par Louise Guyon, Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ) ;
Louise Nadeau, Département de psychologie, Université de Montréal ;
Andrée Demers, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP),
Université de Montréal ; Natalie Kishchuk, Direction de la santé publique de Montréal-Centre

(1995)

“Grande consommation d’alcool et problèmes connexes”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Louise Guyon, Louise Nadeau, Andrée Demers et Natalie Kishchuk

"Grande consommation d'alcool et problèmes connexes".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume 2**. Chapitre 4, pp. 81-112. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 196 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 6 août 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

par Louise Guyon, Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ) ;
Louise Nadeau, Département de psychologie, Université de Montréal ;
Andrée Demers, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP),
Université de Montréal ; Natalie Kishchuk, Direction de la santé publique de Montréal-Centre

“Grande consommation d’alcool et problèmes connexes”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume 2**. Chapitre 4, pp. 81-112. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 196 pp.

Table des matières

- 4.0 [Introduction](#)
- 4.1 [État des connaissances](#)
 - 4.1.1 [Consommation bénéfique](#)
 - 4.1.2 [Élargissement de la notion de risque](#)
 - 4.1.3 [Problèmes associés à la consommation d'alcool](#)
 - 4.1.4 [Évolution de la consommation](#)
 - 4.1.5 [Principaux indicateurs de consommation dans les enquêtes épidémiologiques](#)
- 4.2 [Aspects méthodologiques](#)
 - 4.2.1 [Indicateurs de consommation](#)
 - 4.2.2 [Indicateurs des problèmes associés à la consommation d'alcool et de drogues](#)
- 4.3 [Résultats](#)
 - 4.3.1 [Indicateurs de consommation](#)
 - 4.3.2 [Problèmes associés à la consommation d'alcool](#)
- 4.4 [Conclusions](#)
 - 4.4.1 [Synthèse et pistes de recherche](#)
 - 4.4.2 [Éléments de réflexion pour la planification](#)
- 4.5 [Références bibliographiques](#)

par Louise Guyon, Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec (RISQ) ;
Louise Nadeau, Département de psychologie, Université de Montréal ;
Andrée Demers, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP),
Université de Montréal ; Natalie Kishchuk, Direction de la santé publique de Montréal-Centre

“Grande consommation d’alcool et problèmes connexes”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume 2**. Chapitre 4, pp. 81-112. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 196 pp.

4.0 Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Le présent chapitre, consacré à la consommation abusive d'alcool parmi la population du Québec, comporte deux grands objectifs : présenter un profil des consommateurs d'alcool qui rend compte du niveau de risque de ce comportement pour la santé, et dégager une prévalence des différents problèmes psychologiques et sociaux associés à chaque type de consommateur. Ce choix s'explique en partie par la disponibilité d'un large éventail de données sur ce sujet dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, mais aussi par le fait que l'alcool a été et demeure le produit qui entraîne le plus d'abus chez les Québécois. La Société de l'assurance automobile du Québec estime à plus de 400 le nombre annuel de décès attribuables à l'alcool, soit 45% de la mortalité sur les routes. De plus, deux tiers des délits conduisant à une condamnation ont vraisemblablement été commis sous l'emprise de l'alcool (Brochu, 1994 ; Collins et Schlenger, 1988). À ce tableau déjà lourd, il faut ajouter le cumul des conduites à risque : chez les jeunes par exemple, les plus grands consommateurs d'alcool risquent d'avoir

des relations sexuelles non protégées plus souvent que les autres (Santé Québec, 1991). En outre, toutes les conduites à risque sont plus fréquentes en état d'intoxication (Keighan et Nadeau, 1994).

Les grands consommateurs d'alcool retiennent l'attention parce qu'ils sont les plus susceptibles de présenter des problèmes de santé physique et mentale, ainsi que des difficultés comportementales ou sociales liées à la consommation de substances psychoactives. La consommation excessive d'alcool, concomitante ou non avec l'utilisation de drogues illégales, est en effet associée aux conditions sociales les plus aptes à engendrer le stress, l'isolement ou la détresse psychologique.

Pour réduire les problèmes entraînés par la consommation abusive, la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992) vise, d'ici à l'an 2002, à réduire de 15% la consommation d'alcool pour l'ensemble de la population. Cet objectif s'inspire de la politique proposée par le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (Anderson, 1991), qui préconise une réduction de 25% de la consommation pour les pays européens. En ce qui a trait aux drogues illégales, la Politique québécoise vise à augmenter le nombre de personnes qui n'en consommeront jamais. Comme pour l'alcool, la Politique ne s'attaque pas aux consommateurs à risque, mais vise plutôt la population dans son ensemble.

La plupart des enquêtes épidémiologiques sur l'alcool menées en Amérique du Nord et en Europe sont limitées par le nombre insuffisant de répondants. En vue d'obtenir le portrait des buveurs les plus à risque (Knupfer, 1989 ; Room, 1977), ces enquêtes sont généralement axées sur la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont liés, et ne révèlent que peu ou prou d'information sur la santé physique et psychologique des buveurs. L'Enquête sociale et de santé 1992-1993, comme la précédente effectuée en 1987, offre une possibilité exceptionnelle à cet égard (Nadeau et al., 1995). Il devient possible de constituer des sous-groupes de différentes catégories de grands buveurs.

Plus encore, elle permet de comparer les diverses catégories de buveurs en fonction d'une série de paramètres démographiques et socio-économiques, de santé et de détresse psychologique.

4.1 État des connaissances

[Retour à la table des matières](#)

Au cours des vingt dernières années, la recherche en épidémiologie de l'alcool a été particulièrement marquée par deux grands ensembles de résultats : le premier porte sur les effets bénéfiques de la consommation et le second, sur l'élargissement de la notion de risque et de problèmes connexes ; cette section en fait état brièvement. Seront également présentées l'évolution de la consommation d'alcool au cours des dernières années, et une brève présentation de certains indicateurs de consommation utilisés dans les grandes enquêtes.

4.1.1 Consommation bénéfique

Certaines études (Ashley et al., 1994 ; Edwards et al., 1994) confirment les effets bénéfiques pour la santé, notamment sur les troubles ischémiques, d'une consommation modérée ou limitée à un ou deux verres par jour. Cette relation en forme de « J » entre l'état de santé physique et la consommation d'alcool montre que les personnes abstinentes et les grands buveurs sont en moins bonne santé que les consommateurs modérés (Peele, 1993 ; Colsher et Wallace, 1989). Plusieurs travaux, notamment ceux de Hauge et Irgens-Jensen (1986) et de Mäkelä (1978) qui utilisent des données scandinaves, font ressortir les effets bienfaisants de la consommation sur le plan social, entre amis, par exemple. Toutefois, l'effet bénéfique de l'alcool décroît lorsqu'on excède quatre consommations par jour.

Ces résultats illustrent le dilemme auquel tout buveur fait face : l'alcool peut créer ou augmenter le plaisir ; il peut aussi contribuer à protéger la santé mais, au-delà d'un certain seuil, il devient source de problèmes. C'est en fonction de ce dilemme qu'il faut interpréter les pratiques de consommation des Québécois, en identifiant non seulement les pratiques à risque, mais également celles dont les conséquences néfastes sont rares. Certaines études longitudinales effectuées auprès de la population générale ont toutefois permis de constater que les personnes qui ont des problèmes liés à l'alcool peuvent se déplacer, sans point de rupture, sur un continuum allant d'une consommation modérée à une consommation abusive. Nous examinerons donc les risques associés à la consommation d'alcool à la lumière de ce phénomène.

4.1.2 Élargissement de la notion de risque

[Retour à la table des matières](#)

Les travaux des dernières décennies ont aussi été marqués par l'éclatement de la notion de risque, qui influence les travaux récents et la recherche en épidémiologie de l'alcool. Alors que dans les années 60, le risque considéré était de nature biophysique, la notion de risque englobe maintenant une série de problèmes, comme la violence familiale, les accidents, les problèmes périnataux, les perturbations psychologiques et les troubles psychiatriques. Cet élargissement de la notion de risque aux problèmes psychologiques et sociaux correspond à ce que Smart (1992) appelle la démedicalisation de l'épidémiologie, ou à ce que l'Organisation mondiale de la santé nomme l'épidémiologie sociale. Cependant, comme le souligne Smart à ce propos :

« Bien que de nouveaux types de risques liés à l'alcool aient été étudiés, nous ne savons pas quels niveaux de consommation conduisent à des problèmes comme la violence domestique, les accidents

cardio-vasculaires, les suicides ou l'homicide. Les courbes dose-effet pour l'alcool et les problèmes physiques et sociaux qui en résultent seraient très utiles à la planification des programmes de prévention. » (traduction libre)

Selon le type de problème examiné, la notion de risque associé à la consommation peut varier considérablement. Il faut donc considérer non seulement le volume mais également les modèles de consommation (Edwards et al., 1994).

Il n'est pas facile de déterminer qui, parmi les consommateurs, risque d'avoir une consommation sujette aux divers méfaits attribuables à l'alcool ; cette connaissance est pourtant essentielle dans une perspective de santé publique. En effet, le point de césure entre la consommation dite normale (selon les normes sociales) et la consommation problématique est très variable d'un pays à l'autre et, dans un même pays, d'une étude à l'autre (Room, 1990 ; Greenfield, 1986). Comme ces points de césure représentent un jugement de valeur sur ce qui est tolérable comme comportement lié à l'alcool ou comme effet délétère associé à la consommation, un tel désaccord n'est guère surprenant.

4.1.3 Problèmes associés à la consommation d'alcool

[Retour à la table des matières](#)

Les problèmes liés à la consommation d'alcool peuvent être d'ordre physique, psychologique ou social.

Les principaux problèmes de santé physique associés à la consommation excessive et prolongée d'alcool sont les cancers de la bouche, du larynx et de l'oesophage, les problèmes cardio-vasculaires et la cirrhose du foie (Edwards et al., 1994, chapitres 3 et 4). Toute-

fois, les données de l'Enquête sociale et de santé ne permettent pas de traiter de ce type de problèmes.

Par ailleurs, certains indicateurs autorapportés sont disponibles dans l'Enquête sociale et de santé. Bien qu'ils n'évaluent qu'indirectement l'état de santé, on peut faire l'hypothèse qu'il y aura, comme on l'observe dans la documentation, une relation en forme de « J » entre l'état de santé physique et la consommation d'alcool. Cette relation signifie que les personnes abstinentes et les plus grands consommateurs seraient en moins bonne santé, tandis que les consommateurs modérés seraient en meilleure santé (Ashley et al., 1994 ; Colsher et Wallace, 1989). Cependant, la relation entre l'autoévaluation de l'état de santé et la consommation abusive de substances psychoactives n'est pas claire, étant donné que les manifestations de l'abus sont davantage d'ordre psychologique que physique, et que le phénomène du déni pourrait toucher particulièrement les grands consommateurs (Midanik, 1982). La forme de la relation entre les accidents de toutes sortes entraînant des blessures et la consommation d'alcool est moins bien connue, même s'il est clair que l'alcool est souvent en cause dans les accidents routiers, domestiques et de travail (Honkanen, 1993 ; Colsher et Wallace, 1989, Smith et Krauss, 1988).

Par ailleurs, plusieurs facteurs de risque sont communs à la détresse psychologique et à la consommation abusive d'alcool. Les travaux des dix dernières années mettent l'accent sur le sentiment d'incompétence personnelle, sur la difficulté à composer avec les situations stressantes et sur l'adaptation (coping) (Wilson, 1992 ; Marlatt et Gordon, 1985) ; ils insistent aussi sur le stress, les événements critiques (Rhodes et Jason, 1990 ; Nadeau, 1990 ; Timmer et al., 1985) et la solitude (Akerlind et Hornquist, 1992 ; Sadave et Thompson, 1986) comme facteurs de risque. La consommation abusive a aussi un effet direct et très varié sur le système nerveux central. Les états dépressifs, qu'ils soient cause ou conséquence de l'abus, sont fréquemment diagnostiqués chez les personnes dépendantes de l'alcool (Maisto et al., 1995 ; Kaplan et Sadock, 1991). Celles-ci, comme les personnes dé-

pressives, présentent de l'anorexie, de l'insomnie, des plaintes somatiques, des idées suicidaires, de l'abattement et du découragement. Enfin, des symptômes cliniques peuvent aussi se développer, une fois la sobriété acquise (Schuckit et Monteiro, 1988). C'est pourquoi on peut faire l'hypothèse qu'il existe une relation positive entre la consommation abusive ou excessive d'alcool, ou d'autres substances psychoactives, et l'indice de détresse psychologique. Des niveaux élevés de détresse pourraient notamment être liés à des symptômes de dépression consécutive à une grave épreuve ou à la consommation quotidienne de 16 bières.

Les problèmes sociaux associés à la consommation abusive sont multiples : accidents, violence et crime, problèmes avec la famille, avec les amis ou au travail, ou ennuis financiers. Nombre d'études (Single et Wortley, 1993 ; Harford, 1992 ; Harford et al., 1991 ; Hauge et Irgens-Jensen, 1987) ont montré que le risque de problèmes sociaux associés à la consommation augmente avec la fréquence des épisodes d'intoxication ou la fréquence de consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion. La quantité d'alcool consommée par occasion et la fréquence d'intoxication constituent de meilleurs prédicteurs de ces problèmes que le volume de consommation (Room, 1993 ; Greenfield, 1986).

4.1.4 Évolution de la consommation

[Retour à la table des matières](#)

Statistique Canada (William et MacKensie, 1994 ; Single et al., 1994) ainsi que les données de 1994 sur l'évolution du volume des ventes de la Société des alcools du Québec (SAQ, 1994) indiquent que la consommation globale de boissons alcooliques au Québec n'a cessé de décroître entre 1974 et 1994. Cette tendance s'observe également dans la majorité des pays de l'OCDE (Edwards et al., 1994). Mais ces données peuvent être trompeuses, puisqu'une part importante de la

consommation échappe aux statistiques officielles. En 1986, on estimait que l'équivalent de 33% du volume vendu à la SAQ, principalement des boissons domestiques, était consommé en surplus au Québec et échappait ainsi aux statistiques officielles (Paquin, 1986). Depuis 1989, les spiritueux vendus en contrebande, notamment dans les débits de boissons, seraient principalement mis en cause. En juin 1994, la direction de la SAQ évaluait cette proportion de vente illégale à 33% du volume des vins et à 40% de celui des spiritueux vendus. Les statistiques officielles tracent donc un portrait partiel de la consommation. Les grandes enquêtes, comme l'Enquête sociale et de santé, ne donnent pas une image exhaustive non plus ; Duffy et Alanko (1992) ainsi que Midanik (1982) rapportent que seulement 40% à 60% des volumes vendus officiellement sont déclarés dans le cadre d'une enquête sur la consommation. Les quantités rapportées par les personnes interviewées sont donc sous-estimées.

4.1.5 Principaux indicateurs de consommation dans les enquêtes épidémiologiques

[Retour à la table des matières](#)

Différents critères sont utilisés dans les enquêtes pour déterminer les sous-groupes les plus susceptibles d'avoir une consommation sujette aux divers méfaits attribuables à l'alcool. Ainsi, Smart et al. (1991), à l'aide des données d'une étude menée en 1971, établissent qu'entre 7% et 20% de la population serait composée de grands buveurs, en utilisant cinq critères différents. Par ailleurs, en utilisant les données de Santé Québec 1987, Nadeau et al. (1995) ont comparé trois critères de grands buveurs et constaté que des mesures différentes produisent des sous-groupes de grands buveurs aux caractéristiques socio-démographiques et psychologiques distinctes.

La première mesure, qui est aussi la plus usuelle pour décrire la consommation d'alcool, est le volume, soit le produit de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool. La baisse du volume constitue un des objectifs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être. Les méthodes d'analyse complexes des dernières années ont confirmé l'hypothèse selon laquelle le volume est un bon indicateur de problèmes au niveau de la population (Duffy, 1986 ; Greenfield, 1986). Cette mesure comporte cependant le défaut d'amalgamer les buveurs qui consomment régulièrement mais en faible quantité avec ceux qui boivent à l'occasion seulement, mais en grande quantité.

La deuxième mesure est la variabilité, c'est-à-dire la fréquence de consommation de grandes quantités par occasion. Cette mesure comporte l'avantage de révéler certains problèmes qui peuvent être associés à la consommation ponctuelle d'alcool, notamment chez les buveurs occasionnels qui prennent de grandes quantités, lorsqu'ils boivent. Elle s'appuie sur l'idée que les problèmes sociaux sont largement imputables à l'ivresse, et non à la régularité de la consommation. Depuis les années 60 (Knupfer, 1966), dans la plupart des pays occidentaux, la fréquence de cinq consommations ou plus en une seule occasion est la mesure courante pour identifier les grands buveurs (Room, 1990). Les récentes enquêtes de population aux États-Unis, en Australie et au Canada (Midanik et al., 1994 ; Single et al., 1994 ; Single et Worthey, 1993 ; Stockwell et al., 1993 ; Bondy, 1992) ont toutes observé que la consommation de grandes quantités par occasion est un prédicteur des problèmes sociaux liés à l'alcool plus robuste que le volume. La différence entre ces deux types de consommateurs est illustrée par l'exemple suivant : deux sujets déclarent consommer 12 consommations par semaine ; cependant, l'un boit seulement le samedi soir, mais prend alors « sa » caisse de bière et l'autre, un ou deux verres de vin chaque soir.

À ces mesures s'ajoute celle du boire dit « symptomatique » (Hilton, 1987 ; Clark et Midanik, 1982). Celle-ci tire ses origines des travaux sur l'alcoolisme, et mesure le besoin obsédant d'alcool (le mot

français est de Jellinek, 1960), l’incapacité de s’abstenir, ou la fonction d’automédication de l’alcool. L’indice CAGE, qui mesure le risque relié à la consommation excessive, s’appuie sur de telles questions. Hauge et Irgens-Jensen (1986) ont constaté que 39% de ceux qui buvaient régulièrement de grandes quantités par occasion (cinq fois et plus par semaine) déclaraient aussi des résultats positifs au CAGE.

4.2 Aspects méthodologiques

4.2.1 *Indicateurs de consommation*

[Retour à la table des matières](#)

Cinq indicateurs servent à décrire la consommation d’alcool dans l’Enquête sociale et de santé. Les taux de non-réponse partielle à ces variables sont inférieurs à 5%, sauf en ce qui concerne l’indice de polyusage.

Profil de consommation

Fondé sur les quantités quotidiennes consommées et la fréquence de consommation, le profil de consommation présente le grand avantage de classer tous les répondants de 15 ans et plus en fonction de leur comportement à l’égard de la consommation d’alcool. Il réunit sur un continuum les personnes qui n’ont jamais bu et celles qui le font de façon modérée ou abusive. Il répartit les personnes en six catégories :

- les abstinents à vie, qui n’ont jamais consommé d’alcool, sont définis par la question QAA21 ;
- les abstinents depuis au moins 12 mois sont identifiés à la question QAA22 ;

Les autres catégories découlent de la question portant sur la consommation quotidienne au cours de la semaine ayant précédé l'enquête (QAA31). Il faut noter que le choix de cette question est une mesure conservatrice, puisque les sujets sont classés en fonction de leur consommation au cours de cette semaine-là seulement ;

- les buveurs modérés minimums ayant pris 0 à 2 consommations par jour, pendant 1 à 7 jours de la semaine étudiée, pour un volume de 0 à 14 consommations par semaine ;
- les buveurs modérés maximums qui ont pris 3 à 4 consommations par jour, pendant 1 à 7 jours de cette semaine, pour un volume maximum de 3 à 28 consommations par semaine ;
- les buveurs occasionnellement excessifs (binge drinkers) ayant rapporté un minimum de 5 consommations par jour, au moins une fois au cours de la semaine, pour un volume minimum de 5 consommations et un maximum de 28 consommations par semaine ; .
- les grand buveurs qui ont déclaré un volume minimum de 29 consommations par semaine.

On notera que les buveurs modérés minimums adoptent un modèle de consommation qui constitue la quantité optimale pour éviter les problèmes de santé reliés à l'alcool, et qui serait même, selon les travaux épidémiologiques récents, associée positivement à la santé (Aschley et al., 1994).

Épisodes de forte consommation

Cette variable qualifie les buveurs en fonction de la fréquence de consommation de grandes quantités par occasion. La mesure de référence est fixée à 5 verres ou plus par occasion. Comme il s'agit d'un événement rare pour la majorité des consommateurs, elle a été établie

pour l'année ayant précédé l'enquête (QAA25 : « Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous pris cinq consommations ou plus dans une même occasion ? »). Cette mesure permet d'examiner l'association entre certains problèmes pouvant être liés à la consommation d'alcool, notamment chez ceux qui, parmi les consommateurs occasionnels, prennent de grandes quantités lorsqu'ils boivent, sans nécessairement boire fréquemment.

Risque de problèmes liés à l'alcool (indice CAGE)

Cet indice (Ewing, 1984 ; Mayfield et al., 1984 ; Ewing et Rouse, 1970) est un des instruments de dépistage de la consommation problématique d'alcool les plus couramment utilisés (Smart et al., 1991). Considérée comme très « économique », c'est la stratégie la plus rapide, en clinique comme en recherche, pour repérer quelqu'un dont la consommation peut poser problème. Il comprend une série de quatre questions (QAA32 à QAA35) dont la validité a été bien démontrée. Les items englobent les dimensions suivantes : avoir été critiqué par son entourage, avoir pensé à diminuer sa consommation, s'être senti mal à l'aise ou coupable à cause de la consommation d'alcool, avoir pris de l'alcool en se levant le matin pour se calmer les nerfs ou se débarrasser d'une gueule de bois. Les trois premiers items sont liés à des événements ayant pu se produire n'importe quand, alors que le dernier porte sur les douze mois ayant précédé l'enquête seulement. Répondre par l'affirmative à au moins deux questions de l'indice CAGE place quelqu'un dans la catégorie de buveurs à risque élevé, alors qu'une réponse affirmative équivaut à un risque faible et aucune, à un risque nul ; les abstinents ont été classés dans cette dernière catégorie. L'indice est calculé sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus.

Dépendance à l'alcool

Dans la troisième version révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), qui était en usage lors de la conception de l'Enquête

sociale et de santé, la dépendance à l'alcool se reconnaît à trois dimensions : une modification de la manière de boire, des problèmes reliés à la consommation qui surviennent au travail, dans la famille et dans les loisirs, et la dépendance physiologique qui se manifeste par des signes physiques. Ce manuel présente neuf critères, et une réponse affirmative à trois de ces critères, quels qu'ils soient, entraîne un diagnostic de dépendance. Le manuel prévoit également que certains des symptômes présents devront persister pendant au moins un mois, ou s'être produits de façon répétée pendant une période plus longue pour permettre un diagnostic.

Dans l'Enquête sociale et de santé, les questions QAA36 à QAA44 évaluent la tolérance à l'alcool et les effets de celui-ci sur la santé (le *delirium tremens*, la jaunisse ou le vomissement de sang), ainsi que certains problèmes sociaux associés à l'alcool, comme les bagarres ou les démêlés avec la police, les accidents de voiture ou les arrestations pour conduite en état d'ébriété, les ruptures avec un membre de la famille, les problèmes au travail et à l'école, et l'admission à un traitement. Contrairement aux enquêtes d'épidémiologie psychiatrique qui utilisent les critères du DSM-III (Helzer et al., 1992 ; Bland et al., 1992) ou du DSM-III-R (Chou, 1994 ; Kessler et al., 1994 ; Grant et al., 1992), l'Enquête sociale et de santé ne contient aucune mesure de la fréquence des signes rapportés au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. La comparaison des résultats avec ces enquêtes est donc apparue difficile.

Par ailleurs, dans les études américaines du Epidemiological Catchmen Area (Helzer et al., 1992), la prévalence de la dépendance dans les six derniers mois est de 4,7%, pour les six sites combinés ; à Edmonton, la prévalence est de 5,4% pour la même période. L'étude faite dans la région du Bas-Saint-Laurent (Légaré, 1995), avec le même instrument qu'utilise l'Epidemiological Catchmen Area, montre un taux de 5,2% d'abus et de dépendance. Les résultats obtenus dans la présente enquête établissent à 9% la proportion de la population adulte québécoise qui peut être considérée comme dépendante de l'al-

cool. À la lumière des résultats précédents et compte tenu de ce qu'il s'agissait d'une tentative de se rapprocher des critères du DSM-III-R, cette prévalence nous apparaît beaucoup trop élevée pour être retenue dans l'analyse.

Polyusage de substances psychoactives

L'Enquête sociale et de santé recueille de l'information sur la consommation d'autres produits que l'alcool. Pour comprendre le comportement des usagers de différents types de produits, dont l'alcool, une variable de polyusage a été mise au point. Le polyutilisateur est celui qui a consommé de l'alcool et des drogues illégales au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Il s'agit donc de consommateurs récents par opposition à ceux qui, au cours de leur vie, ont consommé ces produits. Par ailleurs, le nombre de produits est important, dans la mesure où l'addition des produits est vraisemblablement liée au risque pour la santé. On notera que le questionnaire ne permet pas de mesurer la quantité par occasion, mais seulement la fréquence de l'utilisation de drogues. Ajoutons que la consommation d'alcool est déterminante chez ces sujets, puisque l'alcool est soit le produit principal, soit le produit secondaire, mais qu'il est presque toujours présent chez les consommateurs de drogues illégales (Guyon et Landry, 1993). S'ajoutent également les effets de synergie entre les opiacés, les barbituriques, les benzodiazépines et l'alcool. Enfin les stimulants, parce qu'ils annulent les effets sédatifs de l'alcool, conduisent à une consommation anormalement élevée d'alcool chez les sujets qui abusent de cocaïne (Guyon et Landry, 1993 ; Lecavalier, 1991 ; Nadeau, 1988).

Compte tenu de la faible proportion des répondants de 15 ans et plus qui rapportent consommer des drogues illégales, nous avons restreint cette analyse aux catégories suivantes :

1. aucune utilisation de substance psychoactive au cours des douze mois ayant précédé l'enquête ;
2. consommation d'alcool seulement ;

3. consommation d'alcool et d'une ou plusieurs drogues, ou de drogues seulement. ¹

Le taux de non-réponse partielle pour cette variable s'établit à 6,5% ; il est particulièrement élevé parmi les personnes de 45-64 ans (8%) et de 65 ans et plus (18%). Les femmes (8%) et les personnes les moins scolarisées (10%) ont aussi négligé plus souvent de répondre à ces questions.

4.2.2 Indicateurs des problèmes associés à la consommation d'alcool et de drogues

Santé physique

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons vu au Volume 1 que, contrairement à Santé Québec 1987, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 ne touche que sommairement l'état de santé. Dans la présente section, cinq indicateurs associés indirectement à l'état de santé physique sont analysés : l'impossibilité de remplir ses rôles sociaux (c'est-à-dire d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et ce, pour des raisons de santé (QRI3) ; l'obligation de diminuer ses activités habituelles pour des raisons de santé au cours de la même période (QRI5) ; les accidents avec blessures, ayant entraîné une limitation des activités ou une consultation médicale au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QRI132-133) ; l'état de santé perçu (QAA1) ; et le recours à un médecin généraliste ou spécialiste au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (QRI29 et 34).

¹ Les personnes rapportant consommer des drogues seulement ont été classées dans cette catégorie à cause de leur nombre restreint.

Santé mentale

L'Enquête sociale et de santé, comme celle de 1987, inclut une échelle qui sert à évaluer la détresse psychologique. Elle évalue la présence d'états dépressifs, d'états anxieux, et de certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs. Cependant, la nature transversale de l'Enquête sociale et de santé ne permet pas de statuer sur une relation temporelle ou causale entre la consommation de substances psychoactives et la détresse psychologique.

Les indicateurs de consommation ont également été mis en relation avec un autre aspect de la santé mentale : les idées suicidaires au cours de l'année ayant précédé l'enquête et les tentatives de suicide. Ces indicateurs devraient suivre le même modèle que la détresse psychologique.

Problèmes sociaux

Les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool ou de drogues sont difficiles à estimer. Les accidents, la violence familiale, les pertes d'emploi sont autant de problèmes sociaux qui peuvent résulter d'une consommation excessive. Dans le cadre de la présente enquête, ces différents thèmes n'ont pas tous été mesurés particulièrement en fonction de la consommation d'alcool ou de drogues.

Quatre types de problèmes l'ont toutefois été. Il s'agit de problèmes familiaux (QAA37), de problèmes au travail ou aux études (QAA38), de bagarres ou de démêlés avec la police (QAA39) et de problèmes de conduite automobile (QAA40). Ces questions ne s'adressaient qu'aux sujets ayant répondu par l'affirmative à au moins un des quatre items de l'indice de problèmes liés à l'alcool (CAGE), soit un peu moins du tiers (29%) de l'ensemble de l'échantillon. Cette sélection limite la portée des résultats, puisque les problèmes sociaux peuvent aussi être

associés à la fréquence de consommation de cinq verres et plus par occasion, ce qui peut survenir chez les personnes qui ne présentent pas une consommation problématique telle que définie par le CAGE.

Portée et limites des données

Une enquête comme celle-ci, menée auprès de personnes résidant dans un ménage privé, ne rejoint pas certains groupes qui seraient plus à risque quant à la consommation d'alcool et de drogues. En effet, les personnes itinérantes, les jeunes de la rue et certaines personnes hébergées en établissement risquent davantage de présenter une consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments. Comme ces personnes sont absentes de l'échantillon, les données de l'enquête peuvent sous-évaluer la consommation excessive d'alcool et les problèmes qui lui sont associés. Il en est de même pour la consommation chez les jeunes de moins de 15 ans, qui ne peut être estimée par l'enquête. On gardera donc à l'esprit, à la lecture du présent chapitre, que l'analyse décrit la consommation des Québécoises et des Québécois de 15 ans et plus résidant dans un ménage privé.

La section qui suit présente l'analyse de deux grand types d'indicateurs : ceux qui décrivent la consommation comme telle et ceux qui décrivent différents problèmes associés à cette dernière. Les premiers sont examinés selon un certain nombre de caractéristiques démographiques et socio-économiques, et les seconds sont analysés en fonction des indicateurs de consommation.

4.3 Résultats

4.3.1 Indicateurs de consommation

[Retour à la table des matières](#)

Les indicateurs de consommation sont mis en relation avec l'âge, le sexe, le niveau de revenu, le statut du ménage et le statut d'activité.

Profil de consommation

Plus d'un Québécois sur cinq (22%) rapporte s'être abstenu de consommer de l'alcool au cours de l'année ayant précédé l'enquête, et environ les trois quarts de ceux-ci n'ont jamais consommé d'alcool (abstinents à vie). Plus des deux tiers de la population (67%) ont un profil de consommation modérée, dont la plus grande part (plus de la moitié de l'ensemble de la population) n'a pas excédé deux consommations par jour, soit le niveau de consommation associé positivement à la santé. Une personne sur dix aurait atteint ou dépassé la limite critique de cinq verres par occasion, au moins une fois au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, et serait considérée comme un buveur occasionnellement excessif. Enfin, seulement 1,3% de la population rapporte une consommation égale ou supérieure à 29 verres par semaine, ce qui leur vaut le statut de grands buveurs.

Par ailleurs, comme l'indique le tableau 4.1, le profil de consommation des femmes et des hommes est très différent. Les femmes sont proportionnellement deux fois plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais consommé d'alcool (21% c. 10%), et sont nettement sous représentées parmi les buveurs modérés maximums (10% c. 15%). Elles sont aussi particulièrement sous-représentées dans les deux dernières catégories qui sont plus à risque, puisqu'on retrouve une proportion beaucoup moins importante de buveurs occasionnel-

lement excessifs (5% c. 15%) et de grands buveurs (0,2% c. 2,5%) chez les femmes que chez les hommes.

Le profil de consommation est étroitement lié à l'âge. Chez les femmes de 15 à 44 ans, moins d'une femme sur six (16% et 10%) n'a jamais consommé d'alcool, alors que cette proportion dépasse une sur deux parmi les femmes de 65 ans et plus (53%). Il s'agit vraisemblablement d'un phénomène de génération. Chez les hommes, d'importantes variations apparaissent chez ceux qui ont cessé de boire au moins douze mois avant l'enquête, la proportion passant de 1,9% parmi les 15-24 ans à 10% chez les 45-64 ans, et à 16% parmi les 65 ans et plus. Il peut s'agir de personnes qui ont cessé de consommer pour des raisons de santé ou encore pour des problèmes de consommation abusive. Tant chez les hommes que les femmes, on note que la proportion de buveurs modérés maximums est beaucoup plus faible après 65 ans. Vingt et un pour cent des jeunes hommes et 11% des jeunes femmes de 15-24 ans sont des buveurs occasionnellement excessifs, et la proportion de grands buveurs masculins est plus faible chez les 65 ans et plus (0,9%) que chez les hommes de 25 à 64 ans (3%).

En bref, il semble que la consommation à risque soit moins courante chez les femmes et que pour les deux sexes, ce type de consommation soit plus rare avec l'âge.

Le profil de consommation varie également selon le statut du ménage (tableau A.4.2). Les personnes vivant seules se démarquent des autres du fait qu'on y trouve une proportion nettement plus importante d'abstinents à vie (22%). Les femmes seules sont particulièrement nombreuses à déclarer n'avoir jamais bu (30%) (données non présentées) ; cet écart peut être en partie expliqué par le fait qu'elles sont plus souvent âgées, ce qui correspond à un profil d'abstinence. C'est dans la catégorie « autres » que l'on trouve la plus forte proportion de buveurs occasionnellement excessifs (16%), et de buveurs modérés maximums (15%). On se rappellera que cette catégorie regroupe les personnes qui vivent avec des amis ou des colocataires, ou qui font

partie de familles inclassables (familles d'accueil, ménages multifamiliaux). La proportion de grands buveurs ne varie pas de façon significative selon le statut du ménage.

Tableau 4.1

Profil de consommation d'alcool selon le sexe et l'âge,
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Profil de consommation					
	Abstinent à vie	Abstinent 12 mois	Modérés minimums	Modérés maximums	Buveurs occasion- nels excessifs	Grands buveurs
	%	%	%	%	%	%
Hommes						
15-24 ans	13,4	1,9*	50,4	11,4	20,9	2,1*
25-44 ans	6,3	4,8	51,1	17,5	17,7	2,7
45-64 ans	10,2	9,8	50,5	16,4	10,3	2,9
65 ans et plus	20,3	16,3	54,6	6,4	1,6**	0,9**
Total	10,0	6,8	51,1	15,0	14,6	2,5
Femmes						
15-24 ans	16,1	3,6	58,8	10,3	11,0	0,2**
25-44 ans	10,4	4,2	66,2	12,8	6,2	0,2**
45-64 ans	24,2	5,9	57,0	10,0	2,8	0,1*
65 ans et plus	52,9	6,9	37,3	2,4**	0,5**	0,0**
Total	20,9	4,9	58,5	10,2	5,3	0,2**
Sexes réunis						
15-24 ans	14,7	2,7	54,5	10,9	16,0	1,2*
25-44 ans	8,3	4,5	58,6	15,1	12,0	1,5
45-64 ans	17,2	7,8	53,7	13,2	6,5	1,5
65 ans et plus	39,3	10,8	44,5	4,1	1,0**	0,4**
Total	15,6	5,9	54,9	12,5	9,8	1,3
% Pe	846 383	317 984	2 981 721	680 633	534 988	70 435

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Le profil de consommation varie aussi selon le niveau de revenu. Les personnes pauvres et très pauvres sont proportionnellement plus nombreuses à être abstinents à vie (26% chacun) ou depuis au moins douze mois (11% et 10%). En contrepartie, les proportions de buveurs modérés et de buveurs occasionnellement excessifs augmentent avec le niveau de revenu. La proportion de buveurs modérés maximums chez les plus riches est particulièrement élevée (20%). Encore une fois, la proportion des grands buveurs varie peu selon cette variable.

En ce qui concerne le statut d'activité, les personnes aux études, à la maison ou à la retraite présentent la plus grande proportion d'abstinents à vie (27%). Par ailleurs, même si ce résultat peut sembler paradoxal, les abstinents depuis au moins douze mois (9%) et les grands buveurs (3%) sont surreprésentés parmi les sans-emploi, mais si l'on considère qu'une partie des personnes qui ont cessé de boire peut être constituée d'anciens grands buveurs, la relation prend tout son sens et pose même l'hypothèse d'un continuum. Les buveurs modérés maximums sont par ailleurs proportionnellement plus nombreux (17%) parmi les personnes en emploi.

Épisodes de forte consommation

Rappelons que cet indicateur se mesure par le nombre de fois où les buveurs (c'est-à-dire les personnes qui ont consommé de l'alcool au cours de l'année ayant précédé l'enquête) déclarent avoir bu cinq consommations et plus en une seule occasion, au cours de cette année. Cinquante-cinq pour cent des buveurs ont répondu par l'affirmative, soit 19%, une ou deux fois, 9%, trois ou quatre fois et 27%, à cinq occasions ou plus (tableau 4.2). Environ deux fois plus d'hommes (38%) que de femmes (15%) ont rapporté ce dernier comportement pour la période à l'étude.

Tableau 4.2

Nombre de fois où une personne a pris 5 consommations ou plus en une seule occasion, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon le sexe et l'âge, buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Nombre de fois où une personne a pris 5 consommations ou plus en une seule occasion			
	Aucune %	1-2 fois %	3-4 fois %	5 fois et plus %
Hommes				
15-24 ans	19,7	19,5	11,1	49,7
25-44 ans	27,5	20,7	11,4	40,4
45-64 ans	43,7	15,2	9,8	31,3
65 ans et plus	67,2	13,8	4,8*	14,3
Total	33,5	18,5	10,4	37,6
Femmes				
15-24 ans	33,0	29,0	11,2	26,9
25-44 ans	55,0	21,4	8,1	15,5
45-64 ans	72,1	12,7	5,7	9,5
65 ans et plus	87,4	6,9**	2,7**	3,0**
Total	57,6	19,6	7,7	15,2
Sexes réunis				
15-24 ans	26,1	24,0	11,1	38,7
25-44 ans	41,0	21,0	9,8	28,2
45-64 ans	57,1	14,0	7,8	21,1
65 ans et plus	76,2	10,7	3,8*	9,2*
Total	45,1	19,0	9,1	26,8
% Pe	1 898 178	800 228	381 785	1 130 284

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La consommation de grandes quantités par occasion est un comportement qui diminue systématiquement avec l'âge. Par exemple, chez les hommes de 15-24 ans, un buveur sur deux a consommé plus

de cinq fois cinq consommations et plus en une seule occasion, comme l'ont fait 27% des jeunes femmes. A compter de 65 ans, 67% des buveurs et 87% des buveuses rapportent n'avoir jamais bu cinq consommations et plus au cours de l'année ayant précédé l'enquête, ce qui n'est le cas que de 20% des hommes et de 33% des femmes de 15-24 ans.

Cette variable est associée au statut du ménage : les différences entre les personnes vivant seules, en couple ou en famille sont peu marquées. Les personnes vivant seules ou en situation de monoparentalité sont plus nombreuses, en proportion (28% et 29%), que celles vivant en couple sans enfants (23%) à déclarer avoir consommé 5 verres et plus au moins cinq fois, au cours de l'année ayant précédé l'enquête (tableau A.4.3). Les personnes vivant avec des amis ou des colocataires non apparentés, ou encore faisant partie de familles difficiles à classer (autres) sont les plus nombreuses (44%) à rapporter un tel comportement.

Quant au statut d'activité au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, les résultats indiquent que les sans emploi rapportent plus souvent avoir bu cinq consommations et plus au moins cinq fois (37%), alors que 29% des personnes qui travaillent et 19% seulement des gens aux études, à la maison ou retraités déclarent la même chose. Ces écarts apparaissent plus importants chez les hommes que chez les femmes (données non présentées).

Polyusage

La variable polyusage distingue les Québécoises et Québécois selon qu'ils n'ont fait aucun usage de substances psychoactives au cours de l'année ayant précédé l'enquête, qu'ils ont consommé de l'alcool seulement, ou qu'ils ont pris de l'alcool et d'autres drogues. Le tableau 4.3 montre que près d'une personne sur cinq déclare n'avoir fait usage d'aucune substance (15% des hommes et 23% des femmes), alors que 69% ont consommé de l'alcool seulement (71% des hommes et 66%

des femmes) et 13%, de l'alcool et des drogues (14% des hommes et 11% des femmes).

Tableau 4.3

Polyusage d'alcool et de drogues, selon le sexe et l'âge,
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Polyusage		
	Aucune substance %	Alcool seulement %	Alcool et drogues %
Hommes			
15-24 ans	14,0	56,2	29,8
25-44 ans	9,6	74,5	15,9
45-64 ans	18,1	76,6	5,2
65 ans et plus	33,2	63,7	3,1*
Total	15,0	70,8	14,2
Femmes			
15-24 ans	18,4	57,3	24,3
25-44 ans	13,3	76,5	10,2
45-64 ans	26,4	66,9	6,7
65 ans et plus	54,4	40,9	4,8*
Total	22,7	66,3	11,0
Sexes réunis			
15-24 ans	16,2	56,8	27,1
25-44 ans	11,5	75,5	13,0
45-64 ans	22,2	71,8	6,0
65 ans et plus	45,2	50,8	4,0
Total % Pe	18,9 1 002 359	68,5 3 635 510	12,6 667 180

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

Le profil du polyusage varie grandement selon l'âge. En effet, les écarts les plus grands se trouvent entre les 65 ans et plus, qui déclarent ne consommer aucune substance dans la proportion la plus élevée (45%), et les jeunes de 15-24 ans, qui rapportent le taux de consom-

mation d'alcool et de drogues le plus élevé (27%). La comparaison par sexe permet de constater que 14% des hommes et 11% des femmes font un polyusage d'alcool et de drogues illégales, et que les taux les plus élevés sont déclarés par les 15-24 ans (30% chez les hommes et 24% chez les femmes) ; ces proportions diminuent avec l'âge pour les deux sexes. Le peu de différence entre les sexes, qui contraste avec les résultats des autres indicateurs, peut être attribué au fait que cette question mesure uniquement l'occurrence de la consommation, mais non la fréquence ou la quantité consommée.

Ces proportions varient substantiellement en fonction du statut du ménage. Les écarts se manifestent surtout chez les personnes qui consomment de l'alcool et d'autres drogues. Ainsi, les personnes habitant avec des colocataires non apparentés ou faisant partie de familles inclassables sont proportionnellement les plus nombreuses (27%) à déclarer un polyusage. Elles sont suivies des personnes monoparentales (20%), alors qu'entre 11% et 14% des personnes vivant seules ou en couple ont rapporté ce comportement (tableau A.4.4). Ces écarts peuvent être observés tant chez les hommes que chez les femmes (données non présentées).

Près du tiers des personnes aux études, tenant maison ou retraitées (30%) déclarent ne consommer ni alcool ni drogues, tandis que 21% des sans-emploi et 11% des travailleurs affirment la même chose. Plus des trois quarts des personnes en emploi (77%) consomment seulement de l'alcool. Par ailleurs, les sans-emploi atteignent des taux de consommation d'alcool et d'autres drogues de 19%, comparativement à 12% pour les autres catégories.

*Indice de risque de problèmes
liés à l'alcool (CAGE)*

Tableau 4.4

Risque de problèmes liés à l'alcool (CAGE) selon le sexe et l'âge,
population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	CAGE					
	Risque nul		Risque faible		Risque élevé	
	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %	1987 %	1992-1993 %
Hommes						
15-24 ans	72,8	67,7	14,6	15,3	12,6	17,0
25-44 ans	67,7	64,9	14~2	12,8	18,0	22,4
45-64 ans	69,1	71,0	15,0	10,3	16,0	18,7
65 ans et plus	81,3	82,6	10,8	8,2	8,0	9,3
Total	70,5	68,9	14,2	12,1	15,4	19,1
Femmes						
15-24 ans	82,8	81,5	10,2	10,6	7,0	7,9
25-44 ans	85,4	81,8	8,1	8,1	6,6	10,1
45-64 ans	89,5	88,4	6,1	6,0	4,5	5,6
65 ans et plus	95,5	96,4	2,8	2,0**	1,7	1,7**
Total	87,1	85,5	7,4	7,1	5,5	7,4
Sexes réunis						
15-24 ans	77,8	74,5	12,4	13,0	9,8	12,5
25-44 ans	76,6	73,3	11,1	10,4	12,3	16,3
45-64 ans	79,4	79,8	10,4	8,2	10,1	12,1
65 ans et plus	89,4	90,5	6,2	4,6	4,4	4,9
Total% Pe	78,9 3 838 501	77,3 4 259 030	10,7 519 719	9,5 525 197	10,4 504 278	13,1 722 803

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

L'indice CAGE permet de repérer les personnes dont la consommation d'alcool est problématique. Selon cet indice, on constate que 13% de la population présente un risque élevé, que 10% a un risque faible et 77%, un risque nul (tableau 4.4), alors qu'en 1987, ces proportions étaient respectivement de 10%, 11% et 79%. La proportion des personnes présentant un risque élevé se serait donc accrue significativement entre les deux enquêtes. La proportion d'hommes présentant un risque élevé de ce type de problèmes est beaucoup plus grande que celle des femmes (19% c. 7%), comme c'était le cas en 1987 (15% c. 6%).

Les personnes de 25-44 ans avaient et ont encore les taux les plus élevés, soit 12% en 1987 et 16% en 1992-1993. Lorsqu'on examine l'évolution des résultats entre les deux enquêtes selon l'âge et le sexe, comme au graphique 4.1, on constate que depuis 1987, l'augmentation des proportions de personnes présentant un risque élevé n'est significative que chez les femmes de 25-44 ans (7% c.10%) et chez les hommes de 15-24 ans (13% c.17%) et de 25-44 ans (18% c. 22%). Un examen de la distribution des réponses à chaque question de l'indice CAGE parmi les personnes qui ont consommé de l'alcool au cours des douze mois ayant précédé les enquêtes de 1987 et de 1992-1993 permet de constater que la fréquence d'une réponse affirmative à l'item « avoir été critiqué par son entourage » est passée de 12% à 15%. Pour la question « avoir pensé à diminuer sa consommation », elle est passée de 19% à 21%, et la fréquence obtenue à l'item « s'être senti coupable » est passée de 14% à 18%. Par ailleurs, la question portant sur la consommation d'alcool le matin est demeurée stable (données non présentées).

Les interprétations possibles de cet accroissement sont nombreuses. Celui-ci peut être attribué, d'une part, à ce que nombre d'auteurs appellent le climat « néoprohibitionniste », un climat social qui amènerait les proches des buveurs jugés déplacés à critiquer ceux-ci plus facilement et, mutatis mutandis, à une intériorisation de normes de consommation plus restrictives, de la part des buveurs. Cette hypo-

thèse d'un contrôle social qui prône la modération, voire la sobriété dans certaines circonstances, semble s'exprimer par l'augmentation des critiques que les répondants déclarent recevoir, et par la culpabilité qu'ils expriment, même si la consommation d'alcool matinale symptomatique n'a pas augmenté depuis 1987. Lors de l'analyse de cette première enquête, les chercheurs de Santé Québec s'étaient interrogés sur la sensibilité de l'indice CAGE aux pressions néotempérantes, et la question se pose cinq ans plus tard avec encore plus d'acuité.

Graphique 4.1

Risque élevé de problèmes liés à l'alcool (CAGE) selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour les résultats de 1987.

Tableau 4.5

Risque élevé de problèmes liés à l'alcool (CAGE) selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Risque élevé (CAGE)	
	%	Pe
Statut d'activité (2 semaines ayant précédé l'enquête)		
En emploi	15,3	441 983
Aux études	12,3	66 142
Tient maison	5,3	40 119
À la retraite	7,4	51 677
Sans emploi	19,4	122 300
Niveau de revenu		
Très pauvre	12,1	48 549
Pauvre	10,9	68 580
Moyen inférieur	12,7	209 559
Moyen supérieur	13,9	294 933
Supérieur	14,3	101 183
Scolarité relative		
Plus faible	14,5	158 805
Faible	12,0	134 573
Moyenne	11,9	115 509
Élevée	13,8	158 651
Plus élevée	13,2	148 044
Catégorie professionnelle		
Professionnel, cadre supérieur	13,7	56 640
Cadre intermédiaire, semi-professionnel, technicien	15,2	75 882
Employé de bureau, de commerce, de service	13,3	135 959
Contremaître, ouvrier qualifié	17,2	116 459
Ouvrier non qualifié, manoeuvre	18,3	70 046
Indice d'appartenance ethnoculturelle		
Groupe majoritaire	13,9	660 745
Groupe minoritaire	8,0	51 128

L'indice CAGE est relié significativement à certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, comme en fait foi le tableau 4.5. Pour le statut d'activité, les deux groupes qui se démarquent des autres sont les sans-emploi qui détiennent les pourcentages les plus élevés de personnes présentant un risque élevé de problèmes liés à l'alcool (19%) ; et les personnes qui tiennent maison et les retraités dont seulement 5% et 7% sont dans cette situation.

On constate une légère augmentation de la proportion des personnes présentant un risque élevé avec l'amélioration du niveau de revenu (11% à 14%), mais cette différence n'est pas significative. Par contre, les personnes les plus faiblement scolarisées détiennent la plus forte proportion de personnes à risque élevé (15%). Les catégories professionnelles regroupant les contremaîtres, les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres présentent les proportions les plus élevées (17% et 18%), alors que 13% à 15% des employés de bureau, des cadres et des professionnels présentent un risque élevé de problèmes liés à l'alcool. Enfin, les personnes appartenant au groupe ethnoculturel majoritaire sont plus susceptibles d'avoir un risque élevé (14%) que celles du groupe minoritaire (8%).

4.3.2 Problèmes associés à la consommation d'alcool

*Diminution des activités habituelles
et impossibilité de remplir ses rôles sociaux*

[Retour à la table des matières](#)

Le profil de consommation d'alcool est significativement relié à la diminution des activités habituelles pour des raisons de santé, ainsi qu'à l'impossibilité de remplir ses rôles sociaux, comme aller travailler, tenir maison ou aller à l'école. Le tableau 4.6 indique que la prévalence de la diminution des activités, au cours des deux semaines ayant

précédé l'enquête, est beaucoup plus forte chez les abstinents, particulièrement chez les abstinents des douze mois avant l'enquête (8%), que chez les grands buveurs (3%). Par contre, la proportion des personnes incapables de remplir leurs rôles sociaux, c'est-à-dire d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école, est plus élevée parmi les abstinents au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (7%) que parmi les abstinents à vie (3%) et les autres types de buveurs (2% à 4%). Ceci pourrait refléter le fait que certaines personnes cessent de boire pour des raisons de santé (Colsher et Wallace, 1989).

Par ailleurs, on n'observe aucune relation significative entre la fréquence des épisodes de forte consommation d'alcool (5 verres et plus en une seule occasion), l'indice de problèmes liés à l'alcool (CAGE), et le polyusage d'alcool et de drogues d'une part, et la diminution des activités habituelles ou l'impossibilité de remplir ses rôles sociaux, d'autre part.

Tableau 4.6
Prévalence de certains problèmes de santé physique selon les indicateurs
de consommation, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Indicateurs de consommation	Diminution des activités habituelles (2) %	Impossi- bilité de remplir ses rôles sociaux (2) %	Accident avec bles- sures (3) %	Recours aux services médi- caux ² %	Santé perçue comme mauvaise %
Profil de consommation					
Abstinent à vie	6,8	3,4	7,3	19,3	3,6*
Abstinent/12 mois	8,0	7,1	5,5	18,5	5,4
Buveurs modérés minimums	5,3	3,8	8,8	15,3	0,9
Buveurs modérés maximums	4,9	2,3*	9,2	11,6	0,7*
Buveurs occasionnels excessifs	4,3*	2,4*	11,7	9,9	1,0*
Grands buveurs	3,1 **	3,3**	11,4	7,5	3,3**
Épisodes de forte consommation (12 mois)¹					
Aucune	5,5	3,3	7,7	15,7	0,8
1-2 fois	5,0	3,6	9,7	13,6	0,8**
3-4 fois	4,3*	4,1*	10,8	13,0	0,9**
5 fois et plus	4,5	3,2	11,6	11,2	1,1*
Indice de problèmes liés à l'alcool (CAGE)					
Risque nul	5,6	3,6	8,1	15,5	1,6
Risque faible	4,9	4,0	11,1	13,8	1,0**
Risque élevé	5,2	3,5	11,0	12,8	1,6*
Polyusage d'alcool et de drogues					
Aucune substance	6,5	4,4	6,7	18,3	3,8
Alcool seulement	4,9	3,4	8,9	13,8	0,9
Alcool et drogues	6,2	4,7	11,4	15,8	1,1*
Total	5,6	3,7	8,7	15,2	1,5

1 Chez les buveurs seulement.

2 Au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

3 Au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Accidents avec blessures

Un portrait fort différent se dégage de l'occurrence d'accidents ayant causé des blessures assez graves pour limiter les activités normales ou entraîner une consultation médicale. La prévalence d'accidents augmente à mesure que le profil de consommation devient plus excessif. Des prévalences de 12% et 11% correspondent respectivement aux buveurs occasionnellement excessifs et aux grands buveurs, les deux catégories les plus à risque, alors que la prévalence est de, 7% et 6% pour les personnes abstinentes, et de 9% respectivement parmi les buveurs modérés.

Cette augmentation ressort également, lorsqu'on considère la fréquence des épisodes de forte consommation au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Plus la consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion est fréquente, plus la prévalence d'accident avec blessures est élevée, passant de 8% chez les buveurs qui déclarent n'avoir jamais consommé une telle quantité au cours de l'année ayant précédé l'enquête, à 12% chez ceux qui rapportent l'avoir fait cinq fois ou plus. De même, la prévalence d'accidents est plus grande chez les personnes présentant un niveau de risque à l'indice CAGE, que ce risque soit faible ou élevé (11% respectivement), que chez les personnes à risque nul (8%). Également, 11% des usagers d'alcool et de drogues ont rapporté des accidents avec blessures contre 9% pour les consommateurs d'alcool seulement, et 7% chez les non-consommateurs.

Recours aux services

En ce qui concerne le recours aux services au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, la relation avec les indicateurs de consommation semble s'inverser. Les personnes abstinentes se distinguent des buveurs en ce qu'elles ont eu recours aux services d'un généraliste ou d'un spécialiste dans une proportion de 19%, comparati-

vement à 10% des buveurs occasionnellement excessifs et à 8% des grands buveurs. Les buveurs modérés se distinguent peu des autres (12% et 15% respectivement). Il en va de même pour les épisodes de forte consommation : les buveurs qui n'ont jamais consommé cinq verres ou plus par occasion, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, ont eu recours aux services dans une plus grande proportion (16%) que les autres buveurs (11%, 13% et 14%) (tableau 4.6). L'indice de problèmes liés à l'alcool laisse entrevoir une relation analogue, puisque les personnes à risque élevé sont proportionnellement moins nombreuses à avoir consulté (13%) que les personnes à risque nul (16%). Enfin, si l'on examine le polyusage, ce sont les non-utilisateurs qui se distinguent des autres : les personnes ne consommant aucune substance ont eu recours aux services d'un généraliste ou d'un spécialiste dans 18% des cas, contre 14% et 16% des consommateurs. Toutes ces relations inversées sont probablement influencées par l'âge plus avancé des non-consommateurs et par le fait que les personnes en moins bonne santé consomment moins de substances psychoactives.

Santé perçue

L'état de santé perçu est généralement reconnu comme un indicateur fidèle de l'état de santé (Maddox et Douglass, 1973 ; Guyon, 1989). Selon les données de l'Enquête sociale et de santé, l'état de santé perçu reflète bien la distribution en « J » souvent observée en relation avec la consommation d'alcool. Ce sont les personnes abstinentes (4% et 5%) ainsi que les grands buveurs (3%) qui, le plus souvent, qualifient leur santé de mauvaise. L'état de santé perçu n'est toutefois relié ni à la fréquence des épisodes de forte consommation d'alcool, ni à l'indice de problèmes liés à l'alcool. Par contre, si l'on examine le polyusage, les personnes qui ne consomment ni alcool ni drogues se distinguent des autres par une moins bonne perception de leur état de santé, puisque 4% d'entre elles se perçoivent en mauvaise santé, alors que 1% seulement des consommateurs sont dans le même cas, conformément aux résultats obtenus chez les abstinents d'alcool.

Santé mentale

Contrairement aux indicateurs de santé physique, où ce sont les abstinents qui, dans la plupart des cas, manifestent plus de problèmes de santé que les personnes ayant un profil de consommation abusive ou excessive, les indicateurs de santé mentale démontrent une relation inverse. C'est également ce qu'indique la recension des écrits.

Les résultats de la présente enquête montrent que la consommation modérée n'est pas associée à la détresse psychologique, aux idées ou aux tentatives de suicide (tableau 4.7). En revanche, on observe chez les grands buveurs et les buveurs occasionnellement excessifs des proportions plus élevées de détresse psychologique (37% et 31%) que chez les buveurs modérés et les abstinents à vie (26%, 25% et 22%). Les personnes ayant cessé de boire (abstinents 12 mois) présentent une proportion (30%) qui se rapproche davantage de celles des buveurs excessifs. Par ailleurs, la proportion de personnes ayant rapporté des idées suicidaires sans tentative ou une tentative de suicide au cours de l'année ayant précédé l'enquête croît avec l'augmentation de la consommation d'alcool, passant de 1,5% à 7% pour les idées, et de 0,5% à 3% pour les tentatives. Les grands buveurs se démarquent significativement des autres pour ce qui est des tentatives de suicide (3% c. 0,5% à 1,2%) au cours de la même période.

Si l'on tient compte des épisodes de forte consommation, ce sont les personnes qui ont le plus souvent consommé cinq verres ou plus en une seule occasion qui ont davantage tendance à montrer un niveau élevé de détresse psychologique (31% c. 23% et 29%) et à rapporter des idées suicidaires au cours de l'année (6% c. 3% et 5%).

Tableau 4.7

Détresse psychologique, idées et tentatives de suicide selon les indicateurs de consommation, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Indicateurs de consommation	Niveau de détresse psychologique		Idées et tentatives de suicide (12 mois)		
	Bas et moyen %	Élevé %	Aucune %	Idées seulement %	Tentatives %
Profil de consommation					
Abstinentes à vie	78,5	21,5	98,0	1,5	0,5**
Abstinentes/12 mois	70,2	29,8	96,5	3,1	0,4**
Buveurs modérés minimums	73,9	26,1	95,9	3,6	0,5
Buveurs modérés maximums	74,6	25,4	95,2	4,6	0,2**
Buveurs occasionnels excessifs	69,1	30,9	92,8	6,1	1,2*
Grands buveurs	63,5	36,5	90,3	7,0	2,7**
Épisodes de forte consommation (12 mois)					
0 fois	77,3	22,7	97,2	2,7	0,1**
1-2 fois	70,6	29,4	94,4	4,7	0,9*
3-4 fois	71,2	28,8	95,0	4,5	0,6**
5 fois et plus	0,3	30,7	93,2	5,9	1,0*
Indice de problèmes liés à l'alcool (CAGE)					
Risque nul	76,4	23,6	96,9	2,8	0,4
Risque faible	69,7	30,3	93,0	6,2	0,8**
Risque élevé	61,3	38,7	91,6	6,9	1,5*
Polyusage d'alcool et de drogues					
Aucune substance	77,7	22,3	97,6	2,0	0,5**
Alcool seulement	75,6	24,4	96,5	3,2	0,3*
Alcool et drogues	58,7	41,4	88,9	9,2	2,0
Total	73,8	26,2	95,8	3,6	0,5

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Cette vulnérabilité accrue aux problèmes psychologiques chez les buveurs à risque se confirme, lorsqu'on examine les niveaux de détresse psychologique selon l'indice de problèmes liés à l'alcool : plus le risque augmente, plus grande est la proportion des personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (24% à 39%), et plus s'accroît le pourcentage des personnes ayant rapporté des idées (3% à 7%) ou des tentatives de suicide (0,4% à 1,5%).

L'examen des indicateurs de santé mentale des polyconsommateurs révèle un schéma très semblable à celui des personnes ayant des problèmes liés à l'alcool. Tel qu'indiqué dans le tableau 4.7, les personnes qui consomment de l'alcool et des drogues présentent un pourcentage plus élevé de détresse psychologique (41%) et sont plus nombreuses à rapporter des idées et des tentatives de suicide au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (9% et 2%) que les utilisateurs d'alcool seulement et les non-utilisateurs.

Problèmes sociaux

Le tableau 4.8 présente les proportions de personnes ayant rapporté des problèmes directement associés à la consommation d'alcool (pour les individus ayant répondu par l'affirmative à au moins une question de l'indice de problèmes liés à l'alcool (CAGE)). Par ordre d'importance, ces problèmes sont : les ennuis au volant (12%), les ennuis avec la police (10%), les ennuis au travail ou à l'école (7%) et les ennuis avec la famille (6%). On dénote une prévalence plus élevée de tous ces problèmes chez les plus grands consommateurs, peu importe l'indicateur utilisé pour les reconnaître.

Tableau 4.8

Prévalence de problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool, buveurs de 15 ans et plus ayant répondu par l'affirmative à au moins un item de l'indice CAGE, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Indicateurs de consommation	Problèmes sociaux			
	Ennuis avec la famille %	Ennuis au travail/ école %	Ennuis avec la police %	Ennuis au volant %
Profil de consommation				
Buveurs modérés minimums	5,6	6,4	9,0	9,4
Buveurs modérés maximums	2,8*	4,9	5,6	8,7
Buveurs occasionnels. excessifs	6,3	8,5	14,1	15,2
Grands buveurs	12,8*	17,3	21,5	29,5
Épisodes de forte consommation (12 mois)				
Aucune	1,8**	2,1**	4,7	4,1
1-2 fois	3,3*	4,8*	6,6	6,5
3-4 fois	3,8*	4,4*	5,0	8,6
5 fois et plus	7,2	9,5	13,5	15,8
Polyusage d'alcool et de drogues				
Aucune substance	----	----	----	----
Alcool seulement	4,6	4,9	7,9	10,9
Alcool et drogues	8,6	15,1	18,3	15,8
Total %	5,5	7,2	10,2	11,9
Pe	67 323	87 433	124 417	145 088

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

* Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

-- Ne s'applique pas.

En ce qui concerne le profil de consommation, les grands buveurs sont proportionnellement plus nombreux que les autres à rapporter des ennuis avec la famille (13%), au travail ou à l'école (17%), avec la police (22%) et au volant (30%); les buveurs occasionnellement excessifs se démarquent aussi des autres, puisqu'ils sont 14% à déclarer des démêlés avec la police et 15%, des ennuis au volant. Les buveurs qui rapportent des épisodes de forte consommation au moins cinq fois au cours de l'année sont aussi significativement plus nombreux à rapporter des ennuis avec la famille (7%), au travail ou à l'école (10%), avec la police (14%) ou au volant (16%). Les buveurs qui ne consomment jamais cinq verres ou plus en une seule occasion sont très peu nombreux à rapporter de tels ennuis (2% à 5%).

Les personnes qui rapportent une consommation cumulative d'alcool et de drogues sont plus nombreuses à avoir eu des problèmes sociaux que celles qui consomment de l'alcool seulement. Que l'on pense aux ennuis avec la famille (5 % c. 9%), avec la police (8% c. 18%), au travail ou à l'école (5% c. 15%) ou encore au volant (11% c. 16%), les deux groupes se distinguent significativement.

4.4 Conclusions

4.4.1 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 révèlent un profil assez similaire à celui de l'enquête Santé Québec 1987 ou à ceux d'autres enquêtes semblables menées au Canada et ailleurs. À partir de nouveaux indicateurs, la présente enquête a permis de confirmer que les groupes les plus à risque sont les hommes, les jeunes et les personnes dont l'insertion sociale est marginale (sans-

emploi, familles monoparentales). Ainsi, la consommation excessive est deux à trois fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, pour chacun des groupes d'âge considérés ; les grands buveurs sont essentiellement des hommes, et ceux-ci sont deux à trois fois plus susceptibles de présenter un profil de risque de problèmes liés à l'alcool, selon l'indice CAGE. Les hommes sans emploi ou en situation de monoparentalité sont particulièrement à risque de ce type de problèmes.

En ce qui concerne l'âge, un des phénomènes observés dans les grandes enquêtes nationales est la relation inverse entre la consommation et l'âge : les plus âgés boivent des volumes moins importants et des quantités moins grandes par occasion que les plus jeunes. Par conséquent, la possibilité de retrouver une consommation abusive décroît avec l'âge. Par ailleurs, un des phénomènes marquants, dans cette enquête, est la forte consommation occasionnelle (binge) chez les jeunes femmes. Plus du quart des femmes de 15 à 24 ans rapportent avoir consommé de grandes quantités d'alcool cinq fois ou plus au cours de la dernière année. Bien que cette proportion demeure très largement inférieure à ce qu'on trouve chez les hommes du même âge (près de 50%), ceci vient confirmer l'analyse des données de 1987 qui, en se basant sur le volume seulement, avaient mis en lumière ces modes de consommation chez les jeunes femmes (Guyon, 1990 ; Ayotte et Ferland, 1989). Déjà, dans le Rapport spécial sur la statistique concernant l'alcool (Mercier, 1984), on constatait que le plus grand nombre de consommatrices se trouvait dans la classe d'âge de 19 à 24 ans. Les jeunes femmes représentaient, à la fin des années 70, plus de la moitié de l'ensemble des grandes buveuses. Bref, il s'agirait non pas d'un phénomène de génération, mais plutôt d'un mode de consommation relié à l'âge.

Les groupes dont l'insertion sociale est marginale, soit sur le plan de l'emploi ou de la situation familiale, se distinguent du reste de la population par une plus grande bipolarité de leur profil de consommation : ils ont une tendance accrue à la fois à être abstinentes et à présen-

ter un profil de risque. Ainsi, c'est parmi les personnes sans emploi que l'on retrouve le taux d'abstinence le plus élevé, en même temps que la plus forte proportion de grands buveurs. Encore faudrait-il faire une distinction quant à la durée de la période d'abstinence. En effet, si les abstinents à vie semblent former un groupe assez monolithique et représenter une génération (particulièrement celle des femmes plus âgées), les abstinents depuis au moins douze mois pourraient avoir cessé de consommer pour des raisons de santé ou de problèmes liés à leur consommation antérieure. Ces derniers pourraient bénéficier de mesures d'aide et de soutien. La monoparentalité, particulièrement chez les hommes, en dépit des petits nombres en cause, est associée à une plus forte tendance à consommer fréquemment en assez grande quantité. Une attention particulière devrait être portée par les chercheurs et les intervenants à ces sous-populations pour mieux comprendre leur rapport à la consommation d'alcool, les conséquences de celle-ci sur leur santé physique, mentale et sociale, ainsi que les moyens d'infléchir cette consommation. Il est évident que les seules données d'une enquête auprès de la population sont limitées à ces égards. Toutefois, grâce à la taille de l'échantillon, elles permettent de repérer des groupes plus vulnérables et des liens qui, autrement, ne seraient pas visibles, à cause de la rareté du phénomène de la consommation abusive.

La variable portant sur l'usage combiné d'alcool et de drogues ne donne de l'information que sur l'occurrence de la consommation, et non sur la fréquence ou la quantité consommée. Elle permet cependant de constater que le profil du polyusage varie considérablement selon l'âge, et que ce sont les jeunes de 15-24 ans qui rapportent les taux de consommation combinée les plus élevés. Les jeunes femmes sont presque aussi nombreuses que les hommes de leur âge à rapporter un usage combiné d'alcool et de drogues.

Selon les indicateurs de la santé physique considérés, à l'instar des abstinents, les grands buveurs se perçoivent en moins bonne santé que les buveurs modérés. Ce résultat est compatible avec l'hypothèse d'une

distribution en forme de « J » souvent observée dans les études épidémiologiques sur la relation entre la santé physique, notamment la santé cardio-vasculaire, et la consommation d'alcool (Ashley et al., 1994). Les seuls indicateurs de santé physique pour lesquels la consommation semble nettement associée à un risque accru est la diminution des activités habituelles, et la consultation médicale par suite d'un accident avec blessures. Il faut noter, cependant, que ces indicateurs reflètent un changement soudain de l'état de santé et non une détérioration progressive.

En ce qui concerne la santé mentale, les résultats diffèrent sensiblement des précédents : les profils de consommation à risque sont associés à une prévalence accrue de détresse psychologique, d'idées et de tentatives de suicide. Cependant, dans l'interprétation de ces résultats, on doit tenir compte d'un effet possible de circularité, puisque l'abus de substance peut aussi bien être l'effet que la cause de ces problèmes. La recherche auprès de sujets admis en traitement a permis de constater que nombre d'entre eux avaient connu des situations d'adversité dans leur enfance, ce qui constitue un facteur de risque pour les troubles mentaux futurs. D'autres données, comme l'étude longitudinale de Vaillant (1983), révèlent que l'usage abusif et prolongé d'alcool est responsable de certains troubles mentaux que présentent les alcooliques. En somme, il faut comprendre que chez les consommateurs à risque dans la population générale, il y a à la fois des personnes fragiles dès l'adolescence, et d'autres qui ont développé des symptômes consécutifs à leur excès de consommation, ou les deux.

Les problèmes sociaux explicitement associés à la consommation d'alcool ont été investigués dans l'Enquête sociale et de santé uniquement pour la sous-population qui a répondu par l'affirmative à au moins un item de l'indice CAGE, et qui présente donc, selon les critères de l'enquête, au minimum un risque modéré. Il n'est donc pas étonnant de trouver au sein de ce sous-groupe des tendances à l'accroissement des problèmes avec l'augmentation de la consommation. Par ailleurs, la fréquence de ces problèmes chez ces personnes de-

meure inconnues. La présence de problèmes sociaux, tout particulièrement les ennuis au volant, avec la police ou au travail, sont un phénomène courant parmi le sous-groupe à risque. Toutefois, des problèmes de même nature sont aussi présents dans l'ensemble de la population, y compris chez les buveurs modérés et les abstinents. L'Enquête sociale et de santé ne permet cependant pas de saisir l'ampleur de ce phénomène.

Par ailleurs, la description des caractéristiques des consommateurs à risque par une enquête auprès de la population comporte des limites importantes. Le phénomène de sous-déclaration des quantités consommées est bien connu. On estime, rappelons-le, que seulement 40% à 60% de l'ensemble du volume des ventes sont effectivement saisis par ce type d'enquête (Midanik, 1982). C'est donc dire que la proportion des personnes à risque est sous-estimée par l'enquête de 1992-1993, comme par celle de 1987. La population visée par ces enquêtes étant celle des ménages privés, les itinérants et les personnes en établissement ne peuvent être rejoints. C'est par la tenue d'enquêtes particulières sur ces populations précises qu'on pourra mieux évaluer l'ampleur de la consommation excessive et des problèmes qui lui sont associés (Guyon et al., 1993).

Une mesure comme l'indice CAGE, qui ne touche que marginalement les comportements de consommation et qui insiste par ailleurs sur les réactions sociales, comporte également des limites. Cette mesure s'avère très sensible aux attitudes et aux normes sociales à l'égard de la consommation. Dans le climat de néotempérance et de modération qui s'impose de plus en plus dans notre société (Peele, 1993), les réponses aux trois premiers items de cet indice semblent refléter une intolérance sociale accrue à l'égard de la consommation, et plus particulièrement de l'intoxication, plutôt qu'une augmentation réelle de la consommation excessive, du moins chez une certaine proportion de répondants. Enfin, une enquête transversale ne permet pas d'éclairer un résultat comme la santé moins bonne des abstinents. Ne connaissant ni l'histoire individuelle et familiale d'alcoolisation, ni celle de

santé de ce groupe, et en l'absence des analyses multivariées qui permettraient notamment de contrôler l'effet de confusion de l'âge, on ne peut expliquer le rapport entre la santé et l'abstinence. Or, il importe de comprendre cette relation dans le débat préventif actuel, où la consommation modérée d'alcool semble être associée, dans certaines circonstances, à des effets protecteurs pour la santé (Colsher et Wallace, 1989).

Les premiers essais effectués à partir des quelques questions dérivées du DSM-III présentes dans le questionnaire autoadministré ne permettent pas d'évaluer la prévalence de la dépendance alcoolique ; finalement, c'est la grande absence de cette analyse. Néanmoins, les données disponibles permettraient des travaux complémentaires à cet égard. La prochaine enquête devrait comporter une mesure de la dépendance conforme aux critères du DSM-IV et adaptée à une enquête générale sociale et de santé.

4.4.2 Éléments de réflexion pour la planification

[Retour à la table des matières](#)

Enfin, lorsqu'on couple ces résultats avec les données sur le volume des ventes de la Société des alcools du Québec, on se trouve devant des tendances qui, de prime abord, semblent contradictoires. Bien que le volume des ventes ait été décroissant en 1992, l'effet de cette réduction ne se traduit pas (ou très peu) par une transformation profonde des profils de consommation. Ce constat remet en question l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être en matière de consommation d'alcool qui, on se le rappelle, vise une réduction de 15% de celle-ci. Tous les consommateurs sont visés par cette politique, puisqu'elle s'appuie sur le principe voulant que lorsque la consommation globale diminue, la proportion de buveurs probléma-

ques diminue également. L'atteinte de l'objectif de la politique peut ne pas avoir les effets escomptés sur les consommateurs à risque et les problèmes connexes, mais avoir par ailleurs des effets pervers sur les consommateurs modérés qui profitent actuellement d'un effet protecteur possible. Il est évident que des stratégies préventives devront être élaborées de manière à cibler les comportements d'alcoolisation ainsi que les consommateurs à risque, et à promouvoir la consommation responsable et modérée.

4.5 Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Akerlind, I. ; Hörnquist, J.O. (1992). “Loneliness and alcohol abuse : A review of evidence and interplay”, *Social Science and Medicine*, vol. 34, no 4, pages 405-414.

American psychiatric association (1987). *Diagnostic Statistical Manual. Third Revised Edition - DSM-III*, Washington, Psychiatric American Association.

Anderson, P. (1991). *La gestion des problèmes liés à l’alcool*, Copenhague, Bureau de l'Europe, Organisation mondiale de la santé.

Ashley, M.J. ; Ferrence, R. ; Room, R. ; Rankin, J. ; Single, E. (1994). “Mode rate drinking and Health : Report of an international symposium”, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 151, no 6, pages 809-820.

Ayotte, V. ; Ferland, M. (1989). *Les jeunes adultes : Et la santé, ça va ?*, monographie no 2, Québec, Les Publications du Québec.

Bland, R.C. ; Newman, S.C. ; Orn, H. (1992). "Alcohol abuse and dependence in Edmonton", Canada, dans J.E. Helzer & G.J. Canino (Eds), *Alcoholism in North America, Europe, and Asia*, New York, Oxford University Press, pages 97-113.

Chou, P. (1994). "Sex differences in morbidity among respondents classified as alcohol abusers and/or dependent", *Addiction*, no 89, pages 987-993.

Clark, W. ; Midanik, L. (1982). "Alcohol use and alcohol problems among U.S. adults : Results of the 1979 National Survey", in *Alcohol and Health Monograph no 1 : Alcohol Consumption and Related Problems*, Rockville, MA, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pages 3-55.

Colsher, P. ; Wallace, R. (1989). "Is modest alcohol consumption better than none at all ? An epidemiological assessment", *Annual Review of Public Health*, no 10, pages 203-219.

Edwards, G. ; Anderson, P. ; Babor, T.F. ; Casswell, S. *et al.* (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford, Oxford University Press.

Ewing, J.A. ; (1984). "Detecting alcoholism : The CAGE Questionnaire", *Journal of the American Medical Association*, no 252, pages 1905-1907.

Ewing, J.A. ; Rouse, B.A. (1970). *Identifying the Hidden Alcoholic*, Presented at the 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney, Australia.

Grant, B.F. ; Harford, T.C. ; Hasin, D. S. ; Chou, P. ; Pickering, R. (1992). "DSM-III-R and the proposed DSM-IV alcohol use disorders, United States 198X : A nosological comparison", *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, vol. 16, no 2, pages 215-221.

Greenfield, T. K. (1986). "Quantity per occasion and consequences of drinking : A reconsideration and recommendation", *The International Journal of the Addictions*, vol. 21 nos 9 et 10, pages 1059-1079.

Guyon, L. (1989). « La perception de la santé dans l'enquête Santé Québec », *Les Cahiers québécois de démographie*, Montréal, vol. 17, no 2, pages 195-212.

Guyon, L. (1990). *Quand les femmes parlent de leur santé*, Québec, Publications du Québec.

Guyon, L. ; Landry, M. (1993). *Analyse descriptive de la population de Domrémy Montréal à partir de l 'IGT 1991-1992*, Montréal, Cahiers de recherche du RISQ.

Guyon, L. ; Nadeau, L. ; Boyer, R. (1993). *Avis concernant une étude préparatoire pour la concrétisation d'une ou des enquêtes épidémiologiques sur la toxicomanie*, Rapport présenté au Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal (document miméographié).

Hauge, R. ; Irgens-Jensens, O. (1986). "The relationship between alcohol consumption, alcohol intoxication and negative consequences of drinking in four Scandinavian countries", *British Journal of Addiction*, no 81, pages 513-524.

Helzer, J.F. ; Bucholz, K. ; Robins, L. (1992). "Five communities in the United States : Results of the Epidemiologic Catchment Area survey", in J.E. Helzer ; G.J. Canino (Eds), *Alcoholism in North America, Europe, and Asia*, New York, Oxford University Press, pages 71-97.

Hilton, M.E. (1987). "Drinking patterns and drinking problems in 1984 : Results from a general population survey", *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, no 87, pages 167-175.

Kaplan, H.I. ; Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of Psychiatry*, Sixth Edition, Philadelphia, Williams & Wilkins.

Kessler, R.C. ; Mc Gonagle, K.A. ; Zhao, S. ; Nelson, C.B. ; Hughes, M. ; Esleman, S. ; Wittchen, H-U. ; Kendlen, KS. (1994). "Lifetime and 12-month prevalence of DMS-III-R psychiatric disorders in the United States", *Archives of General Psychiatry*, no 51, pages 8-19.

Knupfer, G. (1966). "Some methodological problems in the epidemiology of alcoholic beverage usage definition of amount of intake, *American Journal of Public Health*, vol. 1, pages 237-242.

Knupfer, G. (1984). "The risks of drunkenness (or *Ebrietas Resurrecta*) : A comparison of frequent intoxication indices and of population sub-groups as problem risks", *British Journal of Addiction*, no 82, pages 583-585.

Knupfer, G. (1987). "New directions for survey research in the study of alcoholic beverage consumption", *British Journal of Addiction*, no 79, pages 185-196.

Knupfer, G. (1989). "The prevalence in various social groups of eight different drinking patterns, from abstaining to frequent drunkenness : Analysis of 10 U.S. surveys combined", *British Journal of Addiction*, no 84, pages 1305-1318.

Lecavalier, M. (1991). *L'abus de drogues illicites et de cocaïne chez les femmes en traitement : différences et similitudes dans les stratégies d'approvisionnement et dans les conséquences qui s'y rattachent ainsi que les antécédents personnels*, Mémoire de Maître ès sciences en service social, Université de Montréal.

Légaré, G. (1995). *La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent : faits saillants, Enquête santé mentale*, Rimouski, Direction régionale de la santé publique du Bas-Saint-Laurent.

Maddox, G.L. ; Douglass, E.B. (1973). "Self-assessment of health : A longitudinal study of elderly subjects", *Journal of Health and Social Behavior*, no 14, pages 87-93.

Mäkelä, K (1978). "Level of consumption and social consequences of drinking", in Y. Israel, F.B. Glaser, H. Kalant, R.E. Popham, W. Schmidt, R G. Smart (Eds), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, vol 4, New York, Plenum Press, pages 303-346.

Maisto, S.A. ; Galizio, M. ; Connors, G.J. (1995). *Drug Use and Abuse*, Montréal, The Harcourt Press.

Marlatt, G.A. ~ Gordon, J.R. (Eds) (1985). *Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, New York, Guilford Press.

Mayfield, D.G. ; Mcleod, G. ; Hall, P. (1974). "The CAGE Questionnaire : Validation of a new alcoholism screening test", *American Journal of Psychiatry*, no 131, pages 1121-1123.

Mercier, C. (1984). « Les données épidémiologiques », dans L. Nadeau ; C. Mercier ; L. Bourgeois, *Les femmes et l'alcool en Amérique du Nord et au Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pages 23-71.

Midanik, L. (1982). "The validity of self-reported alcohol consumption : A literature review", *British Journal of Addiction*, no 77, pages 357-382.

Ministère de la santé et des services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec.

Nadeau, L. (1988). *L'impact des événements et des difficultés sur l'alcoolisation pathologique et l'admission en traitement des femmes qui présentent des problèmes liés à l'alcool*, Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Nadeau, L. (1990). « Les problèmes liés à l'alcool chez les femmes : l'examen de l'hypothèse d'une interaction entre des facteurs de vulnérabilité et des agents déclencheurs », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 22, no 4, pages 433-444.

Nadeau, L. ; Guyon, L. ; Bourgault, C. (1995). The categorizing of dependant drinkers in the general population : Comparison of three measures, Montréal, Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives-Québec.

Paquin, A. (1986). *L'alcoolisme : revue de la littérature et éléments de problématique*, Montréal, Département de Santé communautaire, Hôpital St-Luc.

Peele, S. (1993). "The conflict between public health goals and the temperance mentality", *American Journal of Public Health*, vol. 83, no 6, pages 805-810.

Rhodes, J. ; Jason, L. (1990). "A social stress model of substance", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 58, no 4, pages 395-401.

Room, R. (1977). "Measurement and distribution of drinking patterns and problems in general populations", in G. Edwards ; M. Gross ; M.M. Keller ; J. Moser ; R. Room (Eds), *Alcohol-related di-*

sabilities, Geneva, World Health Organization, Offset Publication no 32, pages 61-87.

Room, R. (1990). "Measuring alcohol consumption in the United States : Methods and rationales", in L.T. Kozlowski *et al.*, *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, New York, Plenum Press, vol. 10, pages 39-79.

Room, R. (1993). "Epidemiological research on drinking patterns and problems", *Journal of Alcohol, Drugs and other Psychotropic substances*, vol. 19, no 4, pages 195-217.

Santé et bien-être social Canada (1992). *Usage de l'alcool et des autres drogues par les Canadiens : un rapport technique de l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (1989)*, Préparé par M. Eliany, N. Geisbreth, M. Nelson, S. Wortley, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services.

Schuckit, M.A. ; Monteiro, M.S. (1988). "Alcoholism, anxiety and depression", *British Journal of Addiction*, no 83, pages 1373-1380.

Single, E. ; Williams, B. ; McKenzie, D.D. (1994). *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies et La Fondation de la recherche sur les toxicomanies de l'Ontario.

Single, E. ; Wortley, S. (1993). Drinking in various settings : Findings from a national survey in Canada, *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 54, pages 590-599.

Smart, R.G. ; Adlaf, E.M. ; Knoke, D. (1991). "Use of the CAGE scale in a population survey of drinking", *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 52, no 6, pages 593-596.

Smart, R.G. (1992). *Trends in Alcohol Epidemiology in Recent Decades and Key Issues for Future Study*, Toronto, Communication à la Kettil Brüun Society pour l'épidémiologie de l'alcool.

Smith, G, Kraus, J. (1988). "Alcohol and residential, recreational and occupational injuries", *Annual Review of Public Health*, no 9, pages 99-121.

Société des alcools du Québec (1994). *Évolution des volumes de vente par type de boissons : document de travail, 94-06-03*, Montréal, Société des alcools du Québec.

Timmer, S.G. ; Veroff, J. Colten, M.E. (1985). "Life stress, helplessness, and the use of alcohol and drugs to cope : An analysis of national survey data", in S. Shiffman, T.A Wills (eds), *Coping and Substance Abuse*, California, Academic Press (N), pages 171-198.

Vaillant, G. (1983). *The Natural History of Alcoholism*, Cambridge, Harvard University Press,

Wilson, P.H. (Ed) (1992). *Principles and practice of relapse prevention*, New York, Guilford Press.

Fin du texte