

Rapports sur la santé

Analyse des tendances de la prévalence de consommation de cannabis au Canada, 1985 à 2015

par Michelle Rotermann et Ryan Macdonald

Date de diffusion : le 21 février 2018



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur | 1-800-565-7757 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2018

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Analyse des tendances de la prévalence de consommation de cannabis au Canada, 1985 à 2015

par Michelle Rotermann et Ryan Macdonald

Résumé

Contexte : L'administration fédérale canadienne s'est engagée à légaliser, à réglementer et à restreindre la consommation de cannabis à des fins non médicales par les adultes en 2018. Pour se préparer à la surveillance des répercussions sociales, économiques et sur la santé de cette modification de politique, une meilleure compréhension des tendances à long terme en matière de prévalence de la consommation de cannabis au Canada est requise.

Données et méthodes : Au cours de la période de 1985 à 2015, des données sur la consommation de cannabis ont été recueillies dans le cadre de neuf enquêtes nationales menées auprès de la population à domicile. Ces enquêtes sont examinées aux fins de comparabilité, et leurs données sont utilisées pour estimer la consommation de cannabis (totale et selon le sexe et l'âge) au cours de l'année précédente, désignée comme la consommation courante. Au moyen des données qui se prêtent le mieux à la comparaison, les tendances en matière de consommation de 2004 à 2015 sont estimées.

Résultats : De 1985 à 2015, la consommation de cannabis au cours de l'année précédente a augmenté, dans l'ensemble. D'après l'analyse de données comparables tirées de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada et de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues, pour la période de 2004 à 2015, la consommation est demeurée stable chez les hommes de 15 à 17 ans, a diminué chez les femmes de 15 à 17 ans ainsi que chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans (des deux sexes) et a augmenté chez les personnes de 25 ans et plus.

Interprétation : Selon les données des enquêtes nationales sur la population, depuis 2004, la consommation de cannabis est demeurée stable ou a diminué chez les jeunes, tandis qu'elle a augmenté chez les adultes. Les résultats soulignent l'importance d'une surveillance constante de la consommation au cours des périodes antérieure et postérieure à la légalisation.

Mots clés : Test Cochran-Armitage, drogues contrôlées et illégales, marijuana, comportement à risque, toxicomanie, analyse des tendances.

L'administration fédérale canadienne s'est engagée à légaliser, à réglementer et à restreindre la consommation du cannabis à des fins non médicales en 2018. Ce changement de politique accentue l'importance de comprendre les tendances en matière de prévalence de la consommation, avant et après la légalisation.

Depuis 1985, neuf enquêtes nationales ont permis de recueillir des renseignements sur la consommation de cannabis, et leurs résultats peuvent être combinés pour estimer l'évolution de la consommation. Cependant, les enquêtes ont été conçues pour répondre à différents besoins en matière de données et d'orientation et elles ne sont pas parfaitement comparables. Une évaluation des données est donc requise avant de procéder à l'analyse des tendances, afin de déterminer la mesure dans laquelle les différences sur le plan de la conception et de la méthodologie de chaque enquête influent sur la comparabilité et, en fin de compte, sur les résultats.

Un examen de la cohérence des données d'enquête est particulièrement important, car souvent, les données sur le cannabis tirées de sources autres que les enquêtes ne conviennent pas aux travaux de surveillance ou de recherche. Les données fondées sur les arrestations ou les saisies de drogue peuvent ne pas être fiables, en raison des variations au fil du temps dans l'application de la loi et des fluctuations dans les volumes saisis¹⁻³. Les liens entre les approvisionnements légaux à des fins médicales, le nombre de clients inscrits auprès de producteurs autorisés et le marché total du cannabis sont difficiles à établir⁴. De récentes études américaines ont examiné les répercussions sur la consom-

mation de la décriminalisation de la consommation du cannabis à des fins non médicales⁵ et des lois sur la consommation du cannabis à des fins médicales⁶⁻⁸, les taux de troubles liés à la dépendance et à la consommation de cannabis^{9,10} et l'incidence sur le système de soins de santé¹¹. Cependant, il se pourrait que l'expérience américaine ne reflète pas la situation au Canada.

Le principal objectif de la présente étude est d'examiner les tendances en matière de prévalence sur 12 mois (courante) de la consommation de cannabis, dans l'ensemble et selon l'âge et le sexe. Pour ce faire, il est nécessaire d'évaluer les différentes enquêtes sur le plan de la conception, de la méthodologie, des sources de biais et de l'incidence possible de ces facteurs sur la comparabilité des estimations. Les neuf enquêtes nationales, qui comportaient des questions sur la consommation de drogues, peuvent être classées en trois types : 1) santé ou domaine social : Enquête promotion santé (EPS), Enquête sociale générale (ESG) et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être (ESCC-SM); 2) dépendance : Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ENCAD), Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD) et Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC); et 3) surveillance de la consommation d'alcool, de drogues ou de tabac : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) et Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD).

Tableau explicatif 1**Détails du plan de sondage, selon l'enquête, 1985 à 2015**

Nom de l'enquête	Année	Contexte de l'enquête	Population cible	Exclusions	Enquête gérée ou commanditée par	Données recueillies par	Plan d'échantillonnage	Mode de collecte	Période de collecte	Taille de l'échantillon	Taux de réponse (%)
Enquête promotion santé (EPS)	1985	Santé	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces et le Yukon (1985)	Résidents des territoires (1990), des territoires de nord-ouest (1985), personnes sans téléphone, résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, personnes incapables d'avoir une conversation en français ou en anglais	Santé et Bien-être Canada	Statistique Canada	Composition aléatoire (CA)/ Waksberg, et/ou Élimination des banques non valides (ÉBNV)	Téléphone et papier	Du 3 au 21 juin, 1985	11 181	81,0
	1990								Du 1 ^{er} au 30 juin 1990	13 792	78,0
Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ENCAD)	1989	Toxicomanie	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces	Résidents des territoires, personnes sans téléphone, résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, personnes incapables d'avoir une conversation en français ou en anglais	Santé et Bien-être Canada	Statistique Canada	CA/ Waksberg/ ÉNWB	Téléphone et papier	Du 1 ^{er} au 25 mars 1989	11 364	78,7
Enquête sociale générale (ESG)	1993	Contexte social	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces	Résidents des territoires, personnes sans téléphone, résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, personnes incapables d'avoir une conversation en français ou en anglais	Santé et Bien-être Canada	Statistique Canada	ÉBNV/ CA	Interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO)	De février à décembre 1993	10 385	81,6
Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD)	1994	Toxicomanie	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces	Résidents des territoires, personnes sans téléphone, résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, personnes incapables d'avoir une conversation en français ou en anglais	Santé Canada	Statistique Canada	ÉBNV/ CA	ITAO	Du 7 septembre au 5 novembre 1994	12 155	75,6
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être (ESCC-SM)	2002	Santé	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces	Résidents des territoires, résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, résidents des réserves indiennes ou des terres de la Couronne, membres à temps plein des Forces canadiennes	Statistique Canada, Santé Canada, Agence de la Santé Canada	Statistique Canada	Base aréolaire de l'Enquête sur la population active avec plan d'échantillonnage à plusieurs degrés	ITAO et interview sur place assistée par ordinateur (IPAO)	Du 1 ^{er} mai au 31 décembre 2002	36 984	77,0
	2012								Du 2 janvier au 31 décembre 2012	25 113	68,9
Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)	2004	Toxicomanie	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces	Résidents des territoires, personnes sans téléphone, résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, personnes incapables d'avoir une conversation en français ou en anglais	Santé Canada [†]	Jolicœur et Associés	Échantillon stratifié à deux degrés avec CA	ITAO	Du 16 au 23 décembre 2003 et du 9 janvier au 19 avril 2004	13 909	47,0

Tableau explicatif 1
Détails du plan de sondage, selon l'enquête, 1985 à 2015

Nom de l'enquête	Année	Contexte de l'enquête	Population cible	Exclusions	Enquête gérée ou commanditée par	Données recueillies par	Plan d'échantillonnage	Mode de collecte	Période de collecte	Taille de l'échantillon	Taux de réponse (%)
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)	2004									20 275	83,0
	2005									20 840	79,2
	2006	Surveillance de l'usage du tabac ou de la consommation de drogues	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces	Résidents des territoires, personnes sans téléphone, résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, personnes incapables d'avoir une conversation en français ou en anglais	Santé Canada	Statistique Canada	Deux degrés avec ÉBNV/CA	ITAO	De février à décembre de chaque année d'enquête	21 976	80,8
	2007								20 921	74,9	
	2008								20 541	78,8	
	2009								20 121	75,2	
	2010								19 822	73,8	
	2011								20 703	78,9	
2012	19 286								83,5		
Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)	2008										
	2009	Surveillance de l'usage du tabac ou de la consommation de drogues	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces	Résidents des territoires, personnes sans téléphone ou vivant dans un ménage doté uniquement d'un téléphone cellulaire, résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, personnes incapables d'avoir une conversation en français ou en anglais	Santé Canada	Jolicœur et Associés	Deux degrés avec CA	ITAO	Du 27 janvier à novembre 2009	13 082	44,7
	2010								Du 15 février à décembre 2010	13 615	50,5
	2011								De février à décembre 2011	10 076	45,4
	2012								De février à décembre 2012	11 090	39,8
2013											
Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)	2015	Surveillance de l'usage du tabac ou de la consommation de drogues	Population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les provinces	Résidents des territoires, personnes sans téléphone ou vivant dans un ménage doté uniquement d'un téléphone cellulaire (ECTAD 2013; l'ECTAD 2015 a adopté une base de sondage comprenant les numéros de téléphone cellulaire), résidents d'établissements institutionnels, sans-abri, personnes incapables d'avoir une conversation en français ou en anglais	Santé Canada	Statistique Canada	Deux degrés avec ÉBNV/CA	ITAO	Du 1 ^{er} février au 31 décembre de chaque année d'enquête	15 154	48,3

¹ Conseil exécutif canadien sur les dépendances et provinces sélectionnées (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Colombie-Britannique)

Sources: Enquête promotion santé (EPS), 1985 et 1990; Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ENCAD), 1989; Enquête sociale générale (ESG), 1993; Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD), 1994; Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), 2004; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2004 à 2012; Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), 2008 à 2012; Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013 et 2015; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (ESCC-SM), 2002 et 2012.

Chacune de ces enquêtes contient des questions au sujet de la consommation de cannabis au cours de l'année précédente et avait une population cible qui comprenait des jeunes et des adultes des 10 provinces canadiennes (tableau explicatif 1). Chaque enquête comporte de multiples sources d'erreurs d'échantillonnage et d'erreurs non dues à l'échantillonnage qui diffèrent d'une enquête à l'autre et au fil du temps. Les variations dans les facteurs connus pour influencer sur l'exactitude des estimations sont particulièrement importantes pour évaluer la comparabilité des enquêtes^{12,13}. Les facteurs pris en compte dans la présente analyse ont été sélectionnés à partir de la documentation existante, selon les renseignements présentés dans les guides de l'utilisateur et des questionnaires d'enquête. Il s'agit du contexte de l'enquête, de la population cible, de la taille de l'échantillon, du taux de réponse, des questions, de la conception du questionnaire, du mode de collecte, de la transition vers les téléphones cellulaires, de la pondération, des responsables de la collecte et des commanditaires.

Contexte de l'enquête

Le contexte d'une enquête peut avoir des répercussions bidirectionnelles sur la participation, c'est-à-dire qu'il peut encourager certains répondants potentiels à participer et en dissuader d'autres¹². Les enquêtes sociales et sur la santé qui portent sur divers domaines spécialisés peuvent être moins sujettes à ce type de biais, en raison de leur vaste portée ou du fait que les questions sur la consommation de drogues sont intégrées dans un ensemble de questions moins délicates^{12,13}. Les enquêtes sur la surveillance de la dépendance et de la consommation d'alcool ou de drogues peuvent être plus sujettes à ce biais; les répondants peuvent accepter de participer ou refuser en raison de leurs opinions très arrêtées sur le sujet¹²⁻¹⁵.

Population cible

Les neuf enquêtes visaient essentiellement la même population, c'est-à-dire les personnes de 15 ans ou plus vivant dans un ménage, dans les 10 provinces canadiennes (tableau explicatif 1). Les exclusions étaient similaires et principalement attribuables à des considérations logistiques et budgétaires, notamment les personnes incapables de mener une conversation en anglais ou en français, les résidents des territoires, les résidents d'établissements institutionnels (p. ex. incarcérés), les membres à temps plein des Forces canadiennes, les personnes vivant dans des réserves ou des établissements indiens, les sans-abri et les résidents de ménages sans téléphone fixe ou qui possèdent uniquement un téléphone cellulaire.

Parmi toutes les enquêtes, les ESCC-SM de 2002 et de 2012 étaient les moins sensibles aux exclusions de population. Elles reposaient principalement sur une base aréolaire et la plupart (85 %) des interviews ont été menées en personne. De plus, les interviews étaient proposées dans plusieurs langues, et non pas uniquement en français ou en anglais.

Tailles d'échantillon, périodes de collecte et taux de réponse

En général, des échantillons de grande taille et de longues périodes de collecte sont préférables, de même que des taux de réponse élevés (50 % est adéquat; 60 % est bon; 70 % est très bon).

Les interviews sur place des ESCC-SM de 2002 (n = 36 984) et de 2012 (n = 25 113) ont été menées auprès d'échantillons de plus grande taille que celles des enquêtes téléphoniques. Les enquêtes menées entre 1985 et 1994 (EPS, ENCAD, ECCAD et ESG) étaient fondées sur des tailles d'échantillon qui variaient de 10 385 à 13 792; les tailles d'échantillon de l'ETC et de l'ESCCAD variaient de 10 076 à 16 674; celles de l'ESUTC, de 19 822 à 21 976 et celles de l'ECTAD, de 14 565 à 15 154.

La plupart des enquêtes recueillaient des données sur une période continue de 10 mois. Plusieurs enquêtes précédentes ont été menées sur une période d'un ou deux mois, et l'ETC comportait deux périodes de collecte couvrant environ trois mois.

La non-réponse est un indicateur de la qualité des données et une source potentielle d'erreur non due à l'échantillonnage, selon la mesure dans laquelle diffèrent les répondants et les non-répondants. Les ajustements de pondération pour la non-réponse ont aidé à faire en sorte que les échantillons donnent une approximation des répartitions de la population cible selon l'âge et le sexe, mais parfois au détriment d'autres caractéristiques. Par exemple, les fichiers pondérés de l'ETC et de l'ESCCAD se comparent favorablement aux données du Recensement de la population pour l'âge et le sexe, mais ont tendance à surestimer le nombre de personnes mariées ou de personnes titulaires d'un diplôme universitaire et à sous-estimer le nombre de personnes qui ne se sont jamais mariées, qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (ESCCAD) ou qui ont fait des études postsecondaires partielles¹⁶⁻¹⁸.

La participation à toutes les enquêtes était volontaire. Les taux de réponse pour les enquêtes de Statistique Canada et de Jolicœur et Associés ont été calculés de la même manière, en tenant compte de l'admissibilité (numéro de téléphone identifié comme résidentiel ou hors du champ de l'enquête — entreprise), de la non-réponse au niveau du ménage (dans les enquêtes de Statistique Canada, on demandait aux répondants de fournir une liste des membres du ménage) et de la participation à l'enquête ou du refus d'y participer de la personne sélectionnée. Les taux de réponse aux enquêtes de Statistique Canada étaient, en moyenne, de 75,6 % et variaient de 48,4 % à 83,0 %, comparativement à une moyenne de 45,2 % (variation de 39,8 % à 47,0 %) dans les enquêtes menées par Jolicœur et Associés (tableau explicatif 1). Il est possible que le taux de réponse à l'ECTAD de 2015 (le plus faible parmi les enquêtes de Statistique Canada) ne soit pas com-

parable aux autres taux, en raison de l'inclusion des numéros de téléphone cellulaire, de la difficulté de communiquer avec les répondants au moyen de téléphones cellulaires et de la plus vaste couverture.

Question sur le cannabis et conception du questionnaire

Dans l'ensemble des enquêtes, le degré de comparabilité de la question à propos de la consommation de cannabis était élevé (Annexe tableau A). La consommation de cannabis au cours de l'année précédente était autodéclarée d'après les réponses à la question suivante, essentiellement : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de la marijuana? » Toutes les questions mentionnaient les 12 derniers mois, et certaines mentionnaient la marijuana sous un autre nom (p. ex. hachisch).

La conception des questionnaires était moins cohérente. Les questions comportant une terminologie différente ou des instructions plus détaillées peuvent avoir des incidences sur la comparabilité des estimations de prévalence de différentes enquêtes. Par exemple, l'ESCCAD et l'ECTAD comprenaient une préface au module de questions sur le cannabis présentant une liste de termes liés au cannabis ainsi que des instructions à l'intention des intervieweurs (non lues) pour inclure la consommation à des fins médicales dans le calcul des estimations (régulières) sur le cannabis.

Mode de collecte

Le mode de collecte des données peut influencer sur les taux de réponse, la qualité des données et les erreurs non dues à l'échantillonnage. À l'exception des ESCC-SM de 2002 et de 2012, qui ont été menées en grande partie au moyen d'interviews sur place assistées par ordinateur (IPAO), les enquêtes se faisaient par téléphone à l'aide des questionnaires papier ou électroniques (interview téléphonique assistée par ordinateur ou ITAO).

Certaines études ont constaté des taux plus élevés de « comportements stigmatisés ou à caractère délicat » lorsque l'IPAO était utilisé au lieu de l'ITAO. Cela donne à penser que le recours à des intervieweurs formés, spécialisés dans l'établissement d'un lien avec les répondants, fait la différence^{19,20}. D'autres études sont moins concluantes ou donnent des résultats similaires, quel que soit le mode employé²¹⁻²⁴.

Transition vers les téléphones cellulaires

À l'exception de l'ECTAD de 2015, les ménages équipés uniquement d'un téléphone cellulaire étaient hors du champ des enquêtes téléphoniques. Aux fins de l'ECTAD de 2015, une base de sondage pour les enquêtes auprès des ménages a été adoptée. Elle comprenait un à trois numéros de téléphone associés à la même adresse, y compris les numéros de téléphone fixe et de téléphone cellulaire²⁵. Avant 2000, la vaste majorité des ménages possédaient un téléphone fixe^{15,26}. Cependant, l'utilisation d'un téléphone cellulaire est devenue une importante source d'erreur de couverture, notamment en raison des différences sur le plan des comportements influant sur la santé, des profils sociodémographiques et des facteurs de risque entre les ménages dotés de téléphones fixes et ceux qui dépendent uniquement de téléphones cellulaires²⁶⁻²⁸. L'inclusion des répondants des ménages qui possèdent uniquement un téléphone cellulaire améliore la couverture d'enquête, particulièrement parmi les jeunes adultes; le fait d'exclure ces personnes de l'enquête réduirait probablement les estimations de consommation de cannabis. Les incidences de cette source de biais sont potentiellement plus prononcées pour l'ESUTC, l'ECTAD (2013), l'ETC et l'ESCCAD, qui ont été menées lors de la transition des téléphones fixes aux téléphones cellulaires. L'ESCC-SM, qui reposait principalement sur des interviews sur place auprès de répondants sélectionnés à l'aide de bases aréolaires, est la moins touchée par cette source de

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- La consommation de cannabis varie selon l'âge, le sexe et la région.
- La prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année précédente tend à être la plus élevée chez les personnes âgées de 18 à 24 ans et à être plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- Les différences dans la méthodologie et le plan d'enquête peuvent avoir des incidences sur les estimations.

Ce qu'apporte l'étude

- De 1985 à 2015, des renseignements sur la consommation de cannabis au Canada ont été recueillis dans le cadre de neuf enquêtes nationales.
- Les tendances en matière de consommation de cannabis pour la période de 2004 à 2015 peuvent être examinées à l'aide des données de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada et de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues.
- Depuis 2004, la prévalence de la consommation de cannabis est restée stable ou a diminué chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, mais a augmenté chez celles de 25 ans et plus.

biais, car la population cible n'était pas obligée, en règle générale, de posséder un téléphone fixe.

Responsables de la collecte et commanditaires

Statistique Canada a mené sept des neuf enquêtes étudiées, et Jolicœur et Associés ont réalisé les deux autres. Toutes les enquêtes étaient parrainées par Santé Canada ou son prédécesseur, Santé et Bien-être social Canada, exclusivement ou en collaboration avec d'autres organismes ou ministères gouvernementaux.

Il a été possible de constater que l'entité qui effectue la collecte ou parraine l'enquête a une incidence sur la participation à l'enquête^{12,29}; les répondants potentiels peuvent penser que le commanditaire (dans ce cas, le gouvernement) a une « opinion » sur le sujet d'enquête¹², qui a changé au cours de la période visée.

Techniques d'analyse

Les enquêtes se divisent en quatre groupes relativement distincts, en fonction des différences sur le plan de l'objet ou de la conception, du mode de collecte, du libellé des questions ou d'une combinaison de différences mineures sur plusieurs dimensions : ESUTC/ECTAD; ESCC-SM; ETC/ESCCAD et les enquêtes menées au cours de la période de 1985 à 1994.

Des analyses ont été effectuées au moyen de SAS 9.3 et de la version exécutable en SAS de SUDAAN v. 11.0.130. Des poids d'échantillonnage ont été appliqués afin que les analyses soient représentatives de la population à domicile au Canada.

Puisque les pratiques d'estimation de la variance ont évolué depuis 1985, les intervalles de confiance à 95 % associés aux estimations ponctuelles ne pouvaient pas être estimés de la même manière. L'ECTAD²⁵, l'ESUTC²⁵ et l'ESCC-SM²⁵ ont utilisé les répliques répétées équilibrées avec 500 poids bootstrap (ECTAD de 2015 et ESCC-SM) ou 250 poids bootstrap moyens avec ajustement de Fay (ESUTC et ECTAD de 2013). L'ETC^{16,17} et l'ESCCAD¹⁸ ont utilisé la linéarisation de Taylor. Les enquêtes menées au cours de la période de 1985 à 1994 reposaient sur des tables de variabilité d'échantillonnage approximative^{25,31}.

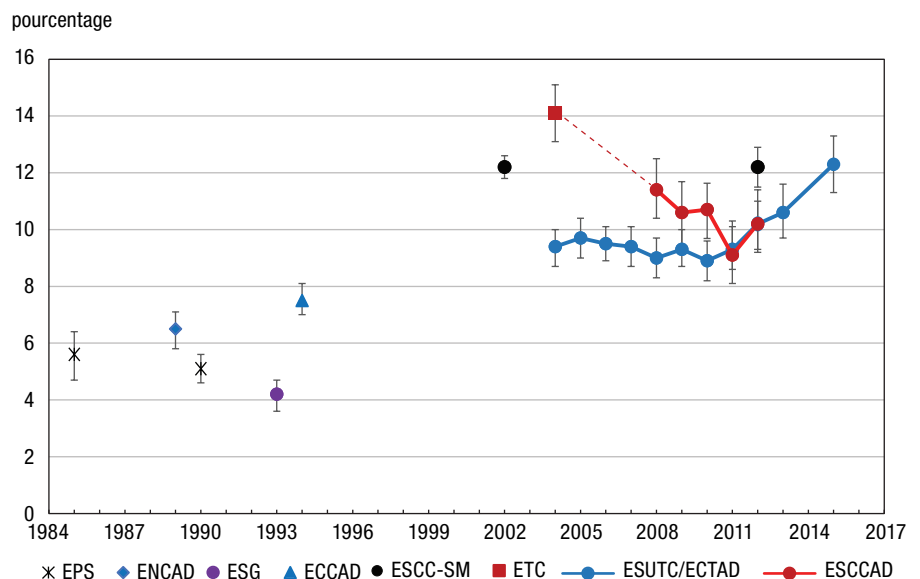
Pour déterminer si la consommation de cannabis varie selon l'âge et le sexe, des tableaux croisés fondés sur les données pondérées de l'ECTAD de 2015 ont été calculés. Les résultats pour lesquels $p < 0,05$ étaient jugés statistiquement significatifs.

Analyse des tendances

L'analyse des variations de la prévalence de la consommation de cannabis pendant la période de 2004 à 2015 était fondée sur des données transversales tirées de l'ESUTC et de l'ECTAD, qui repré-

sentent essentiellement la même enquête (l'ESUTC a été renommée l'ECTAD lorsque du contenu supplémentaire lié aux drogues a été ajouté). Le libellé des questions sur le cannabis, les méthodologies et les caractéristiques de collecte des enquêtes sont cohérents^{25,32}. Les

Figure 1
Prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année précédente, selon l'enquête, population à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1985 à 2015



Sources : Enquête promotion santé (EPS), 1985 et 1990; Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ENCAD), 1989; Enquête sociale générale (ESG), 1993; Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD), 1994; Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), 2004; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2004 à 2012; Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), 2008 à 2012; Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013 et 2015; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (ESCC-SM), 2002 et 2012.

Tableau 1
Prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2015

	Total			Homme			Femme		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Total	12,3	11,3	13,3	14,9	13,5	16,5	9,7*	8,6	11,0
Groupe d'âge									
15 à 17 ans	17,5 [†]	14,0	21,5	18,9 [†]	14,0	25,1	15,8 ^{††}	11,3	21,6
18 à 24 ans ¹	28,4	25,7	31,2	31,8	28,0	35,8	25,0*	21,5	28,8
25 à 44 ans	17,7 [†]	15,5	20,2	21,2 [†]	17,7	25,2	14,3 ^{††}	11,6	17,4
45 à 64 ans	7,0 [†]	5,7	8,4	9,3 [†]	7,3	11,8	4,6 ^{††}	3,3	6,4
65 ans et plus	1,6 ^{††}	1,0	2,5	2,1 ^{††}	1,3	3,6	F	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de celle des hommes ($p < 0,05$)

[†] valeur significativement différente de celle des personnes âgées de 18 à 24 ans ($p < 0,05$)

Source : Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2015.

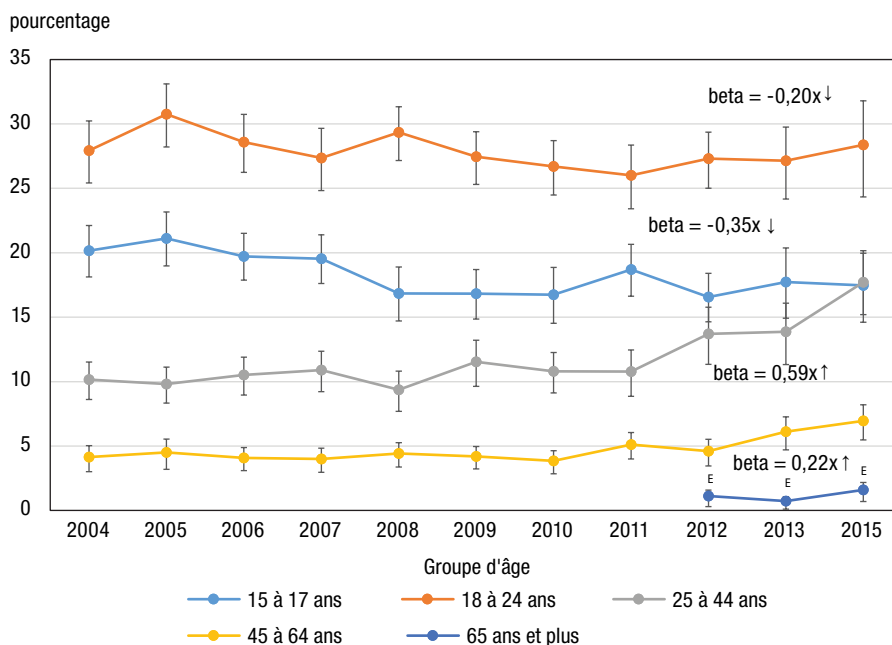
11 cycles fournissent la plus longue série nationale ininterrompue et les données les plus récentes auxquelles on a accès.

Le type d'estimation de la variance n'était pas cohérent sur l'ensemble de la période. Par conséquent, il était nécessaire de reformater, puis de normaliser les poids de sondage pour effectuer le test de tendance linéaire au moyen d'une méthode Cochran-Armitage à deux volets (non directionnelle)^{33,34}. Puisque les jeunes étaient surreprésentés dans l'échantillon de plusieurs enquêtes, les poids de sondage ont été normalisés en fonction de trois groupes d'âge (15 à 24 ans, 25 à 44 ans et 45 ans et plus). L'estimation de la variance fondée sur le plan de sondage est préférable, mais elle n'est pas une option pour la série au complet, en raison des différences dans les enquêtes et de l'incompatibilité des fichiers de données. Avant d'effectuer le test de tendance linéaire au moyen des poids normalisés, les fichiers associés à la période de 2004 à 2013 avec des approches de variance compatibles ont été exécutés au moyen de l'estimation de la variance fondée sur le plan de sondage afin de déterminer si la variance fondée sur le plan de sondage changerait de manière notable les résultats de l'analyse finale. Ce ne fut pas le cas; par conséquent, les analyses des tendances finales ont été menées au moyen des fichiers pondérés normalisés.

Tendance à long terme (de 1985 à 2015)

La prévalence estimée de la consommation courante autodéclarée de cannabis (des 12 mois précédents) chez la population canadienne à domicile âgée de 15 ans et plus a augmenté de 1985 à 2015 (graphique 1). La plus récente estimation, tirée de l'ECTAD de 2015 (12,3 %), était plus de deux fois supérieure à l'estimation de l'EPS de 1985 (5,6 %). Cependant, la consommation au cours de la période a été marquée par des intervalles de stabilité et de diminution.

Figure 2
Prévalence de la consommation de cannabis, selon le groupe d'âge, population à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004 à 2015



⊕ à utiliser avec prudence

I = intervalle de confiance à 95 %

↑ augmentation statistiquement significative de la tendance ($p < 0,05$)

↓ diminution statistiquement significative de la tendance ($p < 0,05$)

Notes : Les bêtas indiquent la direction et la force de l'association; les valeurs absolues plus près de 0 indiquent une plus faible association, les valeurs plus près de 1,00, une plus forte association. Puisqu'au moins cinq points de données sont requis pour tester une tendance, la ligne relative aux 65 ans et plus n'a pas été testée.

Sources : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2004 à 2012; Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013 et 2015.

Dernière décennie (2004 à 2015)

Selon les données de l'ECTAD de 2015, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année était de 28,4 % chez les personnes âgées de 18 à 24 ans, un pourcentage plus élevé que chez les autres groupes d'âge (17,5 % chez les 15 à 17 ans, 17,7 % chez les 25 à 44 ans, 7,0 % chez les 45 à 64 ans et 1,6 % chez les 65 ans et plus) (tableau 1). Dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15 à 17 ans et les 65 ans et plus (l'estimation pour les femmes est trop peu fiable pour être publiée), les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer avoir consommé du cannabis. Ces différences entre les groupes d'âge persistaient en général lorsque les estimations étaient calculées séparément pour chaque sexe (tableau 1) et pour d'autres cycles (données non présentées).

Selon des données comparables de l'ESUTC et de l'ECTAD pour la période de 2004 à 2015, les tendances en matière de consommation courante de cannabis différaient en fonction du groupe d'âge (graphiques 2, 3 et 4). Par exemple, la consommation courante a diminué chez les femmes de 15 à 17 ans ainsi que chez les hommes et les femmes de 18 à 24 ans, mais est restée stable chez les hommes de 15 à 17 ans. En revanche, quel que soit le sexe, la prévalence de la consommation augmentait chez les adultes de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans. Chez les personnes de 65 ans et plus, l'analyse des tendances était impossible avant 2012 : les estimations pour les personnes âgées ont dû être supprimées en raison du petit nombre d'enregistrements. La récente disponibilité de points de données pouvant être diffusés donne à penser que la consommation de cannabis par les personnes âgées de 65 ans et plus (les deux sexes combinés) a augmenté.

Discussion

Les enquêtes nationales qui recueillent des données sur la consommation de drogues remontent au milieu des années 1980; en fait, pour certaines périodes, de nombreuses enquêtes et de nombreux points de données sont disponibles. Cela exige d'évaluer des sources de données parfois concurrentes avant d'estimer les taux de prévalence et d'effectuer des tests de tendance linéaire. Les enquêtes ont été évaluées sur différents plans de conception et de méthodologie qui ont des incidences sur la comparabilité des estimations d'une année à l'autre.

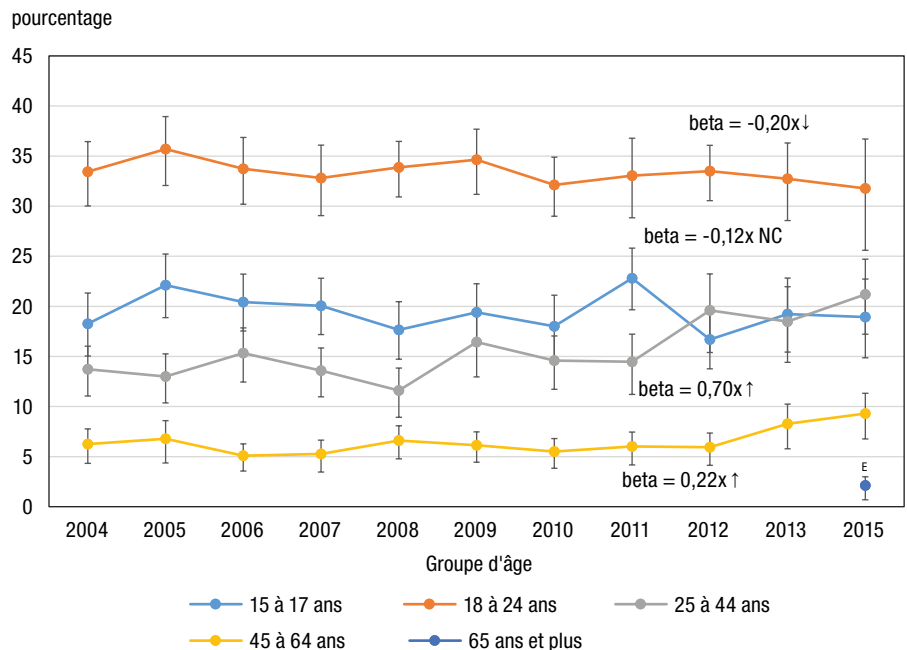
Les résultats de l'ESUTC/ECTAD, qui démontrent une consommation stable ou décroissante de cannabis chez les jeunes depuis le milieu des années 2000, concordent avec ceux de recherches sur les jeunes Canadiens³⁵⁻³⁷ et sur les jeunes d'autres pays³⁸ fondées sur des enquêtes auprès des établissements scolaires ou des ménages. De même, l'augmentation chez les adultes est connue^{35,38,39}, bien que non universelle³⁶.

Une des forces de l'analyse des tendances de 2004 à 2015 est que l'ECTAD et l'ESUTC sont fondées sur des méthodologies d'enquête similaires. Dans l'ensemble, la méthode d'échantillonnage, le mode de collecte et la taille des échantillons sont demeurés relativement stables; par conséquent, les différences dans les estimations ne devraient pas être influencées par ces facteurs. L'ECTAD, à l'instar de l'ESUTC, a été menée par des intervieweurs de Statistique Canada, et les données ont été recueillies par téléphone. Cependant, l'ECTAD de 2015 a utilisé la nouvelle base de sondage pour les enquêtes-ménages, qui comprend les numéros de téléphone cellulaire. Cette modification peut avoir des incidences sur la comparabilité des données de 2015, des incidences difficiles à quantifier.

L'ESCC-SM de 2002 et celle de 2012 ont donné lieu aux estimations de consommation de cannabis parmi les plus élevées pour la période en question. Les caractéristiques particulières du plan de sondage de cette enquête ont probablement contribué aux estimations plus élevées de la prévalence, mais ont aussi

Figure 3

Prévalence de la consommation de cannabis, selon le groupe d'âge, population masculine à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004 à 2015



^E à utiliser avec prudence

I = intervalle de confiance à 95 %

↑ augmentation statistiquement significative de la tendance ($p < 0,05$)

↓ diminution statistiquement significative de la tendance ($p < 0,05$)

NC = non statistiquement significatif

Notes : Les bêtas indiquent la direction et la force de l'association; les valeurs absolues indiquent une plus faible association, les valeurs plus près de 1,00, une plus forte association. Puisqu'au moins cinq points de données sont requis pour tester une tendance, la ligne relative aux 65 ans et plus n'a pas été testée.

Sources : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2004 à 2012; Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013 et 2015.

limité les comparaisons directes avec d'autres enquêtes. Une grande majorité (85 %) des interviews de l'ESCC-SM se sont déroulées sur place, chez les répondants, tandis que les autres enquêtes ont été menées par téléphone. Cela ne représente pas nécessairement un problème et pourrait même être avantageux. Les estimations plus élevées tirées d'enquêtes portant sur des sujets délicats pourraient refléter plus précisément l'étendue réelle d'un comportement. Même si ce fait est impossible à prouver, d'importants efforts ont été déployés dans le cadre de l'ESCC-SM pour favoriser la participation et la déclaration exacte, y compris la formation des intervieweurs sur la maladie mentale⁴⁰. La valeur de l'ESCC-SM ne réside pas dans l'examen des changements dans la consommation de cannabis au fil du temps, mais plutôt dans l'évaluation de l'étendue de la sous-déclaration dans les enquêtes par téléphone.

Tandis que l'ETC et l'ESCCAD sont demeurées largement cohérentes l'une par rapport à l'autre pour ce qui est de la méthodologie et des caractéristiques du plan de sondage (à dessein), les différences en lien avec la conception des questionnaires, les responsables de la collecte, les taux de réponse et les ajustements de la pondération pour la non-réponse ont une incidence sur la comparabilité de leurs données avec celles de l'ESUTC et de l'ECTAD.

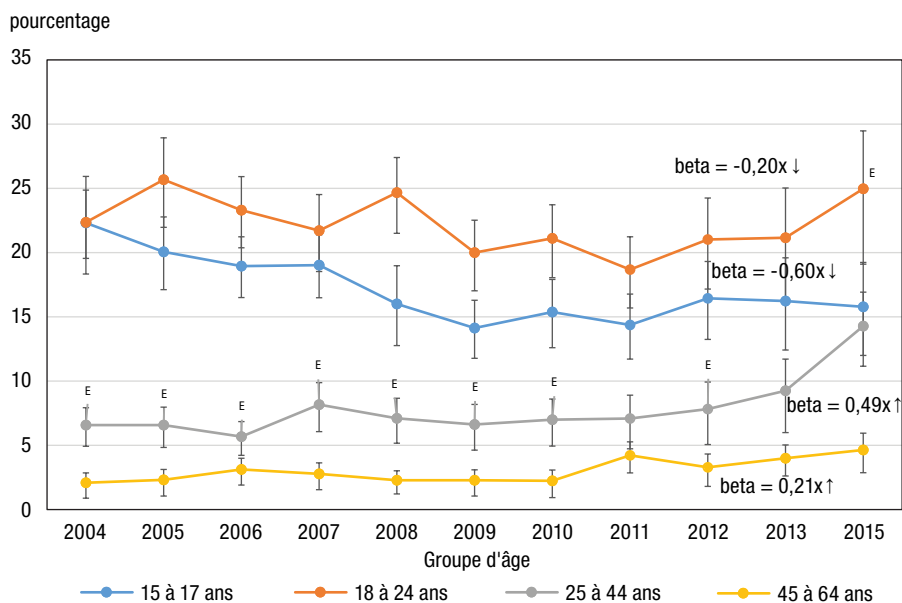
Un examen de la méthodologie et du questionnaire de l'ETC^{16,17} n'a pas permis de déterminer un facteur particulier à l'origine de la prévalence inhabituellement élevée de la consommation de cannabis. Au contraire, de légères différences sur plusieurs aspects ont été relevées. Pour cette raison, les données de l'ETC et de l'ESCCAD n'ont pas été incluses dans l'analyse des tendances de 2004 à 2015.

Les données recueillies de 1985 à 1994 jouent un rôle important dans l'établissement d'une tendance nationale en matière de consommation de cannabis sur une période plus longue et dans la démonstration, en se fondant sur plusieurs sources, que la prévalence de la consommation était plus faible à l'époque qu'aujourd'hui. La présente étude a fait ressortir de fortes similitudes entre ces enquêtes et les enquêtes plus récentes : commanditaire et responsable de la collecte, contexte, taux de réponse, formulation des questions et mode de collecte. Ces similitudes ne sont pas surprenantes, compte tenu du fait que l'ENCAD et l'ECCAD figurent parmi les premières enquêtes sur les dépendances et que l'EPS est un précurseur de l'ESCC. Cependant, les données plus anciennes posent certaines difficultés analytiques, comme des variables manquantes ou supprimées et une estimation de la variance approximative qui donne lieu à de plus grands intervalles de confiance et qui rend difficile l'interprétation des tests de signification statistique. De plus, le potentiel analytique des enquêtes antérieures est limité en raison du caractère irrégulier de leurs cycles et de leur faible volume du contenu lié au cannabis. Par conséquent, ces données ont été exclues de l'analyse des tendances annuelles.

Limites

Cette étude comporte un certain nombre de points forts, y compris une évaluation détaillée de toutes les sources de données nationales sur lesquelles repose les estimations expérimentales de la consommation de cannabis de Statistique Canada⁴¹. Ses résultats doivent néanmoins être interprétés en fonction de plusieurs limites. Les variations au fil du temps pour ce qui est de la volonté des répondants d'admettre une consommation de drogues, dans leur définition de ce qui constitue une consommation de drogues, et du risque perçu ou réel des conséquences juridiques ne pouvaient être ni contrôlées ni détectées, mais elles pouvaient avoir des répercussions sur les tendances. Au Canada, comme dans de nombreux autres pays, les lois,

Figure 4
Prévalence de la consommation de cannabis, selon le groupe d'âge, population féminine à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2004 à 2015



^E à utiliser avec prudence

I = 95% confidence interval

↑ intervalle de confiance à 95 %

↓ diminution statistiquement significative de la tendance ($p < 0,05$)

Notes : Les bêtas indiquent la direction et la force de l'association; les valeurs absolues plus près de 0 indiquent une plus faible association, les valeurs plus près de 1,00, une plus forte association. En raison de fréquences par cellule insuffisantes, les estimations de prévalence sont supprimées pour les femmes âgées de 65 ans et plus.

Sources : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2004 à 2012; Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013 et 2015.

leur application et les mentalités ont évolué^{2,5,42}. L'accès légal au cannabis à des fins médicales depuis 2001⁴³ pourrait avoir influencé les perceptions et la volonté de déclarer une consommation de cannabis^{5,7,13,44}. Ces facteurs pourraient être particulièrement pertinents dans le cas des adultes plus âgés, car les augmentations peuvent être le reflet non pas d'un changement de comportement, mais plutôt d'une nouvelle volonté de le déclarer.

Les données de l'analyse des tendances ont été sélectionnées en fonction de leur comparabilité, de leur continuité et de leur caractère récent, mais cela ne réduit pas la valeur des autres sources de données. Compte tenu de la complexité du sujet, du dynamisme dans le comportement en matière de consommation de drogues et des conséquences de cette consommation^{6,10,45-50}, l'existence de multiples ensembles de données est avantageuse.

Les renseignements tirés de toutes les enquêtes étaient autodéclarés et n'ont pas été vérifiés. Les rares études comparant la consommation de drogues autodéclarée avec des mesures directes à partir d'échantillons d'urine ou de sang ont permis de détecter certaines sous-déclarations. Cependant, ces études étaient souvent brèves, axées sur des personnes impliquées dans le système de justice pénale ou en traitement, ou portaient sur des drogues autres que le cannabis. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés aux consommateurs de cannabis au sein de la population à domicile⁵¹⁻⁵³. Les études qui ont été en mesure d'évaluer la cohérence logique entre la consommation de drogues au cours de la vie et celle au cours de la dernière année ont relevé quelques incohérences^{54,55}.

Les données sont transversales et la consommation de cannabis a été examinée en fonction de l'âge et du sexe uniquement. Le statut socioéconomique, l'état matrimonial, la région et la consom-

mation d'autres drogues ou de tabac n'ont pas été pris en compte. De même, l'analyse des tendances était limitée à la consommation courante : les résultats et la comparabilité des données pourraient être différents pour d'autres mesures (p. ex. consommation quotidienne, âge à la première expérience de consommation, consommation antérieure).

Il n'était pas possible de séparer la consommation pour des raisons médicales ou non-médicales pour la majorité de la période étudiée. Les résultats ne peuvent donc pas différencier les deux types de consommation.

Conclusion

Les données nationales sur la consommation de cannabis sont recueillies depuis 1985. L'analyse des résultats démontre la cohérence prononcée de nombreuses estimations au fil du temps et entre les sources, et ce, malgré des différences parfois notables d'une enquête à l'autre, que ce soit sur le plan du contexte, de la méthodologie, de la terminologie ou du taux de réponse. En raison des changements proposés au projet de loi sur le cannabis, qui entrera en vigueur en 2018, les tendances en matière de consumma-

tion évolueront, accentuant plus encore l'importance de surveiller et d'évaluer les répercussions sociales, économiques et sur la santé. Par conséquent, la disponibilité de données de grande qualité, pertinentes et à jour, qu'elles soient tirées d'enquêtes ou d'autres sources, demeure essentiel. ■

Références

1. F. Mawani, A. Maslov et L. Austin, *Mesurer les saisies de cannabis illicite au Canada Méthodes, pratiques et recommandations*, disponible à l'adresse : <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2017-r002/index-fr.aspx>.
2. K. Keighley, « Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2016 », *Juristat* 2017, disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2017001/article/54842-fra.pdf>
3. M. Tjepkema, « Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites », *Rapports sur la santé*, 15(4), 2004, p. 45–50.
4. Santé Canada, *Producteurs autorisés données sur le marché*, disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/usage-marijuana-fins-medicales/producteurs-autorises/donnees-marche.html>
5. M.A. Meich, L. Johnston, P.M. O'Malley et al., « Trends in use of marijuana and attitudes toward marijuana among youth before and after decriminalization: The case of California 2007–2013 », *International Journal of Drug Policy*, 26, 2015, p. 336–344.
6. D.S. Hasin, M.P.H. Sarvet, M. Cerdá et al., « US adult illicit cannabis use, cannabis use disorder, and medical marijuana laws, 1991–1992 to 2012–2013 », *JAMA Psychiatry*, 74(6), 2017, p. 579–588.
7. M.M. Wall, E. Poh, M. Cerdá et al., « Adolescent marijuana use from 2002 to 2008: Higher in states with medical marijuana laws, cause still unclear », *Annals of Epidemiology* 2011; 21(9): 714–6.
8. R.L. Pacula et E.L. Sevigny, « Marijuana liberalizations policies: Why we can't learn much from policy still in motion », *Journal of Policy Analysis and Management*, 33(1), 2014, p. 212–221.
9. K.C. Winters et C.Y.S. Lee, « Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use and age », *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 2008, p. 239–247.
10. D.S. Hasin, J.D. Saha, B.T. Kerridge et al. « Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001–2002 and 2012–2013 », *JAMA Psychiatry*, 72(12), 2015, p. 1235–42.
11. Centre for Behavioral Health Statistics and Quality, *National Estimates of Drug-related Emergency Department Visits*, Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011.
12. R.M. Groves et E. Peytcheva, « The impact of nonresponse rates on nonresponse bias: A meta-analysis », *Public Opinion Quarterly*, 72(2), 2008, p. 167–189.
13. L.D. Harrison, « Understanding the difference in youth drug prevalence rates produced by the MTF, NHSDA, and YRBS studies », *Journal of Drug Issues*, 31(3), 2001, p. 665–694.
14. S. Galea et M. Tracey, « Participation rates in epidemiologic studies », *Annals of Epidemiology*, 17, 2007, p. 643–53.
15. C.D. Delveo et U.E. Bauer, « Monitoring the tobacco use epidemic III: The host: Data sources and methodological challenges », *Preventive Medicine*, 48, 2009, p. S16–23.
16. E.M. Adlaf, P. Begin et E. Sawka, *Canadian Addiction Survey (CAS): A National Survey of Canadians' Use of Alcohol and Other Drugs: Prevalence of Use and Related Harms*, Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse, 2005, disponible à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-004028-2005.pdf>
17. Centre Canadien sur l'abus des substances, *Enquête sur les toxicomanies au Canada, 2004: Guide des microdonnées*. Centre Canadien sur l'abus des substances, Ottawa.
18. Santé Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey-Microdata User Guides 2008-2012*, disponible sur demande
19. A.L. Holbrook, M.C. Green et J.A. Krosnick, « Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires: Comparisons of respondent satisficing and social desirability bias », *Public Opinion Quarterly*, 67, 2003, p. 79–125.
20. D. Wright, M. Sloan et K. Barrett, « Is there a trade-off between quality and cost? Telephone versus face-to-face interviewing of persons with disabilities », *Mathematica Policy Research Reports*. Princeton, New Jersey, Mathematica Policy Research, 2012, disponible à l'adresse <https://www.mathematica-mpr.com/our-publications-and-findings/publications/is-there-a-tradeoff-between-quality-and-cost-telephone-versus-face-to-face-interviewing-of-persons-with-disabilities>
21. A. Bowling, « Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality », *Journal of Public Health*, 27(3), 2005, p. 281–291.
22. M. St-Pierre et Béland, *Mode Effects in the Canadian Community Health Survey: A Comparison of CAPI and CATI*, Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods. Toronto, American Statistical Association, 2004, disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D16_T9_V5-eng.htm
23. A. Jackle, C. Roberts et P. Lynn, « Assessing the effect of data collection mode on measurement », *International Statistical Review*, 78(1), 2010, p. 3–20.
24. L.T. Midanik et Greenfield TK, « Telephone versus in-person interviews for alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey », *Drug and Alcohol Dependence*, 72, 2003, p. 209–214.

25. Statistique Canada, enquête(s) et programme(s) statistique(s) actif(s) et inactif(s) non mené(s) et programmes statistiques incluant questionnaires et documentation associée, disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/plX.pl?Function=getThemeSV&PItem_Id=97413&PCE_Id=412&PCE_Start=01010001&CItem_Id=97413&CCE_Id=420&CCE_Start=01010001&lang=enStatistics
26. Phoenix Strategic Perspectives Inc, *Final Report Secondary Research into Cell Phones and Telephone Surveys*, disponible à l'adresse <http://www.tpsgc-pwgsc.ca/rop-por/documents/rstcst-srepts-eng.pdf>
27. Statistique Canada, « Residential Telephone Service Survey », *The Daily*, June 23, 2014, disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140623/dq140623a-fra.htm>
28. S.J. Blumberg, J.V. Luke et M.L. Cynamon, « Telephone coverage and health survey estimates: Evaluating the need for concern about wireless substitution ». *American Journal of Public Health*, 96(5), 2006, p. 926–931.
29. T. Elton-Marshall, S.T. Leatherdale, S.R. Manske *et al.*, « Research methods of the Youth Smoking Survey (YSS) », *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 32(1), 2011, p. 47–54.
30. Research Triangle Institute, *SUDAAN Language Manual*, Volumes 1 and 2, Release 11, Research Triangle Park, North Carolina, Research Triangle Institute, 2012.
31. Statistique Canada, *Enquête sociale générale*, disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=148641
32. Statistique Canada, *Enquête canadienne sur la tabac, l'alcool et les drogues – Fichier de microdonnées (82M0020X)*, disponible à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?ObjId=82M0020X&ObjType=2&lang=fr&limit=0>
33. H. Liu, *Cochran-Armitage Trend Test Using SAS*, Paper SP05, Rahway, New Jersey, Merck Research Labs, Merck & Co., Inc., 2007.
34. NCSS.com Cochran-Armitage test for trend in proportions, disponible à l'adresse : https://ncss-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/themes/ncss/pdf/Procedures/PASS/Cochran-Armitage_Test_for_Trend_in_Proportions.pdf
35. M. Rotermann et K. Langlois, « Prévalence et corrélats de la consommation de marijuana au Canada, 2012 », *Rapports sur la santé*, 26(4), 2015, p. 11–16.
36. Santé Canada, *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues.html>
37. A. Boak, H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann, *Drug Use among Ontario Students, 1977-2015: Detailed OSDUHS Findings*, CAMH Research Document No. 41. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, 2013.
38. A. Azofeifa, M.E. Mattson, G. Schauer *et al.*, « National estimates of marijuana use and related indicators—National Survey on Drug Use and Health, United States, 2002-2014 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(11), 2016, p. 1–25.
39. A.R. Ialomiteanu, H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann, *CAMH Monitor e-Report: Substance Use, Mental Health and Well-Being among Ontario Adults, 1977–2015*, CAMH Research Document Series No. 45, Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, 2016, disponible à l'adresse : www.camh.ca/en/research/news_and_publications/CAMH%20Monitor/CAMH-Monitor-2015-eReport-Final-Web.pdf
40. R. Gravel, Y. Beland. « The Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 2005, p. 573–9.
41. R. Macdonald R, M. Rotermann. « Estimations expérimentales de la consommation de cannabis au Canada, de 1960 à 2015 », *Aperçus économiques*, 2017. disponible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-626-x/11-626-x2017077-fra.htm>
42. Angus Reid Institute, 4/20 Friendly? « Canadian support for pot legalization grows, but most don't view it as a national priority », *Canadian Public Opinion Poll*, April 20, 2016, disponible à l'adresse : <http://angusreid.org/wp-content/uploads/2016/04/2016.04.20-Marijuana.pdf>
43. Bibliothèque du Parlement, *Marijuana à des fins médicales – Chronologie*, disponible à l'adresse : <https://lop.parl.ca/Content/LOP/ResearchPublications/tips/tip108-f.htm>
44. E.R. Harrison, J. Haaga et Richards, « Self-reported drug use data: What do they reveal? », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(4), 1993, p. 423–441.
45. D.I. Lubman, A. Cheetham et M. Yücel, « Cannabis and adolescent brain development », *Pharmacology and Therapeutics*, 148C, 2005, p. 1–16.
46. W. Hall et L. Degenhardt, « Adverse health effects of non-medical cannabis use », *Lancet*, 374, 2009, p. 1383–1391.
47. D.M. Fergusson et J.M. Boden, « Cannabis use and later life outcomes », *Addiction*, 103, 2008, p. 969–76.
48. N.D. Volkow, R.D. Baler, W.M. Compton *et al.*, « Adverse health effects of marijuana use », *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2014, p. 2219–2227.
49. D.J. Nutt, L.A. King et L.D. Phillips, « Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis », *Lancet*, 376, 2010, p. 1558–1565.
50. E. Silins, L.J. Horwood, G.C. Patton *et al.*, « Young adult sequelae of adolescent cannabis use: An integrative analysis », *Lancet Psychiatry*, 1, 2014, p. 286–293.
51. K. McGregor et T. Makkai, *Self-reported Drug Use: How Prevalent is Underreporting?* Barton, Australia, Australian Institute of Criminology, 2003, disponible à l'adresse : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.538.9399&rep=rep1&type=pdf>
52. A.V. Harrell, K.A. Kapsak, I.H. Cisin et P.W. Wirtz, *The Validity of Self-reported Drug Use Data: The Accuracy of Responses on Confidential Self-administered Answer Sheets*, Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, 1997.
53. M. Fendrich, M.E. Mackesy-Amity, T.P. Johnson *et al.*, « Tobacco-reporting validity in an epidemiological drug-use survey », *Addictive Behaviors*, 30, 2005, p. 175–181.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs: Reports and Documents, disponible à l'adresse : <http://www.espad.org/reports-documents>
55. B.G. Cox, M.B. Witt, M.A. Traccarella et A.M. Perez-Michael, « Inconsistent reporting of drug use in 1988 », C.F. Turner, Lessler JT, *Survey Measurement of Drug Use*, Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1992, p. 109–154.

Annexe

Tableau A
Questions d'enquête liées au cannabis ou à la marijuana, selon l'enquête, 1985 à 2015

Titre de l'enquête	Année	Préface de la question sur le cannabis (marijuana)	A déjà consommé du cannabis (marijuana)	Consommation de cannabis (marijuana)		Fréquence de consommation du cannabis (marijuana)				Âge à la première expérience de consommation	Consommation à des fins médicales	
				Au cours des 12 mois précédents	Au cours des trois mois précédents	Au cours des 12 mois précédents	Consommation quotidienne	Consommation presque quotidienne	Au cours des trois mois précédents			Consommation presque quotidienne
Enquête promotion santé (EPS)	1985	...	...	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de la marijuana ou du hachisch?	...	...	...	...	...	...	...	...
	1990	...	Avez-vous déjà pris ou essayé de la marijuana ou du hachisch?	En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois?	...	...	...	...	...	...	...	...
Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ENCAD)	1989	...	Avez-vous déjà pris l'une ou l'autre des substances suivantes? Marijuana ou hachisch (les catégories de réponse font la distinction entre une consommation au cours des 12 derniers mois et pas au cours des 12 derniers mois)	Avez-vous déjà pris l'une ou l'autre des substances suivantes? Marijuana ou hachisch	...	Combien de fois avez-vous pris de la marijuana ou du hachisch au cours des 12 derniers mois?	...	Plus d'une fois par semaine	...	...	...	...
	1993	...	...	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de... la marijuana ou du hachisch?	...	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris de la marijuana ou du hachisch?	...	Plus d'une fois par semaine	...	...	...	...
Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD)	1994	...	Avez-vous déjà essayé ou pris de la marijuana ou du hachisch?	En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois?	...	Combien de fois avez-vous pris de la marijuana ou du hachisch au cours des 12 derniers mois?	...	Plus d'une fois par semaine	...	...	...	...
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être (ESCC-SM)	2002	...	Avez-vous déjà pris ou essayé de la marijuana ou du hachisch?	En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois?	...	Combien de fois (avez-vous pris de la marijuana ou du hachisch au cours des 12 derniers mois?)	Tous les jours	...	...	...	...	...
	2012	...	Avez-vous déjà pris ou essayé de la marijuana ou du hachisch?	En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois?	...	Combien de fois (avez-vous pris de la marijuana ou du hachisch au cours des 12 derniers mois?)	Tous les jours	...	...	...	...	...

Annexe

Tableau A
Questions d'enquête liées au cannabis ou à la marijuana, selon l'enquête, 1985 à 2015

Titre de l'enquête	Année	Préface de la question sur le cannabis (marijuana)	A déjà consommé du cannabis (marijuana)	Consommation de cannabis (marijuana)		Fréquence de consommation du cannabis (marijuana)			Âge à la première expérience de consommation	Consommation à des fins médicales		
				Au cours des 12 mois précédents	Au cours des trois mois précédents	Au cours des 12 mois précédents	Consommation quotidienne	Consommation presque quotidienne			Au cours des trois mois précédents	Consommation presque quotidienne
Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)	2004	...	Avez-vous déjà pris ou essayé de la marijuana ou du hachisch?	En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois?	Et qu'en est-il des trois derniers mois? Combien de fois avez-vous pris de la marijuana, du cannabis ou du hachisch (au cours des trois derniers mois)?	...	...	...	Et qu'en est-il des trois derniers mois? À combien de reprises avez-vous consommé de la marijuana, du cannabis ou du hachisch (au cours des trois derniers mois)?	Tous les jours ou presque tous les jours	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à consommer de la marijuana, du cannabis ou du hachisch?	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous intentionnellement consommé de la marijuana, du hachisch pour traiter la douleur, la nausée, le glaucome, la sclérose en plaques, la dépression ou tout autre problème médical?
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)	2004 à 2012	...	Avez-vous déjà pris ou essayé de la marijuana ou du hachisch?	En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois?	...	Combien de fois avez-vous pris de la marijuana, du cannabis ou du hachisch au cours des 12 derniers mois?	Tous les jours	...	...	...	Quel âge aviez-vous lorsque vous l'avez fait pour la première fois?	...
Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)	2008 à 2010, 2012	Dans cette série de questions, nous utiliserons le terme marijuana pour désigner la consommation de marijuana, de hachisch, d'huile de hachisch ou d'autre produit dérivé du cannabis.	Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé ou essayé de la marijuana, du cannabis ou du hachisch... <i>Note de l'intervieweur (non lue)</i> : y compris la consommation à des fins médicales.	En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois?	Et qu'en est-il des trois derniers mois? Combien de fois avez-vous pris de la marijuana?	...	...	...	Et qu'en est-il des trois derniers mois? Combien de fois avez-vous pris de la marijuana?	Tous les jours ou presque tous les jours	À quel âge avez-vous commencé à consommer de la marijuana?	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé ou essayé de la marijuana (hachisch, huile de hachisch ou autre produit dérivé du cannabis) à des fins médicales?
Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)	2013	Dans cette série de questions, nous utiliserons le terme marijuana pour désigner la consommation de marijuana, de hachisch, d'huile de hachisch ou d'autre produit dérivé du cannabis (2013); tout autre préparation de cannabis (2015).	Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé ou essayé de la marijuana? <i>Note de l'intervieweur (non lue)</i> : cela comprend la consommation de marijuana, de cannabis ou de hachisch à des fins médicales (2013); consommation de marijuana (de hachisch, d'huile de hachisch ou d'autre produit dérivé du cannabis) à des fins médicales (2015).	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de la marijuana?	Au cours des trois derniers mois, avez-vous consommé de la marijuana?	...	...	...	Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la marijuana?	Tous les jours ou presque tous les jours	À quel âge avez-vous essayé ou commencé à consommer de la marijuana?	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé ou essayé de la marijuana (hachisch, huile de hachisch ou autre produit dérivé du cannabis) à des fins médicales?
	2015											

... n'ayant pas lieu de figurer

Sources : Enquête promotion santé (EPS), 1985 et 1990; Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ENCAD), 1989; Enquête sociale générale (ESG), 1993; Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD), 1994; Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), 2004; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2004 à 2012; Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), 2008 à 2012; Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2013 et 2015; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (ESCC-SM), 2002 et 2012.