



La consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives chez les jeunes de 18 à 24 ans qui fréquentent les centres d'éducation des adultes

RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT

SEPTEMBRE 2024

RAPPORT DE RECHERCHE

AUTEURS

Grégory Léon, conseiller scientifique spécialisé
Sébastien Tessier, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

SOUS LA COORDINATION DE

Sonia Marcoux, cheffe d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

COLLABORATION

Les personnes suivantes ont contribué aux orientations méthodologiques et commenté les premières versions du document en participant à titre de membres du Comité scientifique :

Natalia Gutierrez, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction régionale de santé publique,
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Christophe Huynh, chercheur d'établissement
Institut universitaire sur les dépendances, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Judith Paquin, chargée de projet
Service de l'éducation des adultes, de la formation professionnelle et du service aux entreprises
Centre de services scolaire de Laval

Lucie Ratelle, technicien(ne) en recherche
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Louis Rochette, conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Les personnes suivantes ont évalué une version pré finale du document en participant au processus de révision par les pairs :

Dieynaba Diallo, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Nicole Perreault, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction régionale de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Les personnes susnommées n'ont pas lu la version finale du document et, en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Caroline Gourdes, adjointe à la direction
Lyne Théorêt, agente administrative
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 4^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-98566-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada. Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada ou du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les auteurs tiennent à remercier :

- Les élèves qui ont participé à l'étude.
- La direction, les personnes intervenantes ou conseillères en psychoéducation, en travail social ou en éducation spécialisée, ainsi que tous les autres membres du personnel scolaire qui nous ont soutenus lors du recrutement des élèves.
- Les centres de services scolaires et les directions régionales de santé publique qui nous ont soutenus lors des communications auprès des centres d'éducation des adultes.
- Le comité d'orientation scientifique du projet.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Recherche et développement* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apportent de nouvelles connaissances techniques, méthodologiques ou autres d'intérêt large au corpus de savoirs scientifiques existants.

Le présent rapport de recherche porte sur la consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives chez les élèves de 18 à 24 ans qui fréquentent les centres d'éducation des adultes du Québec. Il vise à combler un déficit de connaissances sur des populations prioritaires identifiées dans les travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le projet a été élaboré à sa demande dans le cadre d'un appel à projets financé par le volet québécois du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada (2021).

Ce document s'adresse aux décideurs, conseillers et intervenants impliqués dans la prévention des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives chez les élèves des centres d'éducation des adultes. Nous espérons qu'il vous sera utile pour orienter les actions préventives dans ces milieux d'éducation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VII
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	6
2 MÉTHODOLOGIE	9
2.1 Population à l'étude	9
2.2 Sélection des centres et recrutement des élèves	9
2.3 Collecte des données	9
2.4 Analyse des données	10
2.5 Limites de l'étude	12
2.6 Approbation scientifique et éthique de l'étude	13
3 RÉSULTATS	14
3.1 Profil des répondants	14
3.2 Perception de la consommation de SPA ayant un statut légal	16
3.2.1 Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis, d'alcool et de tabac	16
3.2.2 Perception des personnes de leur âge et de leur entourage consommant du cannabis	18
3.2.3 Perception des effets du cannabis sur une personne au moment de la consommation	19
3.2.4 Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle et régulière de cannabis	22
3.3 Consommation du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude	24
3.3.1 Prévalence de consommation	24
3.3.2 Âge d'initiation	25
3.3.3 Fréquence de consommation	25
3.3.4 Modification de la consommation en raison de la pandémie	26
3.3.5 Méthodes de consommation	27
3.3.6 Contenu en cannabinoïdes	28

3.3.7	Source d'approvisionnement.....	29
3.3.8	Principale raison de consommation.....	30
3.3.9	Motifs de consommation.....	31
3.3.10	Consommation avant ou pendant une journée d'étude.....	32
3.3.11	Consommation combinée avec d'autres SPA.....	33
3.3.12	Effets de la consommation sur différents aspects de la vie.....	34
3.3.13	Aide professionnelle par rapport à la consommation.....	35
3.4	Consommation d'alcool au cours des 12 mois précédant l'étude.....	37
3.4.1	Prévalence de consommation.....	37
3.4.2	Fréquence de consommation.....	38
3.4.3	Prévalence de consommation excessive.....	38
3.5	Prévalence de la consommation de SPA illégales au cours des 12 mois précédant l'étude.....	39
3.6	Prévalence de la consommation de médicaments à des fins non médicales au cours des 12 mois précédant l'étude.....	40
4	DISCUSSION.....	42
4.1.1	Perceptions de la consommation de SPA ayant un statut légal.....	42
4.1.2	Consommation de SPA au cours des 12 mois précédant l'étude.....	44
4.1.3	Principaux constats.....	50
5	CONCLUSION.....	55
6	RÉFÉRENCES.....	56
ANNEXE 1	TAUX DE RÉPONSE PAR CEA.....	61
ANNEXE 2	QUESTIONNAIRE.....	64
ANNEXE 3	TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES.....	70

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des répondants	15
Tableau 2	Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis	70
Tableau 3	Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle d'alcool	71
Tableau 4	Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de tabac ou nicotine	72
Tableau 5	Perception du pourcentage de personnes du même âge qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement au Québec	73
Tableau 6	Perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement	74
Tableau 7	Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur le sommeil	75
Tableau 8	Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur l'humeur	76
Tableau 9	Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur la créativité	77
Tableau 10	Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur l'anxiété	78
Tableau 11	Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur la gêne ou l'inhibition	79
Tableau 12	Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle de cannabis	80
Tableau 13	Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation régulière de cannabis	81
Tableau 14	Consommation de cannabis (12 mois)	82
Tableau 15	Âge d'initiation à la consommation de cannabis	83
Tableau 16	Fréquence de consommation de cannabis (12 mois)	84
Tableau 17	Modification de la consommation de cannabis en raison de la pandémie de COVID-19 (12 mois)	85
Tableau 18	Méthodes de consommation du cannabis selon le genre et l'âge (12 mois)	86
Tableau 19	Méthodes de consommation du cannabis selon la fréquence de consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude	86
Tableau 20	Contenu en cannabinoïdes du cannabis principalement consommé (12 mois)	87
Tableau 21	Source d'approvisionnement du cannabis consommé (12 mois)	88

Tableau 22	Principale raison mentionnée pour avoir consommé du cannabis (12 mois)	89
Tableau 23	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon le genre et l'âge (12 mois)	90
Tableau 24	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon la satisfaction à l'égard de la vie (12 mois)	90
Tableau 25	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon la perception de la santé mentale (12 mois).....	91
Tableau 26	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon le niveau de détresse psychologique (12 mois)	91
Tableau 27	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon la fréquence de consommation de cannabis (12 mois).....	92
Tableau 28	Consommation de cannabis avant ou pendant une journée d'étude (12 mois)	93
Tableau 29	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon le genre et l'âge (12 mois)	94
Tableau 30	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon la satisfaction à l'égard de la vie (12 mois).....	94
Tableau 31	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon la perception de la santé mentale (12 mois)	95
Tableau 32	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon le niveau de détresse psychologique (12 mois).....	95
Tableau 33	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon la fréquence de consommation de cannabis (12 mois).....	96
Tableau 34	Effet de la consommation de cannabis sur la santé mentale (12 mois)	96
Tableau 35	Besoin d'aide professionnelle à vie par rapport à la consommation de cannabis	97
Tableau 36	Aide professionnelle reçue à vie par rapport à la consommation de cannabis.....	98
Tableau 37	Consommation d'alcool (12 mois).....	99
Tableau 38	Fréquence de consommation d'alcool (12 mois)	100
Tableau 39	Consommation excessive d'alcool (12 mois)	101
Tableau 40	Consommation de SPA illégales (12 mois)	102
Tableau 41	Consommation de médicaments à des fins non médicales (12 mois).....	103

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis, d'alcool, et de tabac ou nicotine	16
Figure 2	Perception du pourcentage de personnes du même âge qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement.....	18
Figure 3	Perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement	19
Figure 4	Perception des effets de la consommation de cannabis sur certaines dispositions et capacités d'une personne	20
Figure 5	Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle et régulière de cannabis.....	23
Figure 6	Consommation de cannabis parmi tous les répondants au cours des 12 mois précédant l'étude.....	24
Figure 7	Âge d'initiation à la consommation de cannabis parmi les répondants ayant consommé du cannabis au cours de leur vie	25
Figure 8	Type de consommateur de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude	26
Figure 9	Modification de la consommation de cannabis en raison de la pandémie de COVID-19 au cours des 12 mois précédant l'étude	26
Figure 10	Méthodes de consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude	27
Figure 11	Contenu en cannabinoïdes du cannabis principalement consommé au cours des 12 mois précédant l'étude	28
Figure 12	Source d'approvisionnement du cannabis consommé au cours des 12 mois précédant l'étude.....	29
Figure 13	Principale raison mentionnée pour avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude	30
Figure 14	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude.....	31
Figure 15	Consommation de cannabis juste avant ou pendant une journée d'étude au cours des 12 mois précédant l'étude	33
Figure 16	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances au cours des 12 mois précédant l'étude	34
Figure 17	Effet de la consommation de cannabis sur différents aspects de la vie au cours des 12 mois précédant l'étude	35
Figure 18	Besoin d'aide professionnelle par rapport à la consommation de cannabis.....	36

Figure 19	Aide professionnelle reçue par rapport à la consommation de cannabis	37
Figure 20	Consommation d'alcool parmi tous les répondants au cours des 12 mois précédant l'étude.....	37
Figure 21	Type de consommateur d'alcool au cours des 12 mois précédant l'étude.....	38
Figure 22	Consommation de SPA illégales parmi tous les répondants au cours des 12 mois précédant l'étude	39
Figure 23	Consommation de médicaments à des fins non médicales parmi tous les répondants au cours des 12 mois précédant l'étude	40

FAITS SAILLANTS

Les centres d'éducation des adultes offrent aux personnes âgées de 16 ans et plus qui n'ont pas terminé leurs études secondaires, la possibilité de reprendre leur scolarité et d'obtenir un diplôme. En plus d'expériences négatives sur le plan scolaire, ces jeunes ont souvent vécu des situations difficiles dans leur parcours de vie sur le plan personnel, familial ou social, qui sont des facteurs favorisant la consommation de substances psychoactives. À notre connaissance, il n'existe aucun portrait récent de la consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives chez les élèves qui fréquentent ces centres au Québec. Ce rapport présente une analyse basée sur des données transversales qui ont été collectées en octobre 2022, soit quatre ans après la légalisation du cannabis à des fins non médicales (octobre 2018). Au final, 792 élèves de 18 à 24 ans ont participé à cette étude en remplissant un questionnaire électronique autoadministré. Ils fréquentaient 38 centres situés dans 13 régions administratives du Québec. Les résultats ont été comparés à ceux obtenus dans les enquêtes sur la consommation de substances psychoactives chez les Québécois de 18 à 24 ans de la population générale.

Les principaux constats sont les suivants :

- Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, les élèves semblent avoir des perceptions plus conservatrices à l'égard de la consommation occasionnelle de cannabis, que ce soit en termes d'acceptabilité sociale, des effets bénéfiques sur certains processus psychologiques ou du risque associé pour la santé.
- La prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude chez les élèves est comparable à celle des Québécois de 18 à 24 ans. Toutefois, parmi les consommateurs, une plus grande proportion d'élèves que de Québécois de 18 à 24 ans se sont initiés au cannabis avant l'âge de 15 ans, ont vapoté du cannabis et ont développé des pratiques de consommation de cannabis qui peuvent avoir des effets néfastes sur leur santé ou sur différents aspects de leur vie.
- La pandémie de COVID-19 semble avoir nui à la santé mentale de certains élèves et peut avoir créé une situation propice à la consommation de cannabis.
- Certains élèves semblent s'autotrainer au cannabis pour gérer divers symptômes ou problèmes de santé.
- Concernant la consommation de substances psychoactives autres que le cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude, la prévalence de la consommation d'alcool chez les élèves est inférieure à celle des Québécois de 18 à 24 ans. La prévalence de la consommation de substances psychoactives illégales est comparable chez les deux groupes. Une proportion non négligeable d'élèves ont fait mésusage de médicaments (prescrits ou non pour eux) pour avoir un effet similaire à une substance psychoactive illégale.

SOMMAIRE

Introduction

Les centres d'éducation des adultes offrent aux personnes âgées de 16 ans et plus sans diplôme d'études secondaires la possibilité de reprendre leur scolarité et d'obtenir un diplôme. En plus d'expériences négatives sur le plan scolaire, ces jeunes ont souvent vécu des situations difficiles dans leur parcours de vie qui peuvent favoriser la consommation de substances psychoactives. Il existe plusieurs enquêtes populationnelles chez les adolescents et les jeunes adultes. Cependant, à notre connaissance, il n'existe aucune donnée récente et détaillée sur la consommation de cannabis, d'alcool, de substances psychoactives illégales et de médicaments à des fins non médicales (afin d'avoir un effet similaire aux substances illégales, pour « planer » ou être « high ») chez les élèves qui fréquentent ces centres.

Bien que la majorité des jeunes ne consomment pas de substances psychoactives (excluant l'alcool) ou n'ont pas de problèmes liés à leur usage, ils doivent être informés et outillés afin de faire des choix éclairés sur l'initiation, la cessation ou une meilleure gestion de leur consommation. Les activités menées par les décideurs, les conseillers et les intervenants impliqués dans la prévention des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives doivent pouvoir s'appuyer sur les plus récentes données probantes pour mieux cerner les réalités actuelles des élèves en centres d'éducation des adultes.

Deux grands objectifs ont guidé la réalisation de cette étude :

1. Documenter les perceptions des élèves en centre d'éducation des adultes à l'égard de la consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives ayant un statut légal (acceptabilité sociale de la consommation de cannabis, d'alcool et de tabac/nicotine; consommation de cannabis chez les personnes du même âge et les personnes de leur entourage; effets du cannabis au moment de la consommation sur certaines dispositions et capacités d'une personne; niveau de risque pour la santé associé à la consommation de cannabis).
2. Décrire la consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives chez les élèves en centre d'éducation des adultes au cours des 12 mois précédant l'étude (prévalence de la consommation de cannabis, d'alcool, de substances psychoactives illégales et de médicaments à des fins non médicales; pratiques de consommation du cannabis; modification de la consommation de cannabis en raison de la pandémie de COVID-19; effets de la consommation de cannabis sur différents aspects de la vie; aide professionnelle par rapport à la consommation de cannabis).

Méthodologie

La population à l'étude comprend les élèves de 18 à 24 ans des centres d'éducation des adultes du Québec inscrits dans les programmes de formation générale (cours de la 1^{re} à la 5^e secondaire). Les élèves dans les autres programmes étaient exclus, tels que ceux en formation professionnelle, formation à distance, alphabétisation, présecondaire, francisation, intégration

sociale ou socioprofessionnelle. En octobre 2022, 40 centres francophones et anglophones participants, situés dans 13 régions du Québec (soit près du tiers des centres contactés) ont invité les élèves admissibles à remplir un questionnaire électronique. Ce questionnaire était bilingue et les renseignements collectés étaient anonymes. Il comportait six sections et la plupart des questions étaient tirées de l'Enquête québécoise sur le cannabis et de l'Enquête québécoise sur la santé des populations de l'Institut de la statistique du Québec. Au final, 792 élèves de 18 à 24 ans de 38 centres d'éducation des adultes ont rempli le questionnaire. En raison du faible taux de réponse (17 %), les analyses descriptives ont été réalisées à partir des données agrégées pour l'ensemble des centres. Les constats de cette étude doivent être interprétés avec prudence en raison des limites méthodologiques, dont le fait que l'échantillon n'est pas représentatif des jeunes de 18 à 24 ans dans les centres d'éducation des adultes du Québec. Par ailleurs, les perceptions et les pratiques liées à la consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives sont des aspects qui peuvent être difficiles à quantifier et leur mesure est sensible aux biais de sélection.

Principaux constats

Cinq constats découlent de la comparaison des données de cette étude à celles obtenues auprès des Québécois de 18 à 24 ans dans l'Enquête québécoise sur le cannabis 2022 (ou autres cycles de l'enquête si les données étaient indisponibles) et l'Enquête québécoise sur la santé des populations 2020-2021.

1. Des perceptions plus conservatrices à l'égard de la consommation occasionnelle de cannabis

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, les élèves ont une perception :

- plus faible de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis (tout à fait ou plutôt acceptable : 64 % contre 74 %);
- plus faible des effets bénéfiques du cannabis sur la régulation de certains processus psychologiques, dont l'humeur (39 % contre 51 %), la créativité (38 % contre 52 %), l'anxiété (36 % contre 47 %) et la gêne ou l'inhibition (31 % contre 43 %);
- plus grande du risque pour la santé qui est associé à la consommation occasionnelle de cannabis (niveau modéré ou élevé : 45 % contre 27 %);
- comparable de la proportion de consommateurs de cannabis chez les personnes du même âge au Québec et les personnes de leur entourage.

2. *Une prévalence comparable de la consommation de cannabis, mais des pratiques de consommation de cannabis potentiellement plus néfastes*

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, une proportion semblable d'élèves ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude (35 % contre 37 %). Toutefois, parmi les consommateurs, une plus grande proportion d'élèves se sont initiés au cannabis avant l'âge de 15 ans (28 % contre 18 %), ont vapoté du cannabis (62 % contre 37 %) et ont développé des pratiques de consommation du cannabis qui peuvent avoir des effets néfastes sur leur santé ou sur différents aspects de leur vie. En effet, comparativement aux consommateurs québécois du même groupe d'âge, une plus grande proportion d'élèves ont consommé du cannabis :

- régulièrement (≥ 1 jour/semaine : 44 % contre 29 %), incluant une proportion plus élevée de consommateurs quotidiens (19 % contre 10 %);
- contenant exclusivement du THC ou plus de THC que de CBD (60 % contre 48 %);
- obtenu auprès d'un fournisseur illégal (21 % contre 11 %);
- juste avant ou pendant une journée d'étude (35 % contre 18 %);
- en combinaison avec du tabac (65 % contre 44 %) ou avec un stimulant sur ordonnance (13 % contre 3,3 %).

3. *La pandémie de COVID-19 semble avoir nui à la santé mentale de certains élèves et peut avoir créé une situation propice à la consommation de cannabis*

Au moment de l'étude (c.-à-d., quatre mois après la fin de l'urgence sanitaire), près du quart (22 %) des élèves se situaient au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique. Parmi ces élèves, près de la moitié (45 %) percevait que cette détresse était complètement ou partiellement attribuable à la pandémie de COVID-19 (respectivement, 7 % et 38 %). Concernant la consommation de cannabis, une proportion semblable d'élèves que de Québécois de 18 à 24 ans (31 % contre 27 %) ont déclaré avoir augmenté leur consommation dans les 12 mois précédant l'étude en raison de cette pandémie. Cette étude ne permet pas de déterminer la direction de la relation entre l'état de santé mentale des élèves et leur consommation de cannabis, l'un pouvant contribuer à l'autre, tout comme d'autres facteurs de risque ou de vulnérabilité communs. Cela dit, on constate que les élèves se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique étaient en proportion plus nombreux que les autres à avoir consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude (53 % contre 31 %), à avoir augmenté leur consommation en raison de la pandémie de COVID-19 (48 % contre 25 %) et d'en avoir consommé pour les aider à mieux gérer leurs sentiments ou émotions (61 % contre 42 %).

4. Certains élèves semblent s'autotrainer au cannabis pour gérer divers symptômes ou problèmes de santé

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, les élèves sont plus nombreux en proportion à consommer du cannabis pour des fins médicales (principalement ou en partie : 20 % contre 10 %). De plus, une plus grande proportion d'entre eux ont fait usage de cannabis pour des motifs liés à la santé : relaxer ou se détendre (87 % contre 70 %), aider avec le sommeil (57 % contre 39 %), aider avec les sentiments ou les émotions (48 % contre 28 %) et traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes (29 % contre 16 %). Or, parmi les élèves ayant mentionné consommer du cannabis pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes, la plupart d'entre eux (94 %) ont rapporté ne pas avoir reçu un document médical autorisant à le faire. De même, la plupart d'entre eux (91 %) ont rapporté ne pas avoir reçu une aide professionnelle dans les 12 mois précédant l'étude par rapport à la consommation de cannabis.

5. Une consommation inférieure d'alcool, mais comparable de substances psychoactives illégales

Concernant l'alcool, une proportion inférieure d'élèves que de Québécois de 18 à 24 ans en ont consommé au cours des 12 mois précédant l'étude (71 % contre 83 %). Parmi les consommateurs, la fréquence de consommation est également inférieure (≥ 1 jour/semaine : 21 % contre 38 %). Toutefois, la prévalence de la consommation excessive est comparable chez les deux groupes (31 % contre 34 %). Concernant les substances psychoactives illégales, la prévalence de consommation au cours des 12 mois précédant l'étude est similaire à celle des Québécois de 18 à 24 ans (10 % contre 9,2 %). Concernant les médicaments (prescrits ou non pour eux), une proportion non négligeable (12 %) d'élèves en ont fait mésusage afin de « planer » ou être « high ». Dans notre échantillon, les substances psychoactives illégales et les médicaments sur ordonnance les plus consommés étaient tous les deux de la catégorie des stimulants.

Conclusion

Cette étude transversale suggère que les pratiques de consommation de cannabis chez certains élèves de 18 à 24 ans en centres d'éducation des adultes se distinguent de celles des Québécois du même groupe d'âge dans la population générale, et peuvent constituer un enjeu pour leur santé. Malgré les limites liées à notre échantillon, les résultats de cette étude pourraient être utiles pour les conseillers en promotion/prévention et les intervenants des centres participants afin d'orienter les actions préventives visant les pratiques de consommation qui sont à risque d'entraîner des impacts négatifs sur la santé des élèves et leur réussite scolaire.

1 INTRODUCTION

MISE EN CONTEXTE

Au Canada, l'alcool, le cannabis et la nicotine sont des substances psychoactives (SPA)¹ qui ont un statut légal. Au Québec, l'âge légal pour posséder, acheter et consommer du cannabis a été rehaussé à 21 ans en janvier 2020, afin notamment de prévenir l'initiation précoce et une banalisation de la substance et de son usage chez les jeunes (Dymka Coudé *et al.*, 2021), tandis qu'il est de 18 ans pour l'alcool et les produits du tabac. Les autres SPA, telles que les champignons magiques, la cocaïne, la méthamphétamine et l'ecstasy, sont illégales, notamment dans le contexte où elles sont cultivées, achetées ou consommées pour des raisons non autorisées par le gouvernement.

Les études montrent que l'adolescence est une période propice à l'expérimentation de SPA avec des pics de consommation se produisant généralement au début de l'âge adulte. En effet, selon des données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) publiées en 2023, les Québécois de 18 à 24 ans sont en proportion plus nombreux que l'ensemble de la population à croire qu'il est socialement acceptable de consommer à l'occasion du cannabis à des fins non médicales (74 % contre 63 %), de l'alcool (87 % contre 84 %) ou du tabac (57 % contre 46 %). De plus, ces jeunes adultes de 18 à 24 ans ont consommé en plus grande proportion du cannabis (37 % contre 18 %), de l'alcool (83 % contre 79 %) et une SPA illégale avec ou sans cannabis (9,2 % contre 4,3 %) dans la dernière année, mais pas la cigarette (fumeur actuel : 13 % contre 15 %) (Camirand *et al.*, 2023; Conus *et al.*, 2023).

La prévention des risques liés à la consommation de SPA est un enjeu de santé publique prioritaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2018). En effet, cet usage devient problématique lorsqu'une personne consomme ces substances d'une manière à engendrer des effets nocifs sur sa santé et sa vie. La consommation précoce, régulière et à long terme de SPA peut avoir des impacts importants sur la santé mentale et physique (ex. : intoxications, anxiété, dépression, psychoses, maladies cardiovasculaires et respiratoires, cancers, diabète). Elle peut aussi entraîner des conséquences psychosociales (ex. : problèmes à l'école ou au travail, marginalisation, stigmatisation, isolement) et sociétales importantes (ex. : coûts sur le système de santé, perte de productivité). De même, elle peut mener à un risque accru de traumatismes (ex. : accidents de la route, agressions, suicides). Le statut légal des SPA influence leur promotion et leur disponibilité, mais aussi leur acceptabilité sociale et la perception des risques associés à leur consommation, notamment chez les jeunes adolescents et adultes (Agence de la santé publique du Canada, 2018; Antoine Fournier et François Gagnon, 2023; Hasan, 2023; Anderson *et al.*, 2023; United Nations Office on Drugs and Crime, 2023; Abbott *et al.*, 2023).

¹ Substance qui agit sur le psychisme en altérant l'équilibre chimique du cerveau ([Office québécois de la langue française](#)).

Au cours de leur parcours scolaire, la santé mentale des jeunes peut se dégrader pour diverses raisons, que ce soit dans leur vie personnelle, familiale et sociale. Les SPA sont souvent perçues comme un moyen pour socialiser, mais aussi pour diminuer le stress ou pour aider à mieux gérer les sentiments (Gagnon et Rochefort, 2010). Bien que la majorité des jeunes ne consomment pas de SPA (excluant l'alcool) ou n'ont pas de problèmes liés à leur usage, les interventions mises en œuvre en milieu scolaire peuvent permettre de réduire les pratiques de consommation qui sont à risque d'entraîner des impacts négatifs sur leur santé et leur réussite scolaire. Ces interventions sont essentielles pour informer et outiller les élèves afin de faire des choix éclairés sur l'initiation, la cessation ou une meilleure gestion de leur consommation.

Au Québec, les Centres d'éducation des adultes (CEA) offrent aux personnes âgées de 16 ans et plus, qui n'ont pas terminé leurs études secondaires, la possibilité de reprendre leur scolarité et d'obtenir un diplôme d'études secondaires (DES), d'accéder à des programmes menant à l'obtention d'un diplôme d'études professionnelles (DEP), ou de suivre des cours préalables pour accéder à un programme d'études collégiales (DEC)². Pour l'ensemble de la province, on dénombre près de 200 installations pour l'éducation des adultes et un effectif scolaire de près de 150 000 élèves en formation générale des adultes^{3,4}. La consommation de SPA chez les élèves en CEA est un enjeu car, outre les effets sur leur santé, elle peut avoir des répercussions sur les efforts déployés par les centres pour encourager la persévérance scolaire et favoriser à la réussite éducative. En plus d'expériences négatives sur le plan scolaire, ces jeunes ont souvent vécu des situations difficiles dans leur parcours de vie sur le plan personnel, familial ou social, qui sont des facteurs favorisant la consommation de SPA (Rousseau *et al.*, 2010; Carroz, Maltais, et Pouliot, 2012; Charlebois, 2019; Nawi *et al.*, 2021).

Les résultats d'une précédente étude de l'INSPQ ont révélé que la consommation de SPA (notamment de cannabis) est plus élevée chez les élèves en CEA que chez les étudiants du secondaire et universitaires, ou chez les jeunes du même groupe d'âge dans la population générale (Gagnon, April, et Côté, 2011). Or, malgré l'existence de plusieurs enquêtes populationnelles au Québec (Camirand *et al.*, 2023; Nathalie Plante *et al.*, 2018), il n'existe à notre connaissance aucune donnée récente et détaillée sur la consommation de cannabis, d'alcool, de SPA illégales, et de médicaments à des fins non médicales (c.-à-d., faire mésusage de médicaments, prescrits ou non pour eux, afin d'avoir un effet similaire à une SPA illégales, pour « planer » ou être « high ») chez les élèves qui fréquentent les CEA.

Les activités menées par les intervenants en CEA impliqués dans la prévention des problèmes liés à l'usage de SPA doivent pouvoir s'appuyer sur les plus récentes données probantes. Un portrait à jour des perceptions et de la consommation des SPA chez les élèves en CEA permet de mieux cerner les réalités actuelles et d'offrir des interventions adaptées.

² Formation générale des adultes ([Ministère de l'Éducation](#)).

³ Système de Gestion des données uniques des organismes ([Ministère de l'Éducation](#)).

⁴ Banque de données des statistiques officielles sur le Québec ([Gouvernement du Québec](#)).

OBJECTIFS

1. Documenter les perceptions des élèves en CEA à l'égard de la consommation de cannabis et d'autres SPA ayant un statut légal :
 - a. Acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis, d'alcool et de tabac ou de nicotine.
 - b. Personnes du même âge et de leur entourage consommant du cannabis à l'occasion ou régulièrement.
 - c. Effets du cannabis sur une personne au moment de sa consommation.
 - d. Niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle et régulière de cannabis.

2. Décrire la consommation de cannabis et d'autres SPA chez les élèves en CEA au cours des 12 mois précédant l'étude :
 - a. Prévalence de la consommation du cannabis, d'alcool, de SPA illégales et de médicaments à des fins non médicales.
 - b. Pratiques de consommation du cannabis.
 - c. Modification de la consommation de cannabis en raison de la pandémie de COVID-19⁵.
 - d. Effets de la consommation de cannabis sur différents aspects de la vie.
 - e. Aide professionnelle (reçue ou le besoin d'en obtenir) par rapport à la consommation de cannabis.

⁵ L'état d'urgence sanitaire a été déclaré sur tout le territoire québécois le 13 mars 2020 et a pris fin le 1^{er} juin 2022. Cette mesure exceptionnelle octroyait au Gouvernement du Québec les pouvoirs nécessaires pour mettre en place l'ensemble des mesures visant à assurer la protection de la santé de la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux).

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Population à l'étude

La population à l'étude comprend les élèves de 18 à 24 ans des CEA du Québec inscrits dans les programmes de formation générale (cours de la 1^{re} à la 5^e secondaire). Les élèves dans les autres programmes étaient exclus, tels que ceux en formation professionnelle, formation à distance, alphabétisation, présecondaire, francisation, intégration sociale ou socioprofessionnelle.

2.2 Sélection des centres et recrutement des élèves

Une base de données listant les CEA du Québec a été produite en novembre 2021 à partir d'une recherche avancée dans le système Gestion des données uniques des organismes du ministère de l'Éducation⁶. Dans cette étude, les centres du réseau privé ou gouvernemental⁷ ont été exclus. Au final, les directions de CEA francophones et anglophones situés dans 13 régions administratives du Québec ont été contactées par courriel (n = 125). Près du tiers (n = 40) ont accepté de participer à l'étude (annexe 1). Des démarches par courriel ont également été entreprises avec les centres de services scolaires concernés afin de faire connaître le projet et promouvoir la collaboration des CEA.

En octobre 2022, les CEA participants ont invité les élèves admissibles à remplir un questionnaire électronique d'une durée de 15 à 30 minutes. La liste d'envoi par courriel a été établie par une technicienne en organisation scolaire selon nos critères d'inclusion. Les répondants devaient être des élèves inscrits à la session d'automne 2022 et être capables de répondre en français ou en anglais. Le courriel d'invitation comprenait un feuillet d'information et de consentement ainsi qu'un lien générique vers le questionnaire construit avec le logiciel Voxco. Pour accroître le taux de participation, des rappels ont été envoyés par courriel et une affiche de recrutement a été diffusée (format papier et électronique, incluant les réseaux sociaux de certains centres) et communiquée en classe. Les répondants qui ont rempli le questionnaire pouvaient ensuite s'inscrire au tirage aléatoire d'un montant de 50 \$ par CEA. Pour cela, ils devaient remplir un questionnaire électronique distinct spécialement conçu pour le tirage. La majorité (68 %) des répondants s'y sont inscrits et, à la suite du tirage aléatoire, des virements Interac ont été effectués à 38 répondants par l'INSPQ en janvier 2023.

2.3 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée sur une période de six semaines. Le questionnaire électronique (autoadministré et à questions fermées) était bilingue et les renseignements collectés étaient anonymes. Parmi les répondants qui ont rempli le questionnaire, la langue et l'appareil informatique privilégiés étaient respectivement le français (89 %) et un téléphone intelligent (84 %). La durée moyenne de connexion au questionnaire était d'environ 15 minutes

⁶ Système de Gestion des données uniques des organismes ([Ministère de l'Éducation](#)).

⁷ Le réseau gouvernemental comprend huit CEA situés dans les collectivités des Premières Nations.

(médiane de 13 minutes). La plupart (84 %) de ces répondants ont complété le sondage dès la première connexion.

Le questionnaire comportait six sections (annexe 2) et la plupart des questions étaient tirées de deux enquêtes de l'ISQ s'adressant aux personnes de 15 ans plus : l'EQC⁸ et l'EQSP⁹. Un prétest a été effectué dans deux CEA pour vérifier le bon fonctionnement de la collecte des données électroniques. Un projet pilote (non publié) qui a été réalisé dans six CEA en 2018-2019, avec un questionnaire papier et notre équipe en présence, n'a pas révélé d'enjeux en lien avec la compréhension du questionnaire par les élèves.

Dans la première section, les questions portaient sur certaines caractéristiques démographiques (sexe, genre, âge et pays de naissance), scolaires (région administrative, programme de formation et langue d'enseignement) et de santé mentale (perception à l'égard de la vie, perception à l'égard de la santé mentale et niveau de détresse psychologique).

Dans la deuxième section, les questions portaient sur certaines perceptions à l'égard de la consommation de SPA ayant un statut légal, notamment le cannabis (niveau de risque pour la santé, effet sur une personne au moment de la consommation, personnes de leur âge et de leur entourage qui consomment, et acceptabilité sociale).

Dans la troisième section, les questions portaient sur l'âge d'initiation, la prévalence d'usage et les pratiques de consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude (fréquence, méthode, contenu en cannabinoïdes, source d'approvisionnement, raison de consommation, autorisation médicale, consommation avant ou pendant une journée d'étude et consommation combinée d'autres substances) ainsi que sur l'effet de cette consommation sur différents aspects de la vie, l'aide professionnelle (reçue ou le besoin d'aide) et l'effet de la pandémie de COVID-19 par rapport à la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude.

Finalement, dans la quatrième, cinquième et sixième section, les questions portaient respectivement sur la consommation d'alcool (fréquence, consommation excessive), de SPA illégales (amphétamine, héroïne, cocaïne, etc.) et de médicaments à des fins non médicales (opioïdes, stimulants, etc.) au cours des 12 mois précédant l'étude.

2.4 Analyse des données

Les données produites par cette étude ont été analysées avec le logiciel SPSS Statistics 23 (IBM). Une validation de la base de données a été effectuée pour exclure les questionnaires invalides, c.-à-d., les questionnaires incomplets et ceux provenant d'élèves qui ne répondaient pas à nos critères de sélection (groupe d'âge et programme d'études s'il y a lieu - voir population à l'étude) ou d'élèves fréquentant un CEA non participant à la recherche. Elle a également permis d'exclure les questionnaires des répondants qui ont échoué aux questions d'honnêteté ou de

⁸ Enquête québécoise sur le cannabis ([Institut de la statistique du Québec](#)).

⁹ Enquête québécoise sur la santé de la population ([Institut de la statistique du Québec](#)).

vérification situées à la fin du questionnaire (« De façon générale, avez-vous répondu honnêtement aux questions? [oui, non] »; « Parmi les mots suivants, lequel désigne un animal? [neige, maison, voiture, chien] »). Le recodage de certaines données (nom du CEA, région administrative, programme d'études, méthode de consommation du cannabis, fournisseur du cannabis consommé) a également été fait avant les analyses à partir des réponses aux questions ouvertes ou des informations disponibles dans notre base de données ministérielle des CEA.

Des analyses descriptives ont ensuite été réalisées pour décrire le phénomène de la consommation de SPA, notamment le cannabis. Des variables de croisement binaires ont été privilégiées en raison du faible nombre d'observations valides pour les analyses. Les relations entre cette consommation et les caractéristiques démographiques et de santé mentale des répondants ont été évaluées par un test statistique d'indépendance du khi-deux avec le seuil alpha de 0,05 (note : dans le cas des tableaux 2 x 2, la valeur de la correction de continuité de Yates a été privilégiée pour compenser pour les petits effectifs). De manière générale, ce rapport met l'accent sur les résultats significatifs. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, puisqu'aucun facteur de confusion n'a été pris en compte. De plus, le devis de l'étude ne permet pas de cerner ni d'établir de relations causales entre les variables mesurées.

Les indicateurs ont été construits en s'appuyant sur les documents méthodologiques de l'EQC¹⁰ et de l'EQSP¹¹. Entre autres, la satisfaction à l'égard de la vie a été mesurée à l'aide de la question suivante : « Quel sentiment éprouvez-vous présentement à l'égard de votre vie en général? » avec comme choix de réponses une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « Très insatisfait(e) » et 10 signifie « Très satisfait(e) ». Les valeurs de six et plus ont été regroupées afin de constituer la catégorie « Généralement satisfait ou très satisfait ». Les valeurs inférieures à six constituent quant à elles la catégorie « Généralement insatisfait ou très insatisfait ».

La perception de la santé mentale a été mesurée à l'aide de la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est... » : « ...excellente? », « ...très bonne? », « ...bonne? », « ...passable? », ou « ...mauvaise? ». Les choix de réponses « excellente, très bonne et bonne » ont été regroupés afin de constituer la catégorie « Généralement bonne ou excellente ». Les choix de réponses « passable et mauvaise » constituent quant à eux la catégorie « Généralement passable ou mauvaise ».

Le niveau de détresse psychologique a été construit selon l'échelle de Kessler K6 qui se base sur les six questions suivantes : « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e)... » : « ...nerveux (nerveuse)? », « ...désespéré(e)? », « ...agité(e) ou incapable de tenir en place? », « ...si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire? », « ...que tout était un effort (à ce point fatigué[e] que tout est un effort)? », et « ...bon(ne) à rien? ». Les choix de réponses étaient : « Tout le temps », « La plupart du temps », « Parfois », « Rarement », et « Jamais ». Chacune des six questions s'est vu accorder un score de 0 à 4, le score total de

¹⁰ Enquête québécoise sur le cannabis ([Institut de la statistique du Québec](#)).

¹¹ Enquête québécoise sur la santé de la population ([Institut de la statistique du Québec](#)).

détresse variant de 0 à 24. Afin de décrire le sous-groupe ayant le niveau le plus élevé de détresse psychologique, le quintile supérieur de la distribution a été choisi. Dans cette étude, un score de 13 ou plus correspondait à la valeur seuil du cinquième quintile de la distribution du niveau de détresse. Les deux catégories définies pour cette variable étaient ainsi : « oui » (niveau élevé) ou « non » (niveau faible à modéré).

Finalement, en raison de l'hétérogénéité des taux de participation et des efforts relativement variables mis en œuvre par les CEA pour le recrutement, il n'était pas possible de rapporter des statistiques par CEA, ni par centre de services scolaires ou par région administrative.

2.5 Limites de l'étude

L'usage d'un questionnaire autoadministré peut amener certains biais de mémoire ou de désirabilité sociale qui ne permettent pas de garantir l'exactitude des résultats. En effet, il peut être difficile pour des individus de se rappeler leurs pratiques de consommation de SPA au cours des 12 derniers mois, de même que d'admettre l'adoption de comportements qui ne sont pas socialement acceptables (ex. : les consommateurs quotidiens). De plus, le titre du projet peut conduire à un échantillon biaisé de répondants, qui sont par nature plus intéressés sur le sujet de l'étude et la santé en général. Aussi, pour un petit groupe de répondants (15 % avec un programme d'études « inconnu »), nous n'avons pas été en mesure de vérifier si le programme suivi respectait nos critères de sélection. Cependant, des analyses additionnelles ont démontré que les caractéristiques (âge; genre; pays de naissance; santé mentale) et les prévalences de consommation de SPA (SPA illégales; médicaments à des fins non médicales) de ce groupe dont le programme était inconnu n'étaient pas significativement différentes de celles des autres répondants. Par contre, les élèves de ce groupe étaient proportionnellement moins nombreux que les autres à avoir consommé du cannabis (22 % contre 38 %) de même que de l'alcool (51 % contre 74 %) dans les 12 mois précédant l'étude. Cela dit, le processus de recrutement mené par les CEA à l'aide de courriels ciblés et l'exclusion a posteriori de certains questionnaires invalides nous laisse croire à une certaine fiabilité quant à la population analysée et aux comportements rapportés dans cette étude. De plus, un questionnaire autoadministré permet de réduire le biais de désirabilité comparativement à un questionnaire avec un interviewer.

L'échantillon final n'est pas représentatif des élèves de 18 à 24 ans de l'ensemble des CEA du Québec. Il faut donc s'en tenir à rapporter les résultats sur cet échantillon. En effet, l'échantillon est non probabiliste et les centres participants n'ont pas été choisis de façon aléatoire, mais plutôt parce qu'ils accueillait favorablement la réalisation de l'étude, ce qui peut constituer un biais de sélection. Le taux de réponse relativement faible (17 % contre 43 % pour les répondants de 18 à 24 ans dans l'EQC 2022) et très variable selon le CEA constitue aussi des indices d'un potentiel biais de sélection (annexe 1). Ce taux ne permettait pas d'appliquer une pondération selon le genre, l'âge, ou la région administrative. De plus, étant donné que notre taille d'échantillon est relativement petite (792 contre 2 041 pour les répondants de 18 à 24 ans dans l'EQC 2022), les résultats comportent une plus grande variabilité. Par contre, les CEA participants provenaient aussi bien de milieux urbains que ruraux répartis sur treize régions

administratives. De plus, l'usage d'un questionnaire électronique anonyme plutôt que papier à compléter en classe nous laisse croire que certains freins individuels de participation ont été levés, mais aussi à une certaine diversité dans le profil de consommation des répondants. Cela dit, malgré nos efforts pour inclure les CEA anglophones, la plupart (94 %) des répondants fréquentaient une installation où la langue d'enseignement principalement utilisée était le français.

En l'absence de notre équipe sur le terrain lors du recrutement, il est difficile de garantir que ce processus a été réalisé de façon uniforme entre les CEA, selon nos instructions écrites. Cela dit, un court sondage a été réalisé en décembre 2022 auprès des personnes qui ont été désignées par la direction des CEA pour soutenir l'étude. Les résultats obtenus (n = 35 répondants; données non rapportées) permettent de déterminer que l'étude a été menée conformément à nos instructions, au regard des étapes de planification et de recrutement des élèves (ex. : établir la liste des élèves admissibles et leur courriel; aviser le personnel enseignant et de soutien; désigner une personne-ressource pour toute question; diffuser le courriel et l'affiche de recrutement ainsi que faire des rappels en temps opportun). De plus, les efforts requis pour ces personnes ne semblaient pas avoir constitué une surcharge de travail. En contrepartie, plusieurs défis se sont imposés : d'ordre individuel (ex. : le manque d'intérêt des élèves, l'absentéisme ou l'abandon scolaire en cours de recrutement), d'ordre méthodologique (ex. : difficulté à établir la liste des élèves admissibles et à communiquer électroniquement ou sur place avec eux) et, dans une moindre proportion, d'ordre organisationnel (ex. : manque de ressources humaines ou d'intérêt des collègues dans le CEA). Les deux pistes d'amélioration formulées à partir de ce court sondage concernaient l'attractivité de l'étude auprès des élèves et les procédures de recrutement.

2.6 Approbation scientifique et éthique de l'étude

L'évaluation scientifique de l'étude a été faite par un comité avisé de l'INSPQ. La pertinence du projet a été validée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui lui a octroyé un financement réparti sur deux ans. L'évaluation éthique de l'étude a été faite par le Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique¹², qui lui a octroyé l'approbation (certificat d'éthique; numéro de projet : DIS-1920-19). Le chercheur responsable (premier auteur) détenait une attestation de recherche de l'établissement auquel est rattaché le comité d'éthique de la recherche, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

¹² Comité d'éthique de la recherche en dépendances, inégalités sociales et santé publique ([CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal](#)).

3 RÉSULTATS

Au total, 4 681 élèves admissibles ont été contactés par courriel et 1 911 (41 %) ont accédé au questionnaire électronique. De ceux-ci, 1 056 (55 %) ont consenti à participer à l'étude, mais 113 ont été exclus des analyses : 64 n'avaient pas l'âge requis (18 à 24 ans), 31 provenaient de CEA non participants, et 18 avaient échoué aux questions d'honnêteté ou de vérification situées à la fin du questionnaire. Ainsi, l'échantillon final comprenait 943 élèves (1 056 - 113), soit un taux de participation de 20 % (943 ÷ 4 681). De cet échantillon, 792 ont rempli le questionnaire au complet, soit un taux d'achèvement de 84 % (792 ÷ 943) et un taux de réponse final de 17 % (792 ÷ 4 681) pour 38 CEA (annexe 1).

3.1 Profil des répondants

Genre, âge et pays de naissance. Sur les 792 élèves qui ont rempli le questionnaire, un peu plus de la moitié (52 %) d'entre eux s'identifiaient au genre masculin (tableau 1). Près des trois quarts (71 %) des élèves étaient du groupe d'âge 18 à 20 ans, dont 35 % d'élèves de 18 ans, pour un âge médian de 19 ans (données non rapportées). Cela dit, la proportion de répondants de genre masculin ou féminin n'était pas significativement différente entre ces deux groupes d'âge (données non rapportées). Près des trois quarts (74 %) des élèves étaient nés au Canada.

Région administrative, programme de formation et langue d'enseignement. Une plus grande proportion des élèves fréquentait des CEA des régions de Montréal (28 %), de la Capitale-Nationale (14 %) et de l'Outaouais (12 %). Près des trois quarts (72 %) des élèves suivaient une formation de base diversifiée (matières du deuxième cycle du secondaire). Pour la plupart des élèves (94 %), la langue d'enseignement la plus souvent utilisée par les professeurs était le français.

Santé mentale. Au moment de l'étude, la majorité des élèves étaient généralement satisfaits ou très satisfaits de leur vie (67 %) et percevait que leur santé mentale était généralement bonne ou excellente (67 %). Toutefois, près du quart (22 %) des élèves se situaient au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (section 2.4 pour plus d'information sur ces indicateurs)¹³. Parmi ces élèves, près de la moitié (45 %) percevait que cette détresse était complètement ou partiellement attribuable à la pandémie de COVID-19 (respectivement, 7 % et 38 %, données non rapportées).

¹³ Selon [l'EQSP 2020-2021](#), 59 % des jeunes de 18-24 ans se situaient au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique, alors que c'était le cas pour 39 % de la population (15 ans et plus) (source : Infocentre, INSPQ). **Toutefois, cette enquête s'est déroulée dans le contexte de la pandémie de la COVID-19** (collecte de données entre novembre 2020 et avril 2021) où certaines habitudes de vie et comportements ont pu être bouleversés en raison des impacts de la maladie ou des mesures sanitaires.

Tableau 1 Caractéristiques des répondants

Caractéristique	Répondants	
	Nombre d'observations	Pourcentage des observations
Total	792	100,0
Genre		
Masculin	409	51,6
Féminin	383	48,4
Âge		
18 à 20 ans	566	71,5
21 à 24 ans	226	28,5
Né(e) au Canada		
Oui	584	73,7
Non	204	25,8
Inconnu	4	0,5
Région administrative du CEA		
Montréal	224	28,3
Capitale-Nationale	108	13,6
Outaouais	92	11,6
Lanaudière	71	9,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	58	7,3
Laval	47	5,9
Chaudière-Appalaches	42	5,3
Centre-du-Québec	39	4,9
Montérégie	36	4,5
Laurentides	33	4,2
Etrie	24	3,0
Mauricie	10	1,3
Bas-Saint-Laurent	8	1,0
Programme d'études		
Formation de base diversifiée (matières du secondaire 3 à 5)	566	71,5
Formation de base commune (matières du secondaire 1 ou 2)	105	13,3
Inconnu (indéterminé/ne sait pas/ne répond pas)	121	15,3
Langue d'enseignement		
Français	744	93,9
Anglais	45	5,7
Autre	3	0,4
Satisfaction à l'égard de la vie		
Généralement satisfait ou très satisfait	531	67,0
Généralement insatisfait ou très insatisfait	220	27,8
Inconnu (ne sait pas/ne répond pas)	41	5,2
Perception de la santé mentale		
Généralement bonne ou excellente	530	66,9
Généralement passable ou mauvaise	244	30,8
Inconnu (ne sait pas/ne répond pas)	18	2,3
Niveau élevé de détresse psychologique		
Non	510	64,4
Oui	173	21,8
Inconnu (ne sait pas/ne répond pas)	109	13,8

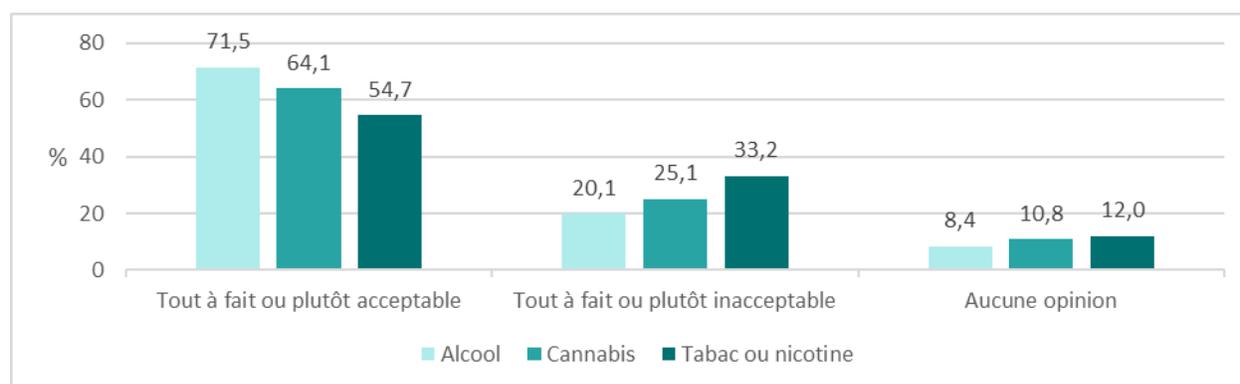
3.2 Perception de la consommation de SPA ayant un statut légal

3.2.1 Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis, d'alcool et de tabac

CANNABIS

La majorité (64 %) des élèves estiment qu'il est acceptable de consommer occasionnellement¹⁴ du cannabis à des fins non médicales (c.-à-d., < 1 fois/semaine) (figure 1). Plus spécifiquement, 35 % estiment que c'est tout à fait acceptable et 29 % estiment que c'est plutôt acceptable (données non rapportées).

Figure 1 Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis, d'alcool, et de tabac ou nicotine



Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou le groupe d'âge (tableau 2 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer qu'il est tout à fait ou plutôt acceptable de consommer du cannabis occasionnellement (70 % contre 46 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Les élèves généralement insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'il est tout à fait ou plutôt acceptable de consommer du cannabis occasionnellement (75 % contre 60 %), tout comme ceux qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise (76 % contre 58 %), ou ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (77 % contre 61 %).

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont pris du cannabis au cours de la dernière année sont proportionnellement plus nombreux à estimer qu'il est tout à fait ou plutôt acceptable de consommer du cannabis occasionnellement (91 % contre 48 %).

¹⁴ Dans cette étude, l'acceptabilité sociale de la consommation régulière (≥ 1 fois/semaine) n'a pas été évaluée, que ce soit pour le cannabis, l'alcool et le tabac ou la nicotine.

ALCOOL

Près des trois quarts (72 %) des élèves estiment qu'il est acceptable de consommer occasionnellement de l'alcool (c.-à-d., < 1 fois/semaine) (figure 1). Plus spécifiquement, 36 % estiment que c'est tout à fait acceptable et 36 % estiment que c'est plutôt acceptable (données non rapportées).

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre (tableau 3 en annexe). Par contre, les élèves de 18 à 20 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'il est tout à fait ou plutôt acceptable de consommer de l'alcool occasionnellement (75 % contre 63 %), tout comme ceux qui sont nés au Canada (74 % contre 63 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'il est acceptable de consommer de l'alcool occasionnellement (82 % contre 67 %), tout comme ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (85 % contre 69 %).

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont pris du cannabis sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'il est acceptable de consommer de l'alcool occasionnellement (83 % contre 65 %).

TABAC OU NICOTINE

Un peu plus de la moitié (55 %) des élèves estiment qu'il est acceptable de consommer occasionnellement du tabac ou de la nicotine sous toutes ses formes (c.-à-d., < 1 fois/semaine) (figure 1). Plus spécifiquement, 25 % estiment que c'est tout à fait acceptable et 30 % estiment que c'est plutôt acceptable (données non rapportées).

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre (tableau 4 en annexe). Par contre, les élèves de 18 à 20 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'il est tout à fait ou plutôt acceptable d'en consommer occasionnellement (57 % contre 48 %), tout comme ceux qui sont nés au Canada (61 % contre 37 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'il est tout à fait ou plutôt acceptable d'en consommer occasionnellement (66 % contre 50 %), tout comme ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (66 % contre 52 %).

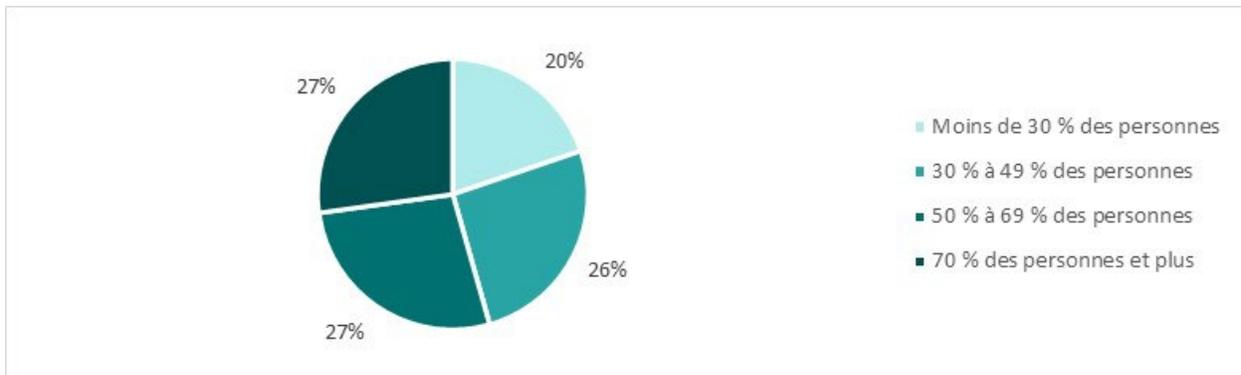
Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont pris du cannabis sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'il est tout à fait ou plutôt acceptable d'en consommer occasionnellement (75 % contre 43 %).

3.2.2 Perception des personnes de leur âge et de leur entourage consommant du cannabis

POURCENTAGE DES QUÉBÉCOIS DU MÊME ÂGE CONSOMMANT DU CANNABIS

Selon l'EQC, 37 % des Québécois de 18 à 24 ans ont consommé du cannabis en 2022. Dans notre étude, un peu plus du quart (26 %) des élèves ont une juste perception de cette consommation (c.-à-d. que ce pourcentage se situe entre 30 et 49 %). Parallèlement, un peu plus de la moitié (54 %) des élèves surestiment cette consommation (c.-à-d. que ce pourcentage est de 50 % ou plus), alors que le cinquième d'entre eux la sous-estiment (c.-à-d. que ce pourcentage est de moins de 30 %) (figure 2).

Figure 2 Perception du pourcentage de personnes du même âge qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement



Selon le genre et l'âge. Les élèves de genre masculin et les plus jeunes (18 à 20 ans) sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que ce pourcentage se situe à moins de 50 % (respectivement, 56 % contre 35 % et 49 % contre 37 %), tandis que ceux de genre féminin et les plus âgés (21 à 24 ans) sont davantage à estimer qu'il se situe à 50 % et plus (respectivement, 65 % contre 45 % et 63 % contre 51 %) (tableau 5 en annexe).

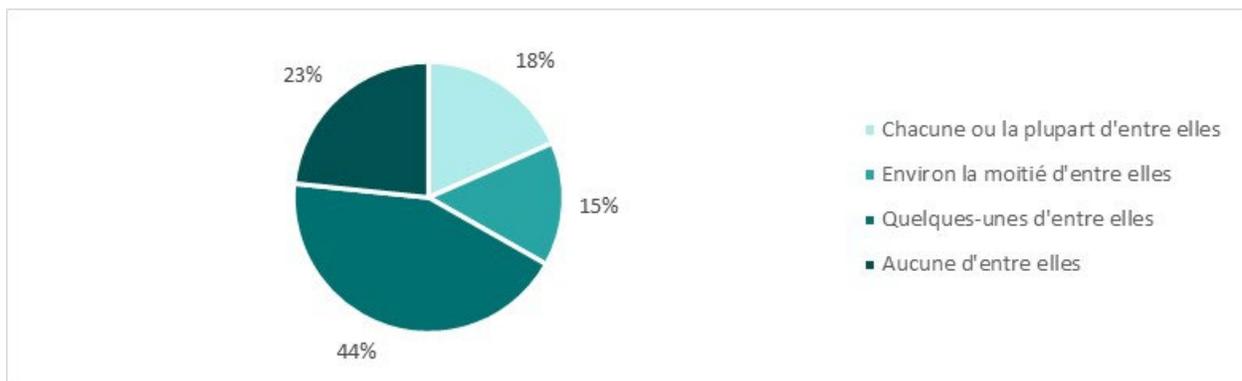
Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Aucune différence significative n'a été détectée entre les consommateurs et non consommateurs.

NOMBRE DE PERSONNES DE L'ENTOURAGE CONSOMMANT DU CANNABIS

Le tiers (33 %) des élèves estiment qu'environ la moitié ou plus des personnes de leur entourage (amis, connaissances, collègues et membres de la famille) consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement (figure 3). Près de la moitié (44 %) de ceux-ci considèrent que quelques-unes d'entre elles le font. En revanche le cinquième (23 %) des élèves croient qu'aucune personne de leur entourage ne le fait.

Figure 3 Perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement



Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 6 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer qu'environ la moitié ou plus de leur entourage consomment du cannabis (44 % contre 27 %), tout comme ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (43 % contre 31 %).

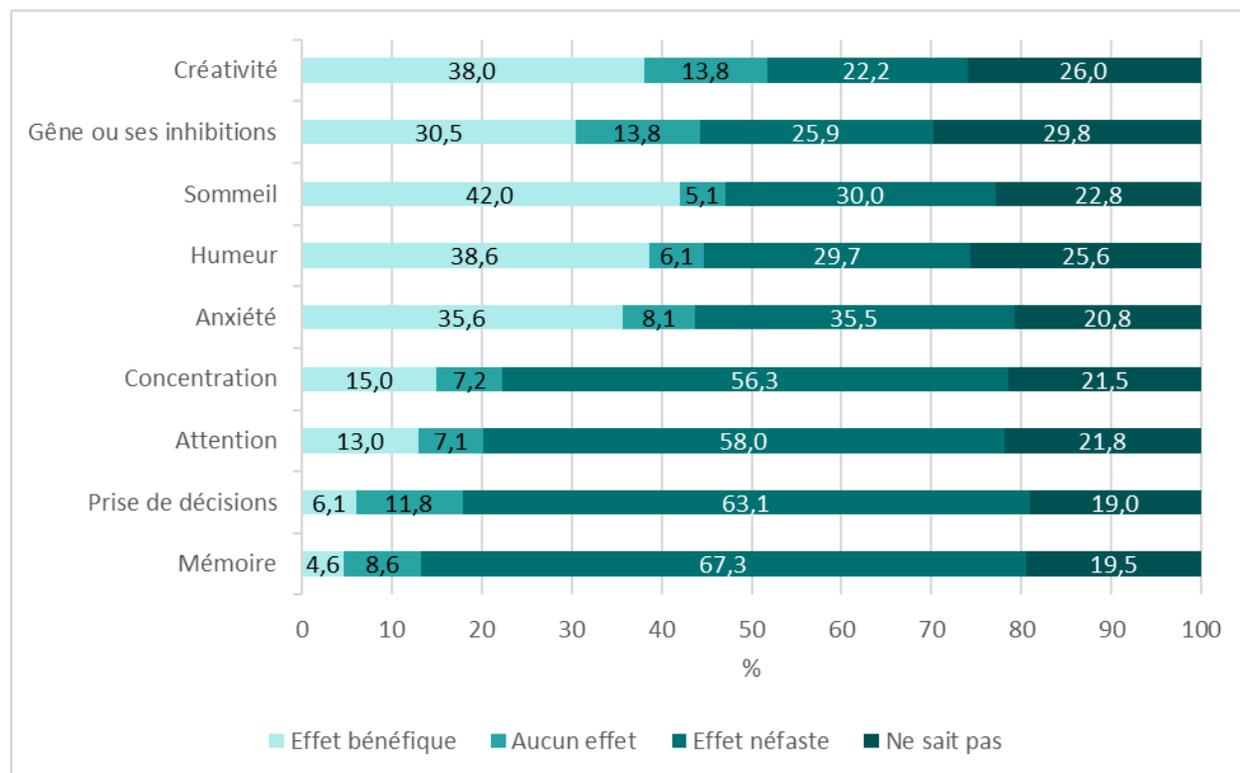
Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont pris du cannabis sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'environ la moitié ou plus de leur entourage consomment du cannabis (51 % contre 23 %).

3.2.3 Perception des effets du cannabis sur une personne au moment de la consommation

Plus de la moitié des élèves croient qu'au moment de la consommation, le cannabis a des effets néfastes sur la mémoire (67 %), la prise de décision (63 %), l'attention (58 %) et la concentration (56 %) (figure 4). Par contre, une proportion non négligeable d'élèves pense que la consommation de cannabis a des effets bénéfiques sur le sommeil (42 %), l'humeur (39 %), la créativité (38 %) et la gêne ou l'inhibition (30 %). De plus, la perception des effets du cannabis sur l'anxiété est divisée entre les élèves : une même proportion (36 %) d'élèves ayant rapporté

des effets néfastes et bénéfiques. On note toutefois que la proportion des élèves ayant rapporté ne pas connaître les effets de la consommation de cannabis est élevée pour chaque élément.

Figure 4 Perception des effets de la consommation de cannabis sur certaines dispositions et capacités d'une personne



Les analyses qui suivent portent uniquement sur ces dernières perceptions en raison des effets bénéfiques rapportés par une proportion non négligeable d'élèves.

EFFET SUR LE SOMMEIL

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon l'âge (tableau 7 en annexe). Par contre, les élèves de genre féminin sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur le sommeil (46 % contre 38 %), tout comme ceux qui sont nés au Canada (47 % contre 27 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Les élèves généralement insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur le sommeil (52 % contre 40 %), tout comme ceux qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise (52 % contre 37 %) ou ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (53 % contre 41 %).

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur le sommeil (69 % contre 27 %).

EFFET SUR L'HUMEUR

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 8 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur l'humeur (41 % contre 31 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Les élèves généralement insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur l'humeur (49 % contre 34 %), tout comme ceux qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise (49 % contre 33 %), ou ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (51 % contre 35 %).

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur l'humeur (60 % contre 27 %).

EFFET SUR LA CRÉATIVITÉ

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 9 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur la créativité (42 % contre 27 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur la créativité (47 % contre 33 %), tout comme ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (53 % contre 36 %).

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur la créativité (62 % contre 25 %).

EFFET SUR L'ANXIÉTÉ

Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon l'âge ou le genre (tableau 10 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur l'anxiété (39 % contre 25 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la perception de la santé mentale ou le niveau de détresse psychologique. Cependant, les élèves généralement insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur l'anxiété (42 % contre 34 %).

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur l'anxiété (49 % contre 28 %).

EFFET SUR LA GÊNE OU L'INHIBITION

Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 11 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur la gêne ou l'inhibition (34 % contre 21 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur la gêne ou l'inhibition (37 % contre 27 %), tout comme ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (44 % contre 28 %).

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que le cannabis entraîne des effets bénéfiques sur la gêne ou l'inhibition (43 % contre 24 %).

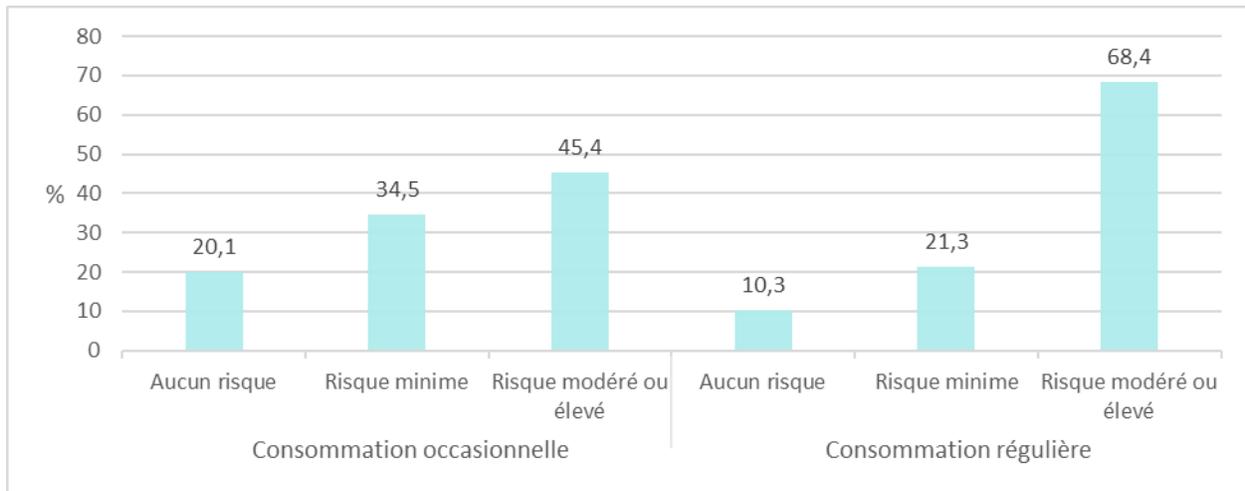
3.2.4 Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle et régulière de cannabis

CONSOMMATION OCCASIONNELLE DE CANNABIS (< 1 fois/semaine)

Près de la moitié (45 %) des élèves estiment que la consommation occasionnelle de cannabis entraîne un risque modéré ou élevé pour la santé (mentale ou physique), tandis que plus du tiers (35 %) d'entre eux estiment qu'elle entraîne un risque minime. Par contre, le cinquième

(20 %) des élèves considèrent que la consommation occasionnelle de cannabis ne comporte aucun risque (figure 5).

Figure 5 Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle et régulière de cannabis



Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 12 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à estimer que cette consommation n'entraîne aucun risque (23 % contre 13 %) ou un risque minime (40 % contre 20 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont pris du cannabis sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'elle ne comporte aucun risque (28 % contre 16 %) ou un risque minime (46 % contre 28 %).

CONSOMMATION RÉGULIÈRE DE CANNABIS (≥ 1 fois/semaine)

La majorité (68 %) des élèves estiment que la consommation régulière de cannabis entraîne un risque modéré ou élevé pour la santé (mentale ou physique), tandis que près du quart (21 %) d'entre eux estiment qu'elle entraîne un risque minime. Par contre, le dixième (10 %) des élèves considèrent que la consommation régulière de cannabis ne comporte aucun risque (figure 5).

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 13 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion moins nombreux que les autres à estimer que cette consommation entraîne un risque modéré ou élevé (66 % contre 77 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la perception de la santé mentale ou le niveau de détresse psychologique. Par contre, les élèves généralement insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'elle entraîne un risque minime (27 % contre 18 %).

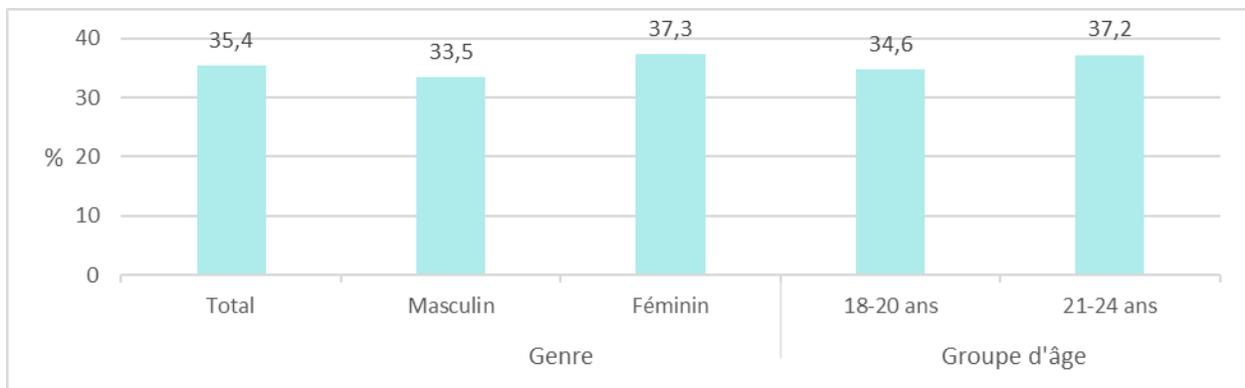
Selon la consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude. Les élèves qui ont pris du cannabis sont proportionnellement plus nombreux que les autres à estimer qu'elle entraîne un risque minime (30 % contre 16 %).

3.3 Consommation du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude

3.3.1 Prévalence de consommation

Un peu plus du tiers (35 %) des élèves ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'étude (figure 6), alors qu'un peu plus de la moitié (52 %) en ont consommé au cours de leur vie (donnée non rapportée).

Figure 6 Consommation de cannabis parmi tous les répondants au cours des 12 mois précédant l'étude



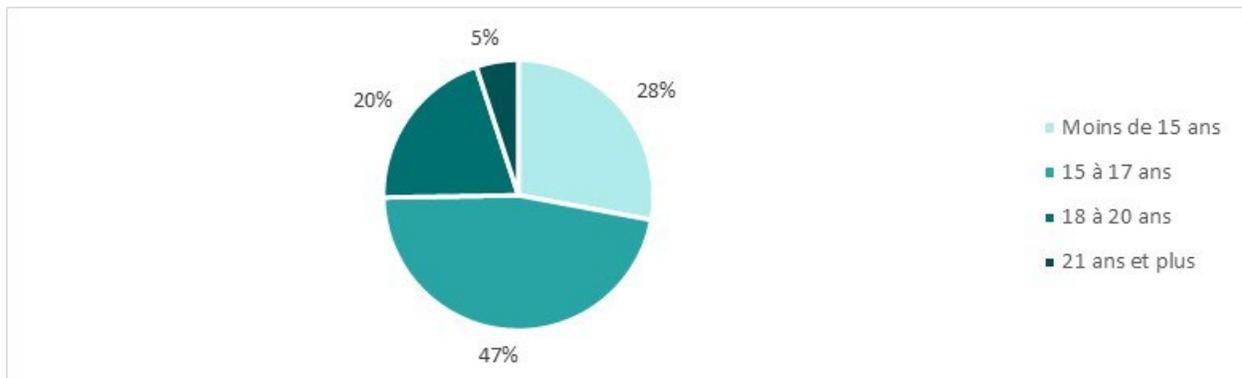
Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 14 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (41 % contre 19 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Les élèves insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (50 % contre 31 %), tout comme ceux qui perçoivent que leur santé mentale est passable ou mauvaise (53 % contre 27 %), ou ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (53 % contre 31 %).

3.3.2 Âge d'initiation

Chez les élèves ayant consommé du cannabis au cours de leur vie (52 % des répondants), l'âge moyen d'initiation était de 16 ans (ainsi que la médiane). Près de la moitié (47 %) d'entre eux ont indiqué avoir consommé pour la première fois entre 15 et 17 ans (figure 7). Par contre, pour plus du quart (28 %) d'entre eux, la première consommation a eu lieu avant l'âge de 15 ans.

Figure 7 Âge d'initiation à la consommation de cannabis parmi les répondants ayant consommé du cannabis au cours de leur vie



Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre (tableau 15 en annexe). Par contre, les élèves de 18 à 20 ans sont en proportion plus nombreux que les autres à s'être initiés avant l'âge de 15 ans (32 % contre 20 %). Chez les élèves de 21 à 24 ans, une faible proportion (16 %) d'entre eux avaient l'âge légal pour consommer du cannabis (21 ans ou plus) lors de leur initiation.

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

3.3.3 Fréquence de consommation

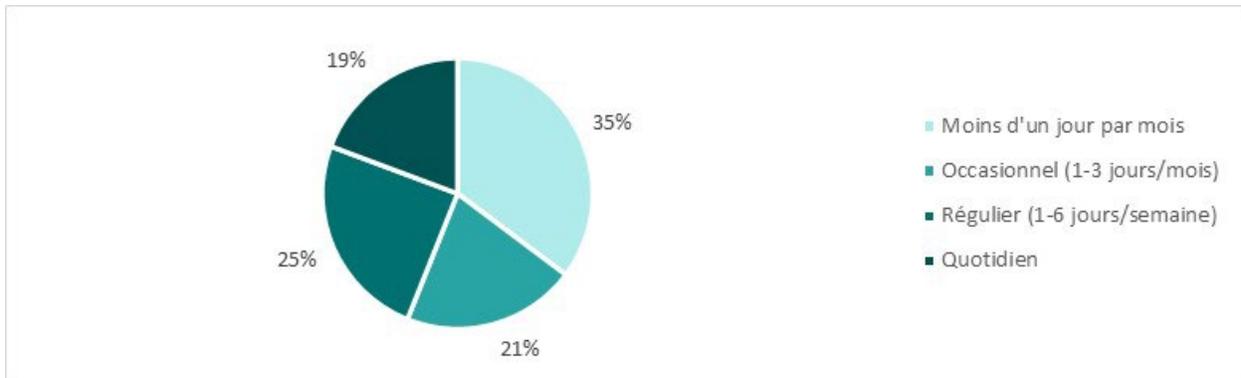
Au cours des 12 mois précédant l'étude, un peu plus de la moitié (56 %) des élèves ayant consommé du cannabis en ont pris occasionnellement (< 1 jour/semaine), incluant 35 % qui en ont pris moins d'un jour par mois (figure 8). Par contre, 44 % des élèves en ont consommé régulièrement (≥ 1 jour/semaine), incluant 19 % qui en ont pris quotidiennement.

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre, l'âge ou le pays de naissance (tableau 16 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

Selon l'âge d'initiation au cannabis. Les élèves ayant commencé à consommer avant l'âge de 15 ans sont en proportion plus nombreux que les autres à consommer régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine : 64 % contre une proportion qui varie entre 23 et 40 % en fonction de l'âge d'initiation). Plus l'âge d'initiation est retardé, plus la proportion d'élèves qui consomment régulièrement diminue.

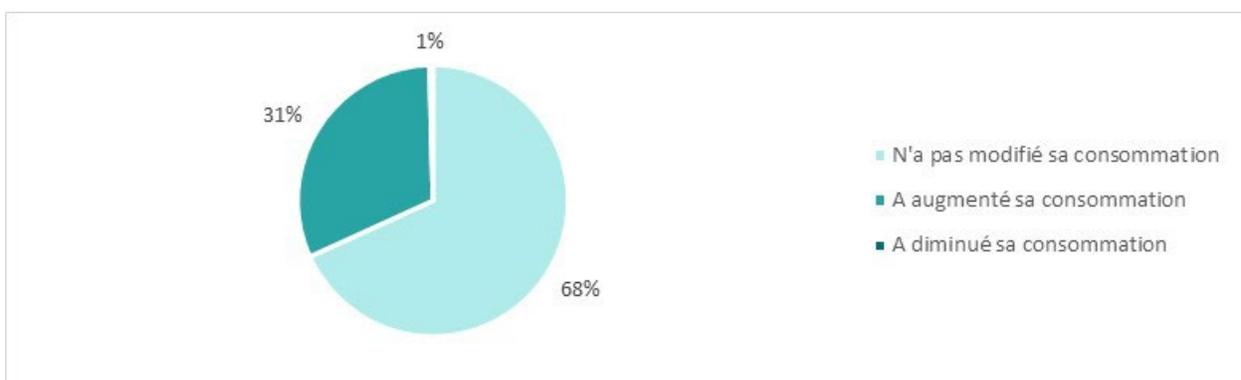
Figure 8 Type de consommateur de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude



3.3.4 Modification de la consommation en raison de la pandémie

Parmi les élèves qui ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude, la majorité (68 %) de ceux-ci indiquent ne pas avoir modifié leur consommation en raison de la pandémie de COVID-19 (figure 9). Toutefois, près du tiers (31 %) d'entre eux déclarent avoir augmenté leur consommation.

Figure 9 Modification de la consommation de cannabis en raison de la pandémie de COVID-19 au cours des 12 mois précédant l'étude



Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou le groupe d'âge (tableau 17 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie ni la perception de la santé mentale. Par contre,

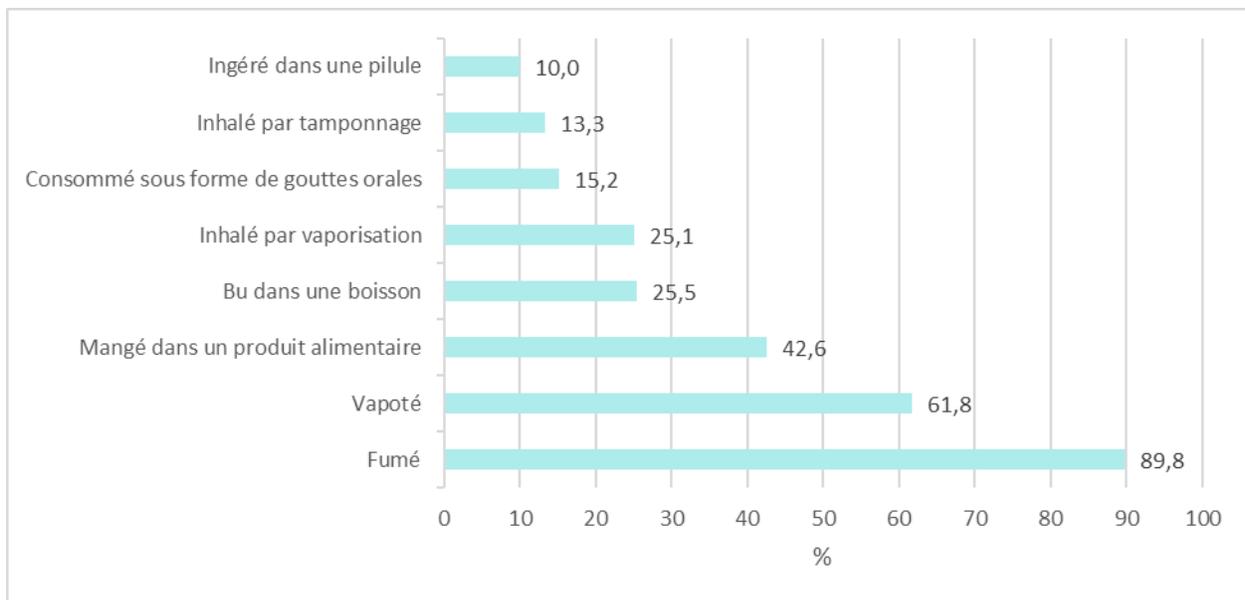
les élèves se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique sont davantage portés à indiquer que leur consommation a augmenté pour cette raison (48 % contre 25 %).

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont davantage portés à indiquer que leur consommation a augmenté (52 % contre 18 %).

3.3.5 Méthodes de consommation

Au cours des 12 mois précédant l'étude, la plupart (90 %) des élèves ayant consommé du cannabis l'ont fumé (figure 10). La majorité des consommateurs en ont aussi vapoté (62 %). De plus, la consommation de cannabis dans un produit alimentaire a été rapportée par près de la moitié des consommateurs (43 %). Par contre, les autres méthodes de consommation, telles que l'avoir bu dans une boisson, inhalé par vaporisation, inhalé par tamponnage (ou « dabbing »¹⁵ en anglais), ingéré dans une pilule ou à l'aide de gouttes orales, ont été rapportées par le quart des consommateurs ou moins (la proportion varie entre 10 % et 26 % selon la méthode). Sur les huit méthodes de consommation à l'étude, près de la moitié (44 %) des consommateurs en ont utilisé deux ou trois, alors que près du tiers (30 %) ont utilisé plus de trois méthodes (données non rapportées).

Figure 10 Méthodes de consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude



Note : Plus d'une méthode pouvait être indiquée.

¹⁵ Le tamponnage ou « dabbing » réfère à la vaporisation à haute température d'une petite quantité d'extraits de cannabis (ex. : résine, wax), généralement très concentrés en THC.

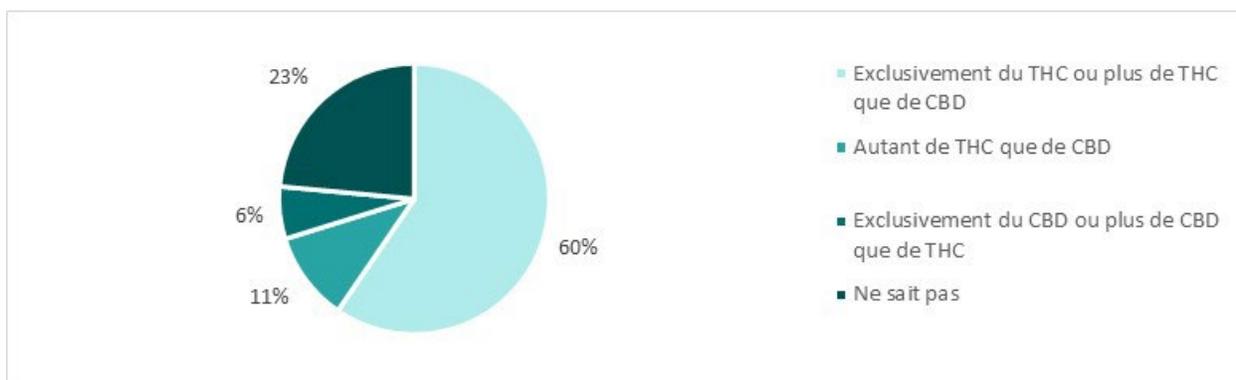
Selon le genre et l'âge. Chez les consommateurs qui l'ont fumé, on n'observe aucune différence significative selon le genre ou l'âge (tableau 18 en annexe). Par contre, chez ceux qui l'ont vapoté, on observe une proportion plus élevée de consommateurs de 18 à 20 ans (71 % contre 41 % chez les 21 à 24 ans). Parmi ceux qui l'ont inhalé par vaporisation ou par tamponnage, on observe une plus grande proportion de consommateurs de genre masculin (32 % contre 19 % des élèves de genre féminin l'ont vaporisé; 20 % contre 7 % des élèves de genre féminin l'ont inhalé par tamponnage).

Selon la fréquence de consommation de cannabis. En général, les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir fait usage des méthodes à l'étude (à l'exception de l'avoir bu dans une boisson où la différence est non significative) (tableau 19 en annexe). Ils sont également plus nombreux à avoir utilisé quatre méthodes ou plus, sur les huit à l'étude, pour consommer du cannabis (données non rapportées).

3.3.6 Contenu en cannabinoïdes

Au cours des 12 mois précédant l'étude, la majorité (60 %) des élèves ayant consommé du cannabis ont principalement pris des produits contenant exclusivement du THC¹⁶ ou plus de THC que de CBD (figure 11). Près du quart d'entre eux (23 %) ne connaissaient pas le contenu en cannabinoïde du cannabis principalement consommé.

Figure 11 Contenu en cannabinoïdes du cannabis principalement consommé au cours des 12 mois précédant l'étude



Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 20 annexe).

¹⁶ Le tétrahydrocannabinol (THC) est la principale composante psychoactive du cannabis; le cannabidiol (CBD) n'a pas cet effet et peut atténuer ceux du THC.

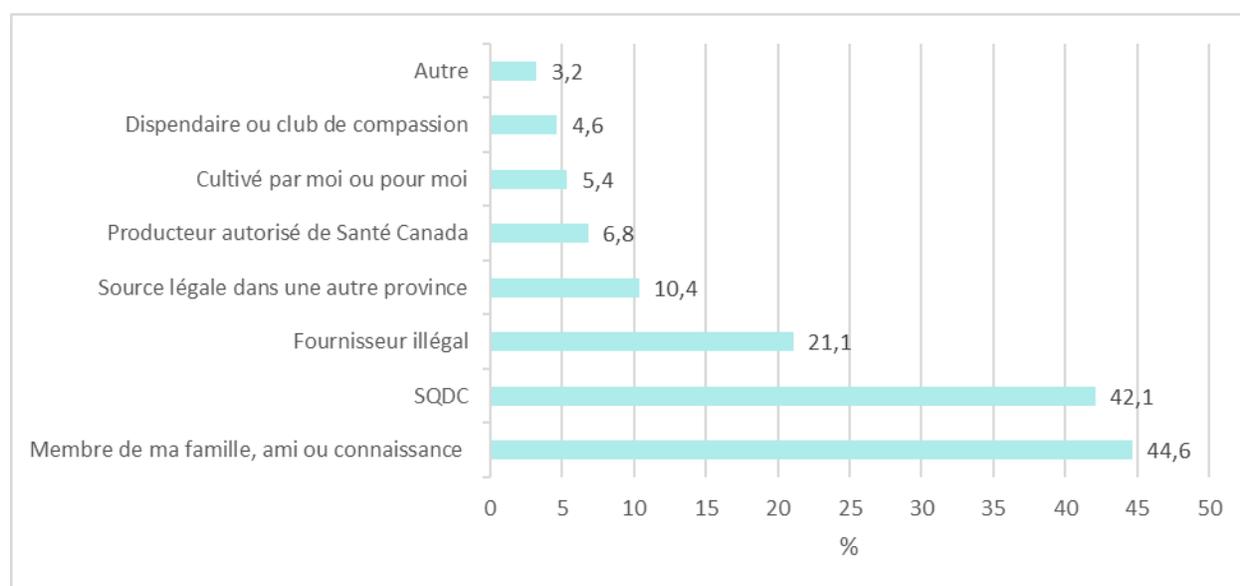
Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir pris du cannabis contenant exclusivement ou majoritairement du THC (76 % contre 47 %). Parallèlement, les élèves qui consomment occasionnellement (< 1 jour/semaine) sont en proportion plus nombreux à ne pas connaître le contenu en cannabinoïdes du cannabis principalement consommé (32 % contre 11 %).

3.3.7 Source d'approvisionnement

Au cours des 12 mois précédant l'étude, près de la moitié des élèves ayant consommé du cannabis se sont approvisionnés auprès d'un membre de la famille, d'un ami ou d'une connaissance (45 %) et de la SQDC¹⁷ (42 %) (figure 12). Une moindre proportion d'élèves se sont procuré le cannabis d'un fournisseur illégal (21 %) et d'une source légale dans une autre province (10 %). Peu d'élèves se sont approvisionnés auprès d'un producteur autorisé de Santé Canada (6,8 %) et d'un dispensaire ou club de compassion (4,6 %) ou l'ont cultivé (5,4 %). Sur les sept sources d'approvisionnement à l'étude, la majorité (65 %) des consommateurs de cannabis se le sont procuré auprès d'une seule source, alors que près du tiers (31 %) ont rapporté avoir utilisé deux à trois sources (données non rapportées).

Figure 12 Source d'approvisionnement du cannabis consommé au cours des 12 mois précédant l'étude



Note : Plus d'une source pouvait être indiquée.

¹⁷ Société québécoise du cannabis.

Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre (tableau 21 en annexe). Par contre les élèves de 18 à 20 ans sont en proportion plus nombreux que les autres à s'être approvisionnés auprès d'un membre de la famille, d'un ami ou d'une connaissance (49 % contre 35 %) et d'un fournisseur illégal (26 % contre 10 %), n'ayant pas l'âge légal pour s'approvisionner à la SQDC. À l'inverse, une plus grande proportion de consommateurs de 21 à 24 ans se sont approvisionnés auprès de la SQDC (67 % contre 32 %).

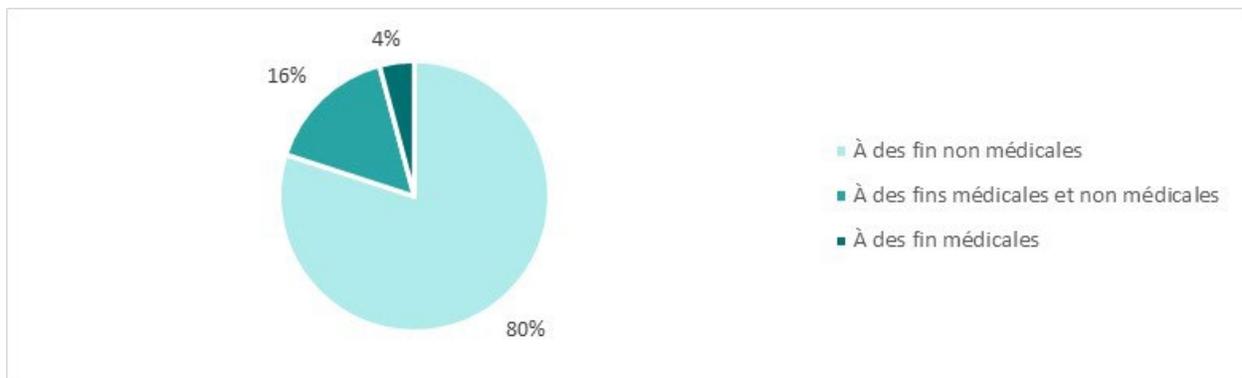
Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment occasionnellement du cannabis (< 1 jour/semaine) sont en proportion plus nombreux que les autres à s'être approvisionnés auprès d'un membre de la famille d'un ami ou d'une connaissance (55 % contre 32 %). À l'inverse, les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (\geq 1 jour/semaine) sont en proportion plus nombreux à s'être approvisionnés auprès de la SQDC (53 % contre 32 %) et d'un fournisseur illégal (32 % contre 14 %).

3.3.8 Principale raison de consommation

Au cours des 12 mois précédant l'étude, la plupart (80 %) des élèves ayant consommé du cannabis l'ont fait principalement à des fins non médicales (figure 13). Par contre, près du cinquième (16 %) des élèves l'ont fait à des fins « médicales et non médicales » et une très faible proportion (4,2 %) l'a fait à des fins principalement médicales.

Figure 13 Principale raison mentionnée pour avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude



Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 22 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie ou le niveau de détresse psychologique. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise

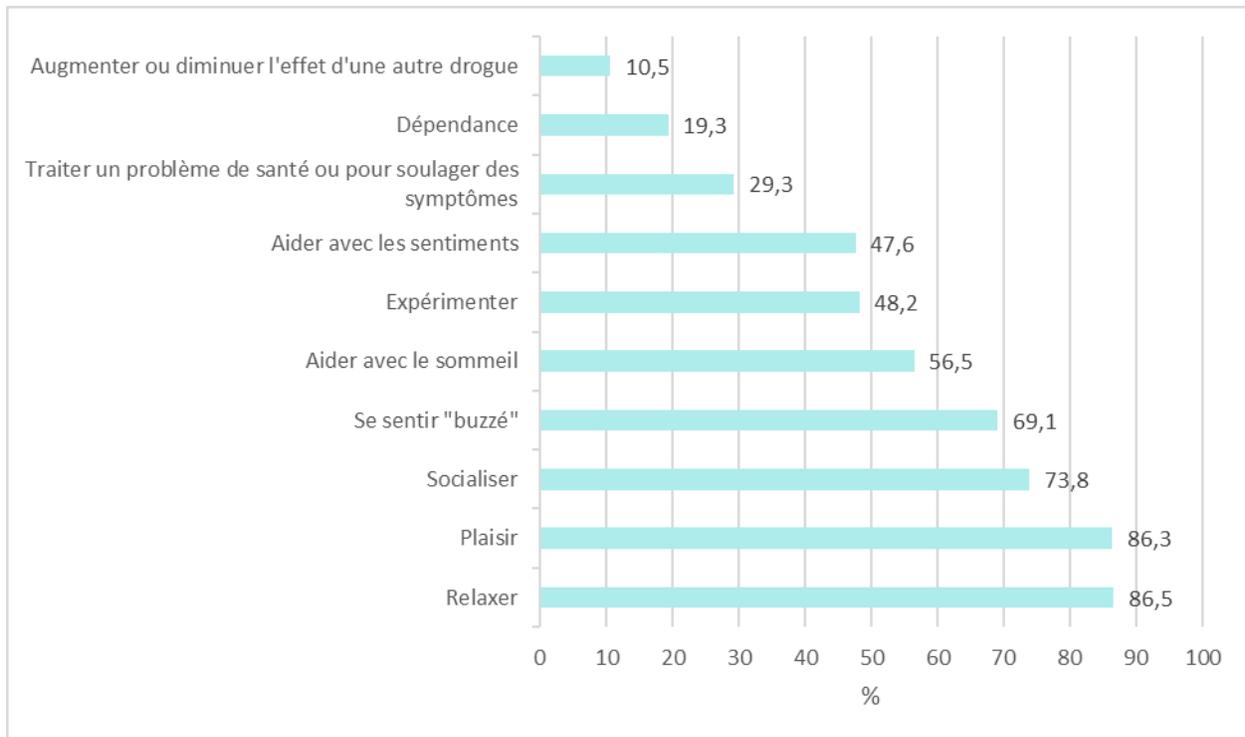
sont proportionnellement plus nombreux à avoir mentionné des fins « médicales et non médicales » (20 % contre 11 %).

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir mentionné des fins « médicales et non médicales » (23 % contre 9,4 %).

3.3.9 Motifs de consommation

Au cours des 12 mois précédant l'étude, les trois quarts ou plus des élèves ayant consommé du cannabis l'ont fait pour relaxer (87 %), pour le plaisir (86 %), pour socialiser (74 %) et pour se sentir « buzzé » (69 %) (figure 14). Environ la moitié d'entre eux l'ont fait pour aider au sommeil (57 %), expérimenter (48 %) et aider avec les sentiments (48 %). Une minorité d'entre eux en ont consommé pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes (29 %), en raison d'une dépendance (19 %) ou pour augmenter ou diminuer l'effet d'une autre drogue (11 %). Une analyse complémentaire montre que parmi les élèves ayant mentionné consommer du cannabis pour traiter un problème de santé ou soulager des symptômes, la plupart d'entre eux (94 %) ont indiqué ne pas avoir un document médical d'un médecin autorisant à consommer du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude (donnée non rapportée).

Figure 14 Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude



Note : Plus d'un motif pouvait être indiqué.

Selon le genre et l'âge. Les élèves de genre masculin ont indiqué en plus grande proportion qu'ils consomment pour socialiser (82 % contre 66 %), alors que ceux de genre féminin sont proportionnellement plus nombreux à avoir indiqué consommer du cannabis pour aider avec les sentiments ou les émotions (54 % contre 41 %). Par contre, aucune différence significative n'a été détectée parmi les élèves selon le groupe d'âge (tableau 23 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Les élèves généralement insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie sont proportionnellement plus nombreux que les autres à consommer du cannabis pour aider avec les sentiments ou les émotions (53 % contre 42 %) (tableau 24 en annexe). Parallèlement, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux que les autres à consommer du cannabis pour relaxer ou se détendre (91 % contre 82 %), pour se sentir « buzzé » (77 % contre 62 %), pour aider avec les sentiments et les émotions (62 % contre 34 %) et pour traiter un problème de santé ou soulager des symptômes (38 % contre 21 %) (tableau 25 en annexe). De plus, les élèves se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique sont davantage portés que les autres à consommer du cannabis pour aider avec les sentiments et les émotions (61 % contre 42 %) (tableau 26 en annexe).

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont en proportion plus nombreux que les autres à le faire pour relaxer ou se détendre (95 % contre 82 %), pour se sentir « buzzé » (83 % contre 60 %), pour aider avec le sommeil (77 % contre 45 %), pour aider avec les sentiments ou les émotions (62 % contre 38 %) et pour traiter un problème de santé ou soulager des symptômes (43 % contre 18 %) (tableau 27 en annexe). Les mêmes résultats sont observés en ce qui a trait à la consommation de cannabis en raison d'une dépendance (45 % contre 1,4 %) et pour augmenter ou diminuer l'effet d'une autre drogue (17 % contre 5,4 %) (données non rapportées). Comme attendu, les consommateurs réguliers sont par contre moins nombreux en proportion que les autres à consommer pour expérimenter (35 % contre 57 %).

3.3.10 Consommation avant ou pendant une journée d'étude

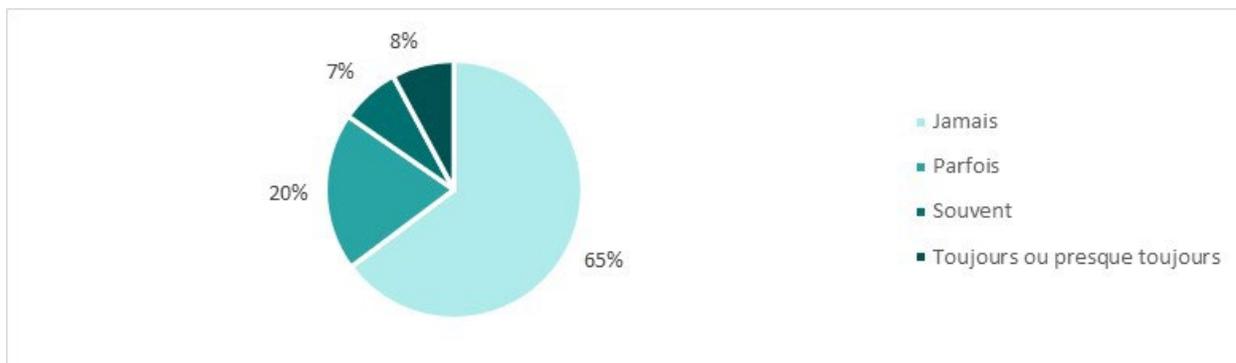
Au cours des 12 mois précédant l'étude, la majorité (65 %) des élèves ayant consommé du cannabis ont indiqué ne l'avoir jamais fait juste avant ou pendant une journée d'étude (que ce soit sur place ou à distance) (figure 15). Par contre, plus du tiers (35 %) des élèves ont indiqué l'avoir fait à des fréquences variables : 20 % parfois, 7,5 % souvent et 7,9 % toujours ou presque.

Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 28 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont en proportion plus nombreux que les autres à consommer du cannabis avant ou pendant une journée d'étude (61 % contre 16 %).

Figure 15 Consommation de cannabis juste avant ou pendant une journée d'étude au cours des 12 mois précédant l'étude



3.3.11 Consommation combinée avec d'autres SPA

Au cours des 12 mois précédant l'étude, les deux SPA les plus fréquemment consommées en combinaison avec le cannabis (c.-à-d. au même moment) sont l'alcool (70 %) et le tabac ou la nicotine sous toutes ses formes¹⁸ (65 %) (figure 16). On retrouve ensuite en plus faibles proportions, une SPA illégale¹⁹ (16 %), un stimulant sur ordonnance (13 %), un médicament en vente libre de type antihistaminique, antitussif, décongestionnant ou anti-nauséeux (8,0 %), un sédatif ou tranquillisant sur ordonnance (5,4 %) et un opioïde sur ordonnance (4,3 %).

Les paragraphes qui suivent présentent uniquement une analyse pour les quatre types de SPA les plus fréquemment consommées en combinaison avec le cannabis : l'alcool, le tabac, une SPA illégale et un stimulant sur ordonnance.

Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre (tableau 29 en annexe). Par contre, les élèves de 18 à 20 ans sont davantage portés que les autres à consommer du cannabis en combinaison avec du tabac (70 % contre 54 %).

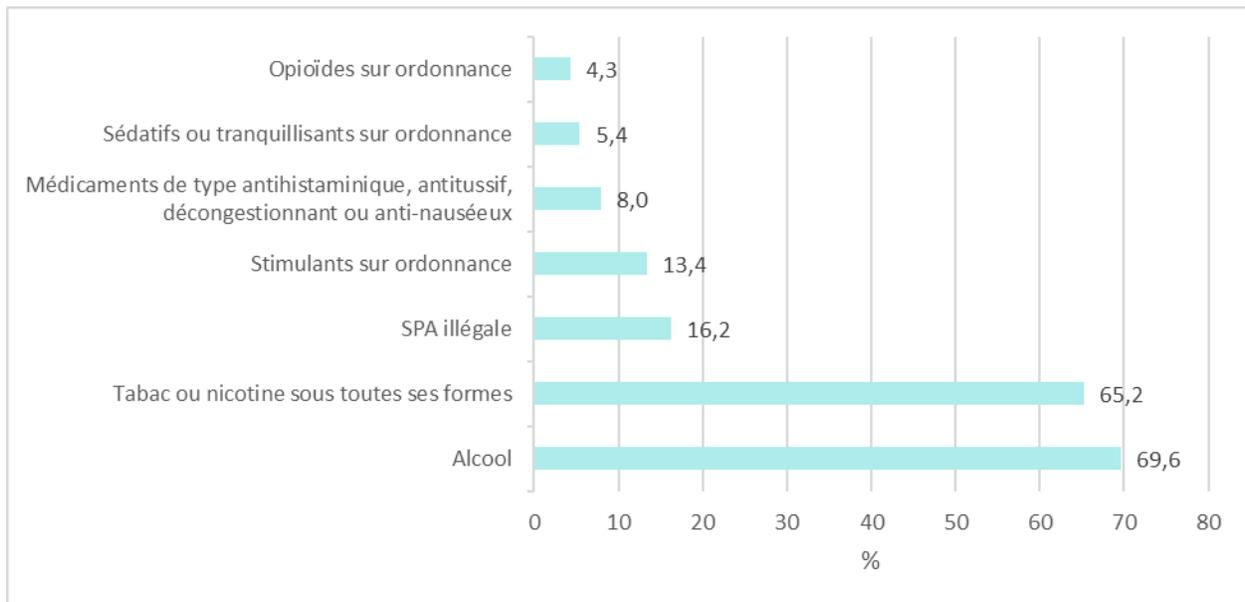
¹⁸ Fumé ou dans une cigarette électronique, mélangé ou non au cannabis.

¹⁹ Par exemple, « speed », ecstasy, LSD, héroïne et cocaïne. Pour plus d'information sur ces SPA, consultez [ce lien](#).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie (tableau 30 en annexe), ni la perception de la santé mentale (tableau 31 en annexe). Par contre, les élèves se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique sont davantage portés que les autres à consommer du cannabis en combinaison avec un stimulant sur ordonnance (21 % contre 10 %) (tableau 32 en annexe).

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont proportionnellement plus nombreux que les autres à consommer du cannabis en combinaison avec de l'alcool (82 % contre 62 %), du tabac ou de la nicotine sous toutes ses formes (80 % contre 57 %), et une SPA illégale (29 % contre 8,2 %) (tableau 33 en annexe).

Figure 16 Consommation combinée de cannabis et d'autres substances au cours des 12 mois précédant l'étude

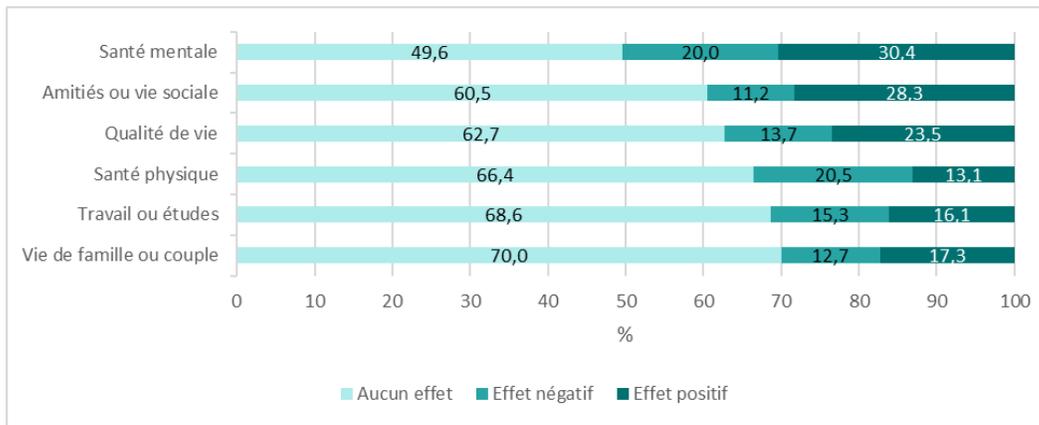


Note : Plus d'une combinaison pouvait être indiquée.

3.3.12 Effets de la consommation sur différents aspects de la vie

Au cours des 12 mois précédant l'étude, la majorité des élèves ayant consommé du cannabis ont rapporté que celle-ci n'a eu aucun effet sur différents aspects de leur vie : vie de famille ou de couple (70 %), travail ou études (69 %), santé physique (66 %), qualité de vie (63 %), et amitiés ou vie sociale (61 %) (figure 17). Cependant, la moitié des élèves (50 %) ont rapporté que leur consommation de cannabis a eu un effet sur leur santé mentale. Cette perception est toutefois divisée entre les consommateurs : 30 % ayant rapporté un effet positif et 20 % un effet négatif.

Figure 17 Effet de la consommation de cannabis sur différents aspects de la vie au cours des 12 mois précédant l'étude



Les paragraphes qui suivent portent uniquement sur la santé mentale en raison des effets rapportés par une proportion non négligeable de consommateurs de cannabis.

EFFET SUR LA SANTÉ MENTALE

Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 34 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux que les autres à rapporter que cette consommation a un effet positif sur leur santé mentale (38 % contre 23 %). Par contre, les élèves se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique sont en proportion plus nombreux que les autres à rapporter que cette consommation a un effet négatif sur leur santé mentale (28 % contre 17 %).

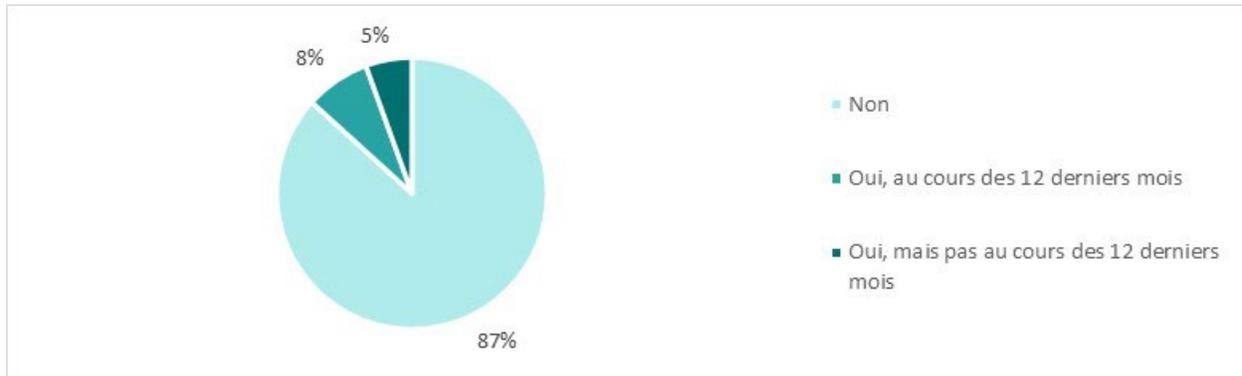
Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont proportionnellement plus nombreux que les autres à rapporter que cette consommation a un effet sur la santé mentale, que ce soit négatif (33 % contre 12 %) ou positif (37 % contre 25 %).

3.3.13 Aide professionnelle par rapport à la consommation

BESOIN D'AIDE PROFESSIONNELLE

Parmi les élèves ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude, la plupart (87 %) d'entre eux ont indiqué ne pas avoir pensé avoir besoin d'une aide professionnelle au cours de leur vie par rapport à leur consommation de cannabis (c.-à-d., des traitements ou services-conseils) (figure 18). Par contre, un peu plus d'un dixième (13 %) de ces élèves ont indiqué y avoir pensé : 7,7 % au cours des 12 mois précédant l'étude et 5,5 % avant cette période.

Figure 18 Besoin d'aide professionnelle par rapport à la consommation de cannabis



Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 35 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie ni le niveau de détresse psychologique. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont en proportion plus nombreux que les autres à indiquer avoir pensé avoir besoin d'une aide professionnelle au cours de leur vie (20 % contre 7,9 %).

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont davantage portés que les autres à indiquer avoir pensé avoir besoin d'une aide professionnelle au cours de leur vie (27 % contre 4,8 %).

AIDE PROFESSIONNELLE REÇUE

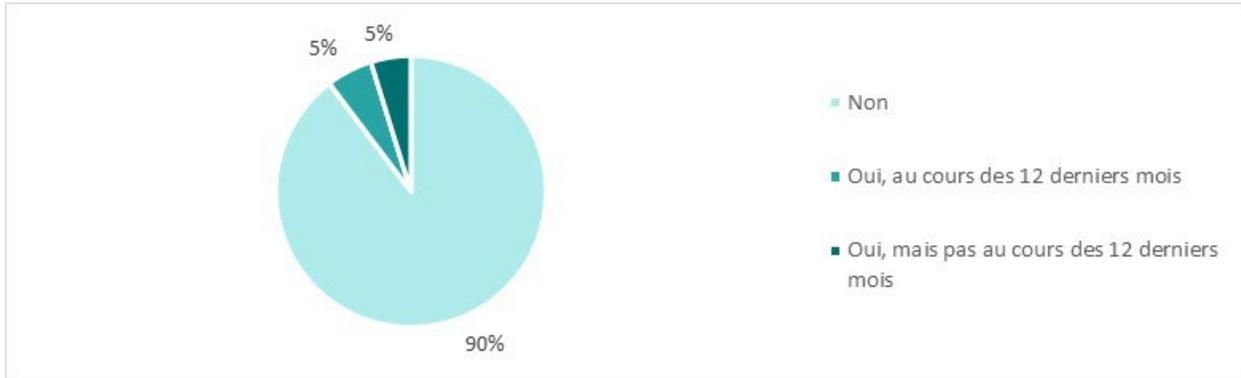
Parmi les élèves ayant consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude, la plupart d'entre eux (90 %) ont déclaré ne pas avoir reçu d'aide professionnelle au cours de leur vie par rapport à leur consommation de cannabis (figure 19). Cela dit, 5,5 % des élèves ont indiqué en avoir reçu au cours des 12 mois précédant l'étude et 4,8 % avant cette période. Une analyse complémentaire montre que parmi les élèves ayant mentionné consommer du cannabis pour traiter un problème de santé ou soulager des symptômes, la plupart d'entre eux (91 %) ont rapporté ne pas avoir reçu d'aide professionnelle au cours des 12 mois précédant l'étude par rapport à leur consommation de cannabis (données non rapportées).

Selon le genre et l'âge. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 36 en annexe).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie ni le niveau de détresse psychologique. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir déclaré avoir déjà reçu une aide professionnelle au cours de leur vie (16 % contre 5,8 %).

Selon la fréquence de consommation de cannabis. Les élèves qui consomment régulièrement du cannabis (≥ 1 jour/semaine) sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir déclaré avoir déjà reçu une aide professionnelle au cours de leur vie (20 % contre 4,1 %).

Figure 19 Aide professionnelle reçue par rapport à la consommation de cannabis

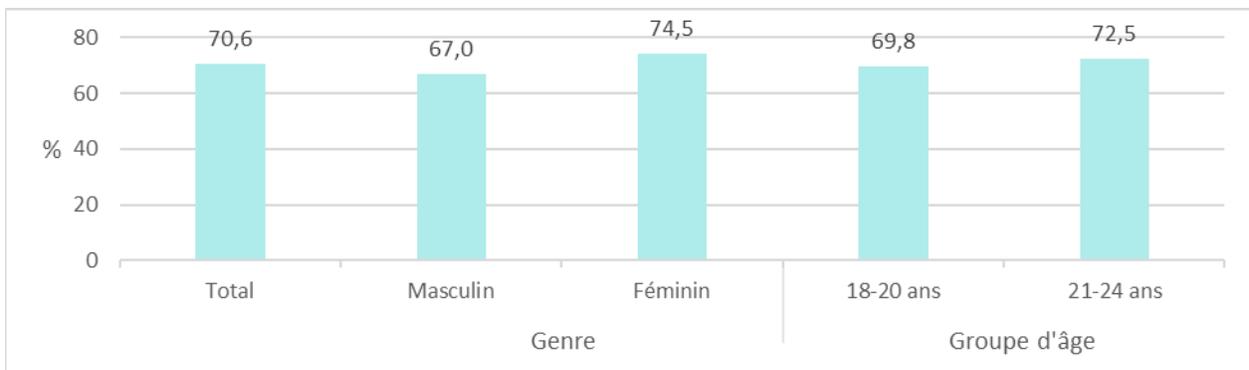


3.4 Consommation d'alcool au cours des 12 mois précédant l'étude

3.4.1 Prévalence de consommation

Près des trois quarts (71 %) des élèves ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'étude (figure 20).

Figure 20 Consommation d'alcool parmi tous les répondants au cours des 12 mois précédant l'étude



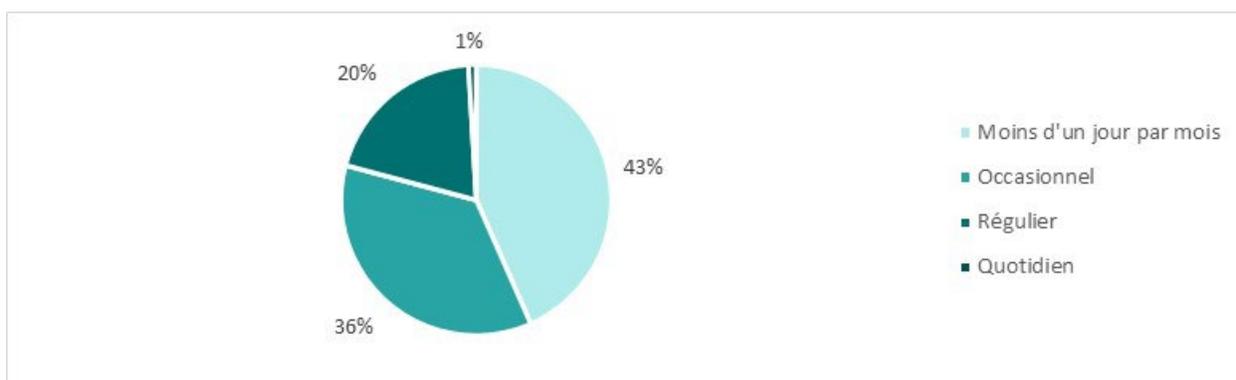
Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon l'âge (tableau 37 en annexe). Par contre, les élèves de genre féminin sont en proportion plus nombreux que les autres à consommer de l'alcool (76 % contre 67 %), tout comme ceux qui sont nés au Canada (75 % contre 58 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est généralement passable ou mauvaise sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir consommé de l'alcool (81 % contre 66 %), tout comme ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (80 % contre 70 %).

3.4.2 Fréquence de consommation

Au cours des 12 mois précédant l'étude, plus des trois quarts (79 %) des élèves ayant consommé de l'alcool en ont pris occasionnellement (< 1 jour/semaine), incluant 43 % qui en ont pris moins d'un jour par mois (figure 21). Par contre, près du quart (21 %) des élèves en ont consommé régulièrement (\geq 1 jour/semaine), dont 0,9 % qui en ont pris quotidiennement.

Figure 21 Type de consommateur d'alcool au cours des 12 mois précédant l'étude



Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 38 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir consommé régulièrement de l'alcool (23 % contre 14 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

3.4.3 Prévalence de consommation excessive

La consommation excessive d'alcool, aussi appelée consommation abusive d'alcool, correspond au terme anglais « binge drinking ». Chez les adultes, elle est définie comme étant la consommation en une même occasion d'au moins 5 verres d'alcool chez les hommes et d'au moins 4 verres d'alcool chez les femmes, et ce au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédant l'étude. Dans notre échantillon, près du tiers (31 %) des élèves ayant consommé de l'alcool l'ont fait de façon excessive au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédant l'étude (tableau 39 en annexe).

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre, l'âge ou le pays de naissance.

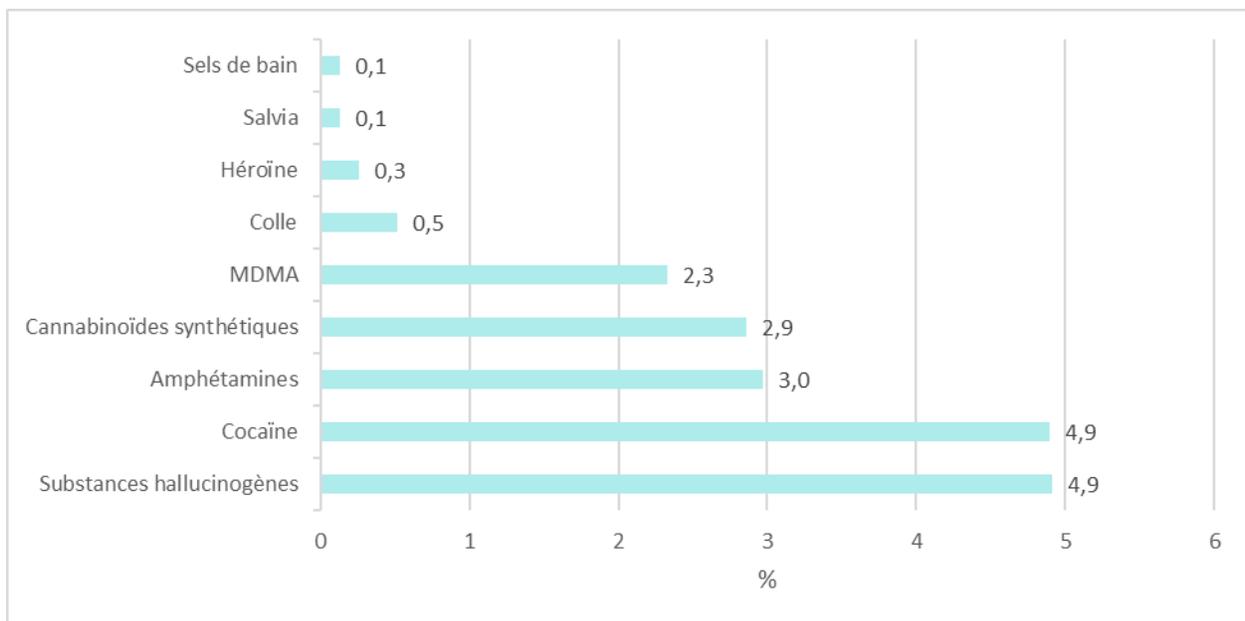
Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie, la perception de la santé mentale, ou le niveau de détresse psychologique.

3.5 Prévalence de la consommation de SPA illégales au cours des 12 mois précédant l'étude

Un dixième (10 %) des élèves a consommé une SPA illégale²⁰ au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'étude (figure 22). Parmi les substances à l'étude, les trois catégories les plus consommées étaient :

- 1) les **stimulants**, dont la cocaïne (4,9 %), les amphétamines (3,0 %, aussi appelé « speed » ou « Ice ») et la MDMA (2,3 % aussi appelée ecstasy ou « MD »);
- 2) les **substances hallucinogènes** (4,9 %, telles que LSD, PCP, champignons, kétamine);
- 3) les **cannabinoïdes synthétiques** (2,9 %; substances qui produisent des effets similaires à ceux du cannabis, mais dont les risques pour la santé sont supérieurs).

Figure 22 Consommation de SPA illégales parmi tous les répondants au cours des 12 mois précédant l'étude



Note : Plus d'une SPA illégale pouvait être indiquée.

²⁰ Pour plus d'information sur ces SPA, consultez [ce lien](#).

Les autres substances moins consommées étaient : les substances volatiles (0,5 %, telles que la colle et l'essence); l'héroïne (0,3 %, qui est un opioïde); la salvia divinorum (0,1 %, qui est une substance hallucinogène); et, finalement, les dérivés synthétiques de la cathinone (0,1 %, qui sont des stimulants communément appelés « sels de bains »). Une analyse complémentaire montre que la majorité (63 %) des consommateurs de SPA illégales ont pris une seule des neuf substances à l'étude au cours des 12 derniers mois (donnée non rapportée).

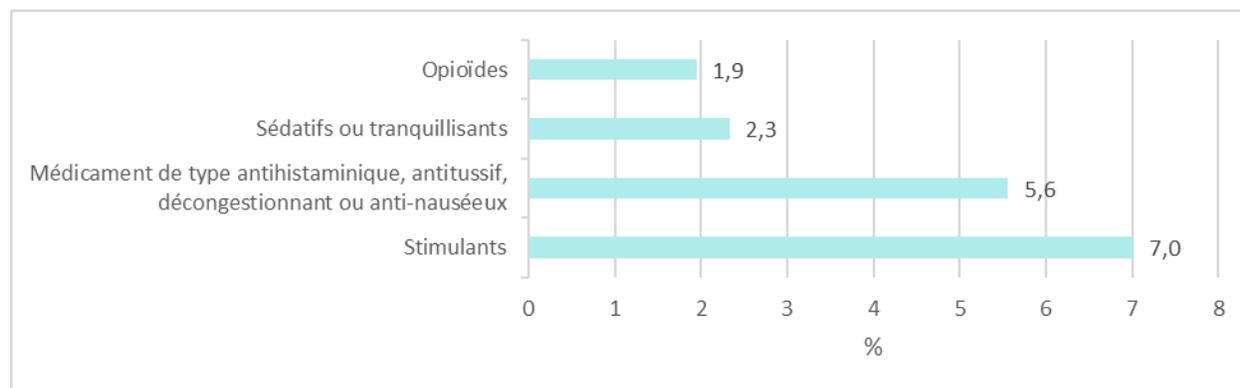
Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon le genre ou l'âge (tableau 40 en annexe). Par contre, les élèves qui sont nés au Canada sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir consommé une SPA illégale, toutes substances confondues (12 % contre 5,1 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est passable ou mauvaise sont en proportion plus nombreux que les autres à en avoir consommé (17 % contre 7,1 %), tout comme ceux se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (17 % contre 9,0 %).

3.6 Prévalence de la consommation de médicaments à des fins non médicales au cours des 12 mois précédant l'étude

Plus d'un dixième (12 %) des élèves ont consommé un médicament à des fins non médicales (c.-à-d., en faire mésusage pour avoir un effet similaire à une SPA illégale, pour « planer » ou être « high », qu'ils aient été prescrits ou non pour eux) au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'étude (figure 23).

Figure 23 Consommation de médicaments à des fins non médicales parmi tous les répondants au cours des 12 mois précédant l'étude



Note : Plus d'un médicament pouvait être indiqué. Le médicament consommé pouvait être prescrit ou non pour eux.

Parmi les catégories de médicaments à l'étude, les stimulants d'ordonnance étaient les plus consommés (7,0 %, tels que du Ritalin^{MD} ou Adderall^{MD}), suivis des médicaments en vente libre de type antihistaminique, antitussif, décongestionnant ou anti-nauséeux (5,6 %, tels que du

Gravol^{MD} ou Bénadryl^{MD}). On retrouve ensuite des sédatifs/tranquillisants d'ordonnance (2,3 %, tels que du Valium^{MD} ou Ativan^{MD}) et, finalement, des opioïdes d'ordonnance (1,9 %, tels que du Dilaudid^{MD}). Une analyse complémentaire montre que la majorité (70 %) des consommateurs ont pris une seule des quatre catégories de médicaments à l'étude au cours des 12 derniers mois (donnée non rapportée).

Selon le genre, l'âge et le pays de naissance. Aucune différence significative n'a été détectée selon l'âge (tableau 41 en annexe). Par contre, les élèves de genre féminin sont plus nombreux que les autres à avoir consommé un médicament à des fins non médicales (14 % contre 9,4 %), tout comme ceux qui sont nés au Canada (15 % contre 4,0 %).

Selon certaines caractéristiques de santé mentale. Aucune différence significative n'a été détectée selon la satisfaction à l'égard de la vie ni le niveau de détresse psychologique. Par contre, les élèves qui perçoivent que leur santé mentale est passable ou mauvaise sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir consommé un médicament à des fins non médicales (16 % contre 10 %).

4 DISCUSSION

Les données recueillies dans cette étude ont permis de dresser un portrait de la consommation de cannabis et d'autres SPA chez 792 élèves de 18 à 24 ans qui fréquentaient 38 CEA situés dans 13 régions du Québec.

Les paragraphes et tableaux qui suivent présentent une comparaison de ces données à celles disponibles pour les Québécois de 18 à 24 ans de la population générale au moment de la rédaction de ce rapport (source : portail de l'Infocentre; données pour le cannabis : EQC 2022²¹ ou autres cycles de l'enquête si les données étaient indisponibles; données pour l'alcool, les SPA illégales et les médicaments : EQSP 2020-2021²²). Les tableaux qui suivent résumant également les variables à l'étude qui ont démontré un lien d'association statistiquement significatif ($\sqrt{\quad}$) avec celles décrivant les caractéristiques des élèves de notre échantillon.

Dans l'ensemble, les données rapportées dans cette étude sont cohérentes avec celles obtenues auprès des Québécois de 18 à 24 ans dans les enquêtes populationnelles. Cela dit, des écarts de proportions $\geq 10\%$ (signifiés en gras dans les tableaux qui suivent) sont observés pour plusieurs variables. Ces comparaisons doivent toutefois être interprétées avec prudence en raison des différences méthodologiques avec les enquêtes et des limites déclarées dans cette étude.

4.1.1 Perceptions de la consommation de SPA ayant un statut légal

Acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de SPA légales

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, les élèves ont une perception plus faible de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle d'alcool et du cannabis (< 1 jour/semaine). Par contre, cette perception est comparable pour le tabac/nicotine.

Perception de l'acceptabilité sociale (acceptable)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale	Association avec la consommation de cannabis
Alcool	72 %	87 %	\sqrt{a}	\sqrt{b}	\sqrt{c}	\sqrt{d}
Cannabis	64 %	74 %	-	\sqrt{b}	\sqrt{c}	\sqrt{d}
Tabac/nicotine	55 %	57 %	\sqrt{a}	\sqrt{b}	\sqrt{c}	\sqrt{d}

^a Proportion plus élevée chez les élèves plus jeunes (18 à 20 ans).

^b Proportion plus élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

^c Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^d Proportion plus élevée chez les élèves ayant consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude.

²¹ EQC 2022 : collecte de données réalisée entre février et juin 2022.

²² EQSP 2020-2021 : collecte de données réalisée entre novembre 2020 et avril 2021.

Personnes de leur âge et de leur entourage consommant du cannabis

Les élèves ont une perception comparable à celle des Québécois de 18 à 24 ans de la proportion des personnes de leur âge au Québec, et de leur entourage consommant du cannabis.

Perception des consommateurs de cannabis (≥ 50 %)	CEA	EQC*	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la consommation de cannabis
Chez les personnes du même âge	54 %	49 %	√ ^a	-	-
Chez les personnes de l'entourage	33 %	29 %	-	√ ^b	√ ^c

* EQC 2021 : chez les personnes du même âge; EQC 2022 : chez les personnes de l'entourage.

^a Proportion plus élevée chez les élèves de genre féminin et les élèves plus âgés (21 à 24 ans).

^b Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^c Proportion plus élevée chez les élèves ayant consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude.

Effet du cannabis sur une personne au moment de la consommation

Les élèves ont une perception comparable à celle des Québécois de 18 à 24 ans des effets néfastes du cannabis sur certaines fonctions cognitives, dont la mémoire, la prise de décision, l'attention et la concentration. Par contre, les élèves ont une perception plus faible des effets bénéfiques du cannabis sur la régulation de certains processus psychologiques, dont l'humeur, la créativité, l'anxiété et la gêne ou l'inhibition.

Perception des effets du cannabis	CEA	EQC 2019	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale	Association avec la consommation de cannabis
Effet néfaste sur :						
• Mémoire	67 %	67 %	-	-	-	-
• Prise de décision	63 %	67 %	-	√ ^b	-	√ ^e
• Attention	58 %	66 %	-	√ ^b	-	√ ^e
• Concentration	56 %	60 %	-	√ ^b	-	√ ^e
Effet bénéfique sur :						
• Sommeil	42 %	50 %	√ ^a	√ ^c	√ ^d	√ ^f
• Humeur	39 %	51 %	-	√ ^c	√ ^d	√ ^f
• Créativité	38 %	52 %	-	√ ^c	√ ^d	√ ^f
• Anxiété	36 %	47 %	-	√ ^c	√ ^d	√ ^f
• Gêne/inhibition	30 %	43 %	-	√ ^c	√ ^d	√ ^f

^a Proportion plus élevée chez les élèves de genre féminin.

^b Proportion moins élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

^c Proportion plus élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

^d Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^f Proportion moins élevée chez les élèves ayant consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude.

^f Proportion plus élevée chez les élèves ayant consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude.

Niveau de risque perçu pour la santé associé à la consommation de cannabis

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, les élèves ont une perception plus grande du risque (niveau modéré ou élevé) pour la santé qui est associé à la consommation occasionnelle de cannabis (< 1 fois/semaine). Par contre, les deux groupes ont une perception comparable de ce risque pour la consommation régulière de cannabis (≥ 1 fois/semaine).

Perception du niveau de risque pour la santé (niveau modéré ou élevé)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale	Association avec la consommation de cannabis
Consommation occasionnelle de cannabis (< 1 x/sem.)	45 %	27 %	-	√ ^a	-	√ ^b
Consommation régulière de cannabis (≥1x/sem.)	68 %	77 %	-	√ ^a	-	√ ^b

^a Proportion moins élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

^b Proportion moins élevée chez les élèves ayant consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude.

4.1.2 Consommation de SPA au cours des 12 mois précédant l'étude

CONSOMMATION DU CANNABIS

Prévalence de la consommation de cannabis parmi tous les répondants

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, une proportion comparable d'élèves ont consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude.

Consommation de cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale
Prévalence	35 %	37 %	-	√ ^a	√ ^b

^a Proportion plus élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

^b Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

Âge d'initiation au cannabis parmi les consommateurs à vie

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, une plus grande proportion d'élèves se sont initiés au cannabis à un âge précoce, soit avant l'âge de 15 ans. Par contre, les deux groupes ont une proportion comparable de personnes qui se sont initiées plus tardivement durant l'adolescence, soit entre 15 et 17 ans.

Âge d'initiation au cannabis (à vie)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale
< 15 ans	28 %	18 %	√ ^a	-	-
15 à 17 ans	47 %	44 %	-	-	-

^a Proportion plus élevée chez les élèves plus jeunes (18 à 20 ans).

Fréquence de consommation du cannabis

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus grande proportion d'élèves a consommé du cannabis régulièrement (≥ 1 jour/semaine) dans les 12 mois précédant l'étude, incluant une proportion plus élevée de consommateurs quotidiens (19 % contre 10 % dans l'EQC; donnée non rapportée).

Fréquence de consommation de cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale	Association avec l'âge d'initiation
Régulièrement (≥ 1 jour/sem.)	44 %	29 %	-	-	-	\sqrt{a}

^a Proportion plus élevée chez les élèves qui se sont initiés au cannabis avant l'âge de 15 ans.

Modification de la consommation du cannabis en raison de la pandémie de COVID-19

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une proportion semblable d'élèves ont déclaré avoir augmenté leur consommation de cannabis en raison de la pandémie de COVID-19 dans les 12 mois précédant l'étude.

Modification de la consommation de cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
A augmentée en raison de la pandémie	31 %	27 %	-	\sqrt{a}	\sqrt{b}

^a Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^b Proportion plus élevée chez les élèves consommateurs réguliers (≥ 1 jour/semaine).

Méthode de consommation du cannabis

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une proportion semblable d'élèves ont fumé ou mangé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude. Par contre, une plus grande proportion d'élèves ont vapoté du cannabis, bien que les produits de vapotage de cannabis ne soient pas disponibles sur le marché légal au Québec.

Méthode de consommation du cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
Fumé	90 %	90 %	-	\sqrt{b}
Vapoté	62 %	37 %	\sqrt{a}	\sqrt{b}
Mangé	43 %	46 %	-	\sqrt{b}

^a Proportion plus élevée chez les élèves plus jeunes (18 à 20 ans).

^b Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine).

Contenu en cannabinoïdes du cannabis consommé

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus grande proportion d'élèves ont consommé des produits du cannabis contenant exclusivement du THC ou plus de THC que de CBD dans les 12 mois précédant l'étude.

Contenu en cannabinoïdes du cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
THC exclusivement ou plus de THC que de CBD	60 %	48 %	-	-	√ ^a

^a Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine)

Source d'approvisionnement en cannabis

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus faible proportion d'élèves se sont approvisionnés auprès d'un membre de l'entourage (famille, ami ou connaissance) et de la SQDC dans les 12 mois précédant l'étude. Par contre, les élèves sont en proportion plus nombreux à se tourner vers un fournisseur illégal.

Source d'approvisionnement en cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
Entourage*	46 %	60 %	√ ^a	-	√ ^c
SQDC	42 %	55 %	√ ^b	-	√ ^d
Fournisseur illégal	21 %	11 %	√ ^a	-	√ ^d

* Famille, ami ou connaissance.

^a Proportion plus élevée chez les élèves plus jeunes (18 à 20 ans).

^b Proportion plus élevée chez les élèves plus âgés (21 à 24 ans).

^c Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment occasionnellement (< 1 jour/semaine).

^d Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine).

Principale raison de consommation du cannabis

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus faible proportion d'élèves ont déclaré avoir consommé du cannabis principalement pour des raisons non médicales dans les 12 mois précédant l'étude.

Principale raison de consommation de cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
Non médicales	80 %	90 %	-	-	-
Médicales et non médicales	16 %	8,6 %	-	√ ^a	√ ^b
Médicales	4,2 %	1,8 %	-	-	-

^a Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^b Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine).

Motifs de consommation du cannabis

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus grande proportion d'élèves ont déclaré avoir consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'étude pour relaxer ou se détendre, aider avec le sommeil, expérimenter, aider avec les sentiments ou les émotions, ainsi que pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes. Par contre, dans les deux groupes, on observe une proportion comparable de personnes qui consomment pour socialiser ou se sentir « buzzé ».

Motif de consommation de cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
Relaxer ou se détendre	87 %	70 %	-	√ ^c	√ ^d
Socialiser	74 %	79 %	√ ^a	-	-
Se sentir « buzzé »	70 %	62 %	-	√ ^c	√ ^d
Aider avec le sommeil	57 %	39 %	-	-	√ ^d
Expérimenter	48 %	37 %	-	-	√ ^e
Aider avec les sentiments ou émotions	48 %	28 %	√ ^b	√ ^c	√ ^d
Traiter un problème de santé ou soulager des symptômes	29 %	16 %	-	√ ^c	√ ^d

^a Proportion plus élevée chez les élèves de genre masculin.

^b Proportion plus élevée chez les élèves de genre féminin.

^c Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^d Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine).

^e Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment occasionnellement (< 1 jour/semaine).

Consommation de cannabis avant ou pendant une journée d'étude

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus grande proportion d'élèves ont indiqué avoir consommé du cannabis juste avant ou pendant une journée d'étude dans les 12 mois précédant l'étude.

Consommation de cannabis avant ou pendant une journée d'étude (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
Prévalence	35 %	18 %*	-	-	√ ^a

* Dans l'EQC, la question inclut également la journée de travail.

^a Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine).

Consommation combinée de cannabis avec d'autres SPA

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus grande proportion d'élèves ont consommé du cannabis en combinaison avec le tabac/nicotine (sous toutes ses formes) ou avec un stimulant sur ordonnance dans les 12 mois précédant l'étude. Par contre, les deux groupes ont une proportion comparable de consommateurs ayant combiné du cannabis avec de l'alcool ou une SPA illégale.

Consommation combinée avec d'autres SPA (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
Alcool	70 %	75 %	-	-	√ ^c
Tabac/nicotine	65 %	44 %	√ ^a	-	√ ^c
SPA illégale	16 %	7,5 %	-	-	√ ^c
Stimulant sur ordonnance	13 %	3,3 %	-	√ ^b	-

^a Proportion plus élevée chez les élèves plus jeunes (18 à 20 ans).

^b Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^c Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine).

Effets de la consommation de cannabis sur différents aspects de la vie

En général, la majorité des élèves perçoivent que leur consommation de cannabis dans les 12 mois précédant l'étude n'a eu aucun effet sur plusieurs aspects de leur vie, notamment la vie de famille ou de couple, le travail ou les études, et la santé physique. Cela dit, comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus grande proportion d'élèves ont perçu que cette consommation a un effet négatif sur leur santé mentale.

Effet de la consommation de cannabis sur la santé mentale (12 mois)	CEA	EQC 2022	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
Aucun effet	50 %	69 %	-	-	
Effet négatif	20 %	8,3 %	-	√ ^a	√ ^b
Effet positif	30 %	23 %	-	√ ^a	√ ^b

^a Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^b Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine).

Aide professionnelle par rapport à la consommation de cannabis

Parmi les élèves ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, une faible proportion d'entre eux ont indiqué avoir pensé avoir besoin d'une aide professionnelle (traitement ou services-conseils) en raison de leur consommation. De même, peu d'entre eux ont déclaré avoir déjà bénéficié d'une aide professionnelle pour cette raison. Selon les premières données disponibles sur ces deux indicateurs dans l'EQC 2023, de faibles proportions sont également observées chez des consommateurs québécois de 18 à 24 ans.

Aide professionnelle par rapport à la consommation de cannabis (12 mois)	CEA	EQC 2023	Association avec le genre ou l'âge	Association avec la santé mentale	Association avec la fréquence de consommation de cannabis
Besoin d'aide	7,7 %	3,7 %	-	√ ^a	√ ^b
Aide reçue	5,5 %	1,4 %	-	√ ^a	√ ^b

^a Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

^b Proportion plus élevée chez les élèves qui consomment régulièrement (≥ 1 jour/semaine).

CONSOMMATION D'ALCOOL

Prévalence de la consommation d'alcool

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, une plus petite proportion d'élèves ont consommé de l'alcool au moins une fois dans les 12 mois précédant l'étude.

Consommation d'alcool (12 mois)	CEA	EQSP 2020-21	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale
Prévalence	71 %	83 %	√ ^a	√ ^b	√ ^c

^a Proportion plus élevée chez les élèves de genre féminin.

^b Proportion plus élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

^c Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

Fréquence de consommation d'alcool

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une plus petite proportion d'élèves ont pris de l'alcool régulièrement (≥ 1 jour/semaine) dans les 12 mois précédant l'étude, incluant une très faible proportion de consommateurs quotidiens (0,9 % contre 1,0 % dans l'EQSP; donnée non rapportée).

Fréquence de consommation d'alcool (12 mois)	CEA	EQSP 2020-21	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale
Régulièrement (≥ 1 jour/sem.)	21 %	38 %	-	√ ^a	-

^a Proportion plus élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

Prévalence de la consommation excessive

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, une proportion comparable d'élèves ont pris de l'alcool de façon excessive au moins une fois par mois dans les 12 mois précédant l'étude.

Consommation excessive d'alcool (12 mois)	CEA	EQSP 2020-21	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale
Prévalence	31 %	34 %	-	-	-

CONSOMMATION DE SPA ILLÉGALES

Prévalence de la consommation de SPA illégales

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, une proportion comparable d'élèves ont consommé une SPA illégale au moins une fois dans les 12 mois précédant l'étude.

Consommation de SPA illégales (12 mois)	CEA	EQSP 2020-21	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale
Prévalence	10 %	9,2 %*	-	√ ^a	√ ^b

* Proportion pour la catégorie « autres drogues avec ou sans cannabis ».

^a Proportion plus élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

^b Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS À DES FINS NON MÉDICALES

Prévalence de la consommation

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, une proportion plus grande d'élèves en CEA ont fait mésusage d'un médicament (prescrit ou non pour eux) pour avoir un effet similaire à une SPA illégale (pour « planer ») au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'étude. Toutefois, il est important de noter que l'écart observé peut s'expliquer par le fait que **l'EQSP documente uniquement le mésusage de médicaments non prescrits au répondant.**

Consommation de médicaments à des fins non médicales (12 mois)	CEA	EQSP 2020-21	Association avec le genre ou l'âge	Association avec le pays de naissance	Association avec la santé mentale
Prévalence	12 %	1,8 %*	√ ^a	√ ^b	√ ^c

* Uniquement les médicaments qui ne leur étaient pas prescrits.

^a Proportion plus élevée chez les élèves de genre féminin.

^b Proportion plus élevée chez les élèves qui sont nés au Canada.

^c Proportion plus élevée chez les élèves dont la santé mentale semble affectée.

4.1.3 Principaux constats

Cinq constats peuvent être dégagés de la comparaison des données de cette étude à celles obtenues auprès des Québécois de 18 à 24 ans dans les enquêtes populationnelles. Ces constats doivent toutefois être interprétés avec prudence en raison des limites déclarées en lien avec notre échantillon. Des différences méthodologiques existent entre cette étude et les enquêtes populationnelles, notamment à l'égard du mode et de la période de collecte des données. Il est important de noter que **l'EQSP 2020-2021 s'est déroulée dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 où certaines habitudes de consommation de SPA ont pu être modifiées.** De plus, les normes sociales à l'égard des SPA influencent les pratiques de consommation et évoluent dans le temps, notamment selon les politiques publiques d'encadrement de ces substances.

1. Des perceptions plus conservatrices à l'égard de la consommation occasionnelle de cannabis

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, les élèves ont une perception :

- plus faible de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis (tout à fait ou plutôt acceptable : 64 % contre 74 %);
- plus faible des effets bénéfiques du cannabis sur la régulation de certains processus psychologiques, dont l'humeur (39 % contre 51 %), la créativité (38 % contre 52 %), l'anxiété (36 % contre 47 %) et la gêne ou l'inhibition (31 % contre 43 %);
- plus grande du risque pour la santé qui est associé à la consommation occasionnelle de cannabis (niveau modéré ou élevé : 45 % contre 27 %);
- comparable de la proportion de consommateurs de cannabis chez les personnes du même âge au Québec et les personnes de leur entourage.

Selon la littérature, de telles perceptions conservatrices à l'égard de la consommation de cannabis sont généralement associées à une réduction de l'intention de s'initier au cannabis ou d'en faire usage (Olds, Thombs, et Tomasek, 2005; Bull *et al.*, 2017; Leos-Toro *et al.*, 2020). Dans notre échantillon, on constate qu'un peu plus du tiers (35 %) des élèves ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude, alors qu'un peu plus de la moitié (52 %) ont rapporté en avoir consommé au cours de leur vie.

2. Une prévalence comparable de la consommation de cannabis, mais des pratiques de consommation de cannabis potentiellement plus néfastes

Comparativement aux Québécois de 18 à 24 ans, une proportion semblable d'élèves ont consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude (35 % contre 37 %). Toutefois, parmi les consommateurs, une plus grande proportion d'élèves se sont initiés au cannabis avant l'âge de 15 ans (28 % contre 18 %), ont vapoté du cannabis (62 % contre 37 %) et ont développé des pratiques de consommation du cannabis qui peuvent avoir des effets néfastes sur leur santé ou sur différents aspects de leur vie. En effet, comparativement aux consommateurs québécois du même groupe d'âge, une plus grande proportion d'élèves ont consommé du cannabis :

- régulièrement (≥ 1 jour/semaine : 44 % contre 29 %), incluant une proportion plus élevée de consommateurs quotidiens (19 % contre 10 %);
- contenant exclusivement du THC, ou plus de THC que de CBD (60 % contre 48 %);
- obtenu auprès d'un fournisseur illégal (21 % contre 11 %);
- juste avant ou pendant une journée d'étude (35 % contre 18 %);
- en combinaison avec du tabac (65 % contre 44 %) ou avec un stimulant sur ordonnance (13 % contre 3,3 %).

Selon la littérature, l'usage précoce, de façon régulière ou chronique de cannabis, notamment les produits à forte teneur en THC n'est pas sans risque (National Academies of Sciences,

Engineering, and Medicine, 2017; Axelle Marchand et Marie-Ève Levasseur, 2022). En effet, ces pratiques de consommation peuvent nuire au développement du cerveau et interférer avec certaines fonctions cognitives (ex. : mémoire, prise de décision et concentration). De plus, elles peuvent augmenter les risques de méfaits sur la santé de certaines personnes, comme une perte de contrôle à l'égard de sa consommation de cannabis, qui peut mener à l'émergence d'un trouble de l'usage (abus ou dépendance) ou d'un trouble anxieux, mais aussi aggraver un problème de santé mentale existant (Statistique Canada, 2023; Petrilli *et al.*, 2022; Myran *et al.*, 2024).

Un autre enjeu de santé qui est constaté est un possible changement dans les pratiques de consommation des élèves lié à la popularité de la vapoteuse à cannabis (ou « vape pen » en anglais) (Lim *et al.*, 2022). Bien que cette étude suggère une prévalence élevée du vapotage du cannabis chez les consommateurs (62 % contre 37 % chez les Québécois de 18 à 24 ans), elle n'apporte pas de preuve d'un usage régulier de cette méthode (aucun indicateur de fréquence). Cela dit, le phénomène du vapotage de cannabis observé chez les plus jeunes consommateurs dans notre étude et ceux de la population générale (Florence Conus *et al.*, 2024) peut augmenter les risques de développer une maladie pulmonaire associée au vapotage (MPAV), de dépendance à long terme, mais aussi d'intoxications accidentelles, incluant chez les personnes ayant vapotées pour expérimenter (par exemple : étourdissements, nausées, vomissements, maux de tête et palpitations) (Harrell *et al.*, 2022). Ce phénomène pourrait aussi expliquer pourquoi certains élèves consommateurs se dirigeaient vers un fournisseur illégal, car les produits de vapotage et les extraits de cannabis à forte teneur en THC (> 30 %) ne sont pas disponibles à la SQDC. De plus, on constate que près du quart (23 %) d'entre eux ne connaissaient pas le contenu en cannabinoïde (THC contre CBD) du cannabis principalement consommé.

3. La pandémie de COVID-19 semble avoir nui à la santé mentale de certains élèves et peut avoir créé une situation propice à la consommation de cannabis

Au moment de l'étude (c.-à-d., quatre mois après la fin de l'urgence sanitaire), près du quart (22 %) des élèves se situaient au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique. Parmi ces élèves, près de la moitié (45 %) percevait que cette détresse était complètement ou partiellement attribuable à la pandémie de COVID-19 (respectivement, 7 % et 38 %). Concernant la consommation de cannabis, une proportion semblable d'élèves que de québécois de 18 à 24 ans (31 % contre 27 %) ont déclaré avoir augmenté leur consommation dans les 12 mois précédant l'étude en raison de cette pandémie.

Selon la littérature, la pandémie et les mesures de santé publique qui ont été mises en place pour y faire face ont eu des répercussions sur la santé mentale des jeunes et leur consommation de cannabis, incluant l'initiation à l'usage (Newport *et al.*, 2023; Mehra *et al.*, 2023; Craig *et al.*, 2023). Cette étude ne permet pas de déterminer la direction de la relation entre l'état de santé mentale des élèves et leur consommation de cannabis, l'un pouvant contribuer à l'autre, tout comme d'autres facteurs de risque ou de vulnérabilité communs (Davis *et al.*, 2022; Xue *et al.*, 2021). Cela dit, on constate que les élèves se situant au niveau élevé sur l'échelle de détresse

psychologique étaient en proportion plus nombreux que les autres à avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude (53 % contre 31 %), à avoir augmenté leur consommation en raison de la pandémie de COVID-19 (48 % contre 25 %) et d'en avoir consommé pour les aider à mieux gérer leurs sentiments ou émotions (61 % contre 42 %).

4. Certains élèves semblent s'autotrainer au cannabis pour gérer divers symptômes ou problèmes de santé

Comparativement aux consommateurs québécois de 18 à 24 ans, les élèves sont plus nombreux en proportion à consommer du cannabis pour des fins médicales (principalement ou en partie : 20 % contre 10 %). De plus, parmi les motifs à l'étude, une plus grande proportion d'entre eux ont fait usage de cannabis pour gérer divers symptômes ou problèmes de santé : relaxer ou se détendre (87 % contre 70 %), aider avec le sommeil (57 % contre 39 %), aider avec les sentiments ou les émotions (48 % contre 28 %) et traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes (29 % contre 16 %). Or, parmi les élèves ayant mentionné consommer du cannabis pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes, la plupart d'entre eux (94 %) ont rapporté ne pas avoir reçu un document médical autorisant à le faire. De même, la plupart d'entre eux (91 %) ont rapporté ne pas avoir reçu une aide professionnelle dans les 12 mois précédant l'étude par rapport à la consommation de cannabis.

Selon la littérature, cet usage serait guidé par les bénéfices thérapeutiques perçus, plutôt que par des données scientifiques, pour réguler certains processus psychologiques. Toutefois, l'autotraitement au cannabis peut présenter certains risques (ex. : une intoxication ou une interaction avec un médicament), notamment dans un contexte d'usage régulier ou à fort dosage de THC, et aggraver un problème de santé mentale existant, incluant les symptômes d'anxiété (Myran *et al.*, 2024; Xue *et al.*, 2021). De fait, dans notre étude, une proportion plus grande d'élèves que de Québécois de 18 à 24 ans ont perçu que leur consommation de cannabis dans les 12 mois précédant l'étude a un effet négatif sur leur santé mentale (20 % contre 8,3 %). Selon la littérature, les personnes qui s'auto-traitent avec du cannabis seraient plus susceptibles d'être jeunes et d'en consommer régulièrement pour traiter un large éventail de pathologies. Parmi les raisons invoquées pour justifier l'autotraitement, on retrouve le manque d'information concernant l'accès au cannabis à des fins médicales, ainsi que la complexité du processus et la difficulté d'accès aux cliniques offrant du cannabis à des fins médicales (Asselin *et al.*, 2022; Wallis *et al.*, 2022).

5. Une consommation inférieure d'alcool, mais comparable de substances psychoactives illégales

Concernant l'alcool, une proportion inférieure d'élèves que de Québécois de 18 à 24 ans en ont consommé au cours des 12 mois précédant l'étude (71 % contre 83 %). Parmi les consommateurs, la fréquence de consommation est également inférieure (≥ 1 jour/semaine : 21 % contre 38 %). Toutefois, la prévalence de la consommation excessive est comparable dans les deux groupes (31 % contre 34 %). Concernant les SPA illégales, la prévalence de consommation au cours des 12 mois précédant l'étude est similaire à celle des Québécois de 18 à 24 ans (10 % contre 9,2 %). Concernant les médicaments (prescrits ou non pour eux), une

proportion non négligeable (12 %) d'élèves en ont fait mésusage pour avoir un effet similaire à une SPA illégale (pour « planer »). Dans notre échantillon, les SPA illégales et les médicaments les plus consommés pour cet effet étaient tous les deux de la catégorie des stimulants (ex. : cocaïne ou amphétamine; Ritalin^{MD} ou Adderall^{MD}).

La consommation excessive d'alcool, la consommation d'une SPA illégale et le mésusage de médicaments, que ce soit de façon individuelle ou en combinaison avec du cannabis, sont des enjeux pour la santé des élèves. Selon la littérature, ces consommateurs, incluant ceux qui expérimentent, sont à risque d'intoxication, d'interactions dangereuses et de développer un usage problématique (King S., Paradis C., et Reynolds J., 2022; Miuli *et al.*, 2020; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018; 2022a; 2022b). Bien que les motifs de consommation des SPA autres que le cannabis n'aient pas été examinés dans cette étude, certains élèves pourraient être portés à utiliser des stimulants d'ordonnance pour en ressentir les effets euphoriques, mais aussi comme une stratégie d'automédication pour réduire l'anxiété ou composer avec d'autres problèmes. D'autres pourraient être portés à les utiliser pour améliorer la concentration et la capacité de mémorisation, mais sans en connaître les effets secondaires ni les méfaits à long terme sur leur santé et leur scolarité. Selon une étude réalisée chez des élèves du niveau postsecondaire, l'usage de stimulants d'ordonnance à des fins de performance académique n'offrirait, en réalité, aucun avantage (Arria *et al.*, 2017).

5 CONCLUSION

Cette étude transversale suggère que les pratiques de consommation de cannabis chez certains élèves de 18 à 24 ans en CEA se distinguent de celles des Québécois du même groupe d'âge dans la population générale, et peuvent constituer un enjeu pour leur santé. Malgré les limites liées à notre échantillon, les résultats de cette étude pourraient être utiles pour les conseillers en promotion/prévention et les intervenants des CEA participants afin d'orienter les actions préventives visant les pratiques de consommation qui sont à risque d'entraîner des impacts négatifs sur la santé des élèves et leur réussite scolaire. En effet, les analyses démontrent que certaines pratiques et motifs de consommation de SPA varient selon l'âge, le genre, le pays de naissance et l'état de santé mentale. Entre autres, les interventions en lien avec le cannabis devraient chercher à sensibiliser les plus jeunes (c.-à-d., les élèves de moins de 21 ans) sur l'initiation au cannabis, la pratique du vapotage de cannabis, la source d'approvisionnement et la consommation combinée avec du tabac ou de la nicotine. En effet, depuis sa légalisation en 2018, ces jeunes sont plus exposés au cannabis en raison d'une plus grande acceptabilité sociale de son usage (Conus *et al.*, 2023). Aussi, ils sont plus à risque de consommer des produits du cannabis dont ils ne connaissent pas l'origine puisqu'ils n'ont pas l'âge légal pour s'approvisionner à la SQDC.

Dans ce contexte, les constats qui découlent de cette étude pourraient être mis à profit par les décideurs pour soutenir financièrement des interventions en CEA visant la prévention de la consommation de SPA, la réduction des méfaits, ainsi que la promotion des saines habitudes de vie et la promotion de la santé mentale positive (ex. : le projet Épanouir) (Marie-Laurence Fillion, 2022). De plus, les enjeux de santé révélés par cette étude sont multiples et nécessitent d'être approfondis dans le cadre d'autres études pour mieux documenter, notamment la santé mentale des élèves, le phénomène du vapotage de cannabis, le niveau de risque de consommation problématique de cannabis, les contextes de polyconsommation, et finalement les motifs d'autotraitement au cannabis et de mésusage de médicaments. Ces nouvelles études viseraient à mieux cerner la réalité des élèves en CEA, mais aussi ceux qui fréquentent les centres de formation professionnelle qui vivent des enjeux similaires. Afin de faire face aux défis que pose l'échantillonnage et obtenir des données représentatives des populations à l'étude, des efforts devront être déployés par les équipes projet pour favoriser l'adhésion des élèves lors du recrutement.

6 RÉFÉRENCES

1. Abbott, Amanda J., Yvette G. Reibel, Michelle C. Arnett, Nicholas Marka, et Miranda A. Drake. 2023. « Oral and Systemic Health Implications of Electronic Cigarette Usage as Compared to Conventional Tobacco Cigarettes: A Review of the Literature ». *American Dental Hygienists' Association* 97 (4): 21-35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37553278/>
2. Agence de la santé publique du Canada. 2018. « Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018: Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes ». Rapport ministériel sur le rendement. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.html>.
3. Anderson, Benjamin O., Nino Berdzuli, Andre Ilbawi, Dévora Kestel, Hans P. Kluge, Rüdiger Krech, Bente Mikkelsen, et al. 2023. « Health and Cancer Risks Associated with Low Levels of Alcohol Consumption ». *The Lancet Public Health* 8 (1): e6-7. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6).
4. Antoine Fournier et François Gagnon. 2023. « Les promotions Internet des produits du cannabis à des fins non médicales accessibles par les Québécois ». Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3341>.
5. Arria, Amelia M., Kimberly M. Caldeira, Kathryn B. Vincent, Kevin E. O'Grady, M. Dolores Cimini, Irene M. Geisner, Nicole Fossos-Wong, Jason R. Kilmer, et Mary E. Larimer. 2017. « Do college students improve their grades by using prescription stimulants nonmedically? » *Addictive behaviors* 65:245-49. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.07.016>.
6. Asselin, Antoine, Olivier Beauparlant Lamarre, Richard Chamberland, Sarah-Jeanne McNeil, Eric Demers, et Arsène Zongo. 2022. « A description of self-medication with cannabis among adults with legal access to cannabis in Quebec, Canada ». *Journal of Cannabis Research* 4 (1): 26. <https://doi.org/10.1186/s42238-022-00135-y>.
7. Axelle Marchand et Marie-Ève Léveseur. 2022. « Effets sur la santé de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne à long terme de cannabis | INSPQ ». Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2885>.
8. Bull, Sheana S., Ashley Brooks-Russell, Jonathan M. Davis, Rebecca Roppolo, et Karen Corsi. 2017. « Awareness, Perception of Risk and Behaviors Related to Retail Marijuana Among a Sample of Colorado Youth ». *Journal of Community Health* 42 (2): 278-86. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0253-z>.
9. Camirand, Hélène, Florence Conus, Alicia Davison, Kate Dupont, Daniela Gonzalez-Sicilia, Katrina Joubert, et Joseph Niyibizi. 2023. « Enquête québécoise sur la santé de la population, 2020-2021 ». Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2020-2021>.

11. Carroz, Faustine, Danielle Maltais, et Eve Pouliot. 2012. « Parcours de vie et parcours scolaire de garçons âgés de 18 ans et moins qui fréquentent un centre d'éducation des adultes ». Chicoutimi], [Gatineau: -Université du Québec à Chicoutimi; Université du Québec en Outaouais. <https://constellation.uqac.ca/id/eprint/2535/>
12. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. 2018. « Facteurs d'influence et implications de la forte consommation épisodique d'alcool chez les étudiants postsecondaires (Survot du rapport) ». <https://www.ccsa.ca/fr/facteurs-dinfluence-et-implications-de-la-forte-consommation-episodique-dalcool-chez-les-etudiants>.
13. ———. 2022a. « Sédatifs (Sommaire canadien sur la drogue) ». <https://www.ccsa.ca/fr/sedatifs-sommaire-canadien-sur-la-droque>.
14. ———. 2022b. « Stimulants d'ordonnance (Sommaire canadien sur la drogue) ». 2022. <https://www.ccsa.ca/fr/stimulants-dordonnance-sommaire-canadien-sur-la-droque>.
15. Charlebois, François-Xavier. 2019. « Processus de construction identitaire de jeunes adultes en situation de pauvreté dans un contexte de raccrochage scolaire: voies d'émancipation? » <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21682>.
16. Conus, Florence, Kae Dupont, Mathieu Ouellette, Maxime Boucher, et Katrina Joubert. 2023. « Enquête québécoise sur le cannabis 2022 ». Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2022>.
17. Craig, Stephanie G., Megan E. Ames, Bianca C. Bondi, et Debra J. Pepler. 2023. « Canadian adolescents' mental health and substance use during the COVID-19 pandemic: Associations with COVID-19 stressors ». *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* 55 (1): 46-55. <https://doi.org/10.1037/cbs0000305>.
18. Davis, Jordan P., Eric R. Pedersen, Joan S. Tucker, John Prindle, Michael S. Dunbar, Anthony Rodriguez, Rachana Seelam, et Elizabeth J. D'Amico. 2022. « Directional associations between cannabis use and anxiety symptoms from late adolescence through young adulthood ». *Drug and alcohol dependence* 241:109704. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109704>.
19. Dymka Coudé, Laetitia Madjri, Joëlle Villeneuve, et Geneviève Defoy. 2021. « Rapport de mise en oeuvre 2018-2021 - Loi encadrant le cannabis - Octobre 2021 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux ». Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003195/?&date=DESC& sujet=cannabis&critere=sujet>.
20. Florence Conus, Alicia Davison, Kate Dupont, France Lapointe, Mathieu Ouellette, et Valérie Roy. 2024. « Enquête québécoise sur le cannabis 2023 ». Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2023>.

21. Gagnon, Hélène, Nicole April, et José Côté. 2011. « Pistes d'intervention pour réduire la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes de 18 à 24 ans qui fréquentent les centres d'éducation aux adultes au Québec: rapport de recherche ». Montréal (Québec): Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/es/node/3459>.
22. Gagnon, Hélène, et Lucie Rochefort. 2010. « L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: conséquences et facteurs associés ». Montréal, Qué.: Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1102>
23. Harrell, Melissa B., Stephanie L. Clendennen, Aslesha Sumbe, Kathleen R. Case, Dale S. Mantey, et Sunaina Swan. 2022. « Cannabis Vaping Among Youth and Young Adults: A Scoping Review ». *Current Addiction Reports* 9 (3): 217-34. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00413-y>.
24. Hasan, Khaled M. 2023. « Cannabis Unveiled: An Exploration of Marijuana's History, Active Compounds, Effects, Benefits, and Risks on Human Health ». *Substance Abuse: Research and Treatment* 17:11782218231182552. <https://doi.org/10.1177/11782218231182553>.
25. King S., Paradis C., et Reynolds J. 2022. « Une évaluation sur les substances psychoactives qui amènent les jeunes à l'urgence: pleins feux sur l'alcool, le cannabis et les opioïdes ». Ottawa (Ont.): Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/fr/une-evaluation-sur-les-substances-psychoactives-qui-amenent-les-jeunes-lurgence-pleins-feux-sur>.
26. Leos-Toro, Cesar, Geoffrey T. Fong, Samantha B. Meyer, et David Hammond. 2020. « Cannabis health knowledge and risk perceptions among Canadian youth and young adults ». *Harm Reduction Journal* 17 (1): 54. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00397-w>.
27. Lim, Carmen C. W., Tianze Sun, Janni Leung, Jack Y. C. Chung, Coral Gartner, Jason Connor, Wayne Hall, Vivian Chiu, Daniel Stjepanović, et Gary C. K. Chan. 2022. « Prevalence of Adolescent Cannabis Vaping: A Systematic Review and Meta-analysis of US and Canadian Studies ». *JAMA Pediatrics* 176 (1): 42-51. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4102>.
28. Marie-Laurence Fillion. 2022. « Projet Épanouir – Promotion de la santé mentale positive en contexte scolaire – Cadre de référence ». Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003495/>.
29. Mehra, Kamna, Jennifer Rup, Jessica L. Wiese, Tara Marie Watson, Sarah Bonato, et Sergio Rueda. 2023. « Changes in self-reported cannabis use during the COVID-19 pandemic: a scoping review ». *BMC Public Health* 23 (1): 2139. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17068-7>.
30. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2018. « Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet ». Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002078/>.

31. Miuli, A., G. Stigliano, A. Lalli, M. Coladonato, L. D'Angelo, F. Esposito, C. Cappello, et al. 2020. « "Purple Drank" (Codeine and Promethazine Cough Syrup): A Systematic Review of a Social Phenomenon with Medical Implications ». *Journal of Psychoactive Drugs* 52 (5): 453-62. <https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1797250>.
32. Myran, Daniel T., Lyndsay D. Harrison, Michael Pugliese, Peter Tanuseputro, Adrienne Gaudreault, Jess G. Fiedorowicz, et Marco Solmi. 2024. « Development of an Anxiety Disorder Following an Emergency Department Visit Due to Cannabis Use: A Population-Based Cohort Study ». *EClinicalMedicine* 0 (0). <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102455>.
33. Nathalie Plante, Robert Courtemanche, Mikhaël Berthelot, Ghyslaine Neill, et Issouf Traoré. 2018. « Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017: résultats de la deuxième édition ». Québec, Québec: Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017>
34. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2017. « The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research ». <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK423845/>
35. Nawi, Azmawati Mohammed, Rozmi Ismail, Fauziah Ibrahim, Mohd Rohaizat Hassan, Mohd Rizal Abdul Manaf, Noh Amit, Norhayati Ibrahim, et Nurul Shafini Shafurdin. 2021. « Risk and Protective Factors of Drug Abuse among Adolescents: A Systematic Review ». *BMC Public Health* 21 (1): 2088. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>.
36. Newport, Kelda, Lisa Bishop, Jennifer Donnan, Shefali Pal, et Maisam Najafizada. 2023. « The COVID-19 pandemic and cannabis use in Canada—a scoping review ». *Journal of Cannabis Research* 5 (1): 31. <https://doi.org/10.1186/s42238-023-00196-7>.
37. Olds, R. Scott, Dennis L. Thombs, et Jennifer Ray Tomasek. 2005. « Relations between normative beliefs and initiation intentions toward cigarette, alcohol and marijuana ». *Journal of Adolescent Health* 37 (1): 75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.09.020>.
38. Petrilli, Kat, Shelan Ofori, Lindsey Hines, Gemma Taylor, Sally Adams, et Tom P. Freeman. 2022. « Association of Cannabis Potency with Mental Ill Health and Addiction: A Systematic Review ». *The Lancet Psychiatry* 9 (9): 736-50. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-4).
39. Rousseau, Nadia, Nancy Théberge, Stéphanie Bergevin, Karen Tétreault, Ghislain Samson, Michelle Dumont, et Julie Myre-Bisaillon. 2010. « L'éducation des adultes chez les 16 à 18 ans: La volonté de réussir l'école... et la vie! » *Éducation et francophonie* 38 (1): 154-77. <https://doi.org/10.7202/039985ar>.
40. Statistique Canada. 2023. « L'échelle de gravité de la dépendance comme outil pour l'étude des consommateurs de cannabis au Canada qui éprouvent une perte de contrôle à l'égard de leur consommation ». <https://doi.org/10.25318/82-003-X202300600001-FRA>.
41. United Nations Office on Drugs and Crime. 2023. « World Drug Report 2023 ». <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>.

42. Wallis, Dorothy, J. Douglas Coatsworth, Jeremy Mennis, Nathaniel R. Riggs, Nikola Zaharakis, Michael A. Russell, Aaron R. Brown, et al. 2022. « Predicting Self-Medication with Cannabis in Young Adults with Hazardous Cannabis Use ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19 (3): 1850. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031850>.
43. Xue, Siqi, M. Ishrat Husain, Haoyu Zhao, et Arun V. Ravindran. 2021. « Cannabis Use and Prospective Long-Term Association with Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies: Usage Du Cannabis et Association Prospective à Long Terme Avec l'anxiété: Une Revue Systématique et Une Méta-Analyse d'études Longitudinales ». *The Canadian Journal of Psychiatry* 66 (2): 126-38. <https://doi.org/10.1177/0706743720952251>.

ANNEXE 1 TAUX DE RÉPONSE PAR CEA

Région administrative	CEA	Nombre d'élèves contactés par courriel	Nombre de questionnaires complétés	Taux de réponse
Bas-Saint-Laurent	1. Centre d'éducation des adultes de Kamouraska-Rivière-du-Loup	101	5	5 %
	2. Centre d'éducation des adultes de Rimouski-Neigette	112	3	3 %
	Total	213	8	4 %
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3. Centre de formation générale des adultes De La Jonquière	45	9	20 %
	4. Centre de formation générale des adultes des Rives-du-Saguenay	189	23	12 %
	5. Centre d'éducation des adultes du Parcours-et-du-Tremplin	31	10	32 %
	6. Centre d'éducation des adultes L'Envol-Le Retour	32	16	50 %
	Total	297	58	20 %
Capitale-Nationale	7. Centre Louis-Jolliet	100	27	27 %
	8. Centre Saint-Louis	147	10	7 %
	9. Centre de formation des adultes de Portneuf	19	11	58 %
	10. Centre d'éducation des adultes des Découvreurs - Le Phénix	155	60	39 %
	Total	421	108	26 %
Mauricie	11. École forestière de La Tuque - Éducation des adultes	13	10	77 %
	Total	13	10	77 %
Estrie	12. Centre d'éducation des adultes de la Commission scolaire des Hauts-Cantons	72	24	33 %
	Total	72	24	33 %
Montréal	13. Centre d'éducation des adultes James Lyng	NR	32	ND
	14. Centre d'éducation aux adultes Amos	167	75	45 %
	15. Centre d'éducation aux adultes Anjou	29	27	93 %
	16. Centre d'éducation aux adultes Ferland	118	45	38 %

Région administrative	CEA	Nombre d'élèves contactés par courriel	Nombre de questionnaires complétés	Taux de réponse
	17. Centre d'éducation aux adultes Paul-Gratton	19	21	111 %
	18. Centre d'éducation des adultes Champlain	144	5	3 %
	19. Centre d'éducation des adultes Jeanne-Sauvé	138	19	14 %
	20. Centre d'éducation des adultes de LaSalle	70	0	0 %
	Total	685	224	33 %
Outaouais	21. Centre d'éducation des adultes de Hull	125	15	12 %
	22. Centre d'éducation des adultes de Maniwaki	41	7	17 %
	23. Centre de Formation continue Pontiac	19	8	42 %
	24. Centre d'éducation des adultes des Draveurs	394	16	4 %
	25. Centre d'éducation des adultes Hauts-Bois-de-l'Outaouais	22	8	36 %
	26. Centre d'éducation des adultes des Portages-de-l'Outaouais	216	38	18 %
	Total	817	92	11 %
Chaudière-Appalaches	27. Centre d'éducation des adultes l'Escale	75	16	21 %
	28. Centre d'éducation des adultes des Navigateurs	332	26	8 %
	Total	407	42	10 %
Laval	29. Centre d'éducation des adultes Les Berges	214	24	11 %
	30. Centre Le Tremplin	327	12	4 %
	31. Centre L'Impulsion	180	11	6 %
	Total	721	47	7 %
Lanaudière	32. Centre la Croisée	95	54	57 %
	33. Centre multiservice des Samares	256	17	7 %
	Total	351	71	20 %

Région administrative	CEA		Nombre d'élèves contactés par courriel	Nombre de questionnaires complétés	Taux de réponse
Laurentides	34.	Centre de formation générale des adultes de la Rivière-du-Nord	146	15	10 %
	35.	Centre d'éducation des adultes Christ-Roi	48	18	38 %
		Total	194	33	17 %
Montérégie	36.	Les centres intégrés du Nouvel-Envol	140	27	19 %
	37.	Centre d'éducation des adultes des Patriotes	NR	3	ND
	38.	Centre d'éducation des adultes Antoine-Brossard	140	6	4 %
	39.	Centre d'éducation des adultes Le Moyne-D'Iberville	144	0	0 %
		Total	424	36	8 %
Centre-du-Québec	40.	Formation générale des adultes de la Riveraie	66	39	59 %
		Total	66	39	59 %
TOTAL			4681	792	17 %

NR : Données non rapportées par le CEA; ND : données non disponibles.

ANNEXE 2 QUESTIONNAIRE

SECTION 1 : À PROPOS DE VOUS

1. Quel est votre sexe assigné à la naissance? (Féminin; Masculin)
2. Quel genre vous identifie le mieux actuellement? (Féminin; Masculin; Autre identité de genre)
3. Quel âge avez-vous aujourd'hui? (Inscrire l'âge : _____ ans; si inférieur à 18 ou supérieur à 24 ans, sortir du sondage)
4. Êtes-vous né(e) au Canada? (Oui; Non; Ne sait pas; Ne répond pas)
5. Dans quelle région se situe votre centre d'éducation des adultes? (Liste des régions sociosanitaires à l'étude)
6. Quel est le nom de votre centre d'éducation des adultes? (Liste des CEA pour la région sélectionnée à la question 5 selon la base de données du ministère)
7. Parmi les choix suivants, lequel correspond le mieux à votre programme d'études actuel? (Formation de base commune : premier cycle du secondaire - matières du secondaire 1 ou 2; Formation de base diversifiée : second cycle du secondaire - matières du secondaire 3 à 5; Ne sait pas; Ne répond pas; Autre, veuillez préciser : _____)
8. Quelle est la langue d'enseignement la plus souvent utilisée par vos professeurs? (Français; Anglais; Autre)
9. Quel sentiment éprouvez-vous présentement à l'égard de votre vie en général? (échelle de 0 à 10, où 0 signifie « Très insatisfait(e) » et 10 signifie « Très satisfait(e) »; Ne sait pas; Ne répond pas)
10. En général, diriez-vous que votre santé mentale est...? (Excellente; Très bonne; Bonne; Passable; Mauvaise; Ne sait pas; Ne répond pas)
11. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e)... : A) Nerveux (nerveuse)?; B) Désespéré(e)?; C) Agité(e) ou incapable de tenir en place?; D) Si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire?; E) Que tout était un effort (à ce point fatigué(e) que tout est un effort)?; F) Bon(ne) à rien? (Tout le temps; La plupart du temps; Parfois; Rarement; Jamais; Ne sait pas; Ne répond pas)
12. Selon vous, ces sentiments du dernier mois sont-ils complètement, partiellement ou pas du tout reliés à la pandémie de COVID-19? (Complètement reliés à la pandémie de COVID-19; Partiellement reliés à la pandémie de COVID-19; Pas du tout reliés à la pandémie de COVID-19; Ne s'applique pas (je n'ai jamais ressenti(e) ces sentiments); Ne sait pas; Ne répond pas)

SECTION 2 : VOS PERCEPTIONS ET ATTITUDES À L'ÉGARD DU CANNABIS, DE L'ALCOOL ET DU TABAC

- 13.** Selon vous, quel est le niveau de risque pour la santé mentale ou physique que courent les personnes qui consomment du cannabis...? A) À l'occasion c'est-à-dire moins d'une fois par semaine ; B) Régulièrement c'est-à-dire une fois par semaine ou plus (Aucun risque, Risque minime, Risque modéré, Risque élevé, Ne sait pas, Ne répond pas)
- 14.** Selon vous, au moment de la consommation, quels sont les effets du cannabis sur une personne au niveau de...? A) Son humeur; B) Sa créativité; C) Sa gêne ou ses inhibitions; D) Son anxiété; E) Son sommeil; F) Sa mémoire; G) Sa capacité à se concentrer; H) Son attention; I) Sa prise de décisions (Effet bénéfique, Aucun effet, Effet négatif, Ne sait pas, Ne répond pas)
- 15.** Selon vous, quel est le pourcentage de personnes de votre âge, au Québec, qui consomment du cannabis (à l'occasion ou régulièrement)? (Moins de 10 %; 10 % à 29 %; 30 % à 49 % ; 50 % à 69 %; 70 % à 89 %; 90 % et plus; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 16.** Selon vous, parmi les personnes de votre entourage (amis, connaissances, collègues et membres de votre famille), combien consomment du cannabis (à l'occasion ou régulièrement)? (Chacune d'entre elles; La plupart d'entre elles; Environ la moitié d'entre elles; Quelques-unes d'entre elles; Aucune d'entre elles; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 17.** Selon vous, est-il socialement acceptable qu'une personne consomme à l'occasion (c'est-à-dire, moins d'une fois par semaine)... A) Du cannabis à des fins NON médicales?; B) Du tabac (ou de la nicotine)?; C) De l'alcool? (Tout à fait acceptable; Plutôt acceptable; Plutôt inacceptable; Tout à fait inacceptable; Aucune opinion; Ne sait pas; Ne répond pas)

SECTION 3 : VOS HABITUDES DE CONSOMMATION DE CANNABIS

- 18.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis? (Oui; Non; Si la réponse est non, passage automatique à la question 38)
- 19.** Quel âge aviez-vous lorsque vous avez consommé du cannabis pour la première fois? (Inscrire l'âge : _____ ans; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 20.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis? (Oui; Non; Si la réponse est non, passage automatique à la question 38)
- 21.** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis? (Moins de 1 jour par mois; 1 jour par mois; 2 à 3 jours par mois; 1 à 2 jours par semaine; 3 à 4 jours par semaine; 5 à 6 jours par semaine; Tous les jours; Ne sait pas; Ne répond pas)

-
- 22.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé les méthodes suivantes pour consommer du cannabis? A) Vous l'avez fumé dans un joint, une pipe à eau, une pipe ou un cigare; B) Vous l'avez inhalé par « dabbing » ce qui inclut inhalation au couteau, à l'aiguille ou au clou chaud; C) Vous l'avez inhalé par vaporisation (par exemple avec un vaporisateur stationnaire ou portatif); D) Vous l'avez inhalé sous forme de e-liquide par vapotage (par exemple avec une cigarette électronique); E) Vous l'avez mangé dans un produit alimentaire (par exemple brownies, gâteaux, biscuits, bonbons); F) Vous l'avez bu (thé, boisson gazeuse, alcool ou autres boissons); G) Vous l'avez ingéré dans une pilule, une gélule ou une capsule; H) Vous l'avez consommé sous forme de gouttes orales ou à l'aide d'un atomiseur oral (spray, poche-pouche) (Oui; Non; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 23.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé une autre méthode que celles mentionnées précédemment pour consommer du cannabis (la méthode correspond à la façon dont le cannabis est consommé)? (Oui, veuillez préciser : ____; Non; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 24.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé les formes de cannabis suivantes? (La forme correspond au produit de cannabis qui est consommé)? A) Cocottes, buds, fleurs ou feuilles séchées; B) Haschich ou skuff (kif ou pollen); C) Extraits ou concentrés liquides (par exemple huile ou extrait de cannabis ou de haschich tel que du rosin ou du distillat, cartouche d'huile, vaporisateur stylo jetable); D) Extraits ou concentrés solides (dabs, shatter, budder, wax, etc.) excluant le haschich; E) Produits alimentaires; F) Boissons (Oui; Non; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 25.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé du cannabis sous une autre forme que celles mentionnées précédemment (la forme correspond au produit de cannabis qui est consommé)? (Oui, veuillez préciser : ____; Non; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 26.** Au cours des 12 derniers mois, qu'avez-vous principalement consommé? (Produit(s) contenant exclusivement du THC; Produit(s) contenant plus de THC que de CBD; Produit(s) contenant autant de THC que de CBD; Produit(s) contenant plus de CBD que de THC; Produit(s) contenant exclusivement du CBD; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 27.** Au cours des 12 derniers mois, où vous êtes-vous procuré le cannabis que vous avez consommé? CONSIGNE : Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent. (Il a été cultivé par moi ou pour moi; auprès d'un tiers, par exemple un membre de ma famille, un ami ou une connaissance; auprès de la Société québécoise du cannabis (SQDC) – En boutique ou par Internet; Directement auprès d'un producteur autorisé de Santé Canada (excluant la SQDC); auprès d'un détaillant officiel d'une autre province que le Québec; auprès d'un dispensaire ou club compassion; auprès d'un fournisseur illégal (revendeur ou marché illégal, en ligne ou en personne); Autres, veuillez préciser : ____; Ne sait pas; Ne répond pas)

-
- 28.** Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la principale raison de votre consommation de cannabis? (À des fins médicales; À des fins non médicales (récréatives); À des fins médicales et non médicales; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 29.** Au cours des 12 derniers mois, pour quel(s) motif(s) avez-vous consommé du cannabis?
A) Pour traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes; B) Pour relaxer ou vous détendre; C) Pour expérimenter ou voir ce que ça fait; D) Pour vous sentir « buzzé » ou pour sentir un « high »; E) Pour vous aider avec votre sommeil; F) Pour vous aider avec vos sentiments ou vos émotions; G) Pour diminuer ou augmenter l'effet d'une autre drogue; H) Parce que vous en aviez besoin ou vous êtes dépendant(e); I) Pour le plaisir; J) Pour passer du bon temps entre amis, pour socialiser (Oui; Non; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 30.** Au cours des 12 derniers mois, aviez-vous un document médical d'un médecin vous autorisant à consommer du cannabis ? (Oui; Non; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 31.** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis juste avant ou pendant votre journée d'étude (sur place ou à distance)? (Jamais; Parfois; Souvent; Toujours ou presque toujours; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 32.** Au cours des 12 derniers mois, quel effet votre consommation de cannabis a-t-elle eu sur... :
A) Vos amitiés ou votre vie sociale?; B) Votre santé physique?; C) Votre mobilité physique?; D) Votre santé mentale?; E) Votre vie de famille ou de couple?; F) Votre travail ou vos études?; G) Votre qualité de vie? (Effet positif; Aucun effet; Effet négatif; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 33.** Au cours de votre vie, avez-vous déjà pensé avoir besoin d'une aide professionnelle (tel que traitement ou services-conseils) en raison de votre consommation de cannabis à des fins non médicales? (Non; Oui, au cours des 12 derniers mois; Oui, mais PAS au cours des 12 derniers mois; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 34.** Avez-vous déjà reçu de l'aide professionnelle (tel que traitement ou services-conseils) en raison de votre consommation de cannabis à des fins non médicales? (Non; Oui, au cours des 12 derniers mois; Oui, mais PAS au cours des 12 derniers mois; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 35.** Globalement, est-ce que la pandémie de COVID-19 a affecté votre consommation de cannabis? (Oui; Non; Ne sait pas; Ne répond pas)
- 36.** De quelle façon la pandémie de COVID-19 a-t-elle affecté votre consommation de cannabis? Votre consommation... (A augmenté en raison de la pandémie de COVID-19; A diminué en raison de la pandémie de COVID-19; Ne sait pas; Ne répond pas)

-
- 37.** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes en combinaison avec le cannabis, c'est-à-dire au même moment que celui-ci? A) Alcool; B) Tabac ou nicotine sous toutes ses formes (fumé ou dans une cigarette électronique, mélangé ou non au cannabis); C) Drogue ou substance illégale (par exemple, speed, ecstasy, LSD, héroïne, cocaïne, etc.); D) Opiacés ou opioïdes sur ordonnance (prescrit ou non pour vous, par exemple oxycodone, Dilaudid^{MD}, morphine, Demerol^{MD}, fentanyl, médicaments contenant de la codéine); E) Stimulants sur ordonnance (prescrit ou non pour vous, par exemple Ritalin^{MD}, Concerta^{MD}, Adderall^{MD}, Dexedrine^{MD}, Vyvanse^{MD}); F) Sédatifs ou tranquillisants sur ordonnance (prescrit ou non pour vous, aussi nommés benzodiazépines ou « benzos », par exemple diazépam, lorazépam, Valium^{MD}, Ativan^{MD}, alprazolam, Xanax^{MD}, clonazépam, Rivotril^{MD}); G) Médicament de type antihistaminique, antitussif, décongestionnant ou anti-nauséeux (prescrit ou non pour vous, par exemple Gravol^{MD}, Bénédryl^{MD}, Dorm-aide^{MD}, Sleep-EZE^{MD}, sirop DM, Sudafed^{MD}); (Jamais; Rarement; Parfois; Souvent; Toujours; Ne sait pas; répond pas)

SECTION 4 : CONSOMMATION D'ALCOOL

- 38.** Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool? (Jamais; Moins d'une fois par mois; Une fois par mois; 2 à 3 fois par mois; Une fois par semaine; 2 à 3 fois par semaine; 4 à 6 fois par semaine; Tous les jours; Ne sait pas; Ne répond pas; Si la réponse est « jamais », passage automatique à la question 40)
- 39.** Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu de l'alcool de façon excessive lors d'une même occasion? *De « façon excessive » veut dire : 5 consommations d'alcool ou plus pour les hommes; 4 consommations d'alcool ou plus pour les femmes* (Jamais; Moins d'une fois par mois; Une fois par mois; 2 à 3 fois par mois; Une fois par semaine; Plus d'une fois par semaine; Ne sait pas; Ne répond pas)

SECTION 5 : CONSOMMATION DE DROGUES ILLÉGALES

- 40.** Avez-vous déjà consommé les drogues ci-dessous? A) Amphétamines (speed, peanut, wake-up, pep pills, uppers, amphé, crystal, ice, peach); B) MDMA (ecstasy, MD, dove, love, molly, yin yang, E, X, XTC,); C) Substances hallucinogènes (LSD ou « buvard, acide, bonbon, cap »; PCP ou « mescaline, mess, mesc, TH, cristaux, poussière d'ange, poudre à mongol »; champignons ou « champignons magiques, mushroom, mush, shroomz »; kétamine ou « spécial K, vitamine K, ket, ketty, kétalar »); D) Héroïne (smack, cheval, blanche, came, hero, jazz, junk); E) Cocaïne (crack, poudre, freebase, coke, coca, roches, rock, neige); F) Cannabinoïdes synthétiques (spice, marijuana synthétique, K2, encens, Dream, Yucatan Fire, AK-47, Mr. Happy, Scooby Snax, Kush et Kronik); G) Sels de bain (méphédronne, MDPV, meow, meph, MCAT); H) Colle (glu ou snife), essence (gaz), décapant ou autres solvants pour être « high »; I) Salvia (sauge divinatoire, menthe magique, Lady Sally, herbe de marie); (Non; Oui, au cours des 12 derniers mois; Oui, mais PAS au cours des 12 derniers mois; Ne sait pas; Ne répond pas)

SECTION 6 : CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS POUR DES RAISONS NON-MÉDICALES

- 41.** Avez-vous déjà consommé un des médicaments d'ordonnance suivants pour des raisons non-médicales ou pour avoir un effet similaire à une drogue (être « high »)? A) Opiacés ou opioïdes sur ordonnance (prescrit ou non pour vous) (par exemple oxycodone, Dilaudid^{MD}, morphine, Demerol^{MD}, fentanyl, médicaments contenant de la codéine); B) Stimulants sur ordonnance (prescrit ou non pour vous) (par exemple Ritalin^{MD}, Concerta^{MD}, Adderall^{MD}, Dexedrine^{MD}, Vyvanse^{MD}); C) Sédatifs ou tranquillisants sur ordonnance (prescrit ou non pour vous, aussi nommés benzodiazépines ou « benzos », par exemple diazépam, lorazépam, Valium^{MD}, Ativan^{MD}, alprazolam, Xanax^{MD}, clonazépam, Rivotril^{MD}); D) Médicament de type antihistaminique, antitussif, décongestionnant ou anti-nauséeux (prescrit ou non pour vous) (par exemple Gravol^{MD}, Bénédryl^{MD}, Dorm-aide^{MD}, Sleep-EZE^{MD}, sirop DM, Sudafed^{MD}); (Non; Oui, au cours des 12 derniers mois; Oui, mais PAS au cours des 12 derniers mois; Ne sait pas; Ne répond pas)

ANNEXE 3 TABLEAUX SUPPLÉMENTAIRES

Tableau 2 Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de cannabis		
	Tout à fait ou plutôt acceptable	Tout à fait ou plutôt inacceptable	Aucune opinion
Total (721)	64,1 %	25,1 %	10,8 %
Genre (721)			
Masculin	64,9 %	24,5 %	10,6 %
Féminin	63,2 %	25,8 %	11,0 %
Âge (721)			
18 à 20 ans	63,0 %	25,8 %	11,2 %
21 à 24 ans	66,8 %	23,4 %	9,8 %
Né(e) au Canada (718)			
Oui	70,3 %*	20,8 %*	8,9 %*
Non	45,6 %*	37,8 %*	16,7 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (688)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	74,9 %*	19,7 %*	5,4 %*
Généralement satisfait ou très satisfait	60,4 %*	27,0 %*	12,6 %*
Perception de la santé mentale (706)			
Généralement passable ou mauvaise	75,7 %*	19,6 %*	4,8 %*
Généralement bonne ou excellente	58,2 %*	27,9 %*	13,9 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (626)			
Oui	76,8 %*	18,9 %*	4,3 %*
Non	60,8 %*	26,6 %*	12,6 %*
Consommation de cannabis - 12 mois (721)			
Oui	90,8 %*	4,8 %*	4,4 %*
Non	48,0 %*	37,3 %*	14,7 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 3 Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle d'alcool

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle d'alcool		
	Tout à fait ou plutôt acceptable	Tout à fait ou plutôt inacceptable	Aucune opinion
Total (748)	71,5 %	20,1 %	8,4 %
Genre (748)			
Masculin	71,2 %	20,3 %	8,6 %
Féminin	71,9 %	19,8 %	8,3 %
Âge (748)			
18 à 20 ans	74,9 %*	17,3 %*	7,9 %
21 à 24 ans	63,3 %*	27,0 %*	9,8 %
Né(e) au Canada (745)			
Oui	74,2 %*	17,5 %*	8,3 %
Non	63,2 %*	27,9 %*	8,9 %
Satisfaction à l'égard de la vie (712)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	75,9 %	18,4 %	5,7 %
Généralement satisfait ou très satisfait	70,6 %	20,4 %	9,0 %
Perception de la santé mentale (730)			
Généralement passable ou mauvaise	81,5 %*	15,1 %*	3,4 %*
Généralement bonne ou excellente	67,1 %*	22,4 %*	10,6 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (647)			
Oui	84,6 %*	12,4 %*	3,0 %*
Non	69,0 %*	22,0 %*	9,0 %*
Consommation de cannabis - 12 mois (748)			
Oui	83,0 %*	13,4 %*	3,6 %*
Non	64,8 %*	24,0 %*	11,3 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 4 Perception de l'acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de tabac ou nicotine

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Acceptabilité sociale de la consommation occasionnelle de tabac ou nicotine		
	Tout à fait ou plutôt acceptable	Tout à fait ou plutôt inacceptable	Aucune opinion
Total (731)	54,7 %	33,2 %	12,0 %
Genre (731)			
Masculin	51,0 %	36,9 %	12,0 %
Féminin	58,7 %	29,2 %	12,0 %
Âge (731)			
18 à 20 ans	57,3 %*	29,9 %*	12,8 %
21 à 24 ans	48,3 %*	41,6 %*	10,0 %
Né(e) au Canada (728)			
Oui	60,7 %*	27,2 %*	12,1 %
Non	37,0 %*	50,8 %*	12,2 %
Satisfaction à l'égard de la vie (697)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	61,8 %	28,5 %	9,7 %
Généralement satisfait ou très satisfait	52,7 %	34,7 %	12,7 %
Perception de la santé mentale (714)			
Généralement passable ou mauvaise	65,5 %*	27,7 %*	6,8 %*
Généralement bonne ou excellente	49,5 %*	36,1 %*	14,4 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (635)			
Oui	65,7 %*	27,8 %	6,5 %*
Non	52,1 %*	35,4 %	12,4 %*
Consommation de cannabis - 12 mois (731)			
Oui	74,9 %*	18,5 %*	6,5 %*
Non	42,5 %*	42,1 %*	15,4 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 5 Perception du pourcentage de personnes du même âge qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement au Québec

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Perception du pourcentage de personnes du même âge qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement au Québec			
	Moins de 30 %	30 % à 49 %	50 % à 69 %	70 % et plus
Total (717)	19,8 %	25,8 %	27,2 %	27,2 %
Genre (717)				
Masculin	24,9 %*	30,6 %*	25,7 %	18,9 %*
Féminin	14,5 %*	20,8 %*	28,8 %	35,9 %*
Âge (717)				
18 à 20 ans	19,8 %	29,3 %*	27,3 %	23,6 %*
21 à 24 ans	19,9 %	16,9 %*	26,9 %	36,3 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (686)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	18,8 %	27,1 %	25,6 %	28,5 %
Généralement satisfait ou très satisfait	19,8 %	25,1 %	29,2 %	25,9 %
Perception de la santé mentale (703)				
Généralement passable ou mauvaise	15,0 %	26,9 %	28,2 %	29,9 %
Généralement bonne ou excellente	22,0 %	25,4 %	26,7 %	26,0 %
Niveau élevé de détresse psychologique (627)				
Oui	19,6 %	24,4 %	23,2 %	32,7 %
Non	20,3 %	25,3 %	28,8 %	25,7 %
Consommation de cannabis - 12 mois (717)				
Oui	16,4 %	27,7 %	26,6 %	29,2 %
Non	21,9 %	24,6 %	27,5 %	26,0 %

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 6 Perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Perception du nombre de personnes de l'entourage qui consomment du cannabis à l'occasion ou régulièrement		
	Environ la moitié d'entre elles ou plus	Quelques-unes d'entre elles	Aucune d'entre elles
Total (711)	33,2 %	43,5 %	23,3 %
Genre (711)			
Masculin	31,5 %	44,9 %	23,6 %
Féminin	35,0 %	41,9 %	23,1 %
Âge (711)			
18 à 20 ans	31,6 %	43,7 %	24,8 %
21 à 24 ans	37,4 %	42,9 %	19,7 %
Satisfaction à l'égard de la vie (682)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	34,7 %	48,5 %	16,8 %
Généralement satisfait ou très satisfait	33,3 %	41,9 %	24,8 %
Perception de la santé mentale (698)			
Généralement passable ou mauvaise	44,1 %*	42,4 %	13,5 %*
Généralement bonne ou excellente	27,1 %*	44,3 %	28,6 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (623)			
Oui	42,6 %*	46,3 %	11,1 %*
Non	30,8 %*	43,0 %	26,2 %*
Consommation de cannabis - 12 mois (711)			
Oui	50,7 %*	45,5 %	3,7 %*
Non	22,6 %*	42,2 %	35,2 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 7 Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur le sommeil

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Effet de la consommation de cannabis sur le sommeil			
	Effet bénéfique	Aucun effet	Effet néfaste	Ne sait pas
Total (779)	42,0 %	5,1 %	30,0 %	22,8 %
Genre (779)				
Masculin	37,9 %*	6,2 %	30,2 %	25,7 %
Féminin	46,3 %*	4,0 %	29,9 %	19,8 %
Âge (779)				
18 à 20 ans	41,8 %	4,7 %	30,8 %	22,7 %
21 à 24 ans	42,4 %	6,3 %	28,1 %	23,2 %
Né(e) au Canada (775)				
Oui	47,3 %*	5,6 %	25,8 %*	21,3 %
Non	27,2 %*	4,0 %	42,1 %*	26,7 %
Satisfaction à l'égard de la vie (740)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	51,6 %*	6,5 %	23,5 %*	18,4 %
Généralement satisfait ou très satisfait	39,8 %*	4,2 %	32,3 %*	23,7 %
Perception de la santé mentale (762)				
Généralement passable ou mauvaise	51,9 % *	5,8 %	27,2 %	15,2 %*
Généralement bonne ou excellente	37,2 % *	4,6 %	32,0 %	26,2 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (673)				
Oui	52,9 %*	3,5 %	28,5 %	15,1 %*
Non	41,1 %*	4,8 %	30,9 %	23,2 %*
Consommation de cannabis - 12 mois (779)				
Oui	68,6 %*	4,0 %	16,2 %*	11,2 %*
Non	27,3 %*	5,8 %	37,6 %*	29,3 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 8 Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur l'humeur

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Effet de la consommation de cannabis sur l'humeur			
	Effet bénéfique	Aucun effet	Effet néfaste	Ne sait pas
Total (772)	38,6 %	6,1 %	29,7 %	25,6 %
Genre (772)				
Masculin	39,4 %	6,3 %	28,4 %	25,9 %
Féminin	37,7 %	5,9 %	31,0 %	25,4 %
Âge (772)				
18 à 20 ans	37,8 %	6,2 %	30,2 %	25,8 %
21 à 24 ans	40,5 %	5,9 %	28,4 %	25,2 %
Né(e) au Canada (768)				
Oui	41,3 %*	7,1 %*	26,8 %*	24,9 %
Non	31,3 %*	3,0 %*	37,8 %*	27,9 %
Satisfaction à l'égard de la vie (734)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	49,1 %*	6,1 %	27,6 %	17,3 %*
Généralement satisfait ou très satisfait	34,6 %*	6,2 %	31,5 %	27,7 %*
Perception de la santé mentale (755)				
Généralement passable ou mauvaise	48,8 %*	5,8 %	27,5 %	17,9 %*
Généralement bonne ou excellente	33,4 %*	6,2 %	31,7 %	28,7 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (668)				
Oui	51,2 %*	6,0 %	26,2 %	16,7 %*
Non	35,2 %*	5,8 %	32,4 %	26,6 %*
Consommation de cannabis - 12 mois (772)				
Oui	59,9 %*	6,2 %	18,6 %*	15,3 %*
Non	26,9 %*	6,0 %	35,7 %*	31,3 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 9 Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur la créativité

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Effet de la consommation de cannabis sur la créativité			
	Effet bénéfique	Aucun effet	Effet néfaste	Ne sait pas
Total (776)	38,0 %	13,8 %	22,2 %	26,0 %
Genre (776)				
Masculin	41,4 %	12,5 %	22,6 %	23,6 %
Féminin	34,5 %	15,1 %	21,8 %	28,6 %
Âge (776)				
18 à 20 ans	39,1 %	13,7 %	21,5 %	25,7 %
21 à 24 ans	35,4 %	13,9 %	23,8 %	26,9 %
Né(e) au Canada (772)				
Oui	41,8 %*	14,2 %	19,5 %*	24,6 %
Non	27,2 %*	12,9 %	30,2 %*	29,7 %
Satisfaction à l'égard de la vie (738)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	44,7 %	12,9 %	22,1 %	20,3 %
Généralement satisfait ou très satisfait	35,3 %	14,4 %	22,3 %	28,0 %
Perception de la santé mentale (759)				
Généralement passable ou mauvaise	47,3 %*	11,5 %	20,2 %	21,0 %*
Généralement bonne ou excellente	32,8 %*	14,9 %	23,6 %	28,7 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (672)				
Oui	52,6 %*	12,9 %	17,0 %	17,5 %*
Non	35,5 %*	14,8 %	23,8 %	25,9 %*
Consommation de cannabis - 12 mois (776)				
Oui	62,0 %*	14,1 %	10,5 %*	13,4 %*
Non	24,8 %*	13,6 %	28,6 %*	33,0 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 10 Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur l'anxiété

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Effet de la consommation de cannabis sur l'anxiété			
	Effet bénéfique	Aucun effet	Effet néfaste	Ne sait pas
Total (769)	35,6 %	8,1 %	35,5 %	20,8 %
Genre (769)				
Masculin	36,3 %	9,8 %	31,7 %	22,2 %
Féminin	34,9 %	6,2 %	39,5 %	19,4 %
Âge (769)				
18 à 20 ans	35,2 %	8,8 %	35,2 %	20,9 %
21 à 24 ans	36,8 %	6,3 %	36,3 %	20,6 %
Né(e) au Canada (765)				
Oui	39,4 %*	8,5 %	33,5 %	18,6 %*
Non	25,4 %*	7,0 %	41,3 %	26,4 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (732)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	42,1 %*	9,3 %	34,1 %	14,5 %*
Généralement satisfait ou très satisfait	33,6 %*	7,5 %	37,1 %	21,8 %*
Perception de la santé mentale (752)				
Généralement passable ou mauvaise	36,0 %	8,4 %	37,7 %	18,0 %
Généralement bonne ou excellente	34,7 %	8,0 %	35,5 %	21,8 %
Niveau élevé de détresse psychologique (664)				
Oui	40,5 %	8,9 %	34,5 %	16,1 %
Non	34,5 %	7,5 %	36,9 %	21,2 %
Consommation de cannabis - 12 mois (769)				
Oui	49,1 %*	9,2 %	33,2 %	8,5 %*
Non	28,3 %*	7,4 %	36,7 %	27,5 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 11 Perception de l'effet de la consommation de cannabis sur la gêne ou l'inhibition

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Effet de la consommation de cannabis sur la gêne ou l'inhibition			
	Effet bénéfique	Aucun effet	Effet néfaste	Ne sait pas
Total (768)	30,5 %	13,8 %	25,9 %	29,8 %
Genre (768)				
Masculin	28,8 %	13,9 %	26,3 %	31,1 %
Féminin	32,3 %	13,7 %	25,5 %	28,5 %
Âge (768)				
18 à 20 ans	31,3 %	12,1 %	26,2 %	30,4 %
21 à 24 ans	28,4 %	18,0 %	25,2 %	28,4 %
Né(e) au Canada (764)				
Oui	33,8 %*	14,3 %	23,7 %*	28,1 %
Non	21,1 %*	12,6 %	31,7 %*	34,7 %
Satisfaction à l'égard de la vie (730)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	32,9 %	14,1 %	29,1 %	23,9 %
Généralement satisfait ou très satisfait	29,8 %	13,9 %	24,8 %	31,5 %
Perception de la santé mentale (751)				
Généralement passable ou mauvaise	37,2 %*	14,2 %	23,0 %	25,5 %
Généralement bonne ou excellente	26,8 %*	13,9 %	27,9 %	31,4 %
Niveau élevé de détresse psychologique (667)				
Oui	44,4 %*	14,0 %	21,6 %	19,9 %*
Non	27,6 %*	15,1 %	27,2 %	30,0 %*
Consommation de cannabis - 12 mois (768)				
Oui	43,2 %*	16,6 %	19,9 %*	20,3 %*
Non	23,5 %*	12,3 %	29,2 %*	35,0 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 12 Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle de cannabis

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation occasionnelle de cannabis		
	Aucun risque	Risque minime	Risque modéré ou élevé
Total (727)	20,1 %	34,5 %	45,4 %
Genre (727)			
Masculin	21,6 %	34,1 %	44,3 %
Féminin	18,5 %	34,9 %	46,6 %
Âge (727)			
18 à 20 ans	20,0 %	36,1 %	43,9 %
21 à 24 ans	20,3 %	30,7 %	49,1 %
Né(e) au Canada (724)			
Oui	22,5 %*	39,5 %*	38,0 %*
Non	12,8 %*	20,3 %*	66,8 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (694)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	19,2 %	36,5 %	44,3 %
Généralement satisfait ou très satisfait	20,0 %	33,6 %	46,4 %
Perception de la santé mentale (715)			
Généralement passable ou mauvaise	17,6 %	38,6 %	43,8 %
Généralement bonne ou excellente	20,5 %	33,0 %	46,5 %
Niveau élevé de détresse psychologique (639)			
Oui	19,0 %	38,7 %	42,3 %
Non	18,9 %	34,7 %	46,4 %
Consommation de cannabis - 12 mois (727)			
Oui	27,6 %*	46,3 %*	26,1 %*
Non	15,6 %*	27,5 %*	56,9 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 13 Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation régulière de cannabis

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Perception du niveau de risque pour la santé associé à la consommation régulière de cannabis		
	Aucun risque	Risque minime	Risque modéré ou élevé
Total (715)	10,3 %	21,3 %	68,4 %
Genre (715)			
Masculin	10,5 %	23,2 %	66,2 %
Féminin	10,1 %	19,1 %	70,7 %
Âge (715)			
18 à 20 ans	10,0 %	22,6 %	67,3 %
21 à 24 ans	11,1 %	17,9 %	71,0 %
Né(e) au Canada (712)			
Oui	11,3 %	23,1 %	65,7 %*
Non	7,3 %	16,2 %	76,5 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (683)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	8,9 %	27,1 %*	64,0 %
Généralement satisfait ou très satisfait	10,6 %	18,3 %*	71,0 %
Perception de la santé mentale (701)			
Généralement passable ou mauvaise	7,8 %	23,3 %	69,0 %
Généralement bonne ou excellente	11,3 %	19,4 %	69,3 %
Niveau élevé de détresse psychologique (628)			
Oui	7,3 %	23,8 %	68,9 %
Non	9,7 %	19,8 %	70,5 %
Consommation de cannabis - 12 mois (715)			
Oui	9,6 %	29,8 %*	60,7 %*
Non	10,8 %	16,0 %*	73,1 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 14 Consommation de cannabis (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Consommation de cannabis	
	Non	Oui
Total (792)	64,6 %	35,4 %
Genre (792)		
Masculin	66,5 %	33,5 %
Féminin	62,7 %	37,3 %
Âge (792)		
18 à 20 ans	65,4 %	34,6 %
21 à 24 ans	62,8 %	37,2 %
Né(e) au Canada (788)		
Oui	58,9 % *	41,1 %*
Non	81,4 %*	18,6 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (751)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	50,5 %*	49,5 %*
Généralement satisfait ou très satisfait	69,3 %*	30,7 %*
Perception de la santé mentale (774)		
Généralement passable ou mauvaise	47,5 %*	52,5 %*
Généralement bonne ou excellente	73,0 %*	27,0 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (683)		
Oui	47,4 %*	52,6 %*
Non	69,0 %*	31,0 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 15 Âge d'initiation à la consommation de cannabis

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Âge d'initiation à la consommation de cannabis			
	< 15 ans	15 à 17 ans	18 à 20 ans	21 à 24 ans
Total (376)	27,9 %	46,8 %	20,2 %	5,1 %
Genre (376)				
Masculin	24,6 %	48,0 %	21,2 %	6,1 %
Féminin	31,0 %	45,7 %	19,3 %	4,1 %
Âge (376)				
18 à 20 ans	31,8 %*	49,4 %	18,8 %	0,0 %
21 à 24 ans	19,8 %*	41,3 %	23,1 %	15,7 %
Satisfaction à l'égard de la vie (365)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	27,2 %	43,4 %	22,8 %	6,6 %
Généralement satisfait ou très satisfait	28,8 %	48,5 %	18,3 %	4,4 %
Perception de la santé mentale (368)				
Généralement passable ou mauvaise	28,7 %	43,3 %	22,3 %	5,7 %
Généralement bonne ou excellente	27,0 %	49,8 %	18,5 %	4,7 %
Niveau élevé de détresse psychologique (342)				
Oui	30,2 %	44,0 %	19,0 %	6,9 %
Non	28,3 %	47,8 %	19,9 %	4,0 %

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 16 Fréquence de consommation de cannabis (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Fréquence de consommation de cannabis	
	Occasionnelle (< 1 à 3 jours par mois)	Régulière (1 à 7 jours par semaine)
Total (264)	56,1 %	43,9 %
Genre (264)		
Masculin	53,1 %	46,9 %
Féminin	59,0 %	41,0 %
Âge (264)		
18 à 20 ans	57,8 %	42,2 %
21 à 24 ans	51,9 %	48,1 %
Né(e) au Canada (264)		
Oui	54,4 %	45,6 %
Non	66,7 %	33,3 %
Satisfaction à l'égard de la vie (256)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	55,4 %	44,6 %
Généralement satisfait ou très satisfait	56,1 %	43,9 %
Perception de la santé mentale (257)		
Généralement passable ou mauvaise	52,5 %	47,5 %
Généralement bonne ou excellente	59,1 %	40,9 %
Niveau élevé de détresse psychologique (236)		
Oui	53,5 %	46,5 %
Non	55,3 %	44,7 %
Âge d'initiation à la consommation de cannabis (248)		
Moins de 15 ans	35,9 %*	64,1 %*
15 à 17 ans	59,6 %*	40,4 %*
18 à 20 ans	74,4 %*	25,6 %*
21 à 24 ans	76,9 %*	23,1 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 17 Modification de la consommation de cannabis en raison de la pandémie de COVID-19 (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Modification de la consommation de cannabis en raison de la pandémie (COVID-19)		
	A augmenté sa consommation	A diminué sa consommation	N'a pas modifié sa consommation
Total (255)	31,4 %	0,4 %	68,2 %
Genre (255)			
Masculin	28,9 %	0,0 %	71,1 %
Féminin	33,6 %	0,7 %	65,7 %
Âge (255)			
18 à 20 ans	30,9 %	0,6 %	68,5 %
21 à 24 ans	32,5 %	0,0 %	67,5 %
Satisfaction à l'égard de la vie (249)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	30,6 %	0,0 %	69,4 %
Généralement satisfait ou très satisfait	31,8 %	0,7 %	67,5 %
Perception de la santé mentale (246)			
Généralement passable ou mauvaise	37,4 %	0,9 %	61,7 %
Généralement bonne ou excellente	26,7 %	0,0 %	73,3 %
Niveau élevé de détresse psychologique (227)			
Oui	48,1 %*	1,2 %	50,6 %*
Non	25,3 %*	0,0 %	74,7 %*
Fréquence de consommation de cannabis (242)			
Moins de 1 à 3 jours par mois	18,1 %*	0,0 %	81,9 %*
1 à 7 jours par semaine	51,9 %*	1,0 %	47,1 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 18 Méthodes de consommation du cannabis selon le genre et l'âge (12 mois)

Caractéristique	Méthode de consommation du cannabis (nombre d'observations valides)							
	Fumé (275)	Vapoté (272)	Mangé (270)	Bu (271)	Vaporisé (267)	Gouttes orales (269)	Inhalé par tamponnage (271)	Pilule (269)
Total	89,8 %	61,8 %	42,6 %	25,5 %	25,1 %	15,2 %	13,3 %	10,0 %
Genre								
Masculin	93,3 %	62,1 %	45,0 %	28,0 %	31,8 %*	16,0 %	19,8 %*	10,7 %
Féminin	86,4 %	61,4 %	40,3 %	23,0 %	18,8 %*	14,5 %	7,1 %*	9,4 %
Âge								
18 à 20 ans	88,1 %	70,7 %*	44,7 %	24,6 %	24,6 %	15,3 %	13,7 %	9,0 %
21 à 24 ans	93,9 %	40,7 %*	37,5 %	27,5 %	26,3 %	15,0 %	12,3 %	12,5 %

^a Plus d'une méthode de consommation pouvait être indiquée.

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 19 Méthodes de consommation du cannabis selon la fréquence de consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude

Caractéristique	Méthode de consommation du cannabis (nombre d'observations valides)							
	Fumé (261)	Vapoté (258)	Mangé (256)	Bu (257)	Vaporisé (253)	Gouttes orales (255)	Inhalé par tamponnage (257)	Pilule (255)
Total	90,8 %	61,6 %	43,4 %	25,7 %	24,5 %	14,9 %	13,2 %	10,6 %
Fréquence de consommation de cannabis								
Moins de 1 à 3 jours par mois	84,9 %*	53,1 %*	35,4 %*	22,1 %	16,8 %*	6,2 %*	2,8 %*	3,4 %*
1 à 7 jours par semaine	98,3 %*	72,6 %*	54,1 %*	30,4 %	34,5 %*	26,4 %*	26,8 %*	20,0 %*

^a Plus d'une méthode de consommation pouvait être indiquée.

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 20 Contenu en cannabinoïdes du cannabis principalement consommé (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Contenu en cannabinoïdes du cannabis principalement consommé			
	Exclusivement du THC ou plus de THC que de CBD	Autant de THC que de CBD	Exclusivement du CBD ou plus de CBD que de THC	Ne sait pas
Total (272)	59,6 %	10,7 %	6,3 %	23,5 %
Genre (272)				
Masculin	63,6 %	9,1 %	4,5 %	22,7 %
Féminin	55,7 %	12,1 %	7,9 %	24,3 %
Âge (272)				
18 à 20 ans	60,2 %	9,4 %	5,2 %	25,1 %
21 à 24 ans	58,0 %	13,6 %	8,6 %	19,8 %
Satisfaction à l'égard de la vie (265)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	62,3 %	9,4 %	5,7 %	22,6 %
Généralement satisfait ou très satisfait	59,1 %	11,3 %	6,3 %	23,3 %
Perception de la santé mentale (264)				
Généralement passable ou mauvaise	61,3 %	12,9 %	5,6 %	20,2 %
Généralement bonne ou excellente	57,9 %	8,6 %	6,4 %	27,1 %
Niveau élevé de détresse psychologique (243)				
Oui	56,8 %	14,8 %	6,8 %	21,6 %
Non	61,9 %	10,3 %	6,5 %	21,3 %
Fréquence de consommation de cannabis (258)				
Moins de 1 à 3 jours par mois	47,2 %*	13,2 %	7,6 %	31,9 %*
1 à 7 jours par semaine	76,3 %*	7,9 %	4,4 %	11,4 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 21 Source d'approvisionnement du cannabis consommé (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Source d'approvisionnement du cannabis principalement consommé			
	Membre de la famille, ami ou connaissance	SQDC	Fournisseur illégal	Source légale dans une autre province
Total (280)	44,6 %	42,1 %	21,1 %	10,4 %
Genre (280)				
Masculin	44,5 %	38,7 %	21,9 %	10,2 %
Féminin	44,8 %	45,5 %	20,3 %	10,5 %
Âge (280)				
18 à 20 ans	49,0 %*	31,6 %*	26,0 %*	8,7 %
21 à 24 ans	34,5 %*	66,7 %*	9,5 %*	14,3 %
Satisfaction à l'égard de la vie (272)				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	42,2 %	37,6 %	18,3 %	9,2 %
Généralement satisfait ou très satisfait	47,2 %	45,4 %	23,9 %	10,4 %
Perception de la santé mentale (271)				
Généralement passable ou mauvaise	45,3 %	39,8 %	22,7 %	13,3 %
Généralement bonne ou excellente	44,1 %	43,4 %	19,6 %	7,0 %
Niveau élevé de détresse psychologique (249)				
Oui	48,4 %	44,0 %	24,2 %	11,0 %
Non	43,7 %	42,4 %	22,2 %	11,4 %
Fréquence de consommation de cannabis (264)				
Moins de 1 à 3 jours par mois	55,4 %*	32,4 %*	13,5 %*	8,1 %
1 à 7 jours par semaine	31,9 %*	52,6 %*	31,9 %*	13,8 %

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 22 Principale raison mentionnée pour avoir consommé du cannabis (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Principale raison de consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois		
	À des fins médicales	À des fins non médicales	À des fins médicales et non médicales
Total (240)	4,2 %	80,0 %	15,8 %
Genre (240)			
Masculin	5,0 %	84,3 %	10,7 %
Féminin	3,4 %	75,6 %	21,0 %
Âge (240)			
18 à 20 ans	3,0 %	80,6 %	16,4 %
21 à 24 ans	6,7 %	78,7 %	14,7 %
Satisfaction à l'égard de la vie (234)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	5,4 %	77,4 %	17,2 %
Généralement satisfait ou très satisfait	2,8 %	82,3 %	14,9 %
Perception de la santé mentale (233)			
Généralement passable ou mauvaise	6,3 %	73,9 %*	19,8 %*
Généralement bonne ou excellente	2,5 %	86,9 %*	10,7 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (216)			
Oui	6,6 %	73,7 %	19,7 %
Non	2,1 %	82,1 %	15,7 %
Fréquence de consommation de cannabis (228)			
Moins de 1 à 3 jours par mois	4,7 %	85,8 %*	9,4 %*
1 à 7 jours par semaine	4,0 %	73,3 %*	22,8 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 23 Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon le genre et l'âge (12 mois)

Caractéristique	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis (nombre d'observations valides)						
	Relaxer (275)	Socialiser (271)	Se sentir "buzzé" (269)	Aider au sommeil (271)	Expérim enter (274)	Aider avec les sentiments ou les émotions (271)	Traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes (263)
Total	86,5 %	73,8 %	69,1 %	56,5 %	48,2 %	47,6 %	29,3 %
Genre							
Masculin	86,5 %	81,8 %*	66,7 %	53,0 %	50,0 %	40,5 %*	25,0 %
Féminin	86,6 %	66,2 %*	71,5 %	59,7 %	46,5 %	54,3 %*	33,3 %
Âge							
18 à 20 ans	86,6 %	75,0 %	69,3 %	55,8 %	49,2 %	44,5 %	29,1 %
21 à 24 ans	86,4 %	70,9 %	68,8 %	58,0 %	45,7 %	55,0 %	29,7 %

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué.

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 24 Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon la satisfaction à l'égard de la vie (12 mois)

Caractéristique	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis (nombre d'observations valides)						
	Relaxer (267)	Socialiser (264)	Se sentir "buzzé" (261)	Aider au sommeil (263)	Expérim enter (266)	Aider avec les sentiments ou les émotions (263)	Traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes (257)
Total	86,9 %	74,6 %	69,3 %	56,7 %	47,7 %	47,1 %	29,2 %
Satisfaction à l'égard de la vie							
Généralement insatisfait ou très insatisfait	88,7 %	72,1 %	69,3 %	57,8 %	46,2 %	55,3 %*	32,4 %
Généralement satisfait ou très satisfait	85,7 %	76,3 %	69,4 %	55,9 %	48,8 %	41,9 %*	27,1 %

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué.

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 25 Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon la perception de la santé mentale (12 mois)

Caractéristique	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis (nombre d'observations valides)						
	Relaxer (266)	Socialiser (262)	Se sentir "buzzé" (260)	Aider au sommeil (262)	Expérim enter (265)	Aider avec les sentiments ou les émotions (262)	Traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes (254)
Total	86,5 %	72,9 %	68,8 %	56,1 %	48,7 %	47,3 %	28,7 %
Perception de la santé mentale							
Généralement passable ou mauvaise	91,3 %*	70,2 %	76,9 %*	60,5 %	47,2 %	62,4 %*	37,5 %*
Généralement bonne ou excellente	82,1 %*	75,4 %	61,9 %*	52,2 %	50,0 %	33,6 %*	20,9 %*

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué.

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 26 Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon le niveau de détresse psychologique (12 mois)

Caractéristique	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis (nombre d'observations valides)						
	Relaxer (244)	Socialiser (240)	Se sentir "buzzé" (239)	Aider au sommeil (242)	Expérim enter (243)	Aider avec les sentiments ou les émotions (241)	Traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes (234)
Total	87,3 %	73,8 %	69,9 %	57,4 %	48,6 %	49,4 %	30,8 %
Niveau élevé de détresse psychologique							
Oui	92,1 %	72,7 %	73,6 %	62,5 %	48,3 %	61,1 %*	35,7 %
Non	84,5 %	74,3 %	67,8 %	54,5 %	48,7 %	42,4 %*	28,0 %

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué.

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 27 Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis selon la fréquence de consommation de cannabis (12 mois)

Caractéristique	Motifs mentionnés pour avoir consommé du cannabis (nombre d'observations valides)						
	Relaxer (261)	Socialiser (258)	Se sentir "buzzé" (256)	Aider au sommeil (258)	Expérim enter (260)	Aider avec les sentiments ou les émotions (258)	Traiter un problème de santé ou pour soulager des symptômes (251)
Total	87,4 %	74,0 %	70,3 %	58,5 %	47,3 %	48,4 %	29,1 %
Fréquence de consommation de cannabis							
Moins de 1 à 3 jours par mois	81,5 %*	69,4 %	60,4 %*	44,5 %*	56,8 %*	38,4 %*	18,3 %*
1 à 7 jours par semaine	94,8 %*	80,2 %	83,0 %*	76,8 %*	34,8 %*	61,6 %*	43,1 %*

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué.

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 28 Consommation de cannabis avant ou pendant une journée d'étude (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Consommation de cannabis avant ou pendant une journée d'étude ^a	
	Non	Oui
Total (267)	64,8 %	35,2 %
Genre (267)		
Masculin	63,1 %	36,9 %
Féminin	66,4 %	33,6 %
Âge (267)		
18 à 20 ans	61,3 %	38,7 %
21 à 24 ans	72,8 %	27,2 %
Satisfaction à l'égard de la vie (260)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	66,0 %	34,0 %
Généralement satisfait ou très satisfait	63,1 %	36,9 %
Perception de la santé mentale (258)		
Généralement passable ou mauvaise	65,8 %	34,2 %
Généralement bonne ou excellente	65,2 %	34,8 %
Niveau élevé de détresse psychologique (238)		
Oui	64,7 %	35,3 %
Non	64,7 %	35,3 %
Fréquence de consommation de cannabis (255)		
Moins de 1 à 3 jours par mois	83,6 %*	16,4 %*
1 à 7 jours par semaine	39,4 %*	60,6 %*

^a Les valeurs présentées dans la même catégorie « Oui » correspondent au regroupement des choix de réponses « Parfois », « Souvent » et « Toujours ou presque ».

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 29 Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon le genre et l'âge (12 mois)

Caractéristique	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances ^a (nombre d'observations valides)			
	Alcool (273)	Tabac (276)	SPA illégale (277)	Stimulant sur ordonnance (276)
Total	69,6 %	65,2 %	16,2 %	13,4 %
Genre				
Masculin	69,7 %	60,9 %	13,3 %	12,6 %
Féminin	69,5 %	69,2 %	19,0 %	14,2 %
Âge				
18 à 20 ans	69,1 %	69,9 %*	15,4 %	15,0 %
21 à 24 ans	70,7 %	54,2 %*	18,3 %	9,6 %

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué. Les valeurs présentées correspondent au regroupement dans une même catégorie des choix de réponses « Rarement », « Parfois », « Souvent », et « Toujours ».

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 30 Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon la satisfaction à l'égard de la vie (12 mois)

Caractéristique	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances ^a (nombre d'observations valides)			
	Alcool (265)	Tabac (268)	SPA illégale (269)	Stimulant sur ordonnance (268)
Total	70,2 %	66,4 %	16,7 %	13,4 %
Satisfaction à l'égard de la vie				
Généralement insatisfait ou très insatisfait	66,0 %	68,2 %	15,9 %	10,4 %
Généralement satisfait ou très satisfait	73,0 %	65,2 %	17,3 %	15,4 %

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué. Les valeurs présentées correspondent au regroupement dans une même catégorie des choix de réponses « Rarement », « Parfois », « Souvent », et « Toujours ».

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 31 Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon la perception de la santé mentale (12 mois)

Caractéristique	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances ^a (nombre d'observations valides)			
	Alcool (264)	Tabac (268)	SPA illégale (268)	Stimulant sur ordonnance (267)
Total	69,7 %	64,9 %	15,7 %	13,1 %
Perception de la santé mentale				
Généralement passable ou mauvaise	66,7 %	65,9 %	18,3 %	15,9 %
Généralement bonne ou excellente	72,3 %	64,1 %	13,4 %	10,6 %

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué. Les valeurs présentées correspondent au regroupement dans une même catégorie des choix de réponses « Rarement », « Parfois », « Souvent », et « Toujours ».

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 32 Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon le niveau de détresse psychologique (12 mois)

Caractéristique	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances ^a (nombre d'observations valides)			
	Alcool (245)	Tabac (246)	SPA illégale (246)	Stimulant sur ordonnance (245)
Total	69,4 %	64,2 %	17,5 %	13,9 %
Niveau élevé de détresse psychologique				
Oui	69,7 %	66,7 %	16,7 %	21,3 %*
Non	69,2 %	62,8 %	17,9 %	9,6 %*

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué. Les valeurs présentées correspondent au regroupement dans une même catégorie des choix de réponses « Rarement », « Parfois », « Souvent », et « Toujours ».

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 33 Consommation combinée de cannabis et d'autres substances selon la fréquence de consommation de cannabis (12 mois)

Caractéristique	Consommation combinée de cannabis et d'autres substances ^a (nombre d'observations valides)			
	Alcool (259)	Tabac (261)	SPA illégale (262)	Stimulant sur ordonnance (261)
Total	70,7 %	67,0 %	16,8 %	13,8 %
Fréquence de consommation de cannabis				
Moins de 1 à 3 jours par mois	61,9 %*	57,1 %*	8,2 %*	12,2 %
1 à 7 jours par semaine	82,1 %*	79,8 %*	27,8 %*	15,9 %

^a Plus d'un motif de consommation pouvait être indiqué. Les valeurs présentées correspondent au regroupement dans une même catégorie des choix de réponses « Rarement », « Parfois », « Souvent », et « Toujours ».

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 34 Effet de la consommation de cannabis sur la santé mentale (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Effets de la consommation de cannabis sur la santé mentale		
	Effet positif	Aucun effet	Effet négatif
Total (250)	30,4 %	49,6 %	20,0 %
Genre (250)			
Masculin	30,0 %	53,3 %	16,7 %
Féminin	30,8 %	46,2 %	23,1 %
Âge (250)			
18 à 20 ans	27,6 %	50,0 %	22,4 %
21 à 24 ans	36,8 %	48,7 %	14,5 %
Satisfaction à l'égard de la vie (243)			
Généralement insatisfait ou très insatisfait	34,4 %	43,8 %	21,9 %
Généralement satisfait ou très satisfait	27,2 %	53,1 %	19,7 %
Perception de la santé mentale (243)			
Généralement passable ou mauvaise	37,7 %*	38,6 %*	23,7 %
Généralement bonne ou excellente	23,3 %*	59,7 %*	17,1 %
Niveau élevé de détresse psychologique (224)			
Oui	34,6 %	37,0 %*	28,4 %*
Non	27,3 %	55,9 %*	16,8 %*
Fréquence de consommation de cannabis (238)			
Moins de 1 à 3 jours par mois	24,6 %*	63,8 %*	11,6 %*
1 à 7 jours par semaine	37,0 %*	30,0 %*	33,0 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 35 Besoin d'aide professionnelle à vie par rapport à la consommation de cannabis

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Besoin d'aide professionnelle à vie par rapport à la consommation de cannabis	
	Non	Oui
Total (271)	86,7 %	13,3 %
Genre (271)		
Masculin	87,7 %	12,3 %
Féminin	85,8 %	14,2 %
Âge (271)		
18 à 20 ans	85,4 %	14,6 %
21 à 24 ans	89,9 %	10,1 %
Satisfaction à l'égard de la vie (264)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	87,5 %	12,5 %
Généralement satisfait ou très satisfait	86,3 %	13,8 %
Perception de la santé mentale (262)		
Généralement passable ou mauvaise	80,5 %*	19,5 %*
Généralement bonne ou excellente	92,1 %*	7,9 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (241)		
Oui	85,2 %	14,8 %
Non	86,3 %	13,7 %
Fréquence de consommation de cannabis (256)		
Moins de 1 à 3 jours par mois	95,2 %*	4,8 %*
1 à 7 jours par semaine	73,4 %*	26,6 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 36 Aide professionnelle reçue à vie par rapport à la consommation de cannabis

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Aide professionnelle reçue à vie par rapport à la consommation de cannabis	
	Non	Oui
Total (271)	89,7 %	10,3 %
Genre (271)		
Masculin	91,6 %	8,4 %
Féminin	87,9 %	12,1 %
Âge (271)		
18 à 20 ans	88,0 %	12,0 %
21 à 24 ans	93,7 %	6,3 %
Satisfaction à l'égard de la vie (264)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	92,3 %	7,7 %
Généralement satisfait ou très satisfait	88,1 %	11,9 %
Perception de la santé mentale (262)		
Généralement passable ou mauvaise	83,7 %*	16,3 %*
Généralement bonne ou excellente	94,2 %*	5,8 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (240)		
Oui	90,8 %	9,2 %
Non	87,6 %	12,4 %
Fréquence de consommation de cannabis (258)		
Moins de 1 à 3 jours par mois	95,9 %*	4,1 %*
1 à 7 jours par semaine	80,2 %*	19,8 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 37 Consommation d'alcool (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Consommation d'alcool	
	Non	Oui
Total (761)	29,4 %	70,6 %
Genre (761)		
Masculin	33,0 %*	67,0 %*
Féminin	25,5 %*	74,5 %*
Âge (761)		
18 à 20 ans	30,2 %	69,8 %
21 à 24 ans	27,5 %	72,5 %
Né(e) au Canada (758)		
Oui	25,1 %*	74,9 %*
Non	41,3 %*	58,7 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (723)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	25,0 %	75,0 %
Généralement satisfait ou très satisfait	30,1 %	69,9 %
Perception de la santé mentale (745)		
Généralement passable ou mauvaise	19,2 %*	80,8 %*
Généralement bonne ou excellente	34,3 %*	65,7 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (660)		
Oui	20,2 %*	79,8 %*
Non	30,5 %*	69,5 %*

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 38 Fréquence de consommation d'alcool (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Fréquence de consommation d'alcool	
	< 1 à 3 jours par mois	1 à 7 jours par semaine
Total (537)	79,1 %	20,9 %
Genre (537)		
Masculin	80,1 %	19,9 %
Féminin	78,2 %	21,8 %
Âge (537)		
18 à 20 ans	80,9 %	19,1 %
21 à 24 ans	75,2 %	24,8 %
Né(e) au Canada (536)		
Oui	77,2 %*	22,8 %*
Non	86,1 %*	13,9 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (516)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	75,0 %	25,0 %
Généralement satisfait ou très satisfait	80,6 %	19,4 %
Perception de la santé mentale (526)		
Généralement passable ou mauvaise	77,3 %	22,7 %
Généralement bonne ou excellente	81,3 %	18,7 %
Niveau élevé de détresse psychologique (476)		
Oui	73,9 %	26,1 %
Non	80,4 %	19,6 %

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 39 Consommation excessive d'alcool (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Consommation excessive d'alcool	
	Non	Oui
Total (528)	68,6 %	31,4 %
Genre (528)		
Masculin	68,7 %	31,3 %
Féminin	68,4 %	31,6 %
Âge (528)		
18 à 20 ans	68,4 %	31,6 %
21 à 24 ans	69,0 %	31,0 %
Né(e) au Canada (527)		
Oui	75,2 %	24,8 %
Non	66,6 %	33,4 %
Satisfaction à l'égard de la vie (507)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	67,7 %	32,3 %
Généralement satisfait ou très satisfait	68,5 %	31,5 %
Perception de la santé mentale (517)		
Généralement passable ou mauvaise	67,9 %	32,1 %
Généralement bonne ou excellente	69,7 %	30,3 %
Niveau élevé de détresse psychologique (466)		
Oui	69,5 %	30,5 %
Non	68,4 %	31,6 %

Tableau 40 Consommation de SPA illégales (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Consommation de SPA illégales ¹	
	Non	Oui
Total (756)	89,7 %	10,3 %
Genre (756)		
Masculin	90,2 %	9,8 %
Féminin	89,2 %	10,8 %
Âge (756)		
18 à 20 ans	89,5 %	10,5 %
21 à 24 ans	90,2 %	9,8 %
Né(e) au Canada (753)		
Oui	87,8 %*	12,2 %*
Non	94,9 %*	5,1 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (716)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	85,8 %	14,2 %
Généralement satisfait ou très satisfait	90,4 %	9,6 %
Perception de la santé mentale (739)		
Généralement passable ou mauvaise	82,8 %*	17,2 %*
Généralement bonne ou excellente	92,9 %*	7,1 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (655)		
Oui	82,9 %*	17,1 %*
Non	91,0 %*	9,0 %*

¹ Consommation d'au moins une des substances suivantes : amphétamines, MDMA, substances hallucinogènes, héroïne, cocaïne, cannabinoïdes synthétiques, dérivés synthétiques de la cathinone, salvia, substances volatiles.

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Tableau 41 Consommation de médicaments à des fins non médicales (12 mois)

Caractéristique (nombre d'observations valides)	Consommation de médicaments à des fins non médicales ¹	
	Non	Oui
Total (760)	88,3 %	11,7 %
Genre (760)		
Masculin	90,6 %*	9,4 %*
Féminin	85,8 %*	14,2 %*
Âge (760)		
18 à 20 ans	88,3 %	11,7 %
21 à 24 ans	88,2 %	11,8 %
Né(e) au Canada (757)		
Oui	85,5 %*	14,5 %*
Non	96,0 %*	4,0 %*
Satisfaction à l'égard de la vie (721)		
Généralement insatisfait ou très insatisfait	85,5 %	14,5 %
Généralement satisfait ou très satisfait	89,1 %	10,9 %
Perception de la santé mentale (744)		
Généralement passable ou mauvaise	84,3 %*	15,7 %*
Généralement bonne ou excellente	90,4 %*	9,6 %*
Niveau élevé de détresse psychologique (659)		
Oui	87,3 %	12,7 %
Non	88,2 %	11,8 %

¹ Consommation d'au moins un médicament d'ordonnance (de la catégorie opiacé/opioïde, stimulant, ou sédatif/tranquillisant) ou en vente libre (de type antihistaminique, antitussif, décongestionnant, anti-nauséeux).

* Pour une variable de croisement donnée, un astérisque exprime une différence significative entre les proportions concernées d'une même colonne au seuil de 0,05.

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca