



Centre canadien de lutte
contre les toxicomanies
Canadian Centre
on Substance Abuse

Collaboration. Connaissance. Changement.
Partnership. Knowledge. Change.

www.cclt.ca • www.ccsa.ca

Consommation de cannabis, comportements à risque et méfaits : comparaison entre les populations urbaines et rurales du Canada

Février 2014

Tyler Pirie, M.Sc.

Analyste, Recherche et politiques, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

Melanie Simmons, B.A.

Carleton University

Consommation de cannabis, comportements à risque et méfaits : comparaison entre les populations urbaines et rurales du Canada

Février 2014

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : Pirie, T., et M. Simmons. *Consommation de cannabis, comportements à risque et méfaits : comparaison entre les populations urbaines et rurales du Canada*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.

CCLT, 500-75 rue Albert
Ottawa, ON K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à www.cclt.ca

This document is also available in English under the title:

Cannabis Use and Risky Behaviours and Harms: A Comparison of Urban and Rural Populations in Canada

ISBN 978-1-77178-097-1



Table des matières

Introduction	1
Objectifs	1
Méthodologie.....	2
Analyse	3
Consommation de cannabis	3
Méfaits et comportements à risque liés à la consommation de cannabis	3
Résultats	4
Consommation de cannabis	4
Méfaits et comportements à risque liés à la consommation de cannabis	4
Analyse et répercussions	8
Différences entre les populations urbaines et rurales.....	8
Différences entre les sexes	8
Population générale	9
Conclusion	11
Références	12



Introduction

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus (Santé Canada, 2012a). Son usage a été associé à une série de répercussions à court et à long terme sur la santé, dont la dépression, la paranoïa, le cancer, les difficultés d'apprentissage et les troubles de la mémoire et de l'attention (Kalant, 2004).

Bien que plusieurs études aient examiné la prévalence de la consommation de cannabis en fonction de l'âge et du sexe, moins nombreuses sont celles ayant comparé l'usage de cette drogue et les méfaits et comportements connexes entre les populations urbaines et rurales. Les résultats de ces travaux sont partagés : certains indiquent un taux plus faible de consommation de cannabis en milieu rural qu'en milieu urbain (Gfroerer, Larson et Colliver, 2007; Martino, Ellickson et McCaffrey, 2008); d'autres, le contraire (Coomber et coll., 2011); d'autres encore, des taux similaires (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012; Cronk et Sarvela, 1997; Scheer, Borden et Donnermeyer, 2000).

Non seulement les études arrivent à des conclusions différentes, mais elles ne s'entendent pas sur la définition des termes *urbain* et *rural*. Aux fins du présent rapport, nous avons adopté les définitions proposées par Statistique Canada. Pour cet organisme, *urbain* renvoie à une région ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré, et *rural* à toute région ne répondant pas à ces critères.

La majorité des études existantes ont été menées aux États-Unis et portent principalement sur des populations d'élèves et de jeunes. À ce jour, aucune étude ne s'est penchée sur les différences dans la consommation de cannabis, les comportements à risque et les méfaits connexes entre les populations urbaines et rurales du Canada.

La présente étude comble des lacunes dans les connaissances en proposant une comparaison entre des données nationales récentes sur la prévalence de l'usage du cannabis et des comportements et méfaits connexes entre les populations urbaines et rurales du Canada. Il s'adresse aux responsables des politiques, aux responsables de programmes de prévention et de traitement des toxicomanies et aux chercheurs. L'information qu'il contient pourra orienter les efforts visant à réduire les méfaits et les comportements à risque liés à la consommation de cannabis.

Objectifs

Le présent rapport vise à cerner et à comparer les éléments suivants relativement aux populations urbaines et rurales canadiennes :

- la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie, de la dernière année et du dernier mois;
- la prévalence des méfaits et des comportements à risque associés à l'usage de cette drogue.

Trois comportements à risque et méfaits y sont traités : conduire après avoir consommé du cannabis; monter dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé du cannabis; et vivre des problèmes sociaux, juridiques ou financiers associés à la consommation de cannabis. Ces paramètres sont tirés de la liste qu'utilise Santé Canada pour son Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD).



Méthodologie

La présente étude fait appel à des données de l'ESCCAD de 2011, une enquête réalisée par Santé Canada auprès de l'ensemble de la population canadienne qui recueille des renseignements sur la consommation d'alcool et de drogues. Lors de cette enquête, 10 076 Canadiens âgés de 15 ans et plus de toutes les provinces, formant un échantillon aléatoire, ont été interrogés par téléphone (Santé Canada, 2012a) et le taux de réponse a été de 45,5 %¹.

Toutes les analyses menées dans le cadre de cette étude ont été réalisées au moyen du système PASW Statistics 18. Nous avons mesuré les taux de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie, de la dernière année et du dernier mois en calculant la proportion de participants ayant déclaré avoir consommé du cannabis pendant ces périodes. De même, les taux de prévalence des méfaits et des comportements à risque résultent du calcul de la proportion de participants ayant déclaré avoir conduit après avoir consommé du cannabis, être montés dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé du cannabis ou avoir vécu des problèmes sociaux, juridiques ou financiers. Les analyses de chaque objectif ont été stratifiées par sous-groupe (c.-à-d. population rurale ou urbaine, âge, sexe). Nous avons déterminé la signification statistique en évaluant le chevauchement des intervalles de confiance de 95 %; ceux qui ne se recoupaient pas ont été jugés statistiquement significatifs.

Populations urbaines et rurales

Les deux populations distinctes (urbaines et rurales) analysées dans le cadre de la présente étude ont été déterminées en fonction du code postal des répondants. Ont été définis comme « urbains » les participants résidant dans une région canadienne ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré, et comme « ruraux » les participants habitant une région ne répondant pas à ces critères (Statistique Canada, 2007).

Variables démographiques

Les seules variables démographiques examinées dans le cadre de la présente étude sont l'âge et le sexe. Par souci de cohérence avec les autres études (Gfroerer et coll., 2007; Lambert, Gale et Hartley, 2008), les répondants ont été classés en trois groupes d'âge : adolescents (15 à 17 ans), jeunes adultes (18 à 24 ans) et adultes (25 ans et plus). La variable du sexe comprenait les catégories « hommes » et « femmes ».

Toutes les analyses ont été stratifiées par lieu géographique (c.-à-d. urbain ou rural). Pour chacune des mesures, l'âge et le sexe ont été étudiés comme variables indépendantes.

¹ Pour en savoir plus au sujet de l'ESCCAD, veuillez vous reporter à la référence Santé Canada, 2012b, ou communiquer directement avec Santé Canada.



Analyse

Les paramètres qui suivent ont été comparés entre les populations urbaines et rurales.

Consommation de cannabis

L'un des objectifs de la présente étude était de déterminer la prévalence de la consommation de cannabis dans la population canadienne. Ont été évalués les trois taux de prévalence suivants :

- **consommation de cannabis au cours de la vie** – proportion de répondants ayant déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie;
- **consommation de cannabis au cours de la dernière année** – proportion de répondants ayant déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans les 12 mois précédents;
- **consommation de cannabis au cours du dernier mois** – proportion de répondants ayant déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans les 30 jours précédents.

Méfaits et comportements à risque liés à la consommation de cannabis

La présente étude avait également pour objectif d'établir la prévalence des méfaits et des comportements à risque associés à l'usage du cannabis dans la population canadienne. Ont été mesurées les trois variables suivantes :

- **conduire après avoir consommé du cannabis** – proportion de répondants possédant un permis de conduire valide ayant consommé du cannabis dans la dernière année et ayant déclaré avoir conduit un véhicule automobile dans les deux heures suivant l'usage de cette drogue;
- **monter dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé du cannabis** – proportion de répondants ayant déclaré être montés, dans la dernière année, dans un véhicule automobile conduit par une personne ayant consommé du cannabis dans les deux heures précédentes;
- **vivre des problèmes sociaux, juridiques ou financiers** – proportion de répondants ayant consommé du cannabis dans les trois derniers mois et ayant déclaré avoir vécu des problèmes sociaux, juridiques ou financiers dans le mois précédent.



Résultats

La présente étude a analysé des données portant sur 10 076 Canadiens âgés de 15 ans et plus. Plus de la moitié (51,5 %) de l'échantillon était composé de femmes. La majorité (83,8 %) des répondants entraient dans la catégorie « adultes » (25 ans et plus), alors que 10,7 % appartenaient à la catégorie « jeunes adultes » (18 à 24 ans) et 5,5 % à la catégorie « adolescents » (15 à 17 ans). La majorité (81,1 %) des participants habitaient en région urbaine, et une minorité (18,9 %), en région rurale. Ces résultats reflètent fidèlement la répartition de la population canadienne indiquée par Statistique Canada (2011).

Consommation de cannabis

Vie : Plus du tiers (39,4 %) des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de leur vie. Aucune différence significative n'a été relevée entre les répondants ruraux et urbains. Cependant, dans la population urbaine, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (voir le tableau 1).

Dernière année : Environ 9 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année. Ici aussi, aucune différence significative n'a été constatée entre les répondants ruraux (9,8 %) et urbains (9,0 %), et le constat est le même en ce qui concerne l'âge et le sexe (voir le tableau 1). Cependant, peu importe la population, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (population rurale : 13,4 % par rapport à 6,0 %; population urbaine : 11,9 % par rapport à 6,2 %). En outre, en milieu urbain, la prévalence était significativement plus faible chez les adultes que chez les personnes plus jeunes.

Dernier mois : Environ 5 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois. Des taux de prévalence comparables ont été observés entre les répondants urbains et ruraux (5,3 % par rapport à 5,9 %). En raison du faible nombre de jeunes répondants ruraux ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois, nous n'avons pas été en mesure d'analyser les différences entre les adolescents et les jeunes adultes urbains et ruraux. En revanche, nous avons pu établir qu'il n'existe aucune différence significative entre les adultes des deux populations. Cependant, les adultes urbains affichaient un taux de prévalence significativement inférieur à celui de leurs cadets. Enfin, les taux étaient semblables chez les hommes ruraux et urbains et chez les femmes rurales et urbaines, mais, peu importe la population, la prévalence de la consommation de cannabis était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Méfaits et comportements à risque liés à la consommation de cannabis

La présente étude avait pour deuxième objectif de comparer la prévalence des méfaits et des comportements à risque liés à la consommation de cannabis chez les répondants urbains et ruraux.

Les résultats indiquent que 20 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir conduit après avoir consommé du cannabis au moins une fois dans les 12 derniers mois. Dans l'ensemble, aucune différence significative n'a été constatée entre les populations urbaines et rurales. En raison de la taille insuffisante des échantillons, nous n'avons pas été en mesure d'étudier les différences



entre les deux populations selon l'âge. En ce qui a trait au sexe, nous avons observé des taux de prévalence similaires chez les hommes ruraux et chez les hommes urbains. En raison des cellules comportant de petits nombres, nous n'avons pas pu comparer la prévalence entre les femmes urbaines et les femmes rurales. Nous avons toutefois pu constater que, pour la population urbaine, la prévalence de ce comportement était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (26,6 % par rapport à 9,2 %).

Les données montrent également que 5,1 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus sont montés, dans la dernière année, dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé du cannabis dans les deux heures précédentes. Aucune différence importante n'a été observée dans la prévalence de ce comportement selon le milieu des répondants (4,9 % en milieu urbain par rapport à 5,7 % en milieu rural). Dans les deux populations, la prévalence était significativement plus faible chez les adultes que chez les personnes plus jeunes. Du point de vue du sexe, aucune différence n'a été relevée entre les populations urbaines et rurales, mais en milieu rural la prévalence était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (9,4 % par rapport à 2,0 %).

Enfin, nous avons tenté d'analyser la prévalence de problèmes sociaux, juridiques ou financiers au cours du dernier mois associés à la consommation de cannabis. Nous n'avons toutefois pas été en mesure d'y parvenir, la taille des échantillons étant insuffisante.



Tableau 1 : Estimations de la prévalence de la consommation autodéclarée de cannabis par âge, par sexe et par population (ESCCAD de 2011)

	Population générale âgée de 15 ans et plus (n = 10 065)	Population rurale (n = 2 731)	Population urbaine (n = 7 334)
Consommation de cannabis au cours de la vie		40,7 (36,8, 44,6)	39,1 (37,1, 41,1)
Adolescents (15 à 17 ans)	39,4 (37,6, 41,2)	S	27,0 (18,0, 38,3)*
Jeunes adultes (18 à 24 ans)		28,0 (16,4, 43,3)*	40,1 (32,6, 48,0)
Adultes (25 ans et plus)		43,1 (39,2, 47,2)	39,8 (37,7, 41,9)
Hommes (15 ans et plus)		45,5 (39,9, 51,5)	45,5 (42,4, 48,6)§
Femmes (15 ans et plus)		35,5 (30,7, 40,6)	33,2 (30,6, 35,8)
		Population générale âgée de 15 ans et plus (n = 10 062)	Population rurale (n = 2 729)
Consommation de cannabis au cours de la dernière année		9,8 (7,7, 12,4)	9,0 (7,8, 10,3)
Adolescents (15 à 17 ans)	9,1 (8,1, 10,3)	S	18,6 (11,2, 29,2)*
Jeunes adultes (18 à 24 ans)		15,4 (7,9, 27,7)*	24,5 (18,5, 31,5)
Adultes (25 ans et plus)		8,7 (6,7, 11,2)	6,2 (5,3, 7,3) †
Hommes (15 ans et plus)		13,4 (10,0, 17,7)§	11,9 (10,0, 14,1)§
Femmes (15 ans et plus)		6,0 (3,9, 9,2)*	6,2 (5,0, 7,8)
		Population générale âgée de 15 ans et plus (n = 10 058)	Population rurale (n = 2 728)
Consommation de cannabis au cours du dernier mois		5,9 (4,4, 8,0)	5,3 (4,4, 6,3)
Adolescents (15 à 17 ans)	5,4 (4,6, 6,3)	S	12,3 (6,9, 21,0)*
Jeunes adultes (18 à 24 ans)		S	14,6 (9,9, 21,0)*
Adultes (25 ans et plus)		5,9 (4,2, 8,2)*	3,6 (2,9, 4,3)†
Hommes (15 ans et plus)		8,8 (6,1, 12,4)*§	7,5 (6,0, 9,4)§
Femmes (15 ans et plus)		3,0 (1,7, 5,4)*	3,3 (2,4, 4,4)
* Estimation conditionnelle en raison de la grande variabilité d'échantillonnage; interpréter avec prudence. S Estimation supprimée en raison de la grande variabilité d'échantillonnage. ♦ Différence statistiquement significative entre les populations rurales et urbaines. † Différence statistiquement significative entre les groupes d'âge d'une même population (rurale ou urbaine). § Différence statistiquement significative entre les sexes d'une même population (rurale ou urbaine).			



Tableau 2 : Estimations de la prévalence des méfaits et des comportements à risque liés à la consommation de cannabis par âge, par sexe et par population (ESCCAD de 2011)

	Population générale âgée de 15 ans et plus (n = 625)	Population rurale (n = 171)	Population urbaine (n = 454)
Conduire après avoir consommé du cannabis	20,5 (15,4, 26,6)	19,0 (11,5, 29,7)*	20,9 (14,9, 28,4)
Adolescents (15 à 17 ans)		S	S
Jeunes adultes (18 à 24 ans)		S	S
Adultes (25 ans et plus)		22,0 (13,0, 34,5)*	19,4 (13,8, 26,6)*
Hommes (15 ans et plus)		22,1 (12,9, 35,2)*	26,6 (18,4, 36,8)*§
Femmes (15 ans et plus)		S	9,2 (4,9, 16,5)*
		Population générale âgée de 15 ans et plus (n = 10 076)	Population rurale (n = 2 728)
Monter dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé du cannabis	5,1 (4,3, 6,0)	5,7 (4,1, 8,0)*	4,9 (4,0, 6,0)
Adolescents (15 à 17 ans)		S	13,7 (7,4, 23,9)*
Jeunes adultes (18 à 24 ans)		16,5 (8,8, 28,8)*	16,7 (11,8, 23,0)*
Adultes (25 ans et plus)		4,1 (2,7, 6,3)*†	2,7 (2,2, 3,5)§
Hommes (15 ans et plus)		9,4 (6,3, 13,6)*§	6,1 (4,7, 7,7)
Femmes (15 ans et plus)		2,0 (1,0, 3,6)*	3,9 (2,8, 5,3)
<p>* Estimation conditionnelle en raison de la grande variabilité d'échantillonnage; interpréter avec prudence. S Estimation supprimée en raison de la grande variabilité d'échantillonnage. ♦ Différence statistiquement significative entre les populations rurales et urbaines. † Différence statistiquement significative entre les groupes d'âge d'une même population (rurale ou urbaine). § Différence statistiquement significative entre les sexes d'une même population (rurale ou urbaine).</p>			



Analyse et répercussions

Différences entre les populations urbaines et rurales

La présente étude visait notamment à déterminer si la consommation de cannabis et les comportements à risque et méfaits connexes variaient selon la population (urbaine ou rurale) au Canada. Aucune différence significative n'a été relevée. Cette conclusion s'applique tant à la consommation de cannabis au cours de la vie, de la dernière année et du dernier mois qu'aux comportements et aux méfaits associés à l'usage de cette drogue, et elle concorde avec les résultats d'études similaires (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012; Cronk et Sarvela, 1997; Scheer, Borden et Donnermeyer, 2000).

Fait intéressant, bien que le transport en commun leur soit plus facilement accessible, les répondants urbains ont déclaré avoir conduit sous l'effet du cannabis dans la dernière année dans une proportion quasi identique à celle des répondants ruraux. Cette constatation peut s'expliquer par les différences dans les définitions servant à distinguer les populations. Par exemple, si ces définitions ne prenaient pas en compte des différences importantes entre les deux populations, comme le mode de vie et l'accès au transport en commun, les différences dans les taux de conduite après avoir consommé du cannabis ne seraient pas relevées. Une autre explication possible réside dans le contexte de consommation de la drogue dans les milieux urbains. Par exemple, les répondants urbains ayant déclaré avoir conduit après avoir consommé du cannabis pourraient avoir consommé cette drogue dans une région où l'accès au transport en commun est restreint.

En raison de la petite taille des échantillons, nous n'avons pas pu mesurer la prévalence de problèmes sociaux, juridiques ou financiers associés à la consommation de cannabis dans les trois derniers mois. Une sous-déclaration des répondants ou un très petit nombre de consommateurs ayant vécu ces méfaits au cours de la période visée pourraient expliquer cette lacune.

Différences entre les sexes

Bien qu'aucune différence significative n'ait été relevée entre les populations urbaines et rurales du Canada, la réalité est tout autre en ce qui a trait aux comparaisons hommes-femmes.

Peu importe la population, les hommes étaient beaucoup plus susceptibles que les femmes d'avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année ou du dernier mois. En outre, en région urbaine, la prévalence de la consommation de cette drogue au cours de la vie était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Ces résultats sont confirmés par d'autres études indiquant des taux de consommation de cannabis supérieurs chez les hommes (Santé Canada, 2011; Eaton et coll., 2012).

Toujours en milieu urbain, la prévalence de la conduite après avoir consommé du cannabis était également significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, ce qui concorde avec les résultats d'une étude menée en 2006 qui avait révélé que les hommes sont 3,6 fois plus susceptibles que les femmes de conduire sous l'effet du cannabis (Beirness et Davis, 2006).

Enfin, peu importe la population (rurale ou urbaine), la prévalence d'hommes qui sont montés dans un véhicule conduit par une personne ayant consommé du cannabis était significativement supérieure à celle des femmes.



Ces résultats font ressortir la nécessité d'axer des études futures sur les hommes. En vue d'élaborer des programmes de prévention et de traitement efficaces, les travaux devraient viser à déterminer les raisons poussant cette sous-population à consommer une première fois, à répéter l'expérience, à arrêter de consommer et à adopter des comportements à risque associés à l'usage de la drogue. Une autre option consisterait à axer des études futures sur les femmes afin de mieux comprendre les facteurs expliquant leurs taux inférieurs de consommation de cannabis et de comportements à risque connexes.

Population générale

La prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année et du dernier mois était significativement plus faible chez les adultes [urbains] que chez leurs cadets, ce qui correspond aux conclusions d'autres études et aux renseignements figurant dans les ensembles de données nationaux (Gfroerer, Larson et Colliver, 2007; Agence de la santé publique du Canada, 2011; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). La présente étude a également révélé que 20 % des Canadiens possédant un permis de conduire valide et ayant déclaré avoir consommé du cannabis dans la dernière année ont conduit un véhicule automobile dans les deux heures suivant l'usage de cette drogue, une proportion légèrement inférieure à celle – environ le tiers – indiquée dans une étude de 2006 (D. Beirness et C. G. Davis, 2006).

Limites

Toutes les estimations reposent sur des données autodéclarées; la sous-déclaration peut donc conduire à une sous-estimation.

En outre, l'utilisation de définitions sommaires pour les termes *urbain* et *rural* nous a limités dans notre capacité d'analyse et d'interprétation. D'autres définitions auraient peut-être mené à des résultats différents.

La petite taille des échantillons a entraîné la suppression de certains résultats et a également gonflé quelques-uns de nos intervalles de confiance. À l'avenir, les études qui porteront sur les différences entre les populations urbaines et rurales devront être réalisées sur des échantillons ruraux aussi importants que les échantillons urbains.

Enfin, il est important de signaler que les personnes suivantes n'ont pas fait partie de l'étude : les détenus, les patients des hôpitaux, les militaires en service, les sans-abri et les résidents d'un territoire canadien.

Répercussions

Des études ont démontré que les jeunes sont plus susceptibles que les adultes d'adopter des habitudes de consommation à risque et de vivre des méfaits importants associés à cette consommation (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2007). Comme les plus grands consommateurs de cannabis au Canada sont les adolescents et les jeunes adultes, il est nécessaire de les conscientiser et de les informer au sujet des méfaits liés à cette drogue. Bien que les campagnes de sensibilisation doivent s'adresser à tous les Canadiens, elles doivent d'abord mettre l'accent sur les publics les plus à risque, à savoir les jeunes et les hommes.

Il importe également d'accroître la sensibilisation à l'égard de la conduite après avoir consommé du cannabis, laquelle peut être aussi dangereuse que la conduite après avoir consommé de l'alcool (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2011).



Enfin, peu d'études traitent des ressources de prévention et de traitement de la consommation de cannabis offertes au Canada. En ce qui concerne les soins de santé généraux, Sibley et Weiner (2011) ont constaté que les collectivités rurales semblent défavorisées par rapport aux collectivités urbaines. S'il en va de même pour les ressources de prévention et de traitement liées au cannabis, il serait nécessaire de multiplier les ressources en milieu rural, étant donné l'absence de différences significatives quant à la consommation de cannabis et aux comportements à risque connexes chez les populations urbaines et rurales.



Conclusion

Pour conclure, la présente étude n'a permis de déceler aucune différence significative entre les populations urbaines et rurales, tant sur le plan de la consommation de cannabis que sur celui des méfaits et comportements à risque connexes. Comme on associe l'usage du cannabis aux troubles cognitifs et de santé mentale ainsi qu'à la consommation future de substances, il y a lieu de s'inquiéter de la prévalence de la consommation de cette drogue, surtout chez les jeunes Canadiens. Tout aussi préoccupante est la prévalence de la conduite automobile après avoir consommé du cannabis, une pratique pouvant s'avérer aussi dangereuse que la conduite après avoir consommé de l'alcool. Dans l'ensemble, nos conclusions confirment la nécessité de cibler les jeunes, en particulier les jeunes hommes, afin de réduire ces comportements et les méfaits connexes.



Références

- Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*, Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, 2011.
- Beirness, D. et C. G. Davis. *Le cannabis et la conduite automobile*, analyse tirée de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Cannabis : Fiche de renseignements*, Ottawa (Ontario), 2011.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. « Rural vs. non-rural differences in drug-related risk behaviours among high school students », *Population Studies eBulletin*, vol. 13, n° 1, 2012.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2007.
- Coomber, K., J. W. Toumbourou, P. Miller, P. K. Staiger, S. A. Hemphill et R. F. Catalano. « Rural adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use: a comparison of students in Victoria, Australia, and Washington State, United States », *Journal of Rural Health*, vol. 27, n° 4, 2011, p. 409–415.
- Cronk, C. E. et P. D. Sarvela. « Alcohol, tobacco, and other drug use among rural/small town and urban youth: a secondary analysis of the monitoring the future data set », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 5, 1997, p. 760–764.
- Eaton, D. K., L. Kann, S. Kinchen, S. Shanklin, K. H. Flint, J. Hawkins et H. Wechsler. « Youth risk behavior surveillance – United States, 2011 », *MMWR Surveillance Summaries*, vol. 61, n° 4, 2012, p. 1–162.
- Gfroerer, J. C., S. L. Larson et J. D. Colliver. « Drug use patterns and trends in rural communities », *Journal of Rural Health*, suppl. 23, 2007, p. 10–15.
- Kalant, H. « Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996 », *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 28, n° 5, 2004, p. 849–863.
- Lambert, D., J. A. Gale et D. Hartley. « Substance abuse by youth and young adults in rural America », *Journal of Rural Health*, vol. 24, n° 3, 2008, p. 221–228.
- Martino, S. C., P. L. Ellickson et D. F. McCaffrey. « Developmental trajectories of substance use from early to late adolescence: a comparison of rural and urban youth », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 69, n° 3, 2008, p. 430–440.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2011*, Ottawa (Ontario), 2012a.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2011 : Guide de l'utilisateur des microdonnées*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2012b.
- Santé Canada. *Tableaux supplémentaires*, Enquête de 2010–2011 sur le tabagisme chez les jeunes, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2011.
- Scheer, S. D., L. M. Borden et J. F. Donnermeyer. « The relationship between family factors and adolescent substance use in rural, suburban, and urban settings », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 9, n° 1, 2000, p. 105–115.
- Sibley, L. M. et J. P. Weiner. « An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada », *BMC Health Services Research*, vol. 11, 2011, p. 11–20.
- Statistique Canada. *Dictionnaire du Recensement de 2006*, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2007.



Statistique Canada. *Recensement du Canada de 2011*, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2011.
Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, Rockville (Maryland), États-Unis, NSDUH Series H-46, 2013.