

Rapports sur la santé

Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015

par Michelle Rotermann et Marie-Michèle Pagé

Date de diffusion : le 18 juillet 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

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le 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.

Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015

par Michelle Rotermann et Marie-Michèle Pagé

Résumé

Contexte : Le gouvernement du Canada s'est engagé à légaliser la consommation de cannabis à des fins non médicales par les adultes en 2018. La consommation à des fins médicales a été légalisée en 2001, mais ce ne sont pas toutes les personnes déclarant une consommation à des fins médicales qui ont reçu l'autorisation d'un médecin pour une telle consommation. En vue de surveiller l'incidence de la nouvelle politique, il importe de comprendre la prévalence de la consommation de cannabis et les caractéristiques de tous les consommateurs de cannabis.

Données et méthodes : Les données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2015 ont été utilisées pour estimer la prévalence de la consommation de cannabis à des fins médicales et pour examiner les raisons d'une telle consommation. Elles ont aussi été utilisées pour examiner les facteurs associés aux personnes ayant déclaré consommer du cannabis à des fins non médicales seulement (NMS) par rapport à ceux associés aux personnes ayant déclaré consommer du cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales (MANM), y compris la consommation d'autres drogues et la consommation non thérapeutique de médicaments psychotropes.

Résultats : En 2015, 9,5 % des Canadiens de 15 ans ou plus ont déclaré consommer du cannabis à des fins NMS, tandis que 2,8 % ont déclaré en consommer à des fins MANM. La moitié des Canadiens qui ont déclaré une certaine forme de consommation à des fins médicales autodéfinies a mentionné la douleur comme principale raison. La consommation quotidienne ou quasi quotidienne était significativement plus courante chez les consommateurs de cannabis à des fins MANM (47,2 %) que chez les consommateurs à des fins NMS (26,4 %). Quelles que soient les fins de la consommation, les personnes ayant consommé du cannabis au cours de l'année précédente étaient plus susceptibles d'être de sexe masculin, d'être plus jeunes, d'avoir consommé d'autres drogues illicites et un médicament d'au moins l'une des trois catégories de médicaments psychotropes à des fins non thérapeutiques, et d'être des fumeurs quotidiens ou de grands buveurs. L'utilisation du cannabis à des fins MANM était plus courante parmi les personnes déclarant une moins bonne santé générale et mentale, utilisant des médicaments psychotropes, et vivant dans un ménage à faible revenu.

Interprétation : Puisque la consommation de cannabis à des fins non médicales est courante chez les deux groupes de consommateurs analysés, de nombreuses similitudes étaient attendues. Néanmoins, les personnes ayant consommé du cannabis à des fins MANM présentaient aussi plusieurs caractéristiques particulières qui correspondaient à la consommation à des fins médicales. Cependant, puisque l'ECTAD ne recueille pas de renseignements qui permettent de déterminer si la personne a reçu l'autorisation d'un professionnel de la santé pour consommer du cannabis à des fins médicales, cette analyse ne doit pas être interprétée comme une évaluation des personnes qui ont accès au cannabis par l'intermédiaire du programme d'accès au cannabis à des fins médicales de Santé Canada, le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (RACFM).

Mots-clés : consommation de substances psychoactives, drogues contrôlées, drogues illicites, marijuana

Le gouvernement du Canada s'est engagé à légaliser, à réglementer et à restreindre la consommation de cannabis à des fins non médicales par les adultes en 2018. En vue de ce changement, Statistique Canada adapte le système statistique national afin de mesurer les répercussions sociales et économiques de la légalisation du cannabis. L'organisme a en outre entrepris un certain nombre de projets d'analyse connexes¹. Depuis 2001, l'accès au cannabis à des fins médicales est autorisé au Canada²⁻⁵. Les observations scientifiques de grande qualité sur la consommation de cannabis se multiplient. Alors que certaines d'entre elles démontrent les bienfaits du cannabis pour différents usages médicaux, notamment pour le traitement de la douleur chronique chez les adultes⁶⁻⁸, d'autres font état des effets néfastes sur la santé physique et mentale, comme le

risque de dépendance et le déclenchement ou l'aggravation de maladies psychiatriques graves (schizophrénie), surtout chez les consommateurs fréquents, les consommateurs de longue date et les jeunes^{6,9-14}.

On en sait beaucoup moins au sujet de la prévalence de la consommation de cannabis chez les personnes déclarant une consommation à des fins médicales (exclusive ou jumelée à une consommation à des fins non médicales) et des caractéristiques de ces personnes. Il en va de même pour les rapports entre les caractéristiques et les tendances en matière de consommation des personnes qui consomment du cannabis à des fins médicales et celles qui en consomment à des fins non médicales. De plus, on en sait peu sur l'incidence qu'aura la légalisation de la consommation à des fins non médicales sur la consommation à des fins

médicales ou thérapeutiques. La plupart des études réalisées auprès des consommateurs de cannabis à des fins médicales sont américaines¹⁵⁻²⁵ ou britanniques²⁶ ou elles sont fondées sur les données d'une seule province canadienne, l'Ontario²⁷⁻³⁰. Les données recueillies proviennent

souvent d'enquêtes sur la population^{15,17,20,22,27-29}, d'essais cliniques¹⁸, de tables rondes de consommateurs²⁵, ainsi que d'échantillons de commodité (auto-sélectionnés) de patients de cliniques et de dispensaires^{16,19,21,23-24,26-27,30}. Par conséquent, les résultats peuvent ne pas rendre entièrement compte de l'expérience actuelle des consommateurs de cannabis au Canada.

La présente analyse porte sur la prévalence de la consommation de cannabis à des fins exclusivement non médicales, ainsi que sur les facteurs associés aux personnes qui déclarent une telle consommation. Les résultats à cet égard sont comparés avec ceux des personnes qui déclarent consommer du cannabis à des fins médicales et non médicales. L'analyse traite également de la consommation d'autres drogues illicites et de l'usage non thérapeutique d'un médicament d'au moins l'une des trois catégories de médicaments psychotropes, de la consommation de cannabis (quelles qu'en soient les fins) au cours des trois mois précédents, et des perturbations et des effets néfastes associés à la consommation de cannabis au sein de la population à domicile âgée de 15 ans ou plus en 2015.

Méthodes

Données

Les données utilisées sont tirées d'une enquête transversale, soit l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2015, qui présente des estimations sur l'usage du tabac et la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que sur les enjeux connexes³¹. L'enquête, réalisée par Statistique Canada, a été parrainée par Santé Canada.

La population cible de l'ECTAD était composée de la population à domicile âgée de 15 ans ou plus dans toutes les provinces canadiennes. La période de collecte s'est étendue de février à décembre 2015. Les résidents des territoires et les résidents à temps plein d'établissements institutionnels étaient exclus. Le taux de réponse de 48,3 % a donné lieu à un échantillon de 15 154

personnes, qui représentent près de 30 millions de Canadiens³². L'enquête de 2015 a été menée au moyen de numéros de téléphone cellulaire. Elle était donc plus complète, car les ménages n'utilisant que le téléphone cellulaire pouvaient y participer. Il s'agit d'un changement important, car plus de 1 ménage sur 5 a recours exclusivement à un service mobile sans fil. Cette proportion s'établit à plus de 60 % lorsque tous les membres du ménage sont âgés de moins de 35 ans³³.

Échantillon de l'étude

Le principal échantillon de l'étude était composé de 14 978 répondants qui étaient âgés d'au moins 15 ans au moment de l'ECTAD de 2015, qui résidaient dans les provinces canadiennes et qui ont fourni des réponses valides. Parmi ces répondants, 1 622 ont déclaré avoir consommé du cannabis à des fins non médicales seulement au cours de l'année précédente, 454 ont déclaré en avoir consommé à des fins médicales autodéfinies et non médicales, et les 12 902 autres ont déclaré n'en avoir pas consommé du tout (graphique de l'annexe A). Un deuxième échantillon a aussi été créé; il comprend uniquement les personnes qui consomment fréquemment du cannabis à des fins non médicales seulement (les 99 personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis une seule fois ont été exclues).

Définitions

La consommation de cannabis à des fins *non médicales seulement* (NMS) au cours de l'année précédente a été déterminée en fonction des réponses données aux deux questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de la marijuana? » et « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé ou essayé de la marijuana (haschish, huile de haschish ou tout autre produit dérivé du cannabis) à des fins médicales? » De plus, les résultats ont été triés selon la fréquence de consommation pour n'inclure que les consommateurs fréquents et exclure les personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis une seule fois. Cette mesure visait à faciliter

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Le cannabis demeure la drogue illicite la plus consommée au Canada.
- La consommation de cannabis est associée à certains effets indésirables, notamment la dépendance.

Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude, fondée sur les plus récentes données nationales accessibles, examine les similitudes et les différences entre les Canadiens qui ont déclaré consommer du cannabis à des fins non médicales seulement (NMS) et les Canadiens qui ont déclaré en consommer à des fins non médicales, mais aussi à certaines fins médicales autodéfinies (MANM).
- Les personnes ayant consommé du cannabis au cours de l'année précédente, quelles que soient les fins de la consommation, étaient plus susceptibles d'être de sexe masculin, d'être plus jeunes, d'avoir consommé d'autres drogues illicites et un médicament d'au moins l'une des trois catégories de médicaments psychotropes à des fins non thérapeutiques, et d'être des fumeurs quotidiens ou de grands buveurs.
- L'utilisation du cannabis à des fins MANM était plus courante parmi les personnes déclarant une moins bonne santé générale et mentale, utilisant des médicaments psychotropes, et vivant dans un ménage à faible revenu.
- La consommation quotidienne ou quasi quotidienne, quelles qu'en soient les fins, était beaucoup plus fréquente chez les consommateurs de cannabis à des fins MANM que chez les consommateurs de cannabis à des fins NMS.

Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015 • Article de recherche

la comparaison avec les consommateurs de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, qui devaient aussi avoir déclaré en avoir consommé plus d'une fois.

La consommation de cannabis à des fins *médicales autodéfinies et non médicales* (MANM) au cours de l'année précédente a été déterminée en fonction des réponses données aux trois questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé de la marijuana? », « Avez-vous essayé de la marijuana une fois ou plus d'une fois? » et « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé ou essayé de la marijuana (haschish, huile de haschish ou tout autre produit dérivé du cannabis) à des fins médicales? » Les consommateurs de cannabis à des fins MANM devaient indiquer avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents et en avoir consommé à des fins médicales au moins une fois au cours de cette période. Les questions sur la consommation à des fins médicales ont été posées uniquement aux personnes qui ont déclaré avoir consommé du cannabis à plus d'une reprise. En raison d'un problème d'enchaînement et de contrôle du questionnaire, 10 répondants ont indiqué n'avoir pas consommé de cannabis au cours des 12 mois précédents, mais en avoir consommé à des fins médicales. Ces répondants ont été exclus de l'échantillon de l'étude, parce que, en raison du schéma de réponse, les autres questions sur le cannabis, par exemple celles sur la fréquence de consommation et sur les effets néfastes, ne leur ont pas été posées.

Un *centre de population* est une zone bâtie en continu d'au moins 1 000 habitants dont la densité de population est de 400 personnes ou plus au kilomètre carré, selon les chiffres de population du recensement le plus récent. Les régions rurales comptent moins d'habitants et ont une densité de population inférieure.

L'ECTAD ne recueillait pas de données sur le revenu du ménage. Des quintiles de revenu ont plutôt été attribués aux répondants en fonction de leur code postal et des données sur le revenu dans leur quartier tirées du Recensement

de 2006 (c.-à-d. les données les plus récentes sur le revenu par aire de diffusion du recensement³⁴). L'utilisation de mesures du revenu en fonction de l'aire est une mesure de substitution valide dans le cadre de la recherche sur la santé, surtout lorsque des données ne sont pas recueillies par l'intermédiaire de mesures directes³⁵⁻³⁶. Les *quintiles de revenu du ménage* ont été regroupés dans deux catégories : la catégorie des ménages dont le revenu est dans le quintile le plus bas et celle des ménages dont le revenu n'est pas dans le quintile le plus bas (les 80 % restants).

L'*autoévaluation de la santé* des répondants a été classée dans deux catégories : « bonne, très bonne ou excellente » et « passable ou mauvaise ». L'autoévaluation de la santé a été choisie comme covariable en raison, d'une part, de sa fiabilité et de sa validité et, d'autre part, de sa forte corrélation avec les divers aspects de l'état de santé, notamment la capacité fonctionnelle, les maladies chroniques et le bien être psychologique³⁷. L'*autoévaluation de la santé mentale* a aussi été comprise, et la même approche a été adoptée.

Les résultats des *fumeurs quotidiens* ont été comparés avec ceux de tous les autres répondants (les fumeurs occasionnels, les anciens fumeurs et les personnes n'ayant jamais fumé). Par *grand buveur*, on entend le fait d'avoir bu quatre verres d'alcool ou plus (chez les femmes) ou cinq verres d'alcool ou plus (chez les hommes) lors d'une même occasion, au moins une fois par mois au cours de l'année précédente.

Les *raisons motivant la consommation de cannabis à des fins médicales* ont été déterminées en fonction des réponses à la question suivante : « Quel est le problème médical principal qui vous a poussé à utiliser la marijuana? » Cette question comportait neuf catégories de réponse, dont « Autre – Précisez ». Pour réaliser une analyse selon le groupe d'âge et le sexe, les réponses ont été regroupées en quatre catégories (soit trois catégories principales et une catégorie « Autre ») : 1) Douleur : aiguë et chronique; 2) Anxiété, nervosité ou

dépression, dont le stress; 3) Insomnie; 4) « Autre », dont les nausées et les vomissements, le manque d'appétit ou la perte de poids, la sclérose en plaques ou le traumatisme médullaire, et l'épilepsie. Les 77 réponses « Autre » ont été passées en revue manuellement avant d'être recodées (dans la mesure du possible). Si les répondants qui avaient sélectionné la réponse « Autre » avaient donné plus d'une raison, la réponse était recodée en fonction de la première raison.

Lors de son évaluation des problèmes associés au cannabis, l'ECTAD a inclus plusieurs éléments tirés de l'outil de dépistage ASSIST de l'Organisation mondiale de la Santé³⁸. Dix questions additionnelles ont été posées aux répondants qui avaient déclaré avoir consommé du cannabis avant l'enquête (quelles que soient les fins de la consommation) et en avoir consommé à plus d'une reprise au cours de leur vie : cinq questions visaient la consommation au cours de leur vie, et les cinq autres portaient sur la période de trois mois ayant précédé l'interview. Chaque ensemble de cinq questions portait sur ce qui suit : 1) La fréquence à laquelle la personne a ressenti un grand désir ou une forte envie de consommer du cannabis; 2) La fréquence à laquelle la consommation de cannabis de la personne a causé des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, juridiques ou financiers; 3) La question de savoir si la consommation de cannabis de la personne a déjà fait en sorte qu'elle était incapable de faire ce qui était normalement attendu d'elle; 4) La question de savoir si un ami, un parent ou une autre personne a déjà exprimé une inquiétude au sujet de la consommation de cannabis de la personne; 5) La question de savoir si la personne a déjà fait une tentative infructueuse de maîtriser, de réduire ou de cesser sa consommation de cannabis. Dans le cadre de cette analyse, les questions sur la période de trois mois ayant précédé l'interview ont été choisies de manière à assurer l'uniformité avec les questions sur la fréquence de la consommation de cannabis.

Techniques d'analyse

La prévalence de la consommation de cannabis à des fins NMS (y compris et hormis les consommateurs ponctuels), de la consommation de cannabis à des fins MANM, ainsi que de l'absence de la consommation au cours de l'année précédente a été examinée en fonction de différents facteurs. Ceux-ci comprennent le sexe, l'âge, la province (taux normalisé selon l'âge en fonction de la population à domicile provinciale moyenne en 2015 au moyen de cinq groupes d'âge), la résidence (région rurale et centre de population), le revenu du ménage (dichotomisé : ménage dont le revenu est dans le quintile le plus bas (20 %) et ménage dont le revenu n'est pas dans le quintile le plus bas), l'autoévaluation de la santé générale et mentale (passable ou mauvaise et bonne, très bonne ou excellente), le statut de fumeur quotidien, le statut de grand buveur, et la consommation d'autres drogues au cours des 12 derniers mois, notamment la cocaïne ou l'héroïne, les amphétamines ou les méthamphétamines, l'ecstasy, les hallucinogènes (y compris la salvia), les inhalants ou les solvants, et trois catégories de médicaments psychotropes : 1) les sédatifs ou les tranquillisants (p. ex. Xanax ou Ativan); 2) les stimulants (p. ex. Ritalin ou Adderall); 3) les analgésiques opioïdes (p. ex. fentanyl, codéine, oxycodone ou autres produits opioïdes). Des questions additionnelles ont été posées aux personnes qui ont déclaré avoir consommé un médicament de l'une des trois catégories de médicaments psychotropes au cours des 12 mois précédents, afin d'évaluer si la consommation était à des fins non thérapeutiques. Ces questions portaient entre autres sur le respect de la dose prescrite ou de la fréquence et sur les raisons motivant la consommation du médicament à des fins autres que celles prescrites (p. ex. pour être dans un état d'euphorie, pour se sentir mieux ou pour rester éveillé afin d'étudier ou de travailler). Le questionnaire est accessible en ligne³¹. La sélection des covariables a été effectuée en fonction de la documentation et des données disponibles.

Des comparaisons ont également été effectuées relativement à la fréquence de la consommation de cannabis (quelles qu'en soient les fins) au cours des trois mois précédents, en fonction du type de consommation, de l'âge et du sexe. Une analyse a aussi été effectuée pour déterminer si les consommateurs de cannabis à des fins NMS et à des fins MANM ont ressenti l'un des cinq effets néfastes liés à cette consommation au cours de la période de trois mois. Aucune question n'a été posée au sujet de la fréquence au cours de l'année précédente.

Les analyses ont été réalisées au moyen de la version de SUDAAN exécutable en SAS (version 11.0.1). En outre, des poids d'échantillonnage ont été appliqués afin que les analyses soient représentatives de la population canadienne. L'estimation de la variance (intervalles de confiance à 95 %) et le test de signification par test *t* ont été réalisés au moyen de poids de rééchantillonnage bootstrap pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête. Toutes les différences entre les catégories de covariables et les groupes de comparaison présentées sont statistiquement significatives à $p < 0,05$, sauf indication contraire.

Résultats

Les personnes ayant consommé du cannabis au cours de l'année précédente, quelles que soient les fins de la consommation, sont plus susceptibles d'être jeunes, d'être de sexe masculin et d'être des fumeurs quotidiens de cigarettes ou de grands buveurs

Selon les résultats de l'ECTAD de 2015, 9,5 % des Canadiens de 15 ans ou plus (2,8 millions) ont consommé du cannabis au cours de l'année précédente à des fins NMS, et 2,8 % des Canadiens (830 900) en ont consommé à des fins MANM (tableau 1). Pour clarifier les comparaisons et faciliter la lecture, l'expression « à des fins non médicales seulement (NMS) » renvoie aux personnes qui consomment du cannabis à des fins exclusivement non médicales, alors que l'expression « à des fins médicales auto-

définies et non médicales (MANM) » renvoie aux personnes qui ont déclaré consommer du cannabis à des fins non médicales, mais aussi à certaines fins médicales (autodéfinies).

Selon les données, plus de 1 Canadien de 15 à 24 ans sur 5 (22,1 %) a consommé du cannabis à des fins NMS au cours de l'année précédente. En outre, 3,4 % d'entre eux ont consommé du cannabis à des fins MANM au cours de l'année précédente (tableau 1). Dans l'ensemble, cette proportion dépasse la prévalence de consommation déclarée par les personnes des groupes plus âgés : 13,7 % des personnes ayant consommé du cannabis à des fins NMS au cours de l'année précédente sont âgées de 25 à 44 ans et 3,1 % sont âgées de 45 ans ou plus; 1,9 % des personnes ayant consommé du cannabis à des fins MANM au cours de l'année précédente sont âgées de 45 ans ou plus. Au sein des deux groupes de consommateurs, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente.

En 2015, 11,8 % des résidents de la Colombie Britannique ont déclaré avoir consommé du cannabis à des fins NMS au cours de l'année précédente, alors que 5,4 % ont déclaré en avoir consommé à des fins MANM. Sur le plan statistique, les pourcentages pour les deux catégories sont significativement plus élevés que la prévalence enregistrée pour le reste du Canada (autres provinces regroupées). Les résidents de l'Île du Prince Édouard et des trois provinces des Prairies affichaient des taux de consommation de cannabis à des fins NMS inférieurs à la moyenne, ceux-ci se situant entre 5,5 % et 7,0 %. Seul le Québec affichait un taux de consommation à des fins MANM significativement inférieur au taux observé dans le reste du Canada. Les résidents des régions rurales étaient moins susceptibles que les résidents des centres de population de déclarer avoir consommé du cannabis à des fins NMS au cours de l'année précédente. Cependant, le taux de consommation à des fins MANM ne variait pas selon la ruralité du lieu de résidence. Quant au niveau de revenu, la

Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015 • Article de recherche

Tableau 1

Répartition des caractéristiques sociodémographiques, de l'état de santé et des comportements influant sur la santé, selon le type de consommation de cannabis, population à domicile âgée de 15 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2015

	Aucune consommation				Consommation à des fins non médicales seulement (NMS)				Consommation à des fins médicales autodéfinies et non médicales (MANM)			
	En milliers	%	Intervalle de confiance à 95 %		En milliers	%	Intervalle de confiance à 95 %		En milliers	%	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à			de	à			de	à
Total	25 734,1	87,7	86,7	88,7	2 776,8	9,5	8,6	10,4	830,9	2,8	2,4	3,4
Sexe												
Homme	12 283,7	85,1*	83,5	86,5	1 572,1	10,9*	9,6	12,3	587,0	4,1*	3,3	5,0
Femme†	13 450,4	90,3	89,0	91,4	1 204,8	8,1	7,1	9,2	243,9	1,6	1,2	2,2
Groupe d'âge												
15 à 24 ans†	3 324,7	74,5	72,1	76,7	987,1	22,1	20,0	24,4	152,8	3,4	2,6	4,5
25 à 44 ans	7 872,7	82,3*	79,8	84,5	1 313,4	13,7*	11,7	16,1	381,1	4,0	3,0	5,3
45 ans ou plus	14 536,8	94,9*	94,0	95,8	476,3	3,1*	2,5	3,9	297,0	1,9*	1,4	2,6
Province (taux normalisé selon l'âge)†												
Terre-Neuve-et-Labrador	394,6	89,7	87,5	91,5	33,6	8,5	6,8	10,5	8,2	1,9 ^E	1,2	2,9
Île-du-Prince-Édouard	110,3	91,8*	90,0	93,3	6,2	5,5*	4,4	6,8	3,0	2,7 ^E	1,7	4,4
Nouvelle-Écosse	679,0	85,0*	82,3	87,3	79,0	10,9	8,9	13,1	31,1	4,1 ^E	2,9	5,8
Nouveau-Brunswick	572,0	90,5*	88,2	92,4	42,9	7,4	5,6	9,7	12,1	2,1 ^E	1,3	3,4
Québec	6 168,9	89,9*	88,0	91,6	569,8	8,7	7,2	10,5	91,4	1,4 ^{E*}	0,8	2,4
Ontario	9 863,4	87,7	85,4	89,6	1 090,2	9,7	8,0	11,7	301,8	2,7 ^E	1,8	3,8
Manitoba	914,8	89,2	87,1	91,1	75,1	7,0*	5,6	8,6	40,0	3,8 ^E	2,6	5,4
Saskatchewan	807,5	90,5*	88,7	92,1	64,8	6,9*	5,6	8,5	24,0	2,6 ^E	1,8	3,7
Alberta	2 982,1	90,0*	88,2	91,6	249,2	6,9*	5,6	8,4	110,6	3,1	2,3	4,2
Colombie-Britannique	3 241,5	82,7*	80,4	84,8	451,9	11,8*	9,9	14,1	208,5	5,4*	4,1	7,2
Résidence												
Centre de population†	20 399,5	87,4	86,2	88,5	2 311,5	9,9	8,9	11,0	626,0	2,7	2,2	3,3
Région rurale	5 334,6	88,8	86,6	90,7	465,3	7,7*	6,2	9,7	204,9	3,4	2,5	4,7
Quintile de revenu du ménage												
Ménage dont le revenu est dans le quintile le plus bas†	3 865,1	86,468	83,8	88,8	408,2	9,1	7,3	11,4	196,8	4,4 ^{E*}	3,1	6,3
Ménage dont le revenu n'est pas dans le quintile le plus bas	21 869,0	87,927	86,8	89,0	2 368,7	9,5	8,6	10,5	634,2	2,5	2,1	3,1
Autoévaluation de la santé												
Passable ou mauvaise	2 116,4	90,7*	87,8	93,0	84,6	3,6 ^{E*}	2,5	5,3	132,7	5,7 ^{E*}	3,9	8,2
Bonne, très bonne ou excellente†	23 575,8	87,4	86,3	88,5	2 692,1	10,0	9,1	11,0	695,9	2,6	2,1	3,1
Autoévaluation de la santé mentale												
Passable ou mauvaise	1 098,4	78,6*	71,6	84,2	195,0	13,9 ^E	9,3	20,5	104,6	7,5 ^{E*}	4,8	11,4
Bonne, très bonne ou excellente†	24 573,8	88,2	87,2	89,2	2 581,7	9,3	8,4	10,2	696,7	2,5	2,1	3,0
Fumeur quotidien												
Oui	1 896,4	69,6*	64,6	74,1	555,1	20,4*	16,6	24,8	274,2	10,1*	7,5	13,4
Non†	23 837,7	89,6	88,5	90,5	2 221,7	8,3	7,5	9,3	556,7	2,1	1,7	2,6
Grand buveur												
Oui	4 644,2	70,6*	67,4	73,6	1 562,0	23,7*	21,1	26,7	371,5	5,6*	4,2	7,5
Non†	20 965,6	92,7	91,7	93,6	1 208,0	5,3	4,6	6,2	446,6	2,0	1,6	2,5
Consommation d'autres drogues illicites												
Oui	75,0	11,0 ^E	7,0	16,7	462,3	67,5*	57,9	75,8	147,6	21,5 ^{E*}	14,4	30,9
Non†	25 555,2	89,6	88,6	90,5	2 309,5	8,1	7,3	9,0	669,2	2,3	1,9	2,8
Consommation d'un médicament d'au moins une des catégories de médicaments psychotropes												
Oui	5 156,3	83,3*	80,9	85,5	652,0	10,5	8,9	12,5	381,0	6,2*	4,8	7,8
Non†	20 156,4	89,1	87,9	90,2	2 051,2	9,1	8,1	10,2	422,6	1,9	1,4	2,4
Consommation d'un médicament d'au moins une des catégories de médicaments psychotropes à des fins non thérapeutiques												
Oui	251,9	57,4	45,2	68,7	129,5	29,5 ^{E*}	19,8	41,4	57,8	13,2 ^{E*}	7,0	23,3
Non†	25 394,9	88,2	87,2	89,2	2 620,0	9,1	8,3	10,0	762,5	2,6	2,2	3,2

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente par rapport à celle de la catégorie de référence ($p < 0,05$)

† catégorie de référence

‡ la catégorie de référence est le reste du Canada (c.-à-d. l'Ontario par rapport aux neuf autres provinces regroupées)

Note : La catégorie de consommation à des fins non médicales seulement comprend les consommateurs ponctuels.

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

prévalence de la consommation au cours de l'année précédente chez les consommateurs de cannabis à des fins NMS était comparable d'un niveau à l'autre. Toutefois, chez les consommateurs de cannabis à des fins MANM, les membres d'un ménage dont le revenu est dans le quintile le plus bas étaient plus susceptibles de déclarer avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente que les personnes ayant un revenu plus élevé.

La prévalence de la consommation de cannabis différait aussi suivant l'autoévaluation de l'état de santé et des comportements chez les types de consommateurs de cannabis. Par exemple, L'utilisation du cannabis à des fins MANM était plus élevée parmi les personnes ayant une santé physique ou mentale passable ou mauvaise, les fumeurs quotidiens de cigarettes et les grands buveurs comparé à les personnes qui ont déclaré une meilleure santé (physique ou mentale), qui ne fument pas la cigarette quotidiennement ou qui consomment de l'alcool moins fréquemment. Plus de 20 % des fumeurs quotidiens de cigarettes et des grands buveurs ont aussi déclaré avoir consommé du cannabis à des fins NMS au cours de l'année précédente. Ce taux est de 2,5 fois supérieur à celui observé chez les fumeurs occasionnels et de plus de 4 fois supérieur à celui observé chez les consommateurs de cannabis à des fins NMS qui ont déclaré consommer de l'alcool de manière moins fréquente. Chez les consommateurs de cannabis à des fins NMS, aucune différence statistiquement significative n'a été relevée en ce qui concerne la prévalence de la consommation de cannabis en fonction de l'état de santé mentale. Inversement, les consommateurs de cannabis à des fins NMS ayant indiqué que leur santé générale était bonne, très bonne ou excellente étaient plus susceptibles (10 %) de déclarer avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente que ceux ayant indiqué que leur santé était moins bonne (3,6 %). L'analyse a été répétée en excluant les consommateurs ponctuels de cannabis à des fins NMS. Les résultats

sont demeurés pratiquement les mêmes (données non présentées).

La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis est fréquente chez les consommateurs de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales

Il a déjà été démontré que la fréquence de la consommation de cannabis est associée au risque de dépendance^{9,10}, à une santé mentale moins bonne^{10,39}, à des résultats scolaires inférieurs et à des désavantages personnels à plus long terme^{13,40}. Étant donné que la majorité des personnes ayant consommé du cannabis à des fins NMS et à des fins MANM (71,9 % et 93,4 %, respectivement) au cours de l'année précédente ont déclaré en avoir consommé au cours des trois mois précédents l'interview et qu'aucune différence n'a été observée dans les pourcentages selon l'âge ou le sexe, la fréquence de la consommation au cours des trois mois précédents a été examinée en fonction du type de consommation établi selon les définitions relatives à la période de 12 mois (données non présentées).

En ce qui concerne la consommation de cannabis au cours des trois mois précédents, 26,4 % des consommateurs à des fins NMS ont déclaré en avoir consommé tous les jours ou presque, 22,4 %, toutes les semaines, 16,9 %, tous les mois, et 34,3 %, une ou deux fois (tableau 2). Pour ce qui est des personnes ayant déclaré consommer du cannabis à des fins MANM, la répartition était la suivante : 47,2 % ont déclaré en consommer tous les jours ou presque, 35,5 %, toutes les semaines, 11,7 %, tous les mois, et 5,6 %, une ou deux fois. Une analyse additionnelle a été réalisée pour confirmer que les différences observées entre les groupes de consommateurs à des fins NMS et à des fins MANM ne découlaient pas des critères d'admissibilité : les consommateurs de cannabis à des fins MANM devaient avoir consommé du cannabis à plus d'une reprise pour que les questions sur la consommation de cannabis à des fins médicales leur soient posées. Cependant, un critère semblable ne s'appliquait pas aux consommateurs à

des fins NMS. Pour écarter cette possibilité, un second groupe de consommateurs à des fins NMS a été créé, duquel étaient exclues les personnes ayant consommé du cannabis une seule fois. Les résultats ont été comparés avec ceux des consommateurs de cannabis à des fins MANM, et ils sont restés pratiquement identiques.

La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis à des fins NMS était plus courante chez les hommes (31,1 %) et les personnes de 25 à 44 ans (32,4 %) que chez les femmes (19,3 %) et les personnes de 45 ans ou plus (16,1 %). De nombreuses différences sur le plan de l'âge et du sexe des consommateurs de cannabis à des fins MANM ne sont pas statistiquement significatives, en raison probablement de la prévalence inférieure et de la petite taille de l'échantillon. Seule exception, la moitié des consommateurs de cannabis à des fins MANM âgés de 25 à 44 ans ont déclaré consommer du cannabis tous les jours ou presque comparativement au tiers des consommateurs de cannabis à des fins MANM âgés de 45 ans ou plus (55,3 % contre 33,7 %).

Pour la majorité des consommateurs, le cannabis n'entraîne pas de dépendance, de perturbations ou d'autres effets néfastes⁹⁻¹⁰. L'ECTAD comportait un certain nombre de questions qui s'adressaient aux consommateurs plus réguliers de cannabis (les personnes en ayant consommé une seule fois étaient exclues) et qui visaient à examiner les effets néfastes de la consommation sur les consommateurs. Ces questions portaient notamment sur 1) le fait de ressentir un grand désir ou une forte envie de consommer du cannabis, ainsi que d'autres indicateurs de la dépendance au cannabis ou d'une consommation problématique, comme 2) le fait d'avoir eu des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, juridiques ou financiers; 3) l'incapacité de combler les attentes; 4) les inquiétudes de la famille et des amis; 5) l'incapacité de réduire ou de cesser sa consommation. Toutes les questions relatives aux effets néfastes de la consommation visaient la période de trois mois précédant l'interview de l'ECTAD. L'effet néfaste le plus fréquent parmi

Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015 • Article de recherche

Tableau 2

Fréquence de la consommation de cannabis (quelles que soient les fins de la consommation) au cours des trois mois précédents par les personnes qui en consomment à des fins non médicales seulement (NMS) et les personnes qui en consomment à des fins médicales autodéfinies et non médicales (MANM), selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 15 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2015

	Une ou deux fois			Tous les mois			Toutes les semaines			Tous les jours ou presque		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Consommation à des fins non médicales seulement (NMS) (cette catégorie comprend les consommateurs ponctuels)												
Total	34,3*	28,4	40,6	16,9	13,1	21,7	22,4*	17,9	27,7	26,4 *	20,7	32,9
Sexe												
Homme	26,2*	20,0	33,5	17,0 ^F	11,9	23,6	25,7	19,5	33,2	31,1 *	23,4	40,1
Femme	46,2* [†]	36,4	56,3	16,9 ^F	11,5	24,1	17,6 ^E	11,8	25,3	19,3 ^{E*†}	12,6	28,4
Groupe d'âge												
15 à 24 ans	29,5*	24,2	35,4	21,4	16,3	27,5	25,4	19,6	32,2	23,7 *	18,3	30,0
25 à 44 ans	34,5	24,4	46,2	13,7 ^E	8,0	22,6	19,4 ^E	12,3	29,1	32,4 ^{E*}	22,3	44,5
45 ans ou plus	43,4*	30,6	57,3	16,2 ^F	9,3	26,7	24,3 ^E	15,8	35,6	16,1 ^{E*†}	9,1	26,8
Consommation à des fins non médicales seulement (NMS) (cette catégorie ne comprend pas les consommateurs ponctuels)												
Total	33,2*	27,3	39,7	17,2	13,3	22,0	22,8*	18,2	28,1	26,8 *	21,1	33,4
Sexe												
Homme	25,6*	19,4	33,0	17,1 ^F	12,0	23,8	25,9	19,6	33,4	31,3 *	23,6	40,3
Femme	44,6* [†]	34,6	55,1	17,4 ^E	11,9	24,8	18,1 ^E	12,1	26,1	19,9 ^{E*}	13,0	29,3
Groupe d'âge												
15 à 24 ans	27,7*	22,6	33,5	22,0	16,8	28,2	26,1	20,1	33,0	24,3 *	18,9	30,7
25 à 44 ans	33,6 ^E	23,5	45,5	13,9 ^F	8,1	22,9	19,6 ^E	12,5	29,5	32,8 ^{E*}	22,5	45,1
45 ans ou plus	43,3* [§]	30,4	57,2	16,2 ^F	9,3	26,8	24,4 ^E	15,8	35,7	16,1 ^{E*†}	9,1	26,8
Consommation à des fins médicales autodéfinies et non médicales (MANM)												
Total	5,6 ^F	3,8	8,4	11,7 ^E	6,7	19,6	35,5	26,2	46,1	47,2	37,6	56,9
Sexe												
Homme	4,7 ^F	2,7	8,1	F	...	...	36,7 ^E	25,2	50,0	51,3	38,8	63,6
Femme	8,0 ^F	4,4	14,0	F	...	...	32,6 ^E	19,2	49,6	37,3 ^E	24,1	52,6
Groupe d'âge												
15 à 24 ans	5,6 ^F	2,9	10,5	F	...	...	29,8 ^E	17,5	45,8	53,4	39,2	67,1
25 à 44 ans	F	...	...	F	...	...	31,1 ^E	18,4	47,6	55,3	40,0	69,8
45 ans ou plus	6,6 ^F	3,5	12,1	F	...	...	43,9 ^E	28,4	60,6	33,7 ^{E†}	21,2	49,0

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

^F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente par rapport à celle des personnes du même groupe d'âge ou du même sexe qui consomment du cannabis à des fins MANM ($p < 0,05$)

[†] valeur significativement différente par rapport à celle des hommes ($p < 0,05$)

[‡] valeur significativement différente par rapport à celle des personnes âgées de 25 à 44 ans ($p < 0,05$)

[§] valeur significativement différente par rapport à celle des personnes âgées de 15 à 24 ans ($p < 0,05$)

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

les cinq, soit le fait de ressentir un grand désir ou une forte envie de consommer du cannabis, a été mentionné par 14,1 % des consommateurs de cannabis à des fins NMS et par 22,8 % des consommateurs de cannabis à des fins MANM (tableau 3). La plupart des consommateurs qui ont fait état d'un désir ou d'une envie de consommer étaient des consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens (61,6 % des consommateurs à des fins NMS et 69,4 % des consommateurs à des fins MANM) (données non présentées). Parmi les consommateurs de cannabis à

des fins NMS, la prévalence des quatre autres indicateurs de la dépendance ou de la consommation possiblement problématique variait de 1,9 % à 4,1 %. Les estimations pour les consommateurs à des fins MANM étaient trop petites pour être publiées.

La douleur est la principale raison médicale motivant la consommation de cannabis

Plus de la moitié (52,9 %) des personnes ayant consommé du cannabis à des fins

MANM au cours de l'année précédente ont indiqué le soulagement de la douleur comme principale raison de leur consommation à des fins médicales (tableau 4). Le traitement de l'anxiété, de la nervosité et de la dépression (18,6 %) et le traitement de l'insomnie (18,3 %) figuraient également parmi les autres raisons mentionnées fréquemment. Peut-être en raison de la taille de l'échantillon, aucune autre différence statistiquement significative n'a été relevée.

Tableau 3

Pourcentage des perturbations ou des effets néfastes de la consommation de cannabis sur les consommateurs au cours des trois mois précédents, selon le type de consommation de cannabis, population à domicile âgée de 15 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2015

	Consommation à des fins non médicales seulement (NMS) ^{†§}			Consommation à des fins médicales autodéfinies et non médicales (MANM)		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
de		à	de		à	
Perturbations ou effets néfastes de la consommation de cannabis						
Grand désir ou forte envie de consommer du cannabis	14,1	10,6	18,6	22,8 ^E	16,1	31,2
Problèmes de santé ou problèmes sociaux, juridiques ou financiers causés par la consommation de cannabis	3,4 ^E	2,0	5,7	F	...	...
Incapacité du consommateur de faire ce qui était normalement attendu de lui en raison de sa consommation de cannabis	4,2 ^E	2,6	6,8	F	...	...
Inquiétude exprimée au consommateur par un ami, un parent ou une autre personne au sujet de sa consommation de cannabis	4,0 ^E	2,7	5,7	F	...	...
Tentative infructueuse du consommateur de maîtriser, de réduire ou de cesser sa consommation de cannabis	1,9 ^E	1,1	3,3	F	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

[†] catégorie de référence[§] ne comprend pas les consommateurs ponctuels, car les questions sur les perturbations et les effets néfastes ne leur étaient pas posées**Source :** Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.**Tableau 4**

Principales raisons de la consommation de cannabis à des fins médicales, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile âgée de 15 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2015

	Douleur			Anxiété, nervosité ou dépression			Insomnie			Autre		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Total	52,5	43,6	61,2	18,8 ^E	13,0	26,5	18,3 ^E	11,7	27,6	10,3 ^E	6,7	15,5
Groupe d'âge												
15 à 24 ans [†]	53,9	39,2	68,0	22,1 ^E	13,0	35,0	10,3 ^E	5,3	19,0	F	...	...
25 à 44 ans	45,4	31,9	59,6	24,4 ^E	14,2	38,8	22,2 ^E	11,7	37,9	F	...	...
45 ans ou plus	60,9	45,3	74,5	F	...	...	F	...	...	11,6 ^E	6,1	21,1
Hommes	49,3	38,4	60,2	19,8 ^E	12,4	29,9	20,8 ^E	12,0	33,5	10,2 ^E	5,8	17,3
Groupe d'âge												
15 à 24 ans [†]	53,3 ^E	35,1	70,7	22,4 ^E	11,5	39,1	F	...	...	F	...	...
25 à 44 ans	46,8 ^E	30,7	63,6	F	...	...	F	...	...	F	...	...
45 ans ou plus	51,0 ^E	32,0	69,7	F	...	...	F	...	...	F	...	...
Femmes	60,3	46,5	72,7	F	...	...	12,5 ^E	6,7	22,1	10,6 ^E	5,7	18,9
Groupe d'âge												
15 à 24 ans [†]	55,1 ^E	31,1	76,9	...	...	...	F	...	...	F	...	...
25 à 44 ans	40,7 ^E	20,2	65,0	F	...	...	F	...	...	F	...	...
45 ans ou plus	78,7	60,3	90,0	F	...	...	F	...	...	F	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

[†] catégorie de référence**Note :** Limité aux utilisateurs de cannabis MANM seulement.**Source :** Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015.

Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015 • Article de recherche

Tableau 5

Prévalence au cours de l'année précédente de la consommation de nicotine, d'alcool, d'autres drogues illicites et de trois catégories de médicaments psychotropes, selon le type de consommation de cannabis, population à domicile âgée de 15 ans ou plus, Canada à l'exception des territoires, 2015

	Aucune consommation			Consommation à des fins non médicales seulement (NMS) [‡]			Consommation à des fins médicales autodéfinies et non médicales (MANM)		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Nicotine (fumeur quotidien de cigarettes)	7,4	6,5	8,3	20,7*	16,6	25,4	33,0 ^{††}	25,1	41,9
Alcool (grand buveur)	18,1	16,9	19,5	57,1*	51,6	62,4	45,4 ^{††}	36,0	55,2
Autres drogues illicites	0,3 ^E	0,2	0,5	17,4*	13,7	21,7	18,1 ^{E*}	12,1	26,1
Cocaïne ou héroïne	0,2 ^E	0,1	0,3	8,7*	6,5	11,6	9,2 ^{E*}	5,2	15,7
Amphétamines ou méthamphétamines	F	...	...	1,5 ^E	0,8	2,9	F	...	...
Ecstasy	0,1 ^E	0,0	0,2	6,5*	4,7	8,9	2,4 ^{E*}	1,3	4,3
Hallucinogènes (y compris la salvia)	0,1 ^E	0,0	0,2	8,9 ^{E*}	5,9	13,2	10,8 ^{E*}	6,4	17,9
Inhalants ou solvants	F	...	...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Médicaments psychotropes									
Au moins un type	20,4	19,0	21,8	24,1	20,2	28,5	47,4 ^{††}	38,5	56,5
Au moins un type à des fins non thérapeutiques	1,0 ^E	0,7	1,4	4,8 ^{E*}	3,2	7,4	7,0 ^{E*}	3,7	13,0
Sédatifs ou tranquillisants									
À n'importe quelles fins	10,0	9,0	11,0	11,6	9,0	14,7	22,0 ^{E††}	15,3	30,5
À des fins non thérapeutiques	0,4 ^E	0,3	0,7	1,5 ^{E*}	0,8	2,8	F	...	...
Stimulants									
À n'importe quelles fins	0,7	0,5	0,9	4,1 ^{E*}	2,9	5,9	6,0 ^{E*}	3,2	11,2
À des fins non thérapeutiques	F	...	...	1,2 ^E	0,7	2,0	F	...	...
Analgésiques opioïdes[§]									
À n'importe quelles fins	12,4	11,2	13,7	12,4	9,6	16,0	32,6 ^{††}	24,9	41,3
À des fins non thérapeutiques	0,6 ^E	0,3	1,0	3,3 ^{E*}	1,8	5,8	F	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente par rapport à celle de la catégorie « Aucune consommation » (p < 0,05)

[†] valeur significativement différente par rapport à celle de la catégorie « Consommation à des fins non médicales seulement (NMS) » (p < 0,05)

[‡] ne comprend pas les consommateurs ponctuels

[§] agrégat statistique qui comprend les réponses à quatre questions au sujet de produits contenant de la codéine, de l'oxycodone, du fentanyl et d'autres opioïdes

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

La consommation d'autres drogues illicites est fréquente chez les consommateurs de cannabis, sans égard au type de consommation

Chez les personnes ayant consommé du cannabis à des fins NMS et à des fins MANM au cours de l'année précédente, près de 1 consommateur sur 6 a déclaré avoir consommé d'autres drogues illicites (comme de l'ecstasy, des hallucinogènes ou de la cocaïne) au cours de l'année précédente. Il s'agit d'une proportion beaucoup plus élevée que celle observée chez les personnes qui ont déclaré ne pas avoir consommé de cannabis (moins de 0,5 %) (tableau 5). Près de la moitié de tous les consommateurs de cannabis à des fins MANM ont déclaré avoir consommé au moins un médicament psychotrope (principalement des sédatifs et des analgésiques opioïdes). Il s'agit

d'un taux de 2 à 2,3 fois plus élevé que celui des consommateurs de cannabis à des fins NMS et des personnes qui ne consomment pas de cannabis. En outre, les consommateurs de cannabis à des fins NMS et à des fins MANM étaient plus susceptibles que les personnes ne consommant pas de cannabis d'admettre consommer ces médicaments pour des raisons autres que les fins thérapeutiques prescrites, notamment pour être dans un état d'euphorie ou pour améliorer leur humeur. L'usage quotidien du tabac et la consommation abusive d'alcool étaient aussi beaucoup plus courantes chez les consommateurs de cannabis, quelles que soient les fins de la consommation, que chez les personnes ne consommant pas de cannabis.

Discussion

Pour la première fois, il a été possible de distinguer les consommateurs de cannabis à des fins NMS des consommateurs de cannabis à des fins MANM dans l'ECTAD. En 2015, parmi les résultats pour les Canadiens de 15 ans ou plus, 9,5 % des répondants ont déclaré consommer du cannabis à des fins NMS, et près de 3 % ont mentionné qu'ils en consomment à certaines fins médicales autodéfinies (c.-à-d. la consommation à des fins MANM). Les personnes qui font état d'une certaine consommation à des fins médicales font toujours partie du groupe minoritaire de consommateurs de cannabis^{15,17,22,28,41}. D'autres études de Statistique Canada montrent aussi que la majorité des dépenses des ménages en ce qui concerne le cannabis sont réservées à la consommation de cannabis à des fins non médicales⁴².

Dans les études précédentes, de nombreuses différences sociodémographiques, notamment un taux supérieur de consommation de cannabis au cours de l'année précédente chez les hommes, les adolescents et les jeunes adultes, ainsi que chez les résidents de la Colombie Britannique, ont été observées^{41,43-44}. Le taux plus faible de consommation à des fins MANM au Québec peut découler de l'existence du Registre cannabis Québec, qui exige que le médecin prescripteur surveille les effets du cannabis prescrit; cette exigence peut dissuader les médecins d'en prescrire⁴⁵. Évidemment, la consommation à des fins MANM déclarée dans le cadre d'une enquête et l'inscription à un programme d'accès au cannabis médical ne sont pas les mêmes. Il ne faut donc pas s'attendre à ce que les résultats en fonction de l'autodéclaration soient les mêmes que ceux associés à l'inscription. Selon d'autres études qui comparaient le nombre autodéclaré de consommateurs de cannabis à des fins médicales au nombre autodéclaré de consommateurs à des fins médicales qui ont une autorisation, la majorité des consommateurs à des fins médicales n'ont pas d'autorisation médicale officielle²⁹. Cela peut aussi signifier que de nombreux professionnels de la santé ne savent pas que leurs patients consomment du cannabis en plus d'autres médicaments d'ordonnance, ce qui peut être une situation potentiellement dangereuse.

Selon l'ECTAD de 2015, un pourcentage plus élevé de personnes ayant déclaré que leur santé mentale et physique est passable ou mauvaise ont indiqué avoir consommé du cannabis au moins quelques fois à des fins médicales au cours de l'année précédente. Le lien entre une moins bonne santé et la consommation de cannabis à des fins médicales a été observé à maintes reprises^{17-19,22,24,27,29}. Cependant, il n'est pas possible d'établir si la consommation de cannabis donne lieu à un mauvais état de santé ou si les personnes en mauvaise santé et les personnes handicapées consomment du cannabis pour gérer leurs symptômes.

Cette étude conclut également que les consommateurs de cannabis, quelles que soient les fins de la consommation, sont

beaucoup plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens de cigarettes, d'être de grands buveurs ou de consommer d'autres drogues illicites que les personnes qui n'en consomment pas. Le lien entre les comportements influant sur la santé qui sont reconnus pour avoir un effet néfaste sur la santé et la consommation de cannabis est aussi bien établi^{17,27-28,43,46}. Deux théories peuvent expliquer cette situation. Tout d'abord, une exposition précoce au cannabis et à d'autres drogues, y compris l'alcool et la nicotine, permet de prévoir la consommation et l'abus d'autres drogues et la dépendance à une étape ultérieure de la vie. Ensuite, selon la théorie des vulnérabilités corrélées, certaines personnes peuvent être prédisposées, de manière générale, à consommer des médicaments ou à adopter d'autres comportements à risque^{9,11,47}. En outre, la consommation de cannabis à des fins MANM au cours de l'année précédente était plus courante chez les personnes qui vivaient dans un ménage à faible revenu que chez celles qui vivaient dans un ménage à revenu supérieur. La corrélation entre le statut sociodémographique inférieur (défini de différentes manières, y compris l'utilisation du type d'assurance maladie, comme Medicaid, comme mesure de substitution pour le faible revenu) et la consommation à des fins médicales a été observée dans le passé^{15,17,27,30}. En l'absence de données longitudinales, il est impossible de déterminer avec certitude si la consommation de cannabis à des fins médicales contribue au faible revenu.

Même si les personnes déclarant consommer du cannabis à des fins thérapeutiques ou médicales énumèrent des problèmes de santé pour lesquels il n'y a pas de données scientifiques à l'appui⁶, dans l'ensemble, elles s'entendent de manière quasi universelle sur les types de problèmes principaux ou comorbidités. Parmi ces problèmes, mentionnons la douleur, les différents troubles mentaux, et l'insomnie ou les troubles de sommeil^{16,19,23-24,26,30}.

Selon les données de l'ECTAD de 2015, ainsi que celles d'autres études, une proportion significativement plus élevée de consommateurs de cannabis

à des fins MANM que de consommateurs à des fins NMS consomment du cannabis pour quelque raison que ce soit de manière quotidienne ou quasi quotidienne^{18,22}. Une telle consommation peut être associée à la l'utilisation de cannabis comme médicament ou comme méthode de gestion et d'atténuation des symptômes. Il est aussi possible que les consommateurs plus réguliers développent un certain niveau de tolérance et, par conséquent, ont besoin d'en consommer plus fréquemment ou à des doses plus élevées⁴⁷.

Limites

Cette étude, fondée sur un échantillon représentatif de la population de toutes les provinces canadiennes, présente de nombreux points forts, notamment une analyse approfondie de la prévalence de la consommation de cannabis et des facteurs associés à la consommation en fonction du type de consommation. Pour la première fois, ce type d'analyse peut être réalisé au moyen de l'ECTAD, puisque son premier cycle et son précurseur, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), ne comprenaient pas de questions au sujet de la consommation de cannabis à des fins médicales. Néanmoins, les résultats de la présente étude doivent être interprétés en tenant compte de plusieurs limites.

L'idéal aurait été de pouvoir créer un troisième groupe bien distinct de consommateurs de cannabis à des fins médicales seulement. Cependant, les questions de l'enquête ne permettaient pas de faire cette distinction. Or, les différences entre les consommateurs de cannabis à des fins NMS et à des fins MANM auraient pu être moindres si la distinction avait été possible. En outre, il n'y avait pas de renseignements sur la source de recommandation médicale, sur le fait que des conseils d'un professionnel de la santé avaient été demandés ou obtenus, ni sur la quantité de cannabis consommé ayant servi dans le cadre du traitement d'un problème de santé par rapport à la quantité consommée à des fins non médicales.

Les renseignements fournis dans le cadre de l'enquête sont autodéclarés et ne

Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015 • Article de recherche

sont pas validés. La désirabilité sociale et la crainte de représailles, qui sont toutes les deux des sources éventuelles de biais, peuvent être particulièrement pertinentes dans le cadre de cette analyse. Par désirabilité sociale, on entend une tendance des répondants qui modifient leurs réponses pour projeter une image favorable d'eux-mêmes⁴⁸. Les perceptions relatives à ce qui est « désirable » peuvent aussi différer en fonction de l'âge, du sexe et d'autres caractéristiques socioéconomiques du répondant. Certains répondants peuvent sous-déclarer leur consommation de drogues, tandis que d'autres peuvent l'exagérer. Il est aussi possible que la consommation à des fins médicales soit exagérée, surtout si les consommateurs croient que ce type de consommation de cannabis est plus acceptable ou légitime³⁰.

L'ECTAD a pour objectif principal de surveiller l'usage du tabac, la consommation d'alcool et des aspects sélectionnés de la consommation de drogues³². C'est pourquoi la taille des échantillons est parfois petite, ce qui exige des définitions plus générales des variables ou le regroupement de catégories et de variables (p. ex. la consommation d'héroïne et de cocaïne au cours de l'année précédente a été regroupée pour éviter la suppression de cellules). Dans le cas de certaines analyses, la petite taille de l'échantillon peut avoir nui à la capacité d'obtenir une signification statistique. En outre,

les covariables pertinentes n'étaient pas toutes accessibles, comme l'intensité ou la durée de la consommation de cannabis, les quantités consommées, la quantité et le niveau d'ingrédients actifs, l'intensité de la douleur et la question de savoir si le cannabis remplaçait d'autres médicaments. En outre, des données substitutives du revenu des ménages dans un recensement axé sur une aire ont été remplacées, parce que des données sur le revenu des ménages individuels n'ont pas été recueillies.

Les données sont transversales. Il n'était donc pas possible d'établir la causalité. En outre, l'ECTAD exclut les personnes qui ne vivent pas dans des ménages privés, comme les itinérants et les détenus. C'est pourquoi les estimations relatives à la consommation de cannabis peuvent être inférieures à celles obtenues si ces populations avaient été comprises. L'ECTAD n'est pas réalisée dans les territoires.

Conclusion

Il s'agit de la première étude nationale complète au sujet des caractéristiques et des tendances en matière de consommation des consommateurs de cannabis par type de consommation (consommation à des fins NMS ou consommation à des fins MANM) au Canada. Les politiques modifiées concernant la légalisation, la réglementation et la restriction de la

consommation de cannabis à des fins non médicales et l'évolution de l'acceptation sociale en ce qui concerne la consommation de cannabis continueront d'avoir une incidence sur les tendances en matière de consommation et les raisons déclarées qui motivent la consommation. Les résultats dressent un portrait détaillé des facteurs communs aux deux types de consommateurs de cannabis étudiés, ainsi que des facteurs plus courants chez les personnes qui consomment du cannabis à des fins MANM. Ces facteurs comprennent une moins bonne santé générale et mentale, un faible revenu, ainsi que la consommation d'autres médicaments psychotropes. Une meilleure compréhension de tous les consommateurs peut servir dans le cadre de programmes visant à identifier les personnes susceptibles de devenir dépendantes au cannabis et d'avoir des problèmes connexes, et peut aider à créer des stratégies pour réduire au minimum les effets néfastes possibles du cannabis, quelles que soient les fins de la consommation. Des renseignements additionnels sur la consommation à des fins médicales, y compris l'autorisation, la recommandation ou la participation aux programmes visés par le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales, ainsi que la fréquence de la consommation de cannabis à des fins médicales pourraient être utiles dans le cadre d'études futures. ■

Références

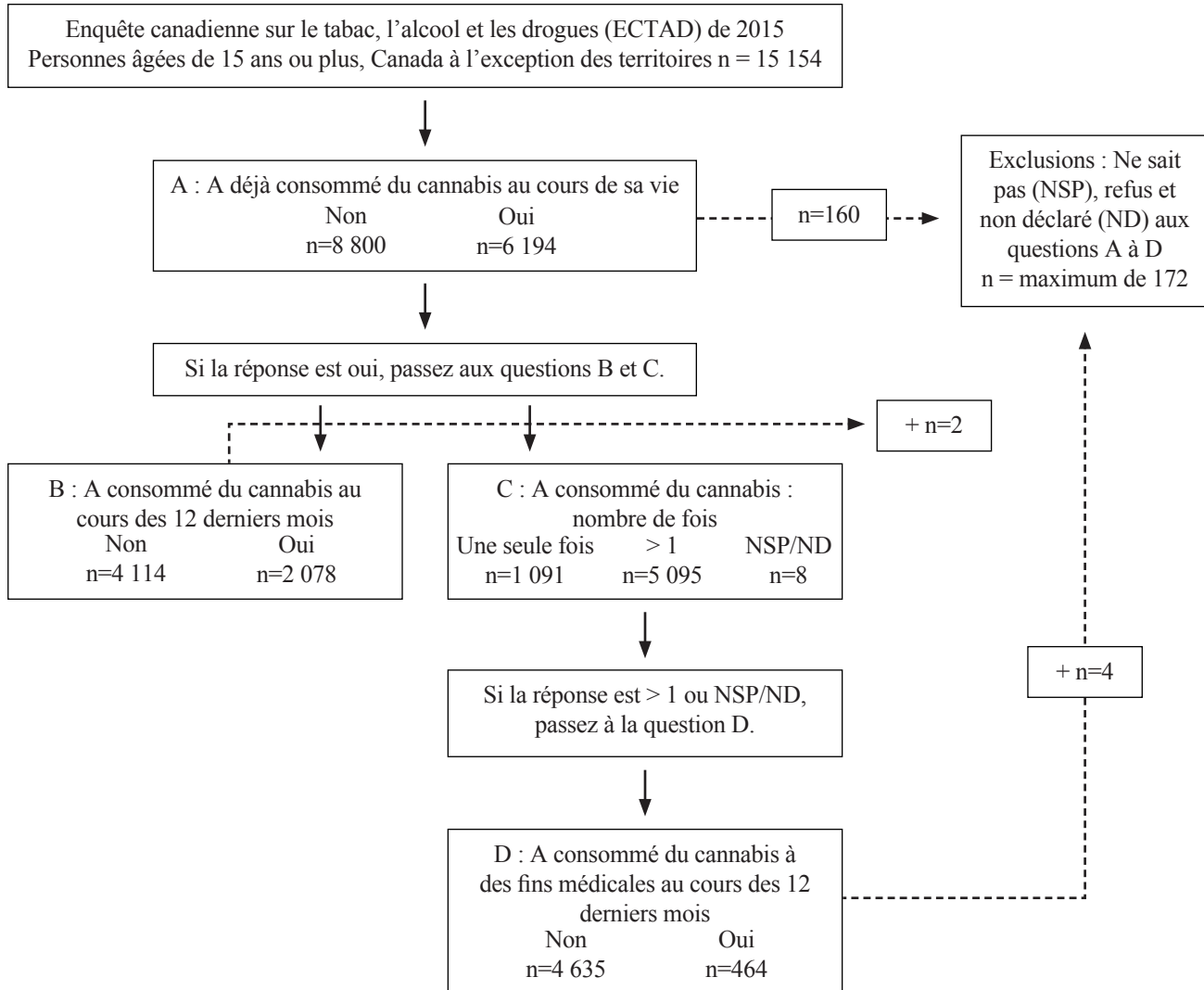
1. Statistique Canada, « Centre de statistiques sur le cannabis », disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13-610-x/13-610-x2018001-fra.htm>
2. Library of Parliament, *Marijuana à des fins médicales – Chronologie*, disponible à l'adresse <https://lop.parl.ca/Content/LOP/ResearchPublications/tips/tip108-f.htm>
3. Santé Canada, *Comprendre le nouveau Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/medicaments-et-produits-sante/comprendre-nouveau-reglement-sur-acces-au-cannabis-fins-medicales.html>
4. Santé Canada, *Producteurs autorisés Données sur le marché*, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/sujets/acceder-cannabis-fins-medicales.html>
5. Santé Canada, *Accéder à du cannabis à des fins médicales d'un producteur autorisé*, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/sujets/acceder-cannabis-fins-medicales.html>
6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017, *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*, Washington, DC, The National Academies Press.
7. P.F. Whiting, R.F. Wolff, S. Deshpande *et al.*, « Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta analysis », *The Journal of the American Medical Association*, 313(24), 2015, p. 2456-2473.
8. Z. Walsh, R. Gonzalez, K. Crosby *et al.*, « Medical cannabis and mental health: A guided systematic review », *Clinical Psychology Review*, 51, 2017, p. 15-29.
9. N.D. Volkow, R.D. Baler, W.M. Compton et S.R.B. Weiss, « Adverse health effects of marijuana use », *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2014, p. 2219-2227.
10. L. Degenhardt et W. Hall, « Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease », *The Lancet*, 379, 2012, p. 55-70.

Prévalence et corrélats de la consommation de cannabis à des fins non médicales seulement comparativement à la consommation de cannabis à des fins médicales autodéfinies et non médicales, Canada, 2015 • Article de recherche

11. M. Di Forti, P.D. Morrison, A. Butt et R.M. Murray, « Cannabis use and psychiatric and cognitive disorders: The chicken or the egg? », *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 2007, p. 228–234.
12. D.S. Hasin, A.L. 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.
13. 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.
14. 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.
15. N.G. Choi, D.M. DiNitto et C.N. Marti, « Nonmedical versus medical marijuana use among three age groups of adults: Associations with mental and physical health status », *The American Journal on Addictions*, 26, 2017, p. 697-706.
16. M.O. Bonn-Miller, M.T. Boden, M.M. Bucossi et K.A. Babson, « Self-reported cannabis use characteristics, patterns and helpfulness among medical cannabis users », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(1), 2014, p. 23-30.
17. W.M. Compton, B. Han, A. Hughes *et al.*, « Use of marijuana for medical purposes among adults in the United States », *Journal of the American Medical Association*, 317(2), 2017, p. 209-211.
18. P. Roy-Byrne, C. Maynard, K. Bumgardner *et al.*, « Are medical marijuana users different from recreational users? The view from primary care », *The American Journal of Addictions*, 24, 2015, p. 599-606.
19. S.E. Lankenau, J. Ataiants, S. Mohanty *et al.*, « Health conditions and motivations for marijuana use among young adult medical marijuana patients and non-patient marijuana users », *Drug and Alcohol Review*, 37, 2017, p. 237-246.
20. S. Ryan-Ibarra, M. Induni et D. Ewing, « Prevalence of medical marijuana use in California, 2012 », *Drug and Alcohol Review*, 34, 2015, p. 141-146.
21. J.M. Corroon, L.K. Mischley et M. Sexton, « Cannabis as a substitute for prescription drugs - a cross sectional study », *Journal of Pain Research*, 10, 2017, p. 989-998.
22. A.L. Lin, M.A. Ilgen, M. Jannausch et K.M. Bohnert, « Comparing adults who use cannabis medically with those who use recreationally: Results from a national sample », *Addictive Behaviour*, 61, 2016, p. 99-103.
23. N.A. Haug, C.B. Padula, J.E. Sottile *et al.*, « Cannabis Use Patterns and Motives: A comparison of Younger Middle-Aged, and Older Medical Cannabis Dispensary Patients », *Addictive Behavior*, 72, 2017, p. 14-20.
24. M.A. Ilgen, K. Bohnert, F. Kleinberg *et al.*, « Characteristics of adults seeking medical marijuana certification », *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 2013, p. 654-659.
25. G.L. Schauer, B.A. King, R.E. Bunnell *et al.*, « Toking, Vaping, and Eating for Health or Fun: Marijuana Use Patterns in Adults, U.S., 2014 », *American Journal of Preventive Medicine*, 50(1), 2016, p. 1-8.
26. M.A. Ware, H. Adams et G.W. Guy, « The medicinal use of cannabis in the UK: Results of a nationwide survey », *International Journal of Clinical Practice*, 59(3), 2005, p. 291-295.
27. S. Goulet-Stock, S. Rueda, A. Vafaei *et al.*, « Comparing medical and recreational cannabis users on socio-demographic, substance and medication use, and Health and disability characteristics », *European Addiction Research*, 23, 2017, p. 129-135.
28. A.C. Ogborne, R.G. Smart et E.M. Adlaf, « Self-reported medical use of marijuana: A survey of the general population », *Canadian Medical Association Journal*, 162(12), 2000, p. 1685-1686.
29. H.A. Hamilton, B. Brands, A.R. Ialomiteanu et R.E. Mann, « Therapeutic use of cannabis: Prevalence and characteristics among adults in Ontario, Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 108(3), 2017, p. e282-287.
30. M.D. Furler, T.R. Einarson, M. Millson *et al.*, « Medicinal and recreational marijuana use by patients infected with HIV », *Aids Patient Care and STDs*, 18(4), 2004, p. 215-228.
31. Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), disponible à l'adresse http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4440
32. Statistique Canada, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2015, disponible sur demande.
33. Statistique Canada, Enquête sur le service téléphonique résidentiel, Le Quotidien, 23 juin, 2014, disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/140623/dq140623a-fra.htm>
34. Statistique Canada, Fichier de conversion des codes postaux^{MO} (FCCP), Version 6D 2017, Guide de référence (n° 82F0086 au catalogue).
35. K. Denny et M.J. Davidson, « Les indicateurs socioéconomiques régionaux : des outils de recherche, de politiques et de planification axés sur les disparités d'état sanitaire », *Canadian Journal of Public Health*, 103(Suppl 2), 2012, p. S4-6.
36. R. Wilkins, J.M. Berthelot et E. Ng, « Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada, 1971-1996 », *Rapports sur la santé*, 13(Suppl), 2002, p. 51-79.
37. M. Shields et S. Shooshtari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 39-63.
38. WHO ASSIST Working Group, « The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility », *Addiction*, 97(9), 2009, p. 1183-94.
39. S. Lev-Ran, S. Intiaz, B.J. Taylor *et al.*, « Gender differences in health-related quality of life among cannabis users: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions », *Drug and Alcohol Dependence*, 123, 2012, p. 190-200.
40. D.M. Fergusson et J.M. Boden, « Cannabis use and later life outcomes », *Addiction*, 103, 2008, p. 969–976.
41. Santé Canada, Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Sommaire des résultats pour 2011, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2011.html>
42. Statistique Canada, Compte économique sur le cannabis, 1961 à 2017, disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180125/dq180125c-fra.htm>
43. 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.
44. M. Rotermann et R. Macdonald, « Analyse des tendances de la prévalence de consommation de cannabis au Canada, 1985 à 2015 », *Rapports sur la santé*, 29(2), 2018, p. 11-23.
45. S. Lough, « Growing the evidence base for medical cannabis », *Canadian Medical Association Journal*, 187(3), 2015, p. 955-956.
46. K. Guttmanova, R. Kosterman, H.R. White *et al.*, « The association between regular marijuana use and adult mental health outcomes », *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 2017, p. 109-116.
47. J.P. Caulkins, B. Kilmer et M.A.R. Kleiman, *Marijuana legalization: What everyone needs to know*, New York, Oxford University Press, 2016.
48. N.D. Brener, J.O.G. Billy et W.R. Grady, « Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature », *Journal of Adolescent Health*, 33, 2003, p. 436-457

Annexe

Graphique de l'annexe A : Diagramme de l'échantillon principal de l'étude et critères d'exclusion



Échantillon principal de l'étude (n = 14 978)

(Comprend toutes les personnes ayant consommé du cannabis à des fins non médicales, y compris celles qui en ont consommé une seule fois)

Aucune consommation au cours de l'année précédente	Consommation à des fins non médicales seulement (NMS) au cours de l'année précédente	Consommation à des fins médicales autodéfinies et non médicales (MANM) au cours de l'année précédente
n=12 902	n=1 622	n=454
Question A = non ou question B = non	Question B = oui ou question D = non	Question B = oui ou question D = oui*

Note: *Les 10 répondants qui ont indiqué n'avoir pas consommé de cannabis au cours des 12 derniers mois, mais avoir consommé du cannabis à des fins médicales autodéfinies ont été exclus de l'échantillon de l'étude, car l'enchaînement des questions était erroné. La plupart des autres questions sur le cannabis n'ont donc pas été posées à ces répondants, notamment les questions sur la fréquence de la consommation et sur les effets néfastes.

Un échantillon secondaire (n=14 879) a été créé, et les consommateurs de cannabis à des fins NMS ont été répartis selon la fréquence de consommation, de manière à inclure uniquement les consommateurs fréquents (les personnes qui avaient consommé du cannabis une seule fois étaient exclues [n = 99]).