

Mars 2006

# Pour une typologie de la consommation de cannabis adaptée aux politiques canadiennes



*Analyse tirée de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004*

Auteurs : Gerald Thomas, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; Jillian Flight, Krista Richard et Stéphane Racine, Santé Canada

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) était une initiative mixte de Santé Canada, du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT) – qui comprend la Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies (AADAC), la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD), le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), la régie provinciale de la santé de l'Île-du-Prince-Édouard et la Fondation Kaiser – ainsi que du Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique (CAR-BC) et des autorités provinciales de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de la Colombie-Britannique. L'analyse contenue dans ce rapport et dans d'autres rapports semblables vise à compléter le rapport détaillé original de l'ETC.

## Introduction

Il est difficile d'adapter l'épidémiologie de la consommation de cannabis aux politiques gouvernementales, car cette consommation est rapportée et interprétée sans beaucoup de discernement par les enquêtes sur la toxicomanie. Même si beaucoup soutiennent qu'un usage modéré de cannabis ne pose aucun risque important en matière de santé et n'a aucune incidence sociale (Sénat, 2002), cet usage est généralement rapporté d'une manière qui ne favorise pas l'évaluation exhaustive de son potentiel de risque. Il est souvent exprimé selon la consommation à vie et au cours de l'année écoulée, ce qui ne fournit aucune donnée utile sur la consommation excessive ou à risque — les catégories mêmes que les politiques gouvernementales devraient viser pour réduire les méfaits sociaux et pour la santé. Souvent, les rapports d'enquête et les politiques gouvernementales considèrent tous les types de consommation de cannabis sur un pied d'égalité.

Le présent document vise à effectuer des analyses préliminaires et à formuler des recommandations dans le but de faciliter la conception d'une approche mieux éclairée et plus utile pour interpréter la consommation de cannabis au Canada et y réagir. La première partie présente une typologie d'interprétation de la consommation d'alcool adaptée aux politiques, une typologie d'interprétation de la consommation de cannabis élaborée en France ainsi que des études préliminaires du Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites pour la mise au point d'une typologie d'interprétation de la consommation de cannabis au Canada. La deuxième partie se sert des données de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 pour définir une typologie de l'usage de cannabis fondée sur la prévalence et la fréquence de cet usage, de même que sur ses méfaits déclarés. La dernière section se penche sur les conclusions de cet exercice et formule des suggestions pour toute analyse à venir qui enrichira l'élaboration d'une typologie adaptée aux politiques pour l'interprétation de la consommation de cannabis au pays.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, communiquez avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 75 rue Albert, bureau 300, Ottawa (Ontario) K1P 5E7; tél. : (613) 235-4048; courriel : info@ccsa.ca. Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à [www.cclat.ca](http://www.cclat.ca).

Citation proposée : Thomas, G., Flight, J., Richard, K. et Racine, S. (2006). Pour une typologie de la consommation de cannabis adaptée aux politiques canadiennes : analyse tirée de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Ce document est publié grâce entre autres à la participation financière de Santé Canada. Les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

This document is also available in English under the title *Toward a Policy-Relevant Typology of Cannabis Use for Canada*.

ISBN 1-897321-04-X



Santé  
Canada Health  
Canada



Canadian Executive Council on Addictions  
Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies



## Contexte

*Typologie d'interprétation de la consommation d'alcool.* Des typologies fonctionnelles d'interprétation de la consommation de substances peuvent orienter l'élaboration de politiques gouvernementales efficaces en réponse à l'usage problématique. Ainsi, au début des années 1990, des chercheurs du Yukon ont défini une typologie pratique pour interpréter les habitudes de consommation d'alcool en se fondant sur les habitudes et la fréquence de cette consommation. Cette typologie comporte six catégories :

- 1) **abstinents** (n'ont jamais pris un verre de leur vie);
- 2) **anciens buveurs** (ont déjà bu par le passé, mais pas au cours de la dernière année);
- 3) **personnes buvant peu et rarement** (moins de cinq verres en une même occasion, moins de quatre fois par mois);
- 4) **personnes buvant peu, mais souvent** (moins de cinq verres en une même occasion, au moins quatre fois par mois);
- 5) **personnes buvant beaucoup, mais rarement** (au moins cinq verres en une même occasion, moins de quatre fois par mois);
- 6) **personnes buvant beaucoup et souvent** (au moins cinq verres en une même occasion, au moins cinq fois par mois).

En 2004, l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) a déterminé la prévalence des habitudes de consommation d'alcool autodéclarée, comme le montrent les tableaux 1 et 2 suivants<sup>1</sup>.

**Tableau 1 : Prévalence de la consommation d'alcool déclarée par les répondants de 15 ans et plus, en pourcentage, Canada, 2004**

Types de buveurs	Hommes	Femmes	Total
Abstinentes	5,9	8,4	7,2
Anciens buveurs	12,1	14,8	13,5
Buveurs actuels	82,0	76,8	79,3

Source : Adlaf et coll., 2005:25.

**Tableau 2 : Habitudes de consommation des buveurs actuels déclarées par les répondants de 15 ans et plus, Canada, 2004**

Types de buveurs	% des buveurs actuels
Peu, rarement	48,9
Peu, souvent	35,1
Beaucoup, rarement	7,1
Beaucoup, souvent	9,0

Il est possible d'établir un lien entre cette typologie de la consommation d'alcool et les choix de politiques gouvernementales en reconnaissant que les méfaits sociaux et pour la santé associés à la consommation problématique d'alcool découlent principalement de trois conditions : toxicité (surdose), intoxication et dépendance. Les tableaux précédents laissent supposer que pour être efficace, toute mesure de lutte contre les méfaits de l'alcool doit tenir compte des habitudes de consommation ainsi que de la quantité et de la fréquence de cette dernière, puisque divers méfaits résultent généralement d'habitudes distinctes. Plus précisément, les habitudes de consommation qui tendent vers l'excès sont davantage susceptibles d'entraîner des méfaits graves associés à la toxicité et à l'intoxication (blessures, violence, etc.), alors que celles qui sont axées sur la fréquence risquent d'entraîner des méfaits permanents (maladies chroniques dues à une longue période de forte consommation et dépendance)<sup>2</sup>. Malheureusement, il n'existe aucune typologie acceptée semblable qui contribuerait à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de contrôle du cannabis au Canada.

*Typologies de la consommation de cannabis existantes.* Au cours des dernières années, des approches fonctionnelles permettant d'interpréter la consommation de cannabis ont vu le jour et ont contribué dans certains pays à orienter l'élaboration de politiques d'intervention efficaces. Ainsi, la France recourt à une typologie comportant six catégories fondées sur la fréquence de consommation, comme le montre le tableau 3.

1 Lors de l'interprétation des niveaux et des habitudes de consommation d'alcool autodéclarés rapportés dans l'ETC, il importe de souligner que la consommation d'alcool calculée en fonction des ventes de boissons alcoolisées a été largement sous-rapportée dans l'enquête. Une analyse secondaire des données de l'ETC laisse entendre que les réponses portant sur la consommation au cours des douze mois précédents ne reflétaient qu'environ 37,5 % des ventes réelles au Canada (Stockwell et coll., 2005:4).

2 Il est possible d'établir un lien entre cette typologie et un autre cadre de référence canadien utile pour évaluer la consommation d'alcool : les Directives de consommation d'alcool à faible risque, selon lesquelles les hommes ne devraient pas boire plus de 14 verres standard (contenant 13,6 g d'alcool pur) par semaine et les femmes, neuf, et ce, à raison d'au plus deux verres par jour. Des travaux de recherche épidémiologique laissent supposer que les personnes en santé qui ont une consommation moindre ou respectant les lignes directrices sont moins susceptibles aux méfaits graves ou chroniques.

**Tableau 3 : Typologie française aux fins d'interprétation de la consommation de cannabis**

Types de consommateurs	Fréquence	Pourcentage de la population de 18 ans et plus en 1999-2000
Abstinent	Jamais	78,4
Expérimentateur	Déjà consommé, mais pas au cours de la dernière année	N/D
Occasionnel	Entre 1 et 9 fois par an	6,5
Répété	Plus de 9 fois par an et moins de 10 fois par mois	3,6
Régulier	Entre 10 et 19 fois par mois	1,4
Excessif	20 fois par mois et plus	N/D

Source : OFDT, 2002.

Les Français recueillent en outre des données qui permettent de mieux définir ce qu'est un usage problématique de cannabis en demandant aux consommateurs de rapporter s'ils fument seuls, le matin ou avant d'aller à l'école ou au travail, et dans l'affirmative, à quelle fréquence. Ces données permettent de cerner les fumeurs de cannabis « à risque », car ces comportements indiquent souvent une consommation problématique.

Même si le Canada ne dispose encore d'aucune typologie acceptée pour interpréter la consommation de cannabis, le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites a effectué des travaux préliminaires à ce sujet en 2002. Cette même année, le Comité a publié le rapport *Le cannabis : Positions pour un régime de politique publique pour le Canada*, qui, entre autres choses, relève le caractère non nuancé des rapports sur la consommation de cannabis, au Canada comme à l'étranger, et propose la typologie préliminaire suivante, fondée sur le contexte de la consommation ainsi que sur sa quantité, sa fréquence et sa durée.

**Tableau 4 : Typologie de la consommation de cannabis proposée par le Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, 2002**

Types de consommation	Contexte	Quantité	Fréquence	Durée et intensité
<b>Expérimentation/ occasionnel</b>	Curiosité	Variable	Quelques fois au cours de la vie	Aucune
<b>Régulier</b>	Récréatif, festif Surtout le soir Surtout en groupe	Quelques joints Moins d'un gramme par mois	Quelques fois par mois	S'échelonne sur quelques années, mais rarement intensif
<b>À risque</b>	Récréatif et occupationnel (pour aller à l'école, au travail, faire du sport, ...) Seul, le matin Moins de 16 ans	Entre 0,1 et 1 gramme par jour	Quelques fois par semaine, le soir, les fins de semaine surtout	S'échelonne sur plusieurs années avec des pics d'intensité élevée
<b>Excessif</b>	Occupationnel et problèmes personnels Usages dérégulés	Plus d'un gramme par jour	Plus d'une fois par jour	S'échelonne sur plusieurs années avec une intensité élevée continue pendant plusieurs mois à la fois

Source : Sénat, 2002.

## Pour une typologie de la consommation de cannabis adaptée aux politiques

Le gouvernement du Canada n'a que rarement recueilli, par enquête démographique, des données sur la consommation de cannabis depuis qu'en 1970, la Commission Le Dain a réalisé un sondage national dans le cadre de son enquête sur la consommation non médicale de drogues ou de médicaments (Adlaf, Begin et Sawka, 2005). À l'époque, le taux de prévalence de la consommation au cours de la vie était estimé à 3,5 % de la population et celui pour la dernière année, à 1 % (Sénat, 2002, p. 96-97). Depuis 1970, les taux autodéclarés de consommation au cours de la vie et de la dernière année ont explosé, comme le montrent les tableaux 5 et 6.

Cette hausse frappante de la prévalence de la consommation autodéclarée de cannabis depuis 25 ans est particulièrement marquée chez les jeunes. Le taux de prévalence au cours de la vie chez les 18 à 24 ans était estimé à 70 % en 2004, et à 47 % pour ce qui est de la consommation pendant la dernière année chez les 18 et

19 ans (Patton et Adlaf, 2005:48). En outre, dans une enquête sélective réalisée auprès d'étudiants de collèges au Canada, 32,1 % des répondants ont rapporté avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de la dernière année et 16,7 %, au cours des 30 derniers jours (CAMH, 2005).

De telles statistiques poussent certains observateurs à demander des politiques d'intervention plus nombreuses et plus musclées en matière de consommation de cannabis au Canada. Toutefois, comme les ressources sont limitées, il importerait de concevoir une approche nuancée relativement au contrôle du cannabis, approche axée sur les usages problématiques, qui représentent une bonne part des méfaits sociaux et pour la santé. Heureusement, trois des enquêtes déjà mentionnées (ENAD, ECCAD et ETC) ont recueilli des données plus précises sur les habitudes de consommation de cette substance, données pouvant contribuer à l'élaboration d'une typologie adaptée aux politiques canadiennes. Dans les paragraphes qui suivent, les données de l'ETC sont utilisées à cet effet.

**Tableau 5 : Pourcentage des répondants de 15 ans et plus déclarant avoir consommé du cannabis au cours de leur vie**

Année	Enquête	Hommes	Femmes	Total
1989	Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (ENAD)	28,9	17,7	23,2
1994	Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD)	33,5	23,1	28,2
2002	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1)	47,0	35,9	41,3
2004	Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)	50,1	39,2	44,5

**Tableau 6 : Pourcentage des répondants de 15 ans et plus déclarant avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année**

Année	Enquête	Hommes	Femmes	Total
1989	Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (ENAD)	8,9	4,1	6,5
1994	Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ECCAD)	10,0	4,9	7,4
2002	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1)	15,5	9,1	12,2
2004	Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) <sup>3</sup>	18,1	10,2	14,1

<sup>3</sup> Comme le taux de réponse à l'ETC a été faible (environ 47 %), toute comparaison avec les enquêtes précédentes doit être interprétée avec circonspection (Stockwell et coll., 2005:2).

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 a recueilli des données sur la prévalence, la fréquence et les méfaits déclarés par les consommateurs de cannabis de 15 ans et plus dans le cadre d'une enquête nationale réalisée par téléphone<sup>4</sup>. Les méfaits liés au cannabis sont mesurés dans l'ETC à l'aide des questions de l'échelle ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), conçue par l'Organisation mondiale de la Santé (Henry-Edward et coll., 2003). Pour ce qui est de la consommation de cannabis dans l'ETC, des scores ont été attribués selon l'échelle ASSIST en fonction des réponses à six questions portant notamment sur la fréquence d'usage et les méfaits sociaux et pour la santé découlant de cette

consommation. Les six questions figurent dans le tableau 7. Le score global selon l'échelle ASSIST des répondants à l'ETC qui ont consommé du cannabis au cours des trois derniers mois se calcule en additionnant le score obtenu aux six questions, pour un total entre 0 et 39. Les tableaux 8 et 9 rapportent les résultats de l'ETC relatifs à la fréquence de consommation et à la prévalence de méfaits sociaux et pour la santé chez les fumeurs de cannabis au Canada, selon les questions tirées de l'ASSIST. En combinant les données sur la prévalence et la fréquence de la consommation de cannabis avec les scores sur l'échelle ASSIST, nous proposons et étayons la typologie suivante de l'usage de cannabis au Canada (tableau 10).

**Tableau 7 : Questions ASSIST intégrées à l'ETC et scores connexes**

Variable de l'ETC	Question	Scores
<i>ascan1</i>	« Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la marijuana, du cannabis ou du haschisch? »	Jamais = 0 Une ou deux fois = 2 Chaque mois = 3 Chaque semaine = 4 Chaque jour ou presque = 6
<i>ascan2</i>	« Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence avez-vous ressenti un fort désir ou un grand besoin de consommer de la marijuana, du cannabis ou du haschisch? »	Jamais = 0 Moins d'une fois par mois = 3 Chaque mois = 4 Chaque semaine = 5 Chaque jour ou presque = 6
<i>ascan3</i>	« Au cours des trois derniers mois, combien de fois votre consommation de cannabis, de marijuana ou de haschisch vous a-t-elle causé des problèmes de santé, sociaux, juridiques ou financiers? »	Jamais = 0 Moins d'une fois par mois = 4 Chaque mois = 5 Chaque semaine = 6 Chaque jour ou presque = 7
<i>ascan4</i>	« Au cours des trois derniers mois, combien de fois n'avez-vous pu accomplir ce qu'on attendait normalement de vous en raison de votre consommation de cannabis, de marijuana ou de haschisch? »	Jamais = 0 Moins d'une fois par mois = 5 Chaque mois = 6 Chaque semaine = 7 Chaque jour ou presque = 8
<i>ascan5</i>	« Un ami, un parent ou quelqu'un d'autre s'est-il déjà préoccupé de votre consommation de cannabis, de marijuana ou de haschisch? »	Jamais = 0 Oui, mais pas depuis trois mois = 3 Oui, au cours des trois derniers mois = 6
<i>ascan6</i>	« Avez-vous déjà essayé de maîtriser, de modérer ou d'arrêter votre consommation de cannabis, de marijuana ou de haschisch? »	Jamais = 0 Oui, mais pas depuis trois mois = 3 Oui, au cours des trois derniers mois = 6

4 Pour connaître les détails de la conception et de la méthodologie de l'ETC, consulter Adlaf et Rehm, 2005.

**Tableau 8 : Fréquence de la consommation de cannabis chez les répondants de 15 ans et plus, au cours des trois derniers mois et de la dernière année, Canada, 2004**

Fréquence	% des consommateurs au cours de la dernière année (N = 1851)	% des consommateurs au cours des trois derniers mois (N = 1466)
Jamais	20,8	0,0
Mois d'une fois par mois	24,9	31,4
Chaque mois	16,0	20,2
Chaque semaine	20,3	25,6
Chaque jour ou presque	18,1	22,8

Source : Patton et Adlaf, 2005:54, et analyse par les auteurs.

**Tableau 9 : Pourcentage de consommateurs de cannabis de 15 ans et plus rapportant des symptômes indiquant la nécessité d'une intervention d'après l'échelle ASSIST, au cours des trois derniers mois, Canada, 2004**

Symptôme	% des consommateurs au cours des trois derniers mois (N = 1466)
Forte envie de consommer (au cours des trois derniers mois)	40,4
Problèmes de santé, sociaux et juridiques (au cours des trois derniers mois)	6,2
Attentes non réalisées à la maison ou au travail (trois derniers mois)	8,8
Inquiétude des amis (au cours de la vie)	19,8
Incapacité à contrôler sa consommation (au cours de la vie)	42,9

**Tableau 10 : Typologie proposée de la consommation de cannabis, avec estimations de pourcentage et de population, considérant à risque un score entre 4 et 26 sur l'échelle ASSIST (2004)<sup>5</sup>**

Types de consommateurs	Caractéristiques	% des consommateurs au cours des trois derniers mois (N = 1466)	% de la population canadienne de 15 ans et plus	Nombre estimé de consommateurs (2004) <sup>6</sup>
<b>Abstinent</b>	Jamais	0	55,7	13 487 663
<b>Anciens consommateurs</b>	Déjà consommé, mais pas au cours de la dernière année	0	30,4	7 361 310
<b>Anciens consommateurs depuis peu</b>	Au cours de l'année, mais pas des trois derniers mois	0	2,9	702 230
<b>Consommateurs à faible risque</b>	Une fois par mois ou moins au cours des trois derniers mois ET score $\leq 3$ sur l'échelle ASSIST	26,0	2,8	678 015
<b>Consommateurs à risque modéré</b>	Chaque jour ou presque au cours des trois derniers mois ET/OU score entre 4 et 26 sur l'échelle ASSIST	72,3	7,9	1 912 972
<b>Dépendants/ consommateurs à risque élevé</b>	Score $\geq 27$ sur l'échelle ASSIST	1,7	0,2	48 430

Remarque : Comme les chiffres ont été arrondis et que des participants n'ont pas répondu à toutes les questions, la somme des pourcentages peut ne pas totaliser 100; en outre, certaines estimations peuvent être légèrement différentes de celles indiquées dans le rapport détaillé de l'ETC (Adlaf et coll., 2004), car des participants n'ont pas répondu à toutes les questions utilisées pour créer la variable composée de la typologie.

5 La catégorisation des consommateurs de cannabis montrée dans le tableau 10 n'est que préliminaire, car la plupart des données épidémiologiques nécessaires pour bien estimer les risques sociaux et pour la santé associés aux différents niveaux de consommation ne sont pas disponibles. Ces données sont recueillies dans le cadre d'études spécifiques réalisées partout dans le monde, mais nous ne connaissons encore aucune méta-analyse documentée qui rassemble la documentation d'une manière qui permettrait d'améliorer la caractérisation d'une typologie comme celle-ci.

6 Population estimée à 24 214 835 Canadiens âgés de 15 ans et plus en 2004.

## Discussion

Le pourcentage de la population pour chacun des types de consommateur du tableau 10 est calculé en combinant les données relatives à la fréquence d'usage de cannabis (tableau 8) à celles sur les méfaits et la consommation problématique (tableau 9). Dans le tableau 10, un score entre 4 et 26 sur l'échelle ASSIST permet d'établir une distinction entre les consommateurs à faible risque et ceux à risque modéré. Le seuil de 4 est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé pour établir une telle distinction pour ce qui est de toute drogue illicite, y compris le cannabis.

Fait intéressant au sujet de l'échelle ASSIST : lorsqu'elle est appliquée aux buveurs, c'est un score de 11 qui distingue les buveurs à faible risque de ceux à risque modéré. Toutefois, bien que le risque relatif de méfaits sociaux et pour la santé liés aux divers niveaux de consommation d'alcool soient abondamment documentés et permettent de fixer un seuil approprié entre une consommation à faible risque et une à risque modéré, aucune donnée épidémiologique n'est encore disponible pour le cannabis (Hall, 2001). Il importe de souligner que toute personne déclarant consommer du cannabis chaque semaine dans l'ETC aura un score minimum de 4 et sera donc automatiquement qualifiée d'usager à risque modéré simplement à cause de la fréquence de sa consommation. Cette situation crée dans notre typologie une catégorie grandement hétéroclite de consommateurs à risque modéré qui inclut près des trois-quarts des personnes qui ont consommé du cannabis au cours des trois derniers mois, dont certaines ne rapportent aucun méfait, d'autres n'ont que l'usage hebdomadaire en lui-même comme facteur de risque, alors que d'autres encore subissent toute une panoplie de méfaits sociaux et pour la santé.

Le test ASSIST est un instrument conçu pour reconnaître le besoin d'intervention clinique auprès des consommateurs de substances; cependant, dans le cas de l'ETC, il a été utilisé dans un contexte d'observation de l'ensemble de la population. À notre avis, il pourrait être contre-productif de regrouper des personnes dont l'usage est l'unique facteur de risque avec d'autres qui rapportent des méfaits sociaux et pour la santé, même à des niveaux très faibles, en vue d'élaborer des politiques gouvernementales et des campagnes de sensibilisation efficaces sur la consommation de cannabis.

Dans un document à venir, nous examinerons les données de l'ETC plus en profondeur afin de procéder à une analyse détaillée des 72 % des consommateurs de cannabis jugés « à risque modéré » selon l'interprétation standard de l'ASSIST. Par une analyse discriminante des données relatives à la fréquence et aux habitudes de consommation et de celles liées aux méfaits réels rapportés, nous souhaitons élaborer une typologie des consommateurs canadiens qui correspondra mieux au contexte d'observation de la population, ce qui nous permettra de classer en catégories de fréquence les méfaits subis par les consommateurs au cours des trois mois précédents. Grâce à ce processus, nous pourrions tracer plus efficacement des parallèles entre les habitudes de consommation et des méfaits spécifiques.

## Bibliographie

Adlaf, E. et J. Rehm. « Chapitre 2 : Conception et méthodologie de l'enquête », *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Rapport détaillé*, E. Adlaf, P. Begin et E. Sawka (éd.), Ottawa, CCLAT, 2005, téléchargé le 27 octobre 2005 de <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/967CBB4C-AA41-40E7-BA98-DB3805229887/0/ccsa0040292005.pdf>.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). *Enquête sur les campus canadiens 2004*, Toronto (Ontario), CAMH, 2005, téléchargé le 27 janvier 2006 de [http://www.camh.net/Research/Areas\\_of\\_research/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/CCS\\_2004\\_report\\_french.pdf](http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/CCS_2004_report_french.pdf).

Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites (Sénat). *Le cannabis : Positions pour un régime de politique publique pour le Canada*, Ottawa, Sénat du Canada, 2002, téléchargé le 9 novembre 2005 de [http://www.parl.gc.ca/common/Committee\\_SenActivit y.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm\\_id=85](http://www.parl.gc.ca/common/Committee_SenActivit y.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=85).

Eliany, M., N. Giesbrecht, M. Nelson, B. Wellman et S. Wortley (éd.) *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues : points saillants*, Ottawa, Santé et Bien-être Canada, 1990.

Green, M. « Towards Rational Drug Scheduling », *Illicit Drugs in Canada: A Risky Business* (chapitre 12), Blackwell et Ericson (éd.), Scarborough (Ontario), Nelson Publishing Canada, 1988.

Hall, W. « Reducing the harms of cannabis use: the policy debate in Australia », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 62, n° 3, 2001, p. 163-174.

Henry-Edwards, S., R. Humeniuk, R. Ali et V. Poznyak. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*, Genève, OMS, 2003, téléchargé le 10 novembre 2005 de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/Draft\\_The\\_ASSIST\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf).

OFDT. *Drogues et dépendances : Indicateurs et tendances 2002*, Paris, 2002, téléchargé le 27 octobre 2005 de <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dt2002.pdf>.

Patton, D. et E. Adlaf. « Chapitre 5 : Consommation de cannabis et problèmes connexes », *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Rapport détaillé*, E. Adlaf, P. Begin et E. Sawka (éd.), Ottawa, CCLAT, 2005, téléchargé le 27 octobre 2005 de <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/967CBB4C-AA41-40E7-BA98-DB3805229887/0/ccsa0040292005.pdf>.

Stockwell, T., J. Sturge et S. Macdonald. *Patterns of Risky Alcohol Use in British Columbia and Canada – Results of the 2004 Canadian Addiction Survey*, Victoria (Colombie-Britannique), Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique, 2005.