et d'hospitalisations attribuables au cannabis chez les enfants, d'autres recherches ont constaté une gravité accrue des cas de consultation à l'urgence, en particulier chez les enfants de 12 ans et moins^{35,54-56}.

Conclusion

Cet article présente les indicateurs des méfaits attribuables au cannabis et des coûts associés sur une période de 14 ans. Nos résultats montrent une tendance à la hausse des hospitalisations et des consultations à l'urgence pour des troubles neuropsychiatriques et des empoisonnements attribuables au cannabis, plus particulièrement chez les enfants et les jeunes. C'est pourquoi une surveillance exhaustive des méfaits liés au cannabis est nécessaire, ainsi que la prestation de services et d'une éducation adéquats, afin d'assurer la santé et la sécurité des personnes à risque.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier John Dorocicz et à souligner ses contributions à la méthodologie et à l'analyse de cette étude et à l'ensemble de l'étude Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada depuis 2016. Les auteurs souhaitent également remercier Cathleen de Groot pour son soutien technique et son expertise en tant que spécialiste de l'information dans le cadre de la préparation du manuscrit.

Financement

Ces travaux ont pu être réalisés grâce au soutien financier de Santé Canada.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

EB, RMS : conception.

RM, AS, RMS : analyse formelle.

PK, TS, EB, AG, AS, RM, JZ, AZ (Groupe de travail sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada) : méthodologie (étude sous-jacente).

AS : méthodologie (étude actuelle).

RM : administration de projet.

RM : conception des tableaux et figures.

RM, RMS : rédaction de la première version du manuscrit.

RM, AS, RG, CS, SW, MY : relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Cannabis. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-12/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Cannabis-2020-fr.pdf>
2. Statistique Canada. De la recherche aux connaissances : le cannabis au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [modification le 16 oct. 2023; consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2023006-fra.htm>
3. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023 [consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://cemusc.ca/documents/reports/francais/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2023-fr.pdf>

4. Santé Canada. Enquête canadienne sur le cannabis de 2022 : Sommaire [Internet]. [Enquête]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2022 [modification le 16 déc. 2022; consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2022-sommaire.html>
5. Santé Canada. Enquête canadienne sur le cannabis de 2023 : Sommaire [Internet]. [Enquête]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2023 [modification le 18 jan. 2024; consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2023-sommaire.html>
6. Imtiaz S, Nigatu YT, Ali F, et al. Cannabis legalization and cannabis use, daily cannabis use and cannabis-related problems among adults in Ontario, Canada (2001-2019). *Drug Alcohol Depend.* 2023;244:109765. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109765>
7. Fischer B, Hall W, Fidalgo TM, et al. Recommendations for reducing the risk of cannabis use-related adverse psychosis outcomes: a public mental health-oriented evidence review. *J Dual Diagn.* 2023;19(2-3):71-96. <https://doi.org/10.1080/15504263.2023.2226588>
8. Memedovich KA, Dowsett LE, Spackman E, Noseworthy T, Clement F. The adverse health effects and harms related to marijuana use: an overview review. *CMAJ Open.* 2018;6(3):E339-E346. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180023>
9. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le taux d'hospitalisations liées à l'utilisation de substances en baisse chez les jeunes, mais plus élevé qu'avant la pandémie [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2023 [consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www.cih.ca/fr/nouvelles/le-taux-dhospitalisations-liees-a-lutilisation-de-substances-en-baisse-chez-les-jeunes>
10. Myran DT, Gaudreault A, Konikoff L, Talarico R, Liccardo Pacula R. Changes in cannabis-attributable hospitalizations following nonmedical cannabis legalization in Canada. *JAMA Netw Open.* 2023;6(10):e2336113. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.36113>
11. Varin M, Champagne A, Venugopal J, et al. Trends in cannabis-related emergency department visits and hospitalizations among children aged 0–11 years in Canada from 2015 to 2021: spotlight on cannabis edibles. *BMC Public Health.* 2023;23(1):2067. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16987-9>
12. Brubacher JR, Chan H, Erdelyi S, Staples JA, Asbridge M, Mann RE. Cannabis legalization and detection of tetrahydrocannabinol in injured drivers. *N Engl J Med.* 2022;386(2):148-156. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2109371>
13. Maloney-Hall B, Wallingford SC, Konefal S, Young MM. Troubles psychotiques et consommation de cannabis : évolution des hospitalisations au Canada, 2006-2015. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2020; 40(5-6):197-204. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.06f>
14. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2006.
15. Collins DJ, Lapsley HM. The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05. Canberra (AU) : Australian Government Department of Health and Ageing; 2008. En ligne à : https://nadk.flinders.edu.au/application/files/3013/8551/1279/Collins_Lapsley_Report.pdf
16. Single E, Collins D, Easton B, et al. International guidelines for estimating the costs of substance abuse. Geneva (CH): World Health Organization; 2003. En ligne à : <https://iris.who.int/handle/10665/42603>
17. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Base de données sur les congés des patients, 2006-2007 à 2020-2021. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022.
18. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2006/2007 à 2020/2021. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022.
19. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Coût d'un séjour standard à l'hôpital, 2020-2021, Méthodologie. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2022.
20. Zhao J, Stockwell T, Sorge J, et al. Development of the Canadian Substance Use Exposure Database (CanSUED): Modeling the prevalence of substance use in Canadian jurisdictions, 2006 to 2017. *Research Square* [prépublication]. 2020 [consultation le 4 avril 2024]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-15494/v1>
21. Degenhardt L, Charlson F, Stanaway J, et al. Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(12):1385-1398. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30325-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30325-5)
22. Brown SW, Vanlaar WG, Robertson RD. Le problème des collisions liées à l'alcool et aux drogues au Canada : 2014. Ottawa (Ont.) : Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé; 2018. En ligne à : https://www.ccmta.ca/web/default/files/PDF/2014%20Alcohol%20and%20Drug%20Crash%20Problem%20Report_6_FR.pdf
23. Brown SW, Vanlaar WG, Robertson RD. Le problème des accidents liés à l'alcool et à la drogue au Canada – Rapport de 2013. Ottawa (Ont.) : Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé; 2017. En ligne à : https://www.ccmta.ca/web/default/files/PDF/2013_Alcohol_and_Drug_Crash_Problem_Report-FR.pdf
24. Brown SW, Vanlaar WG, Robertson RD. Le problème des accidents liés à l'alcool et à la drogue au Canada – Rapport de 2012. Ottawa (Ont.) : Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé; 2017. En ligne à : https://www.ccmta.ca/web/default/files/PDF/2012_Alcohol_Drug_Crash_Problem_Report_Final_December_2015_FR.pdf

25. Traffic Injury Research Foundation of Canada. Les problèmes des accidents liés à l'alcool au Canada : 2010. Ottawa (Ont.) : Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé; 2013. En ligne à : https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/documents/archives/mono/HE_5620_C755_P962/HE_5620_C755_P962_2010.pdf
26. Traffic Injury Research Foundation of Canada. Les problèmes des accidents liés à l'alcool au Canada : 2007. Ottawa (Ont.) : Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé; 2010. En ligne à : https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/documents/archives/mono/HE_5620_C755_P962/HE_5620_C755_P962_2007.pdf
27. Traffic Injury Research Foundation of Canada. Les problèmes des accidents liés à l'alcool au Canada : 2009. Ottawa (Ont.) : Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé; 2011. En ligne à : https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/documents/archives/mono/HE_5620_C755_P962/HE_5620_C755_P962_2009.pdf
28. Traffic Injury Research Foundation of Canada. Les problèmes des accidents liés à l'alcool au Canada : 2008. Ottawa (Ont.) : Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé; 2010. En ligne à : https://bibliotheque.cecile-rouleau.gouv.qc.ca/documents/archives/mono/HE_5620_C755_P962/HE_5620_C755_P962_2008.pdf
29. Evarts B. Fire loss in the United States during 2018. Quincy (MA): National Fire Protection Association; 2019. En ligne à : https://www.maine.gov/dps/fmo/sites/maine.gov.dps.fmo/files/inline-files/nfpa_firelossinus_2018.pdf
30. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. En ligne à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
31. Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01 : Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et genre [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 15 déc. 2022]. En ligne à : <https://doi.org/10.25318/1710000501-fra>
32. Myran DT, Harrison LD, Pugliese M, et al. Transition to schizophrenia spectrum disorder following emergency department visits due to substance use with and without psychosis. *JAMA Psychiatry*. 2023;80(11):1169-1174. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.3582>
33. Coret A, Rowan-Legg A. Unintentional cannabis exposures in children pre- and post-legalization: a retrospective review from a Canadian paediatric hospital. *Paediatr Child Health*. 2022; 27(5):265-271. <https://doi.org/10.1093/pch/pxab090>
34. Myran DT, Tanuseputro P, Auger N, Konikoff L, Talarico R, Finkelstein Y. Pediatric hospitalizations for unintentional cannabis poisonings and all-cause poisonings associated with edible cannabis product legalization and sales in Canada. *JAMA Health Forum*. 2023;4(1):e225041. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.5041>
35. Myran DT, Pugliese M, Tanuseputro P, Cantor N, Rhodes E, Taljaard M. The association between recreational cannabis legalization, commercialization and cannabis-attributable emergency department visits in Ontario, Canada: an interrupted time-series analysis. *Addiction*. 2022;117(7):1952-1960. <https://doi.org/10.1111/add.15834>
36. Hammond D. Communicating THC levels and “dose” to consumers: implications for product labelling and packaging of cannabis products in regulated markets. *Int J Drug Policy*. 2021;91:102509. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.004>
37. Matheson J, Le Foll B. Cannabis legalization and acute harm from high potency cannabis products: a narrative review and recommendations for public health. *Front Psychiatry*. 2020; 11:591979. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.591979>
38. Myran DT, Tanuseputro P, Auger N, Konikoff L, Talarico R, Finkelstein Y. Edible cannabis legalization and unintentional poisonings in children. *N Engl J Med*. 2022;387(8):757-759. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2207661>
39. Myran DT, Pugliese M, Roberts RL, et al. Association between non-medical cannabis legalization and emergency department visits for cannabis-induced psychosis. *Mol Psychiatry*. 2023; 28(10):4251-4260. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02185-x>
40. Hall W, Stjepanović D, Dawson D, Leung J. The implementation and public health impacts of cannabis legalization in Canada: a systematic review. *Addiction*. 2023;118(11):2062-2072. <https://doi.org/10.1111/add.16274>
41. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull*. 2016;42(5):1262-1269. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>
42. Petrilli K, Ofori S, Hines L, Taylor G, Adams S, Freeman TP. Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(9):736-750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-4)
43. Freeman TP, Winstock AR. Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychol Med*. 2015;45(15):3181-3189. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001178>
44. Robinson T, Ali MU, Easterbrook B, et al. Identifying risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and development of cannabis use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2022;238:109582. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109582>
45. Robinson T, Ali MU, Easterbrook B, Hall W, Jutras-Aswad D, Fischer B. Risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and the development of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023;53(9):3858-3868. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000502>

46. Goodman A. Différences dans les perceptions des adolescents et des adolescentes entourant le cannabis au Canada. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2021. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-07/CCSA-Cannabis-Perceptions-Canadian-Adolescent-Report-2021-fr.pdf>
47. Kourgiantakis T, Lee E, Kosar AK, et al. Youth cannabis use in Canada post-legalization: service providers' perceptions, practices, and recommendations. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2023;18(1):36. <https://doi.org/10.1186/s13011-023-00550-1>
48. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Légalisation et réglementation du cannabis au Canada, sous l'angle de la santé publique. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023. En ligne à : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Cannabis_Act_Legislative_review_update_1_fr.pdf
49. Baraniecki R, Panchal P, Malhotra DD, Aliferis A, Zia Z. Acute cannabis intoxication in the emergency department: the effect of legalization. *BMC Emerg Med*. 2021;21(1):32. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00428-0>
50. Myran DT, Gaudreault A, Pugliese M, Manuel DG, Tanuseputro P. Cannabis-involved traffic injury emergency department visits after cannabis legalization and commercialization. *JAMA Netw Open*. 2023;6(9):e2331551. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31551>
51. Finkelstein Y, Maguire B, Zemek R, et al. Effect of the COVID-19 pandemic on patient volumes, acuity, and outcomes in pediatric emergency departments: a nationwide study. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(8):427-434. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002484>
52. Kim S, Rajack N, Mondoux SE, Tardelli VS, Kolla NJ, Le Foll B. The COVID-19 impact and characterization on substance use-related emergency department visits for adolescents and young adults in Canada: practical implications. *J Eval Clin Pract*. 2023;29(3):447-458. <https://doi.org/10.1111/jep.13817>
53. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Conséquences inattendues de la pandémie de COVID-19 : méfaits causés par l'utilisation de substances, blessures auto-infligées et chutes accidentelles [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021 [consultation le 4 avril 2024]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/consequences-inattendues>
54. Callaghan RC, Sanches M, Vander Heiden J, Kish SJ. Impact of Canada's cannabis legalisation on youth emergency department visits for cannabis-related disorders and poisoning in Ontario and Alberta, 2015-2019. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(5):1104-1113. <https://doi.org/10.1111/dar.13637>
55. Cohen N, Galvis Blanco L, Davis A, et al. Pediatric cannabis intoxication trends in the pre and post-legalization era. *Clin Toxicol (Phila)*. 2022;60(1):53-58. <https://doi.org/10.1080/15563650.2021.1939881>
56. Yeung ME, Weaver CG, Hartmann R, Haines-Saah R, Lang E. Emergency department pediatric visits in Alberta for cannabis after legalization. *Pediatrics*. 2021;148(4):e2020045922. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-045922>