

NIVEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INDIVIDU

Habitudes de vie et comportements préventifs

Usage du tabac

Consommation d'alcool

Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire

Activité physique

Poids corporel

Comportements sexuels et utilisation du condom

Orientation sexuelle et santé

Divers comportements de santé propres aux femmes

Chapitre 3

Usage du tabac

Sylvie Bernier

Groupe Vigie et qualité des services
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Danièle Brochu

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Les méfaits du tabagisme sur la santé ne sont plus à démontrer. On estime qu'en 1991, 45 000 décès auraient été causés par l'usage du tabac au Canada, dont plus de 12 000 au Québec (Ellison, Mao et Gibbons, 1995). Le décès prématuré (avant l'âge de 70 ans) attribuable à la consommation de tabac constitue actuellement le pire problème de santé publique au Canada (Ellison et autres, 1999); près de la moitié des décès causés par le tabagisme sont prématurés (Peto et autres, 1994; Centre national de documentation sur le tabac et la santé [CNDTS], 1995). Les personnes qui décèdent prématurément perdent en moyenne 22 ans d'espérance de vie alors que celles qui décèdent à 70 ans ou plus raccourcissent leur vie de 8 ans en moyenne (Peto et autres, 1994; CNDTS, 1995). Le nombre de décès prématurés est environ deux fois plus élevé chez les sujets ayant fumé toute leur vie que chez les sujets n'ayant jamais fumé (Ellison et autres, 1999). L'excès de décès prématurés survenant chez les fumeurs est attribuable principalement au cancer et aux cardiopathies ischémiques (Ellison et autres, 1999). Les effets du tabagisme sur la santé ne se limitent pas seulement aux maladies cardiovasculaires et à divers cancers. Plusieurs autres problèmes de santé, tels les maladies respiratoires, l'ostéoporose, la ménopause précoce, les cataractes, les effets sur le fœtus (faible poids à la naissance, mortinaissance, mort soudaine du nouveau-né), pour ne mentionner que ceux-là, sont également associés à l'usage du tabac (Peto et autres, 1994; CNDTS, 1995; Benowitz, 1988; Hopper et Seeman, 1994).

La fumée de tabac dans l'environnement (FTE) constitue elle aussi un défi de taille pour la santé publique (Pirkle et autres, 1996). Le nombre total de décès reliés à la FTE chez les non-fumeurs est estimé à entre 3 000 et 3 500 par année au Canada (CNDTS, 1996). La FTE est en effet un facteur de risque important du cancer du poumon et des maladies cardiovasculaires chez les non-fumeurs (Environmental Protection Agency [EPA], 1997; CNDTS, 1996; Hackshaw et autres, 1997; Law et autres, 1997; Bonita et autres, 1999). Plus spécifiquement, on estime qu'au Canada, 330 non-fumeurs meurent chaque année d'un cancer du poumon causé par l'exposition à la FTE (Wigle et autres, 1987; CNDTS, 1996). Cet estimé s'élève à 94 décès pour le Québec (Morin et autres, 1992). L'exposition à la FTE est également associée à diverses maladies respiratoires et affections connexes chez les nourrissons et les jeunes enfants (EPA, 1997; CNDTS, 1996).

Bien des attentes ont été manifestées face à la présente enquête afin de déceler si la baisse des taxes sur les cigarettes a eu un effet sur la prévalence du tabagisme. Il faut se rappeler qu'en 1994, les gouvernements fédéral et provincial décidaient de diminuer les taxes sur le tabac afin de contrer la contrebande alors fort répandue et de plus en plus organisée. Toutefois, soucieux d'éviter que la baisse des taxes n'entraîne une augmentation du tabagisme, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se dotait simultanément d'un plan d'action pour la lutte contre le tabagisme. Bref, depuis 1993, si un changement de comportement en matière de tabagisme chez les Québécois avait été noté, plusieurs interventions autres que la baisse des taxes

pourraient en être la cause. On n'a qu'à penser à la mise en place de programmes de prévention et de cessation, à l'adoption de mesures de protection des non-fumeurs, aux commandites de l'industrie du tabac, etc. Quoiqu'il en soit, il s'avère essentiel de surveiller l'évolution du tabagisme dans une période aussi effervescente. Il est d'ailleurs possible de le faire dans le cadre de la présente enquête puisque la plupart des données sont comparables à celles de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

D'autre part, la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) mentionne dans trois de ses objectifs le tabagisme comme facteur de risque sur lequel il est important d'intervenir afin de prévenir les maladies cardiovasculaires, le cancer et les maladies du système respiratoire. De plus, s'inscrivant dans la perspective des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*, les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997) retiennent le tabagisme comme étant l'une des priorités d'action en matière de santé publique. L'un des objectifs visés se lit comme suit « Que d'ici 2002, la population québécoise âgée de 15 ans et plus, composée de fumeurs réguliers ou occasionnels, passe de 35,4 % (pourcentage de 1994) à 28 % ». L'*Enquête sociale et de santé 1998* peut contribuer à mesurer l'atteinte de cet objectif.

Le présent chapitre fait état de l'usage de la cigarette chez les 15 ans et plus selon le sexe et l'âge et aussi selon certaines variables démographiques et socioéconomiques. La quantité de cigarettes fumées chaque jour ainsi que l'âge auquel les fumeurs réguliers ont commencé à fumer quotidiennement y sont également présentés. À l'instar de l'enquête *Santé Québec 1987*, la fréquence de l'usage du cigare, de la pipe et du tabac à priser ou à chiquer est examinée. Il est à noter qu'en 1992-1993, les questions portant sur l'usage de ces produits du tabac n'avaient pas été reprises puisqu'en 1987, la prévalence de l'usage de ces produits était faible. De plus, rien n'indiquait à ce moment-là qu'un changement détectable sur une période quinquennale aurait pu se produire. Finalement, la perception de

l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement à la maison et dans les lieux publics est également décrite.

3.1 Aspects méthodologiques

3.1.1 Indicateurs

Les questions utilisées pour la consommation de tabac sont les questions 20 à 32 du questionnaire autoadministré (QAA). La population québécoise de 15 ans et plus est répartie selon le type d'usage de la cigarette. Quatre catégories définissent cet usage : les fumeurs réguliers qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que tous les jours, les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais ne plus fumer au moment de l'enquête et les personnes qui n'ont jamais fumé au cours de leur vie. Ces quatre catégories peuvent être regroupées en deux grandes classes : celle des fumeurs actuels et celle des non-fumeurs. Les fumeurs actuels regroupent les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels. Le groupe des non-fumeurs est constitué des anciens fumeurs et des personnes qui n'ont jamais fumé. La quantité de cigarettes fumées quotidiennement (QAA23) par les fumeurs réguliers est présentée selon les plages suivantes : de 1 à 10, de 11 à 25 et 26 cigarettes et plus.

La fréquence d'exposition à la FTE (QAA29) est présentée selon deux types de lieux d'exposition : la maison et les lieux publics tels aréna, clubs, restaurants, magasins, etc. La fréquence d'exposition retenue pour les analyses est « chaque jour ou presque chaque jour ». Il est à noter que pour les fumeurs, la FTE exclut la fumée provenant de leurs propres cigarettes.

3.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Par souci de comparabilité et afin de bien mesurer l'évolution des habitudes tabagiques chez la population de 15 ans et plus, les questions de la présente enquête ont été gardées identiques à celles des enquêtes de 1987 et 1992-1993. Ainsi, l'on pourra suivre l'évolution de l'usage du tabac au Québec depuis 10 ans. De plus, pour la première fois, l'enquête de 1998 fournit des informations sur la perception de l'exposition à la FTE, une question ayant été ajoutée à cet effet.

3.1.3 Portée et limites des données

L'usage du tabac est autodéclaré. Il se peut que par désirabilité sociale, il y ait une certaine sous-estimation de la consommation. Cependant, on observe un très faible taux de non-réponse partielle pour les variables d'analyse touchant le type de consommation de tabac, la quantité de cigarettes fumées et l'âge où le fumeur régulier a commencé à fumer tous les jours.

La question sur la FTE a été construite pour la présente enquête. Elle comporte trois éléments : l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement à la maison, dans le lieu d'activité principale et dans tout autre lieu public. Toutefois, la sous-question portant sur l'exposition à la FTE dans le lieu d'activité principale n'a pas été répondue correctement, ce qui invalide les résultats. Pour cette raison, seulement l'exposition à la FTE à la maison et celle dans les lieux publics ont été considérées. Les résultats ne prétendent pas mesurer l'exposition réelle mais présentent la perception de l'exposition par les répondants. De plus, il est à souligner que les taux de non-réponse partielle à ces deux sous-questions dépassent légèrement les 10 %, ce qui pourrait biaiser les résultats obtenus. Les non-répondants sont pour la plupart des personnes de 65 ans et plus et en particulier des femmes. Il est fort probable que ces personnes n'aient pas répondu aux questions parce qu'elles ne se sentaient pas concernées par celles-ci. Si tel est le cas, les non-répondants seraient moins susceptibles d'être exposés à la FTE à la maison et

dans les lieux publics que ceux qui ont répondu aux questions, ce qui entraînerait donc une surestimation de la proportion de gens âgés de 15 ans et plus qui sont exposés chaque jour ou presque à la FTE dans ces endroits.

3.2 Résultats

3.2.1 Usage de la cigarette

Fumeurs actuels

En 1998, on estime que 34 % des Québécois âgés de 15 ans et plus fument la cigarette, soit 31 % tous les jours et 3,5 % à l'occasion (tableau 3.1). Une proportion légèrement plus élevée d'hommes que de femmes fume la cigarette, soit 35 % et 33 %, respectivement. Par contre, selon les groupes d'âge, on n'observe pas de différences statistiquement significatives entre les hommes et les femmes sauf pour le groupe des 20-24 ans, dans lequel 44 % des hommes fument alors que c'est le cas pour 36 % des femmes. Chez le groupe des 45-64 ans, on constate également une tendance chez les hommes à fumer dans une plus forte proportion que les femmes (34 % c. 30 %).

Chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, on observe une montée de la prévalence de l'usage de la cigarette avec l'âge : alors que 29 % des 15-17 ans fument, cette proportion monte à 38 % chez les 18-19 ans et se maintient chez les 20-24 ans (40 %) (tableau 3.2). Cette proportion se maintient également chez les 25-34 ans (38 %) et les 35-44 ans (40 %). Puis, la proportion de fumeurs actuels redescend rapidement avec l'âge pour atteindre 19 % chez les 65 ans et plus.

Par ailleurs, ce sont les Québécois âgés de 25 à 44 ans qui comptent la plus forte proportion de fumeurs réguliers (36 %), alors que les gens âgés de 65 ans et plus sont proportionnellement les moins nombreux à fumer régulièrement (18 %) (tableau 3.1). Il est à noter que la plus grande proportion de fumeurs occasionnels se retrouve chez les 15-24 ans (8 %).

Tableau 3.1

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
%						
15-24 ans						
Hommes	43,7	18,7	62,4	7,6*	30,0	37,6
Femmes	42,0	23,7	65,7	7,8*	26,5	34,3
Total	42,9	21,1	64,0	7,7	28,3	36,0
15-19 ans						
Hommes	48,5	19,3	67,8	6,3*	25,9	32,2
Femmes	42,4	24,7	67,1	8,4*	24,6	32,9
Total	45,5	22,0	67,5	7,3*	25,2	32,6
20-24 ans						
Hommes	38,1	17,9	56,0	9,2*	34,9	44,0
Femmes	41,6	22,6	64,1	7,1*	28,8	35,9
Total	39,8	20,2	59,9	8,1*	31,9	40,1
25-44 ans						
Hommes	31,7	28,8	60,5	3,5*	36,1	39,6
Femmes	31,1	29,9	61,0	3,5*	35,5	39,0
Total	31,4	29,3	60,7	3,5	35,8	39,3
45-64 ans						
Hommes	16,9	49,1	66,0	2,2*	31,8	34,0
Femmes	33,0	36,6	69,6	1,8*	28,6	30,4
Total	25,1	42,8	67,9	2,0*	30,1	32,1
65 ans et plus						
Hommes	21,6	57,8	79,4	1,2**	19,4	20,6
Femmes	50,0	32,3	82,3	1,3**	16,4	17,7
Total	37,7	43,4	81,1	1,2**	17,7	18,9
Total						
Hommes	28,4	36,2	64,6	3,6	31,8	35,4
Femmes	36,2	31,2	67,4	3,4	29,2	32,6
Total	32,4	33,7	66,0	3,5	30,5	34,0
Pe '000	1 887	1 971	3 858	201	1 767	1 967

Pour les coefficients de variation et la source, voir au bas de la page.

Tableau 3.2

Type d'usage de la cigarette selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
%						
Sexes réunis						
15-17 ans	49,5	21,5	71,0	6,6*	22,3	29,0
18-19 ans	39,3	22,6	61,9	8,4*	29,7	38,1
20-24 ans	39,8	20,2	59,9	8,1*	31,9	40,1
25-34 ans	37,2	24,6	61,7	4,4	33,9	38,3
35-44 ans	26,8	33,1	59,9	2,8*	37,3	40,1
45-54 ans	24,8	40,8	65,5	2,0*	32,5	34,5
55-64 ans	25,6	45,9	71,6	2,0**	26,5	28,5
65 ans et plus	37,7	43,4	81,1	1,2**	17,7	18,9
Total	32,4	33,7	66,0	3,5	30,5	34,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

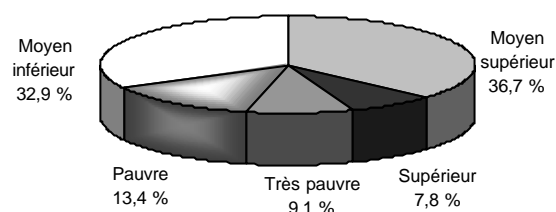
En plus du sexe et de l'âge, la prévalence de l'usage de la cigarette a été analysée en fonction des variables démographiques et socioéconomiques suivantes : l'état matrimonial de fait, le niveau de revenu, la scolarité relative et le groupe ethnoculturel.

Les gens mariés sont proportionnellement moins nombreux à fumer. On estime que 27 % d'entre eux fument la cigarette, alors que ceux qui vivent en union de fait présentent la plus forte proportion de fumeurs actuels, soit 44 % (tableau 3.3). Ceci s'observe dans tous les groupes d'âge (données non présentées).

La prévalence de l'usage de la cigarette augmente avec le niveau de pauvreté. Ainsi, les gens très pauvres et pauvres sont proportionnellement plus nombreux à fumer (46 % et 42 % respectivement) que les gens ayant un revenu moyen inférieur et moyen supérieur (35 % et 33 %) qui, eux, fument dans une plus forte proportion que les gens ayant un revenu supérieur (22 %). Cependant, il est très important de

souligner que moins du quart (23 %) des fumeurs actuels sont très pauvres ou pauvres (figure 3.1). En effet, la majorité des fumeurs actuels, soit 70 %, ont un revenu moyen (inférieur ou supérieur) et 8 % ont un revenu supérieur.

Figure 3.1
Distribution des fumeurs actuels selon le niveau de revenu, fumeurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 3.3
Type d'usage de la cigarette selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
État matrimonial de fait						
Marié(e)	31,6	41,6	73,1	2,0	24,9	26,9
En union de fait	26,8	29,4	56,2	3,7*	40,1	43,8
Veuf, séparé ou divorcé	29,3	34,3	63,5	2,0**	34,5	36,5
Célibataire	38,7	22,7	61,4	6,6	32,0	38,6
Niveau de revenu						
Très pauvre	28,1	25,7	53,9	3,3**	42,8	46,1
Pauvre	30,3	28,1	58,4	4,1*	37,5	41,6
Moyen inférieur	32,7	32,7	65,4	3,5	31,1	34,6
Moyen supérieur	32,0	35,2	67,3	3,2	29,5	32,7
Supérieur	36,8	40,8	77,6	3,9*	18,5	22,4
Scolarité relative						
Plus faible	27,5	26,0	53,4	2,2*	44,4	46,6
Faible	29,4	32,1	61,4	3,1*	35,5	38,6
Moyenne	32,7	33,6	66,3	3,5*	30,2	33,7
Élevée	31,3	38,2	69,5	4,2	26,2	30,4
Plus élevée	40,5	38,1	78,6	4,2	17,1	21,4

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 3.4

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et le groupe ethnoculturel, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
	%					
Hommes						
Groupe majoritaire	27,8	36,4	64,2	3,4	32,4	35,8
Groupe minoritaire	34,0	34,7	68,7	5,1*	26,2	31,3
Femmes						
Groupe majoritaire	33,9	31,9	65,8	3,3	30,9	34,2
Groupe minoritaire	55,4	26,1	81,5	3,9**	14,6	18,5
Sexes réunis						
Groupe majoritaire	30,9	34,1	65,0	3,3	31,6	35,0
Groupe minoritaire	44,5	30,5	75,0	4,5*	20,5	25,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

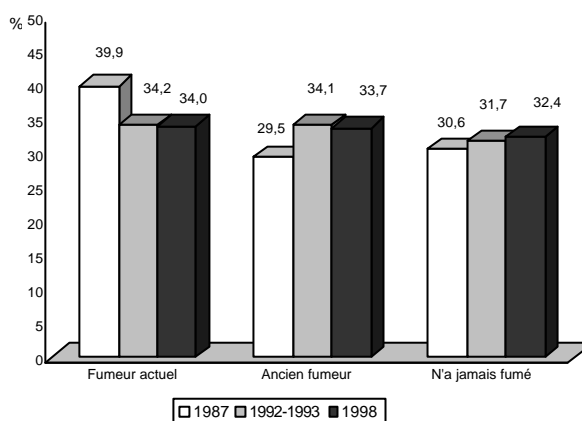
Par ailleurs, on observe une relation entre le niveau de scolarité relative et la proportion de fumeurs. Les individus ayant la scolarité relative la plus faible sont proportionnellement plus nombreux à fumer (47 %) que les autres (tableau 3.3). Inversement, les personnes dont la scolarité relative est la plus élevée sont en proportion moins nombreuses à fumer (21 %).

Selon l'appartenance ethnoculturelle, on observe une proportion plus importante de fumeurs actuels dans le groupe ethnique majoritaire (35 %) que dans le groupe minoritaire (25 %) (tableau 3.4). Alors que cette différence est très prononcée chez les femmes (34 % c. 19 %), elle n'est pas statistiquement significative chez les hommes.

Bien que par rapport à 1987, on ait observé en 1992-1993 une baisse dans la proportion de fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus, celle-ci passant de 40 % à 34 %, on ne note plus une telle diminution entre 1992-1993 et 1998 (figure 3.2 et tableau C.3.1). En effet, en 1998, la prévalence de l'usage de la cigarette dans la population de 15 ans et plus est demeurée sensiblement la même qu'en 1992-1993.

De plus, en 1998, les jeunes âgés de 15 à 19 ans fument dans des proportions semblables (environ 33 %) à celles de 1992-1993 et de 1987 (figure 3.3).

Figure 3.2
Type d'usage de la cigarette, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

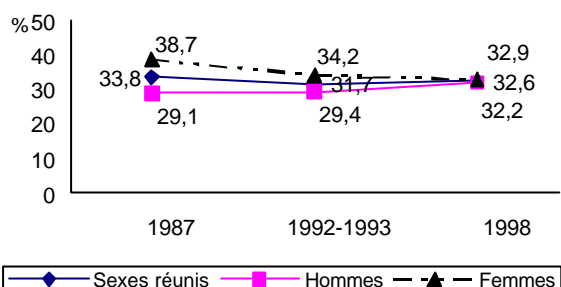
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chez les jeunes filles, toutefois, la proportion de fumeuses actuelles aurait baissé de 39 % en 1987 à 33 % en 1998.

Nombre et type de cigarettes fumées

Les deux tiers des fumeurs réguliers de 15 ans et plus consomment de 11 à 25 cigarettes par jour, et ce, tant chez les femmes que chez les hommes (tableau 3.5).

Figure 3.3
Proportion de fumeurs actuels selon le sexe, population de 15 à 19 ans, Québec, 1987, 1992-1993, 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

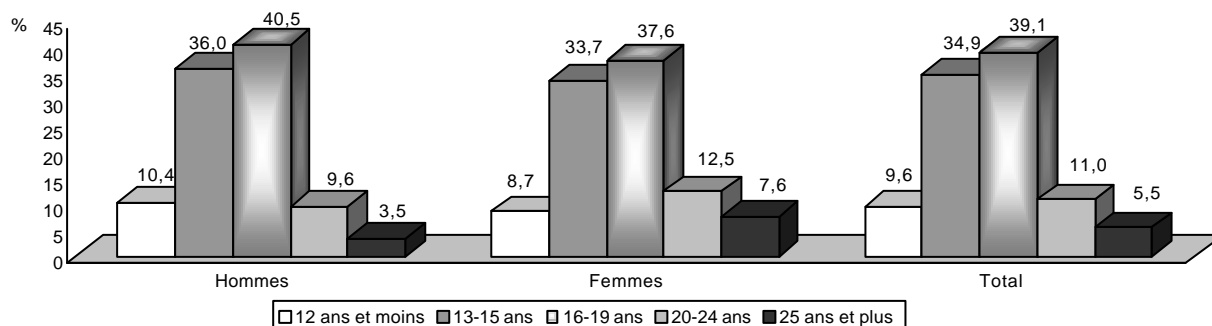
Tableau 3.5
Nombre de cigarettes fumées quotidiennement selon le sexe et l'âge, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Québec, 1998

	1-10	11-25	26 et plus
	%		
Hommes	17,9	67,1	15,0
Femmes	26,6	65,9	7,5
Sexes réunis			
15-24 ans	38,2	60,0	1,9**
25-44 ans	18,8	70,5	10,7
45-64 ans	16,6	65,4	18,0
65 ans et plus	30,6	59,2	10,2**
Total	22,1	66,5	11,4

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 3.4
Âge auquel la personne a commencé à fumer la cigarette tous les jours, fumeurs réguliers de 15 ans et plus, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Par contre, près de deux fois plus d'hommes que de femmes sont de gros fumeurs (26 cigarettes et plus par jour) : 15 % contre 8 %. Ce sont les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus qui comptent les plus fortes proportions de fumeurs consommant de 1 à 10 cigarettes par jour. De plus, la grande majorité (96 %) des fumeurs réguliers consomment des cigarettes à bout filtre (données non présentées).

Âge auquel la personne a commencé à fumer quotidiennement la cigarette

La majorité des fumeurs réguliers (84 %) ont commencé à fumer la cigarette tous les jours avant l'âge de 20 ans, soit 80 % des femmes et 87 % des hommes (figure 3.4). Chez les fumeurs réguliers de 15 à 24 ans, 17 % ont acquis l'habitude de fumer quotidiennement avant l'âge de 13 ans et 45 %, entre 13 et 15 ans (tableau 3.6). Depuis 1987, on observe une tendance à la hausse (de 11 % en 1987 à 17 % en 1998) quant à la proportion de jeunes fumeurs réguliers âgés de 15 à 24 ans qui ont commencé à fumer avant l'âge de 13 ans.

Tableau 3.6

Âge auquel la personne a commencé à fumer quotidiennement la cigarette, fumeurs réguliers de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	12 ans ou moins	13-15 ans	16-19 ans	20-24 ans
	%			
1987	11,3*	46,1	38,4	4,2**
1992-1993	12,6	50,4	33,6	3,4**
1998	16,7	45,0	34,1	4,2**

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

3.2.2 Usage du cigare, de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser

L'usage de la pipe demeure marginal, environ 1 % de la population de 15 ans et plus en faisant usage (données non présentées). De même, l'usage du tabac à chiquer ou à priser se fait très rare, un maigre 0,5 % des Québécois en consommant (données non présentées). Par contre, le cigare est un peu plus populaire, 6 % des gens étant des adeptes du cigare (tableau 3.7). Il est surtout l'apanage des hommes : 9 % d'entre eux fument le cigare contre 2,6 % des femmes. Son usage est plus souvent occasionnel que quotidien et se rencontre surtout chez les fumeurs de cigarette (données non présentées). La consommation du cigare est plus répandue chez les jeunes personnes de 15 à 24 ans (10 %) que chez celles appartenant aux autres groupes d'âge (de 2 % à 6 %) (tableau 3.7). Plus particulièrement, l'usage du cigare se concentre chez les hommes âgés de 15 à 44 ans. En effet, 15 % des 15-24 ans et 10 % des 25-44 ans fument le cigare. Par rapport à 1987, la proportion de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui fument le cigare a plus que doublé, passant de 6 % à 15 % en une décennie.

3.2.3 Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

Exposition à la FTE à la maison

Plus du tiers (37 %) des Québécois de 15 ans et plus se disent exposés chaque jour ou presque à la fumée de cigarette des autres fumeurs à la maison (tableau 3.8). Les femmes et les hommes sont

exposés dans des proportions semblables (respectivement 35 % et 38 %). Les jeunes gens âgés de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux (45 %) à être exposés chaque jour ou presque à la FTE à la maison comparativement aux autres groupes d'âge, alors que l'inverse se produit pour les gens de 65 ans et plus (24 %). De même, moins les gens sont scolarisés, plus ils sont proportionnellement nombreux à être exposés quotidiennement ou presque à la FTE à la maison. Il en va ainsi pour le niveau de revenu. Selon l'appartenance ethnoculturelle, les individus faisant partie du groupe majoritaire sont exposés en plus forte proportion à la FTE à la maison comparativement à ceux qui appartiennent au groupe minoritaire (37 % c. 28 %). Enfin, près des deux tiers des fumeurs actuels (64 %) sont exposés à la FTE à la maison chaque jour ou presque, alors que c'est le cas pour 23 % des non-fumeurs (figure 3.5).

Tableau 3.7

Usage du cigare selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1998

	Non-fumeur		Fumeur actuel	
	1987	1998	1987	1998
	%			
15-24 ans				
Hommes	94,1	84,6	5,9*	15,4
Femmes	99,6	95,9	0,4**	4,1*
Total	96,9	90,2	3,2*	9,8
25-44 ans				
Hommes	93,1	90,0	6,9	10,0
Femmes	99,8	97,3	0,2**	2,8*
Total	96,5	93,6	3,5	6,4
45-64 ans				
Hommes	94,8	94,5	5,2*	5,6
Femmes	99,8	97,6	0,2**	2,4*
Total	97,4	96,0	2,7*	4,0
65 ans et plus				
Hommes	94,6	96,9	5,4**	3,1**
Femmes	99,8	99,0	0,2**	1,0**
Total	97,5	98,0	2,5**	2,0**
Sexes réunis				
Hommes	93,9	91,2	6,1	8,8
Femmes	99,8	97,4	0,2**	2,6
Total	96,9	94,3	3,1	5,7

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Exposition à la FTE dans les lieux publics

Un peu plus du quart (26 %) des Québécois se disent exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac des autres dans les lieux publics (tableau 3.8). Plus d'hommes que de femmes le sont (32 % c. 20 %). Encore une fois, l'exposition diminue avec l'âge, passant de 38 % chez les 15-24 ans à 13 % chez les 65 ans et plus. Il en va de même pour les personnes ayant la scolarité relative la moins élevée (31 %) comparativement à celles ayant la scolarité relative la plus élevée (21 %). Selon le niveau de revenu, on n'observe pas de différences statistiquement significatives entre les groupes. Par ailleurs, une proportion légèrement plus grande d'individus issus du groupe ethnoculturel majoritaire sont exposés à la FTE quotidiennement ou presque dans les lieux publics par rapport à ceux appartenant au groupe minoritaire.

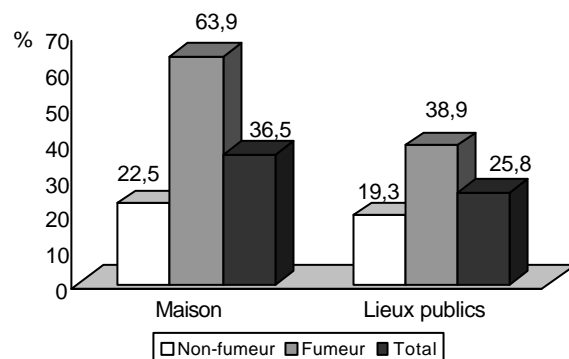
Tableau 3.8

Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE selon le lieu d'exposition et certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Maison	Lieux publics
	%	
Hommes	37,9	31,6
Femmes	35,1	19,9
Sexes réunis		
15-24 ans	45,2	38,1
25-44 ans	36,4	26,3
45-64 ans	35,8	21,3
65 ans et plus	24,1	13,3
Scolarité relative		
Plus faible	52,4	30,6
Faible	43,2	28,5
Moyenne	38,1	25,7
Élevée	30,3	25,1
Plus élevée	21,1	20,6
Niveau de revenu		
Très pauvre	44,1	30,4
Pauvre	44,8	27,2
Moyen inférieur	38,3	25,2
Moyen supérieur	36,2	25,7
Supérieur	22,0	24,0
Groupe ethnoculturel		
Majoritaire	37,3	26,1
Minoritaire	27,9	21,3
Total	36,5	25,8
Pe'000	2 094	1 450

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 3.5

Exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE, selon le type d'usage de la cigarette et le lieu d'exposition, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, en proportion, deux fois plus de fumeurs que de non-fumeurs (39 % c. 19 %) sont ainsi exposés à la FTE dans les lieux publics (figure 3.5).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, 34 % des Québécois fument la cigarette soit tous les jours (31 %) soit à l'occasion (3,5 %). La prévalence de l'usage de la cigarette est donc demeurée la même qu'en 1992-1993 (Santé Québec, 1995). Au cours de ce laps de temps, deux autres études de Statistique Canada ont révélé des taux de tabagisme au Québec de 35 % en 1994-1995 et de 34 % en 1996-1997 (Aubin et autres, 1996; Santé Canada, 1999a). Ces données montrent une relative stabilité des taux de tabagisme entre 1993 et 1998. Il est toutefois à noter que les questions visant à établir la prévalence du tabagisme dans les deux études de Statistique Canada diffèrent de celles utilisées par Santé Québec, ce qui pourrait limiter la comparabilité des résultats.

Par ailleurs, autre constat important, en 1998, les femmes âgées de 15 ans et plus fument dans une proportion légèrement plus faible que les hommes (33 % c. 35 % respectivement). Plus particulièrement, les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans sont, en proportion, nettement moins nombreuses que leurs confrères à s'adonner à cette habitude, soit 36 % contre 44 %. Par contre, dans les autres groupes d'âge, il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les hommes et les femmes. Bien que des enquêtes effectuées chez les jeunes du secondaire démontrent que les jeunes filles fument en plus grande proportion que les jeunes hommes (Cloutier et autres, 1994; Loiselle, 1999), la présente enquête ne détecte aucune différence entre les sexes chez la population âgée de 15 à 19 ans.

A priori, ces résultats peuvent sembler contradictoires mais ils sont fort plausibles. En effet, chez les élèves du secondaire, le fait que les jeunes filles fument en proportion plus importante que les jeunes hommes pourrait être attribuable à deux raisons. La première

serait que les filles étant plus précoces que les garçons, elles commencent plus jeunes à fumer. Par conséquent, de façon transitoire, parmi les jeunes du secondaire habituellement âgés entre 12 et 17 ans, la proportion de fumeuses dépasse donc celle des fumeurs. La seconde aurait trait au décrochage scolaire qui se veut plus important chez les garçons que chez les filles. Or, le taux de tabagisme chez les décrocheurs serait plus important que chez les non-décrocheurs. Donc, la proportion de fumeurs parmi la population captive masculine du secondaire ne serait pas représentative de celle de tous les jeunes hommes de cet âge.

Bref, pour les raisons invoquées, lorsque l'on considère les jeunes du secondaire, les filles fument en plus grande proportion que les garçons. Toutefois, lorsque l'on considère l'ensemble des jeunes âgés de 15 à 19 ans, cette différence s'estompe. Autant de jeunes femmes que de jeunes hommes fument. L'effet du décrochage ne s'applique plus et le groupe d'âge est légèrement plus vieux, de sorte que les jeunes hommes ont eu le temps de rattraper leurs consœurs.

De plus, le fait que les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans soient proportionnellement beaucoup plus nombreux à fumer que les jeunes femmes suggère qu'une proportion plus importante d'hommes que de femmes commencent à fumer entre 20 et 24 ans.

L'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (Santé Canada, 1999b) obtient des résultats semblables chez les Canadiens âgés de 15 à 19 ans : l'usage du tabac est aussi répandu chez les filles (29 %) que chez les garçons (28 %). De même, chez les 20-24 ans, cette enquête canadienne révèle que les hommes sont proportionnellement plus nombreux à fumer la cigarette que les femmes, soit 39 % contre 29 %.

De plus, le tabagisme ne serait pas en hausse chez les jeunes de 15 à 19 ans depuis 1987. La proportion de fumeurs actuels dans ce groupe d'âge est relativement constante dans les trois enquêtes : 34 % en 1987, 32 % en 1992-1993 et 33 % en 1998. D'ailleurs, les jeunes filles fumeraient proportionnellement en moins grand

nombre en 1998 qu'en 1987, la proportion de fumeuses actuelles ayant diminué de 39 % en 1987 à 33 % en 1998.

Selon l'état matrimonial de fait, les gens mariés sont proportionnellement les moins nombreux à fumer (27 %), alors que ceux qui vivent en union de fait comptent la plus grande proportion de fumeurs actuels (44 %). Autre fait important, 77 % des fumeurs ont un niveau de revenu moyen ou supérieur. Par conséquent, les programmes ciblant les plus démunis sur le plan socio-économique, bien que légitimes, ne visent que 23 % des fumeurs.

Malgré que l'usage de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser demeure marginal (1 % et 0,5 %, respectivement), le cigare connaît une certaine popularité. Quelque 6 % des Québécois en font usage, surtout de façon occasionnelle. Sa consommation se concentre principalement chez les hommes (9 %) et plus spécifiquement chez les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans (15 %). L'usage du cigare serait à la hausse chez les jeunes Québécois de sexe masculin, la proportion d'usagers ayant fait un bond de 6 % à 15 % entre 1987 et 1998.

Bien que la question qui permette d'évaluer l'exposition de la population à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) présente certaines limites mentionnées en début de chapitre, des résultats intéressants se dégagent. La maison est source d'exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la FTE pour 37 % des Québécois. C'est moins du quart (23 %) des non-fumeurs et près des deux tiers (64 %) des fumeurs qui sont ainsi exposés. Dans les lieux publics, le quart des Québécois (26 %) se disent exposés à la FTE chaque jour ou presque. Quelque 19 % des non-fumeurs sont exposés alors que c'est le cas pour 39 % des fumeurs. Enfin, la *Loi sur le tabac*, entrée en vigueur en décembre 1999, peu après cette enquête, devrait réduire de façon notable l'exposition à la FTE dans les divers lieux publics.

Dans les enquêtes futures, il serait souhaitable d'adapter les questions portant sur la prévalence de l'usage de la cigarette en tenant compte des recommandations internationales. Cela permettrait une

meilleure comparaison avec d'autres enquêtes, dont celles de Statistique Canada et de Santé Canada qui produisent des résultats par province.

Par ailleurs, il faudra continuer de surveiller l'évolution de la consommation du cigare, qui est à la hausse au Québec depuis une dizaine d'années. Bien que l'usage de la pipe et du tabac à chiquer ou à priser demeure marginal, il n'est pas superflu de continuer à en suivre l'évolution. Le tabac à chiquer ou à priser constituant une alternative sans fumée à la cigarette dans les lieux où il est interdit de fumer, son usage pourrait bien devenir plus répandu. Enfin, il s'avère essentiel d'améliorer la mesure de la perception de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement afin de réduire le taux de non-réponse partielle.

Éléments de réflexion pour la planification

En 1998, la réduction du tabagisme chez les jeunes demeure toujours un défi de taille pour la santé publique. En effet, comparativement à 1987 et à 1992-1993, la proportion de fumeurs actuels chez les jeunes de 15 à 19 ans est demeurée inchangée.

De plus, les résultats de la présente enquête démontrent que les jeunes hommes constituent une cible d'intervention tout aussi importante que les jeunes femmes. En effet, chez les 15-19 ans, les deux sexes fument dans des proportions semblables, alors que chez les 20-24 ans, les hommes fument dans des proportions beaucoup plus importantes que leurs consœurs. L'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*, phase 1 (février-juin 1999), fait état de résultats similaires au niveau canadien.

D'autre part, afin de maximiser l'impact sur la population, il ne faudrait pas limiter les interventions de réduction du tabagisme aux plus démunis sur le plan socio-économique. En effet, 77 % des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus appartiennent à la classe moyenne ou supérieure.

Les résultats de la présente enquête confirment qu'il faut continuer à consacrer les efforts nécessaires à la réduction de l'ampleur du tabagisme. Il y aura peut-être lieu d'explorer de nouvelles approches.

Bibliographie

- AUBIN, J., L. CAOUETTE et J. GRATTON (1996). *L'usage de la cigarette au Québec, 1985 à 1994 : analyse d'enquêtes multiples*, Monographie n° 4, Montréal, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 142 p.
- BENOWITZ, N. L. (1988). « Drug therapy. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction », *New England Journal of Medicine*, vol. 319, n° 20, p. 1318-1330.
- BONITA, R., et autres (1999). « Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke », *Tobacco Control*, vol. 8, p. 156-160.
- CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LE TABAC ET LA SANTÉ (1995). *Les conséquences du tabagisme pour la santé*, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 18 p.
- CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LE TABAC ET LA SANTÉ (1996). *La fumée de tabac dans l'environnement : Ses conséquences générales pour la santé*, 7 p.
- CLOUTIER, R., et autres (1994). *Enquête « Ados, familles et milieux de vie »*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, 124 p.
- ELLISON, L. F., et autres (1999). « Les conséquences du tabagisme sur la santé des fumeurs canadiens : Mise à jour », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 1, p. 42-45.
- ELLISON, L. F., Y. MAO et L. GIBBONS (1995). « Projected smoking-attributable mortality in Canada, 1991-2000 », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 16, n° 2, p. 84-89.
- ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY (1997). *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke, final report*, California, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 49 p.
- HACKSHAW, A. K., M. R. LAW et N. J. WALD (1997). « The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke », *British Medical Journal*, vol. 315, p. 980-988.
- HOPPER, J. L., et E. SEEMAN (1994). « The bone density of female twins discordant for tobacco use », *New England Journal of Medicine*, vol. 330, n° 6, p. 387-392.
- LAW, M. R., J. K. MORRIS et N. J. WALD (1997). « Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: An evaluation of the evidence », *British Medical Journal*, vol. 315, p. 973-980.
- LOISELLE, J. (1999). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 105 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.
- MORIN, M., M. J. KAISERMAN et K. LEAHY (1992). « Mortalité régionale attribuable au tabagisme au Canada, 1989 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 13, n° 4, p. 71-75.
- PETO, R., et autres (1994). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: Indirect estimates from National Vital Statistics*, Oxford, Oxford University Press, 553 p.
- PIRKLE, J. L., et autres (1996). Exposure of the US population to environmental tobacco smoke, *JAMA*, vol. 275, n° 16, p. 1233-1240.
- SANTÉ CANADA, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ - LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE (1999a). *Faits saillants de l'Enquête nationale sur la santé de la population, Le tabagisme au Canada, Cycle 2 (1996-1997)*.

SANTÉ CANADA (1999b). *Sommaire des résultats, ESUTC (Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada)*, Phase 1, février-juin 1999.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol.1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

WIGLE, D. T., et autres (1987). « Deaths in Canada from lung cancer due to involuntary smoking », *Canadian Medical Association Journal*, vol.136, p.945-951.

Tableaux complémentaires

Tableau C.3.1

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	Total
%						
Hommes						
15-17 ans						
1987	60,1	12,4	72,5	6,5**	21,0	27,5
1992-1993	54,5	19,3	73,8	6,7*	19,5	26,3
1998	52,4	17,9	70,3	5,3**	24,4	29,7
18-19 ans						
1987	52,5	15,5	68,0	5,8**	26,2	32,0
1992-1993	49,7	15,8	65,5	6,4*	28,1	34,5
1998	42,5	21,5	64,0	8,0**	28,1	36,1
20-24 ans						
1987	42,1	16,8	58,9	5,7**	35,4	41,1
1992-1993	44,0	19,1	63,1	4,8*	32,1	36,9
1998	38,1	17,9	56,0	9,2*	34,9	44,0
25-44 ans						
1987	22,1	32,2	54,3	4,4*	41,3	45,7
1992-1993	28,2	30,9	59,2	4,1	36,8	40,9
1998	31,7	28,8	60,4	3,5*	36,1	39,6
45-64 ans						
1987	14,6	43,6	58,1	3,8*	38,0	41,9
1992-1993	17,8	48,8	66,6	2,1*	31,3	33,4
1998	16,9	49,1	66,0	2,2*	31,8	34,0
65 ans et plus						
1987	17,5	52,5	70,1	3,0**	26,9	29,9
1992-1993	18,1	58,2	76,3	2,0**	21,7	23,7
1998	21,6	57,8	79,4	1,2**	19,4	20,6
Total						
1987	25,5	33,4	58,9	4,4	36,6	41,1
1992-1993	27,8	36,5	64,3	3,6	32,1	35,7
1998	28,4	36,2	64,6	3,6	31,8	35,4

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C. 3.1 (suite)

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		Total
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	
	%					
Femmes						
15-17 ans						
1987	45,8	17,1	62,8	10,1**	27,1	37,2
1992-1993	43,4	24,4	67,8	9,9*	22,3	32,2
1998	46,5	25,3	71,8	8,0**	20,2	28,2
18-19 ans						
1987	41,7	17,3	59,0	11,0**	30,0	41,0
1992-1993	44,7	17,9	62,6	11,9*	25,5	37,4
1998	36,0	23,8	59,8	8,9**	31,3	40,2
20-24 ans						
1987	29,9	21,4	51,3	6,8*	41,9	48,7
1992-1993	37,6	24,3	61,9	6,9	31,3	38,1
1998	41,6	22,6	64,1	7,1*	28,8	35,9
25-44 ans						
1987	28,0	28,2	56,2	5,6	38,2	43,8
1992-1993	28,3	32,5	60,8	3,8	35,4	39,2
1998	31,1	29,9	61,0	3,5*	35,5	39,0
45-64 ans						
1987	37,8	27,8	65,6	4,0*	30,4	34,4
1992-1993	34,6	36,3	70,9	2,7	26,5	29,1
1998	33,0	36,6	69,6	1,8*	28,6	30,4
65 ans et plus						
1987	56,2	23,2	79,4	2,3**	18,3	20,6
1992-1993	53,8	30,3	84,0	1,3**	14,7	16,0
1998	50,0	32,3	82,3	1,3**	16,4	17,7
Total						
1987	35,4	25,8	61,2	5,4	33,4	38,8
1992-1993	35,5	31,7	67,2	4,0	28,8	32,8
1998	36,2	31,2	67,4	3,4	29,2	32,6

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C. 3.1 (suite)

Type d'usage de la cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Non-fumeur			Fumeur actuel		Total
	N'a jamais fumé	Ancien fumeur	Total	Fumeur occasionnel	Fumeur régulier	
	%					
Sexes réunis						
15-17 ans						
1987	53,2	14,7	67,8	8,3*	23,9	32,2
1992-1993	49,0	21,8	70,9	8,3*	20,9	29,2
1998	49,5	21,5	71,0	6,6*	22,3	29,0
18-19 ans						
1987	47,0	16,4	63,4	8,4**	28,2	36,6
1992-1993	47,2	16,9	64,1	9,1*	26,8	35,9
1998	39,3	22,6	61,9	8,4*	29,7	38,1
20-24 ans						
1987	36,0	19,1	55,1	6,3*	38,6	44,9
1992-1993	40,8	21,7	62,5	5,8*	31,7	37,5
1998	39,8	20,2	59,9	8,1*	31,9	40,1
25-44 ans						
1987	25,1	30,2	55,3	5,0	39,8	44,8
1992-1993	28,3	31,7	60,0	4,0	36,1	40,0
1998	31,4	29,3	60,7	3,5	35,8	39,3
45-64 ans						
1987	26,5	35,5	61,9	3,9	34,1	38,1
1992-1993	26,3	42,5	68,8	2,4*	28,9	31,3
1998	25,1	42,8	67,9	2,0*	30,1	32,1
65 ans et plus						
1987	39,3	36,1	75,3	2,6**	22,1	24,7
1992-1993	38,6	42,2	80,8	1,6**	17,7	19,3
1998	37,7	43,4	81,1	1,2**	17,7	18,9
Total						
1987	30,6	29,5	60,1	4,9	35,0	39,9
1992-1993	31,7	34,1	65,8	3,8	30,4	34,2
1998	32,4	33,7	66,0	3,5	30,5	34,0

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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 4

Consommation d'alcool

Serge Chevalier
Odette Lemoine

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

Dans l'étude de la santé des populations, il est important de considérer la consommation d'alcool tant en ce qui a trait à la quantité absorbée qu'en ce qui concerne le profil de consommation. Si elle est effectuée de façon régulière et modérée (une à deux consommations par jour), elle est de plus en plus reconnue pour avoir certains effets bénéfiques sur les plans psychologique, social et de la santé, notamment sur les maladies coronariennes (Ashley et autres, 1997; Bondy, 1996). Lorsqu'elle excède douze consommations par semaine (ou trois à quatre par jour), elle devient associée à un risque accru de conséquences négatives et peut même devenir nocive si cinq consommations sont prises en une seule occasion ou si elle cause l'enivrement (Ashley et autres, 1997; Midanik et Greenfield, 2000; Guyon et Landry, 1996; Rehm et autres, 1996). La consommation excessive d'alcool, qu'elle soit de nature occasionnelle ou chronique, augmente la probabilité de développer des problèmes particuliers de santé pouvant toucher l'un ou l'autre des systèmes vitaux - circulatoire, respiratoire, digestif ou nerveux central (Bondy, 1996; Munoz-Perez et Nizard, 1991). Elle est aussi associée à un ensemble de problèmes d'ordre social ou comportemental, comme la négligence ou la violence familiale, et à un risque accru d'accidents et de traumatismes, plus particulièrement d'accidents routiers (Midanik et Greenfield, 2000; Guyon et Landry, 1996; Landry et autres, 1994; Robbins, 1989; Shepherd et autres, 1989; Munoz-Perez et Nizard, 1991; Sales et autres, 1989). En ce sens, on doit porter une attention particulière aux jeunes, chez qui l'intoxication est particulièrement fréquente (Chevalier, 1995), ce qui n'est pas sans conséquences pour leur santé et leur sécurité (Guyon et Geoffrion, 1997).

Dans le prolongement de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, la présente enquête vise à documenter le comportement de la population québécoise en matière de consommation d'alcool selon trois aspects : le type de buveur, la quantité d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée. En comparant les données de la présente enquête à celles des enquêtes précédentes, il est possible d'analyser l'évolution de la consommation en regard de l'objectif particulier de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec qui vise à réduire de 15 %, pour l'ensemble de la population, la consommation d'alcool d'ici l'an 2002 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992) et en regard des priorités de santé publique qui incluront éventuellement un volet spécifique portant sur l'alcoolisme et la toxicomanie (Biron, 1998).

Le texte qui suit présente le profil de consommation d'alcool de la population québécoise de 15 ans et plus. Il débute par la description des indices utilisés et une discussion succincte des limites de ces construits. Par la suite, chacun des trois aspects retenus est étudié en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de revenu et est comparé aux résultats des enquêtes précédentes. Une attention particulière est portée à la consommation chez les jeunes. La conclusion dégage certaines pistes de réflexion pour la recherche et la planification.

4.1 Aspects méthodologiques

4.1.1 Indicateurs

La consommation d'alcool est décrite selon les trois indicateurs habituellement utilisés dans les enquêtes auprès de la population : le type de buveur, la quantité hebdomadaire d'alcool consommé et la fréquence de consommation élevée. À l'instar des enquêtes précédentes, trois types de buveurs sont examinés (QAA33 et QAA34) : les abstinents, c'est-à-dire les personnes qui n'ont jamais de leur vie consommé d'alcool; les anciens buveurs, soit ceux qui n'en ont pas consommé au cours des 12 mois ayant précédé la collecte des données; et les buveurs actuels, qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. La quantité hebdomadaire d'alcool consommé est étudiée pour les buveurs actuels seulement, selon le nombre déclaré de consommations pour les sept jours ayant précédé l'enquête (QAA43). Au sens du questionnaire, une consommation se définit comme une bouteille de bière de douze onces, un verre de vin de quatre ou cinq onces ou un verre de liqueur forte ou de spiritueux d'une once à une once et demie; on indique au répondant que la bière titrée à 0,5 % d'alcool est à exclure du calcul des consommations. Enfin, la fréquence de consommation élevée est mesurée chez les buveurs actuels à partir de deux indicateurs, soit le nombre de fois durant l'année ayant précédé la collecte des données où la consommation d'alcool en une occasion a été égale ou supérieure à cinq consommations (QAA37), mesure couramment utilisée pour identifier les grands buveurs (Room, 1990), et le nombre de fois, au cours de la même période, où une personne estime s'être enivrée (QAA40). Les onze questions portant sur la consommation d'alcool apparaissent à la section VI du questionnaire autoadministré (QAA).

4.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions de la présente enquête demeurent essentiellement identiques à celles de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Seule une question

portant sur la prise de huit consommations en une même occasion (QAA38) a été ajoutée en 1998 mais les données recueillies n'ont pas été traitées. D'abord, la prévalence du comportement fournit de trop petits effectifs pour permettre les analyses souhaitées. Ensuite, ces données ne permettaient pas la comparaison avec celles des enquêtes précédentes et, enfin, n'apportaient pas d'informations supplémentaires à celles obtenues par la question QAA37 portant sur l'absorption de cinq consommations à une même occasion.

Il est également possible de comparer certaines données à celles de l'enquête *Santé Québec 1987*. En effet, deux questions portant sur les types de buveurs (QAA33 et QAA34) sont identiques à celles de 1987 et une autre, faisant appel à la consommation hebdomadaire (QAA43), a légèrement été modifiée depuis. Toutefois, ayant déjà utilisé cette dernière question sous ses deux formes, Santé et Bien-être social Canada (1994) estime que cette modification n'entrave pas la comparabilité des résultats.

Malgré les mises en garde présentées ci-après, les résultats obtenus aux questions retenues permettent de décrire, de façon adéquate, les divers profils de consommation d'alcool de la population québécoise de 15 ans et plus, ainsi que l'évolution des habitudes de consommation depuis 1987.

4.1.3 Portée et limites des données

Les considérations se rapportant à la validité et à la fiabilité de l'information recueillie par l'entremise des questions portant sur la consommation d'alcool demeurent identiques à celles formulées antérieurement (Chevalier, 1995). Ainsi, les questions servant à établir la quantité hebdomadaire d'alcool consommé semblent particulièrement fiables pour les populations en général, particulièrement pour les personnes qui consomment peu (Webb et autres, 1991). Par contre, la fiabilité serait moindre pour les personnes dont la consommation est très élevée (Webb et autres, 1991; Seppä et autres, 1990). Dans l'ensemble, les déclarations peuvent sous-estimer la consommation réelle, une partie de la sous-déclaration étant

attribuable à la difficulté de se remémorer la fréquence d'un comportement (Burton et Blair, 1991; Presser, 1984).

Rappelons qu'à partir de ces données, il n'est pas possible d'établir un taux d'alcoolisme ou de consommation à risque au sein de la population. La mesure de la quantité d'alcool consommé porte sur une période d'une semaine seulement. De plus, il est généralement reconnu qu'une partie des grands consommateurs sont peu accessibles ou refusent de répondre soit à l'enquête elle-même, soit aux questions particulières concernant la consommation d'alcool (Chevalier et autres, 1995; Seppä et autres, 1990). Enfin, il faut rappeler que le questionnaire autoadministré (QAA) ne s'adresse qu'aux personnes âgées de 15 ans et plus, alors qu'une partie de la population commence à consommer de l'alcool avant cet âge.

Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5%, sauf à la question QAA37 portant sur l'absorption de cinq consommations ou plus en une même occasion (7 %) et à la question QAA40 portant sur l'enivrement (8 %) (tableau C.4.1). Pour la question traitant de la prise de cinq consommations en une même occasion, la non-réponse partielle augmente avec l'âge, chez les deux sexes, pour atteindre environ 9 % chez les personnes de 45 à 64 ans et près de 26 % chez celles de 65 ans et plus. On note aussi que plus le niveau de revenu est faible, plus le taux de non-réponse partielle est élevé. Pour l'enivrement, la non-réponse partielle croît aussi avec l'âge, pour les deux sexes; elle est de l'ordre de 11 % chez les personnes de 45 à 64 ans et de 28 % chez celles de 65 ans et plus. Ici aussi, plus le niveau de revenu est faible, plus le taux de non-réponse partielle augmente. Cette distribution de la non-réponse partielle pourrait induire une certaine surestimation du taux de réponse en faveur de ces comportements (absorption de cinq consommations ou plus en une même occasion et enivrement).

4.2 Résultats

4.2.1 Types de buveurs

En 1998, environ quatre Québécois sur cinq (81 %) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois (tableau 4.1). La proportion des buveurs actuels varie en fonction du sexe et de l'âge. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à consommer que les femmes (86 % c. 77 %); on note une tendance similaire pour chaque groupe d'âge. La proportion la plus élevée de buveurs actuels se retrouve chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 4.1
Types de buveurs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais	Anciens	Buveurs	Pe
	bu	buveurs ¹	actuels ²	'000
	%			
Hommes				
15-24 ans	10,1	1,2**	88,8	442
25-44 ans	5,3	5,3	89,4	1050
45-64 ans	6,6	8,7	84,8	714
65 ans et plus	14,9	14,6	70,5	245
Total	7,6	6,7	85,7	2 450
Femmes				
15-24 ans	12,1	2,4*	85,5	407
25-44 ans	11,5	4,6	83,9	964
45-64 ans	18,3	5,0	76,7	666
65 ans et plus	41,6	9,4	49,0	230
Total	17,9	5,1	77,0	2 267
Sexes réunis				
15-24 ans	11,1	1,8*	87,2	848
25-44 ans	8,3	5,0	86,7	2014
45-64 ans	12,5	6,8	80,7	1380
65 ans et plus	29,8	11,7	58,5	475
Total	12,8	5,9	81,3	4 717

1. Qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.

2. Qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les femmes (18 %) sont environ deux fois plus nombreuses que les hommes (8 %) à n'avoir jamais consommé d'alcool. À tous les âges, sauf chez les 15-24 ans, pour lesquels la tendance est quand même observée, il y a significativement plus de femmes que d'hommes qui n'ont jamais consommé d'alcool.

La proportion d'anciens buveurs est un peu plus élevée chez les hommes (7 %) que chez les femmes (5 %). Chez les hommes, cette proportion augmente significativement avec l'âge et atteint près de 15 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les femmes, on note une tendance semblable, mais seule la proportion observée chez les 65 ans et plus (9 %) est significativement plus élevée que celles notées aux autres âges.

Enfin, la proportion de buveurs actuels augmente avec le niveau de revenu, passant d'environ 66 % pour les personnes très pauvres à plus de 92 % pour celles qui bénéficient d'un niveau de revenu supérieur (tableau 4.2). Les abstinentes sont plus nombreux chez les très pauvres (24 %) et les pauvres (23 %) que chez les personnes ayant un niveau de revenu plus élevé (de 5 % à 14 %). Les anciens buveurs sont, quant à eux, moins nombreux chez les personnes faisant partie d'un ménage à revenu moyen supérieur et supérieur.

En comparant ces résultats avec ceux des deux enquêtes précédentes, on constate d'abord que la proportion d'abstinents a diminué en 1998 (15 % en 1987 et en 1992-1993 c. 13 %) (figure 4.1). La proportion des anciens buveurs se maintenant par ailleurs à un niveau comparable (entre 5 % et 6%), celle des buveurs actuels a augmenté significativement entre les années 1992-1993 et 1998 (79 % c. 81 %). Plus spécifiquement entre 1998 et les années antérieures, on observe, tant pour les personnes n'ayant jamais bu que pour les buveurs actuels, ces mêmes variations pour tous les groupes d'âges, sauf pour les 25-44 ans, chez lesquels les proportions demeurent relativement stables, et pour les abstinentes âgés de 15 à 24 ans, chez lesquels seules les proportions entre 1992-1993 et 1998 affichent une différence significative (14 % c. 11 %).

Tableau 4.2
Types de buveurs selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais bu	Anciens buveurs ¹	Buveurs actuels ²
	%		
Niveau de revenu			
Très pauvre	24,0	9,7	66,3
Pauvre	22,9	9,2	67,9
Moyen inférieur	14,3	6,4	79,3
Moyen supérieur	9,1	4,8	86,1
Supérieur	5,1	2,8*	92,2

1. Qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.

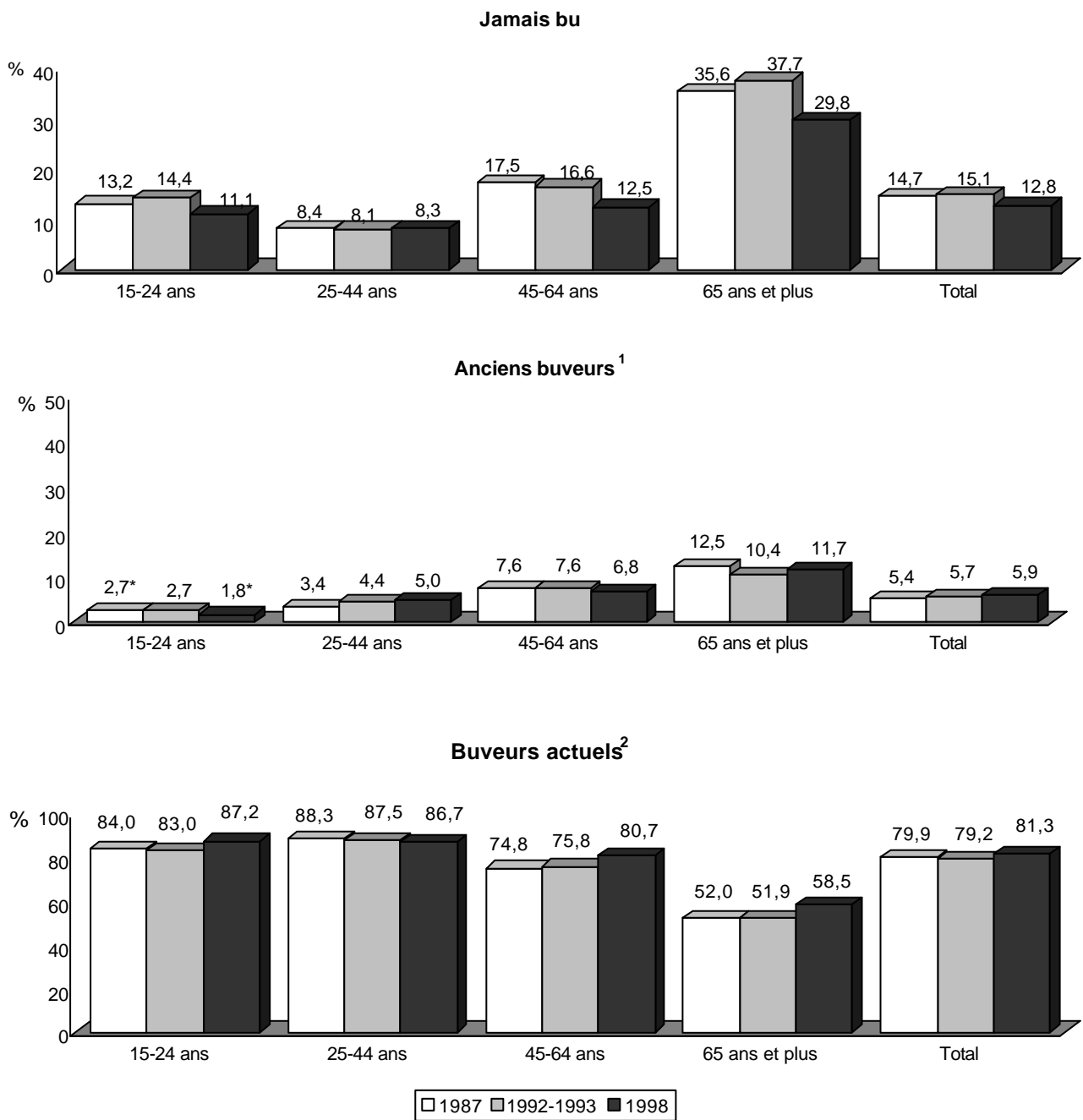
2. Qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 4.1

Types de buveurs selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



1. Qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.

2. Qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois.

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

4.2.2 Consommation hebdomadaire

Les buveurs actuels déclarent avoir pris en moyenne près de cinq consommations au cours d'une semaine (période de sept jours) (tableau 4.3). Les buveurs masculins consomment plus d'alcool que les femmes (7 % c. 3,1 %). On constate en général que la régression de la consommation notée entre 1987 et 1992-1993 est suivie d'une augmentation équivalente entre 1992-1993 et 1998. Les données de consommation moyenne hebdomadaire de 1998 se comparent en effet à celles de 1987. L'analyse de la consommation moyenne hebdomadaire d'alcool par âge et par sexe entre 1992-1993 et 1998 met en évidence que, chez les femmes, l'augmentation est significative pour les personnes âgées de 25 à 64 ans, alors que chez les hommes, cette augmentation concerne surtout les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 4.3
Nombre moyen de consommations au cours d'une période de sept jours selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
Nombre moyen de consommations			
Hommes			
15-24 ans	5,8	5,5	5,9
25-44 ans	7,0	6,3	6,5
45-64 ans	6,7	6,7	7,4
65 ans et plus	5,5	4,1	6,3
Total	6,6	6,1	6,6
Femmes			
15-24 ans	2,9	2,7	2,9
25-44 ans	2,8	2,7	3,2
45-64 ans	2,8	2,7	3,3
65 ans et plus	2,5	2,0	2,0
Total	2,8	2,7	3,1
Sexes réunis			
Total	4,8	4,4	4,9

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La plupart des buveurs actuels signalent avoir consommé moins de sept consommations en sept jours. En effet, plus d'une personne sur trois (37 %) affirme ne pas avoir consommé d'alcool durant cette période et une proportion similaire (38 %) rapporte

avoir bu de une à six consommations (tableau 4.4). Celles ayant consommé de plus grandes quantités d'alcool sont, en proportion, significativement moins nombreuses (15 % pour les personnes qui signalent avoir pris de sept à treize consommations et 10 % lorsqu'il s'agit de quatorze consommations ou plus).

Tableau 4.4
Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Nombre de consommations			
	Aucune	1 à 6	7 à 13	14 ou plus
	%			
Hommes				
15-24 ans	41,5	26,9	17,3	14,3
25-44 ans	27,8	38,9	19,9	13,5
45-64 ans	26,7	34,6	21,3	17,4
65 ans et plus	34,8	34,0	15,5	15,7
Total	30,6	35,0	19,4	15,0
Femmes				
15-24 ans	51,8	33,3	10,0	4,9*
25-44 ans	40,4	43,5	11,7	4,4
45-64 ans	40,4	43,0	11,6	5,0
65 ans et plus	55,7	34,3	6,2*	3,8**
Total	43,8	40,7	10,9	4,6
Sexes réunis				
15-24 ans	46,4	30,0	13,8	9,8
25-44 ans	33,8	41,1	16,0	9,2
45-64 ans	33,4	38,6	16,6	11,4
65 ans et plus	44,6	34,1	11,1	10,1
Total	37,0	37,7	15,3	10,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Toutes proportions gardées, plus de femmes que d'hommes se situent dans le groupe de personnes qui n'ont pas consommé d'alcool durant une période de sept jours (44 % c. 31 %) ou qui ont pris de une à six consommations (41 % c. 35 %) (tableau 4.4). À l'inverse, les hommes sont en proportion plus nombreux que les femmes à déclarer avoir pris au moins sept consommations (19 % et 15 % c. 11 % et 4,6 %). Par ailleurs, les personnes âgées de 25 à 64 ans, autant les hommes que les femmes, sont proportionnellement moins nombreuses à ne pas avoir pris d'alcool au cours de cette même période de temps. Les données

ne permettent toutefois pas de déceler de différence selon l'âge chez les personnes qui ont pris quatorze consommations ou plus, quel que soit le sexe.

La consommation hebdomadaire d'alcool varie en fonction du niveau de revenu, les plus fortunés consommant plus que les plus pauvres. Près de la moitié des personnes associées à des niveaux de revenu très pauvre et pauvre n'ont pris aucune consommation en sept jours (tableau 4.5). Cette proportion est de 25 % chez les personnes bénéficiant d'un niveau de revenu supérieur. Pour la catégorie de une à six consommations, les personnes des ménages dont le revenu est moyen supérieur ou supérieur affichent des proportions de consommations plus élevées (40 % et 41 %) que celles disposant d'un niveau de revenu inférieur (pauvre ou très pauvre; 32 % dans les deux cas). Dans le même sens, seul le niveau de revenu supérieur se démarque des autres pour les personnes indiquant avoir pris de sept à treize consommations. Enfin, pour le dernier groupe, soit les personnes estimant avoir pris quatorze consommations ou plus, on note une tendance semblable mais moins marquée.

Tableau 4.5
Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon le niveau de revenu, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Nombre de consommations			
	Aucune	1 à 6	7 à 13	14 ou plus
	%			
Niveau de revenu				
Très pauvre	48,3	31,6	10,6	9,5*
Pauvre	48,6	31,8	10,3	9,3
Moyen inférieur	41,7	35,9	14,0	8,4
Moyen supérieur	33,2	40,5	15,6	10,6
Supérieur	24,9	39,9	22,6	12,7

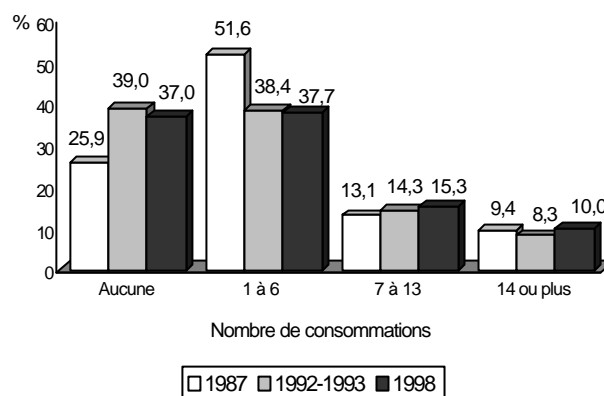
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, par rapport à l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, les proportions de buveurs actuels pour chacun des niveaux de consommation hebdomadaire d'alcool restent sensiblement les mêmes (figure 4.2). Ainsi, les changements notés entre 1987 et 1992-1993 demeurent entre 1987 et

1998. L'augmentation de la proportion des buveurs actuels et de la consommation moyenne hebdomadaire entre 1992-1993 et 1998, mise en évidence précédemment (figure 4.1 et tableau 4.3), ne se manifeste pas pour cet indicateur.

Figure 4.2
Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

4.2.3 Consommation élevée d'alcool

Sur une période de 12 mois, près de trois personnes sur cinq (57 %) indiquent avoir pris, au moins une fois, cinq consommations ou plus en une même occasion (tableau C.4.2). Près d'une personne sur trois (29 %) a eu ce comportement au moins cinq fois durant l'année. Les hommes sont environ deux fois plus nombreux que les femmes à agir de la sorte (40 % c. 17 %); ce comportement a été surtout adopté par les 15-24 ans (42 %) et tend à diminuer avec l'âge pour atteindre environ 10 % chez les personnes de 65 ans et plus. Le comportement d'enivrement est moins fréquent et se distribue sensiblement de la même manière (tableau C.4.3). Une personne sur trois (35 %) s'est enivrée au moins une fois au cours d'une période de 12 mois alors qu'environ une personne sur dix estime l'avoir fait au moins cinq fois durant la même période. Ici aussi, l'enivrement est plus fréquent chez les 15-24 ans (29 %) et diminue avec l'âge (2 % chez les

personnes de 65 ans et plus). Enfin, les hommes sont, en proportion, plus nombreux que les femmes à déclarer s'être enivrés au moins cinq fois au cours de l'année (14 % c. 7 %).

La proportion de buveurs ayant pris au moins cinq consommations en une même occasion, et ce cinq fois ou plus au cours de l'année, ne diffère pas selon le niveau de revenu (tableau 4.6). Il existe toutefois une relation entre le revenu et l'enivrement. Les buveurs actuels dont le revenu du ménage est supérieur sont moins nombreux à estimer s'être enivrés cinq fois ou plus (8 %) que les personnes ayant un niveau de revenu pauvre (14 %). Il faut toutefois préciser que les buveurs actuels sont moins nombreux chez les personnes qui se classent au niveau de revenu pauvre (tableau 4.2), et de ce fait, les personnes pauvres en tant que groupe social ne s'intoxiquent pas plus que les riches. En effet, lorsque l'on ramène ces proportions sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus, la relation entre le revenu et l'enivrement disparaît.

Tableau 4.6
Consommation élevée d'alcool en une même occasion, cinq fois ou plus en 12 mois, selon le niveau de revenu, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Cinq consommations ou plus en une même occasion (cinq fois ou plus)	Enivrement (cinq fois ou plus)
	%	
Niveau de revenu		
Très pauvre	29,0	12,0
Pauvre	26,5	14,3
Moyen inférieur	27,4	10,9
Moyen supérieur	29,7	9,6
Supérieur	31,8	7,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, la proportion de personnes ayant pris cinq consommations ou plus en une même occasion, et ce au moins cinq fois durant l'année, a augmenté de 1992-1993 à 1998 en passant de 27 % à 29 % (tableau 4.7). Ce comportement s'est spécifiquement accru chez les 45-64 ans. En regard de l'enivrement, les données de l'enquête ne permettent pas de déceler une augmentation pour l'ensemble des buveurs actuels. Il faut toutefois noter que ce comportement demeure plus fréquent chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans et qu'il a augmenté pour ce même groupe d'âge de façon significative entre 1992-1993 et 1998, passant de 24 % à 29 %. Ces constatations étayent les observations précédentes qui indiquent une augmentation de la consommation d'alcool entre 1992-1993 et 1998.

Tableau 4.7

Consommation élevée d'alcool en une même occasion, cinq fois ou plus en 12 mois, selon l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998

	Cinq consommations ou plus en une même occasion (cinq fois ou plus)		Enivrement (cinq fois ou plus)	
	1992-1993	1998	1992-1993	1998
	%			
Sexes réunis				
15-24 ans	38,7	41,9	24,2	28,7
25-44 ans	28,2	29,1	8,3	8,2
45-64 ans	21,1	25,0	3,6	3,5
65 ans et plus	9,2	10,0	1,3**	1,6**
Total	26,8	29,0	9,5	10,3

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

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*;
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

4.2.4 Consommation chez les jeunes

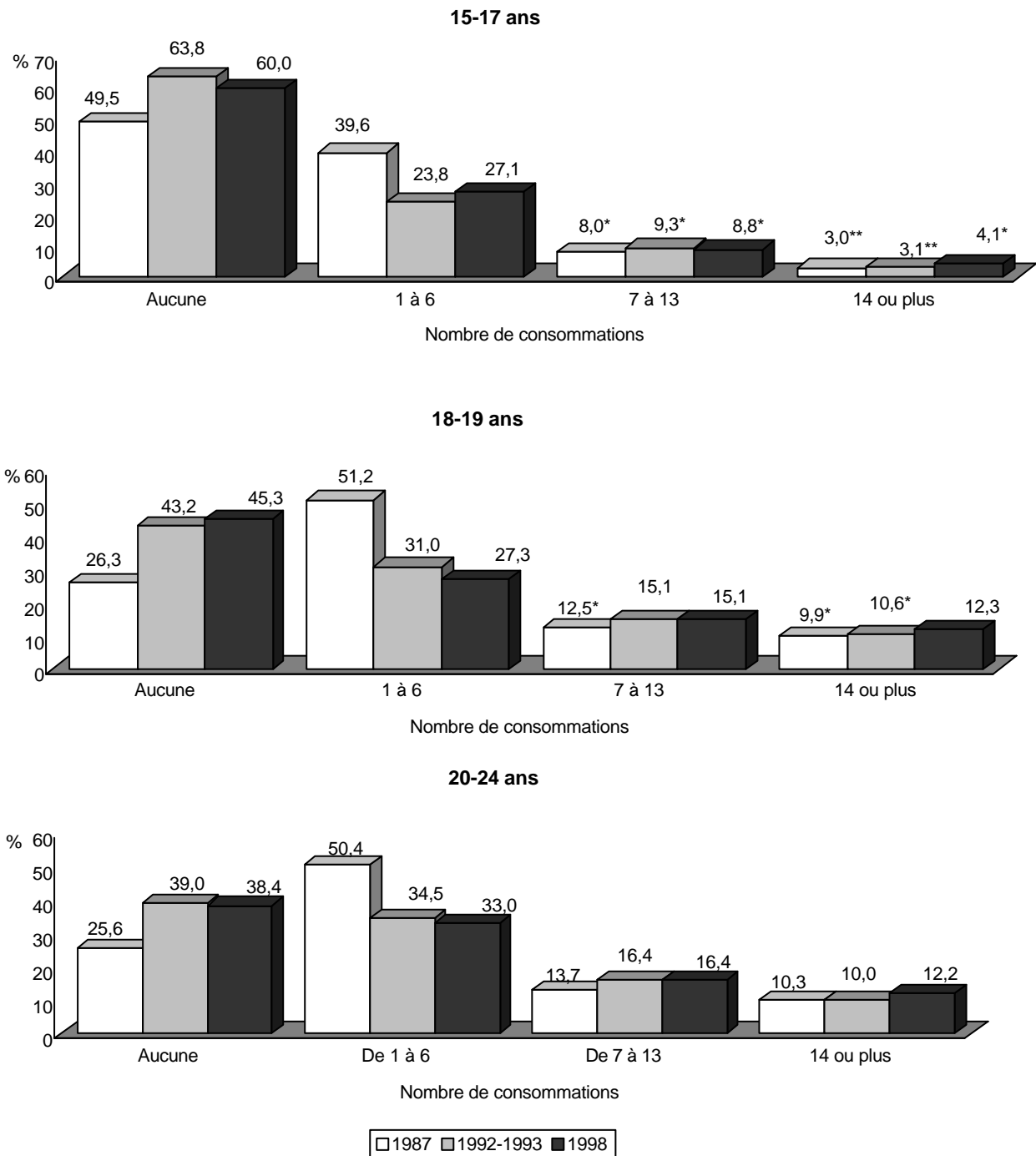
Pour ce qui est de la consommation d'alcool chez les jeunes de 15 à 24 ans, on note d'abord que les personnes de 15 à 17 ans sont significativement moins nombreuses que celles des autres groupes à avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 12 mois (tableau C.4.3). Aucune différence entre les sexes n'est observée. La comparaison de ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes met en évidence une augmentation significative de la proportion globale de buveurs actuels de 15 à 24 ans entre 1992-1993 et 1998 (83 % c. 87 %) (tableau C.4.4). Chez les hommes, l'augmentation est significative entre les années 1987 et 1998 (84 % c. 89 %), alors que chez les femmes, elle ne se manifeste qu'entre 1992-1993 et 1998 (81 % c. 86 %). Cette hausse est attribuable à la modification du comportement des plus jeunes (15 à 17 ans), particulièrement les jeunes hommes, entre les années 1987 et 1998 (67 % c. 80 %).

Cet accroissement de la proportion de buveurs actuels chez les jeunes ne s'accompagne toutefois pas d'une augmentation de la quantité d'alcool consommé en sept jours. Alors qu'en 1992-1993, il y avait une plus grande proportion de buveurs n'ayant pas consommé et proportionnellement moins de personnes ayant pris de une à six consommations qu'en 1987, et ce, à tous les âges, aucune différence de ce genre n'est détectée entre 1992-1993 et 1998 (figure 4.3). Les différences observées de 1987 à 1992-1993 se maintiennent entre 1987 et 1998. Pour les jeunes ayant consommé une plus grande quantité d'alcool, les données ne révèlent pas de différences entre les trois enquêtes.

Toutes proportions gardées, les jeunes âgés de 15 à 17 ans sont plus nombreux que ceux des autres groupes à ne pas avoir consommé d'alcool durant une période de sept jours et proportionnellement moins nombreux que les autres à avoir pris quatorze consommations ou plus (figure 4.3). Ils sont aussi moins nombreux que les 20-24 ans à avoir pris de sept à treize consommations à l'intérieur d'une semaine. Ainsi, malgré l'augmentation de la proportion de buveurs actuels chez les jeunes de 15 à 24 ans et l'accroissement de la proportion de ces derniers à

s'être enivrés cinq fois ou plus (figure 4.1 et tableau 4.7), les 15-17 ans demeurent un groupe qui se distingue des plus âgés par une consommation hebdomadaire d'alcool moins importante.

Figure 4.3
Consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours selon l'âge, buveurs actuels de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



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

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

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

La plupart des indicateurs retenus mettent en évidence une faible augmentation de la consommation d'alcool, tant chez les hommes que chez les femmes, ce qui indique que cette consommation fait de plus en plus partie des modes de vie actuels. L'augmentation se reflète d'abord sur le type de buveurs; on observe en effet qu'entre 1992-1993 et 1998, les abstinentes sont moins nombreux et les buveurs actuels plus nombreux, la proportion d'anciens buveurs étant, quant à elle, demeurée la même. On note aussi une légère augmentation de la consommation moyenne hebdomadaire depuis 1992-1993. Cependant, la répartition par niveau de consommation hebdomadaire d'alcool ne permet pas de déceler de changement par rapport à l'enquête précédente. Enfin, pour ce qui est de la consommation élevée d'alcool, l'augmentation se manifeste quant à la prise d'au moins cinq consommations, et ce, cinq fois ou plus en 12 mois entre 1992-1993 et 1998, et en ce qui a trait à la fréquence d'enivrement, qui est significativement plus élevée chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Les hommes, à l'instar de ce qui était observé lors de la dernière enquête, demeurent de plus grands consommateurs d'alcool que les femmes, et ce, tant au niveau de la proportion de buveurs actuels que de la consommation moyenne hebdomadaire. Aussi, près de deux fois plus d'hommes que de femmes affirment avoir pris sept consommations ou plus d'alcool au cours d'une semaine.

On constate une plus grande proportion de buveurs chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, mais la consommation élevée d'alcool est surtout évidente chez les hommes et les jeunes de 15 à 24 ans. Dans ce dernier groupe, les 15-17 ans continuent à se démarquer des autres par une plus faible proportion de buveurs actuels, même si cette proportion a crû en 1998, et par une plus faible consommation hebdomadaire.

La consommation d'alcool augmente avec le niveau de revenu. Ainsi, on observe une plus grande proportion de buveurs chez les personnes provenant de ménages ayant un niveau de revenu plus élevé et ces dernières présentent une consommation hebdomadaire d'alcool plus importante. Ces résultats sont congruents avec ceux de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Les données de la présente enquête permettent des analyses plus approfondies que celles qu'il nous est possible d'exposer ici. Il serait ainsi intéressant de vérifier la relation pressentie entre les conditions économiques et la consommation d'alcool. Dans le cas qui nous intéresse, un accroissement de la consommation d'alcool est-il effectivement lié à une amélioration des conditions économiques? Il est par ailleurs difficile d'avancer, dans le contexte actuel, que cet accroissement soit relié à une baisse des taxes sur l'alcool ou à une augmentation de la disponibilité d'alcool de contrebande. Quoiqu'il en soit, les résultats de la présente enquête semblent remettre en question l'hypothèse selon laquelle la consommation d'alcool diminue lentement mais continuellement au Québec depuis la fin des années 70, comme le mentionne le ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). D'ailleurs, une tendance similaire est également notée aux États-Unis (Greenfield et Midanik, 2000). Ne pourrait-on pas plutôt penser que le fait d'avoir largement publicisé, auprès du grand public, les aspects bénéfiques d'une consommation modérée mais régulière d'alcool, effets bénéfiques confirmés par plusieurs études (Ashley et autres, 1994; Edwards et autres, 1994), aurait finalement favorisé cette augmentation? Il serait, en tout cas, intéressant de vérifier si cet accroissement se concrétise par d'autres conséquences néfastes reliées à l'abus d'alcool ou par une augmentation des consommateurs à risque. L'accroissement de la consommation élevée dans la population, de même que de la fréquence d'enivrement chez les jeunes de 15 à 24 ans, laisse songeur à cet égard. Il serait aussi intéressant d'explorer l'existence possible d'une relation entre la proportion de buveurs dans un ménage et la quantité d'alcool absorbée par chaque individu le composant. Une telle relation se justifierait par l'existence d'un effet d'entraînement

entre les membres du ménage et conduirait vraisemblablement à une consommation accrue d'alcool. Enfin, pour améliorer la comparabilité des données à l'échelle nationale, il serait intéressant de vérifier où se situe la population québécoise par rapport au taux de consommation hebdomadaire d'alcool à faible risque, tel que le recommandent la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (quatorze consommations standard et moins pour les hommes et neuf consommations standard et moins pour les femmes) (Bondy et autres, 1999).

Éléments de réflexion pour la planification

Les résultats mettent en évidence que non seulement le nombre de buveurs a légèrement augmenté au Québec depuis la dernière enquête, mais aussi que la proportion de buveurs à niveau de consommation élevé s'est légèrement accrue. Cela constitue autant de défis pour la santé publique puisque généralement, ce n'est pas la consommation d'alcool en soi qui occasionne des problèmes mais bien sa consommation abusive ou selon un profil inadéquat. Il est donc prioritaire de continuer à cibler les personnes qui adoptent un profil de consommation à risque et d'orienter les messages de prévention et de promotion vers une façon de boire plus appropriée. À ce titre, les jeunes sont tout particulièrement visés, car leur manière de boire les place encore au premier rang quant au niveau de consommation élevé d'alcool, aux occurrences d'enivrement et aux risques inhérents à ce type de comportement. Notons enfin que ces constatations appuient la pertinence de l'objectif de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec qui, rappelons-le, vise une diminution de 15 % de la consommation d'alcool d'ici 2002.

Bibliographie

ASHLEY, M. J., R. FERRENCE, R. ROOM, J. RANKIN et E. SINGLE (1994). « Moderate drinking and health: Report of an international symposium », *Canadian Medical Association Journal*, vol.151, n° 6, p. 809-820.

ASHLEY, M. J., R. FERRENCE, R. ROOM, S. BONDY et J. REHM (1997). « Moderate drinking and health: Implications of recent evidence », *Canadian Family Physician*, vol.43, p.687-694.

BIRON, C. (1998). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie - Orientations et stratégie*, document de consultation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 50 p.

BONDY, S. (1996). « Overview of studies on drinking patterns and consequences », *Addiction*, vol.91, n° 11, p. 1663-1674.

BONDY, S., J. REHM, M. J. ASHLEY, G. WALSH, E. SINGLE et R. ROOM (1999). « Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 90, p.264-271.

BURTON, S., et E. BLAIR (1991). « Task conditions, response formulation processes, and response accuracy for behavioral frequency questions in surveys », *Public Opinion Quarterly*, vol.55, n° 1, p. 50-79.

CHEVALIER, S. (1995). « Consommation d'alcool » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSÉ, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 61-75.

CHEVALIER, S., R. CHOINIÈRE, M. FERLAND, M. PAGEAU et Y. SAUVAGEAU (1995). *Indicateurs sociosanitaires - Définitions et interprétations*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 230 p.

EDWARDS, G., P. ANDERSON, T. F. BABOR, S. CASSWELL et autres (1994). *Alcohol policy and the public good*, Oxford University Press.

GREENFIELD, T. K., et L. T. MIDANIK (2000). « A 10-year national trend study of alcohol consumption, 1984-1995: Is the period of declining drinking over? », *American Journal of Public Health*, vol.90, n° 1, p. 47-52.

GUYON, L., et Y. GEOFFRION (1997). *État de situation de la toxicomanie au Québec - Bilan des études faites depuis 1990*, Rapport de recherche soumis à la Direction de la planification, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 137 p.

GUYON, L., et M. LANDRY (1996). « L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement », *Psychotropes - R.I.T.*, vol. 1, n° 2, p. 61-79.

LANDRY, M., P. LAMARCHE, J. BOISCLAIR et L. NADEAU (1994). « Alcoolisme et autres toxicomanies » dans DUMONT, F., S. LANGLOIS et Y. MARTIN, *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, p. 179-195.

MIDANIK, L. T., et T. K. GREENFIELD (2000). « Trends in social consequences and dependence symptoms in the United States: The national alcohol surveys, 1984-1995 », *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 1, p.53-56.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MUNOZ-PEREZ, F., et A. NIZARD (1991). « Alcool, tabac, mortalité », *Population et Sociétés*, n° 254, non-paginé.

PRESSER, S. (1984). « Is inaccuracy on factual survey items-specific or respondent-specific? », *Public Opinion Quarterly*, vol.48, n° 1b, p. 344-355.

REHM, J., M. J. ASHLEY, R. ROOM, E. SINGLE, S. BONDY, R. FERRENCE et N. GIESBRECHT (1996). « On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences », *Addiction*, vol.91, n° 11, p. 1615-1621.

ROBBINS, C. (1989). « Sex differences in psychological consequences of alcohol and drug abuse », *Journal of Health and Social Behavior*, vol.30, n° 1, p. 117-130.

ROOM, R. (1990). « Measuring alcohol consumption in the United States: Methods and rationales » dans L. T. KOZLOWSKI et autres, *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, New York, Plenum Press, vol. 10, p. 39-79.

SALES, J., J. DUFFY, M. PLANT et D. PECK (1989). « Alcohol consumption, cigarette sales and mortality in the United Kingdom: an analysis of the period 1970-1985 », *Drug and Alcohol Dependence*, vol.24, n° 2, p. 155-160.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1994). *La santé des Canadiens, Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*, n° 8, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services,.

SEPPÄ, K., P. SILLANAUKEE et T. KOIVULA (1990). « The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers », *British Journal of Addiction*, vol. 85, n° 12, p. 1639-1645.

SHEPHERD, J., M. IRISH, C. SCULLY et I. LESLIE (1989). « Alcohol consumption among victims of violence and among comparable U. K. populations », *British Journal of Addiction*, vol. 84, n° 9, p. 1045-1051.

WEBB, G. R., S. REDMAN, R. W. GIBBERD et R. W. SANSON-FISHER (1991). « The reliability and stability of a quantify-frequency method and a diary method of measuring alcohol consumption », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 27, n° 3, p. 223-231.

Tableaux complémentaires

Tableau C.4.1

Taux de non-réponse partielle aux questions sur la consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe, l'âge et le niveau de revenu, Québec, 1998

	Cinq consommations ou plus en une même occasion	Enivrement
	%	
Hommes	6,6	7,8
Femmes	7,2	7,6
Sexes réunis		
15-24 ans	2,5	2,8
25-44 ans	3,2	3,5
45-64 ans	8,9	10,6
65 ans et plus	25,7	27,5
Niveau de revenu		
Très pauvre	9,8	10,6
Pauvre	9,1	9,4
Moyen inférieur	8,3	9,6
Moyen supérieur	5,6	6,4
Supérieur	4,4	4,6
Total	6,9	7,7

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.4.2

Fréquence annuelle de consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Cinq consommations ou plus en une même occasion		
	Aucune fois	De une à quatre fois	Cinq fois ou plus
	%		
Hommes	30,5	29,6	39,9
Femmes	56,3	26,7	17,0
Sexes réunis			
15-24 ans	24,6	33,4	41,9
15-17 ans	34,1	35,0	30,9
18-19 ans	17,8	36,5	45,7
20-24 ans	21,8	31,0	47,1
25-44 ans	39,8	31,1	29,1
45-64 ans	51,6	23,4	25,0
65 ans et plus	73,7	16,2	10,0
Total	42,8	28,2	29,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.4.3

Fréquence annuelle de consommation élevée d'alcool en une même occasion selon le sexe et l'âge, buveurs actuels de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Enivrement		
	Aucune fois	De une à quatre fois	Cinq fois ou plus
	%		
Hommes	57,4	28,9	13,8
Femmes	72,5	21,0	6,6
Sexes réunis			
15-24 ans	29,1	42,1	28,7
15-17 ans	31,6	40,8	27,6
18-19 ans	24,9	42,9	32,2
20-24 ans	29,5	42,6	27,9
25-44 ans	64,0	27,8	8,2
45-64 ans	82,2	14,3	3,5
65 ans et plus	93,6	4,9*	1,6**
Total	64,6	25,1	10,3

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.4.4

Buveurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998
	%		
Hommes			
15-17 ans	67,2	76,2	80,2
18-19 ans	91,4	85,6	90,6
20-24 ans	90,9	90,6	94,0
Total	83,8	85,1	88,8
Femmes			
15-17 ans	69,8	73,3	79,4
18-19 ans	89,7	84,2	90,5
20-24 ans	90,4	83,9	87,6
Total	84,3	80,7	85,5
Sexes réunis			
15-17 ans	68,5	74,8	79,8
18-19 ans	90,6	84,9	90,5
20-24 ans	90,6	87,3	90,9
Total	84,0	83,0	87,2

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 5

Consommation de drogues et autres substances psychoactives

Serge Chevalier
Odette Lemoine

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Introduction

La consommation de drogues est associée à des problèmes sociaux et de santé qui varient selon le type, la quantité et le mode d'absorption de la substance psychoactive mise en cause (Chevalier et Laurin, 1999; Guyon et Geoffrion, 1997; Beaucage, 1998). Par exemple, l'usage modéré ou peu fréquent de marijuana peut parfois entraîner de légers problèmes physiques tels que la diminution de la salivation, l'œdème oculaire, la diminution de la coordination motrice, etc. L'usage régulier et prolongé ou l'abus de cette drogue peut favoriser le développement de problèmes des voies respiratoires et accroître le risque de décès dû à l'absorption de goudron ou de divers carcinogènes contenus dans les substances associées à sa consommation (Giroux, 1988). La consommation par injection accroît substantiellement le risque de contracter une hépatite (English et autres, 1995). Consommés, même à faible dose, l'héroïne et les autres opiacés, les barbituriques, les sédatifs, la cocaïne et les autres stimulants peuvent occasionner une dépendance physique ou psychologique (Giroux, 1988); de plus, les issues malheureuses de grossesse sont plus fréquentes chez les consommatrices de cocaïne (Guyon et autres, 1998; Handler et autres, 1991).

Même si les conséquences de la consommation de drogues diffèrent selon le produit, une distinction est faite entre deux types de drogues seulement, soit la marijuana et les autres drogues. De plus, d'autres substances psychoactives sont aussi traitées; la consommation de drogues est mise en relation avec celle de l'alcool, une autre substance psychoactive

(dépresseur du système nerveux central), ainsi qu'avec l'usage de tabac (dont la nicotine, un stimulant, est la substance psychoactive). Enfin, l'analyse de la consommation de ces substances est produite à partir du concept sociologique de risque à l'aide duquel nous pouvons mieux appréhender l'unité de ces comportements.

Afin de contribuer à contenir les effets délétères de la consommation de drogues aux plans humain et social, un des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* du Québec est d'augmenter, d'ici l'an 2002, « le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). Les priorités de santé publique incluront éventuellement un volet spécifique portant sur l'alcoolisme et la toxicomanie (Biron, 1998).

Dans le présent chapitre, la consommation déclarée de drogues est décrite selon le type de consommateurs et le type de drogues utilisées. On cherche aussi à documenter comment se juxtaposent la consommation de drogues et celle d'autres substances psychoactives (alcool et tabac). En premier lieu, on décrit les indices utilisés tout en discutant de leurs limites; suivent ensuite les résultats relatifs à l'usage de drogues et, plus généralement, à la consommation de substances psychoactives. Enfin, on propose une discussion portant sur des aspects sociaux, notamment la prise de risque (au sens sociologique uniquement) rattachée à la consommation de substances psychoactives.

5.1 Aspects méthodologiques

5.1.1 Indicateurs

La consommation de drogues est circonscrite par le fait d'avoir fait usage, au moins une fois au cours de sa vie, d'une substance psychoactive illégale ou d'un médicament obtenu illicitement sans ordonnance – la consommation peut être ou avoir été régulière, occasionnelle ou passagère.

Dans le présent chapitre, trois indicateurs relatifs à la consommation de substances psychoactives sont utilisés. Tout d'abord, on a recours à un indice mesurant le type de consommateurs, qui repose sur la répartition de la population en trois catégories : les abstinentes, qui sont les personnes ayant déclaré n'avoir jamais consommé de drogues au cours de leur vie; les anciens consommateurs, qui ont déjà consommé des drogues mais pas au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête; et les consommateurs actuels, qui ont pris des drogues au cours de l'année ayant précédé l'enquête – peu importe la quantité ou la fréquence. Ensuite, on a construit un indicateur des substances consommées, qui présente aussi trois catégories : les personnes qui n'ont pas consommé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête; les personnes qui, pour la même période, n'ont consommé que du cannabis (sous une forme ou sous une autre); et les personnes qui ont consommé soit d'autres drogues (incluant amphétamines, cocaïne, héroïne, hallucinogènes et tranquillisants pris sans ordonnance), soit du cannabis et d'autres drogues au cours de la même période. Le troisième indicateur mesure l'usage conjugué de substances psychotropes (drogues et alcool). Encore une fois, la population est classée en trois catégories : les personnes qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, n'ont consommé aucune substance psychoactive; celles qui n'ont consommé que de l'alcool; et celles qui ont fait usage soit d'alcool et de drogues, soit de drogues seulement. Les deux premiers indicateurs sont construits à partir des questions QAA44 à QAA47 du questionnaire autoadministré (QAA) et ne fournissent donc de l'information que pour les personnes âgées de 15 ans et plus; le troisième

repose sur les mêmes questions ainsi que sur l'indicateur mesurant le type de consommateur d'alcool (voir le chapitre précédent).

5.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions portant sur la consommation de drogues s'inspirent de l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* (ENAD) (Santé et Bien-être social Canada [SBESC], 1990; Statistique Canada, 1988). Des modifications au questionnaire empêchent une comparaison directe avec les résultats de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

5.1.3 Portée et limites des données

La non-réponse partielle atteint 5 % tant pour l'indicateur mesurant le type de consommateurs que pour celui portant sur le type de drogues consommées (ces deux indicateurs sont construits à l'aide des mêmes variables) (tableau C.5.1). Les femmes fournissent moins de réponses que les hommes. La non-réponse augmente avec l'âge, passant de 2,8 % chez les personnes âgées de 15 à 24 ans à 16 % chez les 65 ans et plus. Les personnes affichant la scolarité relative la plus faible répondent moins que celles dont la scolarité est élevée ou plus élevée. Pour l'indicateur du polyusage de substances psychoactives (drogues et alcool), le taux de non-réponse partielle est un peu plus élevé (6 %), mais les distributions par sexe, âge et scolarité relative demeurent sensiblement les mêmes. La distribution particulière de la non-réponse partielle devrait induire une légère sous-estimation des taux.

Les données figurant dans le présent chapitre ne permettent, en aucune façon, d'établir une prévalence des toxicomanies (Trinkoff et autres, 1990; Wickens, 1993). Il est en effet généralement reconnu qu'une portion des grands consommateurs refusent de participer à de telles enquêtes ou de répondre aux questions relatives à la consommation de drogues (Chevalier et autres, 1994; Hser, 1993); ce sous-groupe de la population est relativement marginal et

des études spécifiques sont nécessaires pour arriver à bien documenter le nombre et le niveau de consommation des personnes en faisant partie. Les données ne peuvent non plus servir à établir la prévalence de la consommation (celle des consommateurs actuels ainsi que celle des anciens consommateurs) au sein d'une population puisqu'un biais de désirabilité sociale est associé à la déclaration des comportements illégaux et illicites, ce qui entraîne une sous-déclaration du comportement (Westermeyer, 1990). Par ailleurs, la présente enquête ne vise à documenter la consommation de drogues que chez les personnes âgées de 15 ans et plus, alors qu'une partie des utilisateurs commencent à consommer avant cet âge. Les résultats de l'enquête ne laissent donc entrevoir qu'une partie de la réalité mais demeurent toutefois intéressants en tant qu'indicateurs témoins d'un phénomène social difficile à cerner.

5.2 Résultats

5.2.1 Type de consommateurs

Sept Québécois sur dix (69 %) affirment n'avoir jamais consommé de drogues de leur vie; un sur sept (14 %) en avoir déjà fait usage (anciens consommateurs); et un sur six (17 %) en avoir consommé au cours d'une période de 12 mois (tableau 5.1).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à être des consommateurs actuels (20 % c. 15 %). Autant pour les hommes que pour les femmes, la proportion de personnes qui n'ont jamais consommé augmente avec l'âge, passant d'approximativement une personne sur deux, à l'âge de 15 à 24 ans, à plus de neuf personnes sur dix à 65 ans et plus (voir le tableau C.5.2 pour plus de détails au sujet des 15-24 ans). Inversement, la proportion de consommateurs actuels diminue notablement avec l'accroissement de l'âge; chez les 15-24 ans, le taux s'établit à 40 %, alors qu'il atteint 6 % chez les 65 ans et plus.

Tableau 5.1

Type de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais consommé	Anciens ¹ consommateurs %	Consommateurs ² actuels	Pe '000
Hommes				
15-24 ans	48,1	7,6	44,3	221
25-44 ans	53,1	24,5	22,4	263
45-64 ans	81,4	9,8	8,8	74
65 ans et plus	94,4	1,1**	4,6*	16
Total	65,1	14,6	20,3	574
Femmes				
15-24 ans	52,6	12,5	34,8	166
25-44 ans	63,1	22,6	14,2	163
45-64 ans	85,9	6,8	7,3	64
65 ans et plus	93,3	0,4**	6,3	30
Total	72,2	13,2	14,5	422
Sexes réunis				
15-24 ans	50,3	10,0	39,7	386
25-44 ans	58,1	23,6	18,4	427
45-64 ans	83,7	8,3	8,0	137
65 ans et plus	93,8	0,7**	5,5	46
Total	68,7	13,9	17,4	996

1. Qui n'ont consommé aucune drogue au cours des 12 derniers mois.

2. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 5.2

Type de consommateurs de drogues selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais consommé	Anciens ¹ consommateurs	Consommateurs ² actuels	Pe
	%			'000
Scolarité relative				
Plus faible	73,6	10,3	16,1	189
Faible	68,7	13,7	17,6	199
Moyenne	68,3	13,1	18,6	213
Élevée	67,0	15,7	17,3	200
Plus élevée	65,5	16,8	17,8	194
Niveau de revenu				
Très pauvre	69,6	10,4	20,0	69
Pauvre	71,7	10,1	18,2	116
Moyen inférieur	70,4	12,4	17,3	327
Moyen supérieur	67,5	15,6	17,0	372
Supérieur	64,8	18,1	17,1	112

1. Qui n'ont consommé aucune drogue au cours des 12 derniers mois.

2. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le même phénomène s'observe tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les données ne diffèrent pas significativement entre les 45-64 ans et les 65 ans et plus. Nous sommes en présence d'un phénomène générationnel dans le cadre duquel les personnes actuellement âgées de 45 ans et plus n'ont pas vécu, lorsqu'elles étaient adolescentes ou jeunes adultes, dans une société où les drogues étaient aussi facilement accessibles; ces générations plus âgées n'ont généralement pas adopté ce comportement. Nous observons aussi un comportement transitoire, dans la mesure où un grand nombre de personnes abandonne l'usage après une certaine période de consommation ou d'expérimentation; la proportion d'anciens consommateurs représente déjà 10 % de la population des 15-24 ans et la proportion d'anciens consommateurs est supérieure à celle des consommateurs actuels chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (24 % c. 18 %).

En plus d'être sexuée et générationnelle, la consommation de drogues fluctue selon la catégorie socio-économique. En effet, les individus ayant une scolarité relative élevée ou plus élevée, comparativement à ceux dont la scolarité est plus faible, sont proportionnellement plus nombreux à être d'anciens consom-

mateurs (16 % et 17 % c. 10 %) (tableau 5.2.). De la même façon, les personnes bénéficiant d'un revenu supérieur sont plus susceptibles d'avoir déjà consommé que celles dont le niveau de revenu est moyen inférieur, pauvre ou très pauvre (18 % c. 10 % à 12 %).

5.2.2 Type de drogues consommées

On a vu que 17 % des Québécois ont consommé au moins une drogue au cours d'une période de 12 mois; 10 % n'auraient consommé que de la marijuana et 7 % de la marijuana et d'autres drogues ou d'autres drogues seulement (tableau 5.3). Grosso modo, les plus jeunes (15 à 44 ans) sont, en proportion, près de deux fois plus nombreux à ne consommer que de la marijuana, comparativement à ceux qui consomment d'autres drogues. Même si les proportions sont peu élevées, le comportement des personnes plus âgées diffère de celui des plus jeunes, surtout pour les femmes; les drogues de choix pour les personnes plus âgées (45 ans et plus) sont plutôt de la famille des tranquillisants et des somnifères (données non présentées). Le type de drogues consommées varie peu selon le niveau socioéconomique (tableau C.5.3).

Tableau 5.3

Consommateurs actuels¹ de drogues selon le type de drogues, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Marijuana seulement	Marijuana et autres drogues ou autres drogues seulement	Tous types de drogues
	%		
Hommes			
15-24 ans	28,6	15,7	44,4
25-44 ans	15,2	7,3	22,4
45-64 ans	4,1	4,6	8,8
65 ans et plus	–	4,6*	4,6*
Total	12,6	7,7	20,3
Femmes			
15-24 ans	23,1	11,8	34,9
25-44 ans	8,9	5,4	14,2
45-64 ans	2,1*	5,2	7,3
65 ans et plus	0,0**	6,3	6,3
Total	8,0	6,5	14,5
Sexes réunis			
15-24 ans	25,9	13,8	39,7
25-44 ans	12,0	6,3	18,4
45-64 ans	3,1	4,9	8,0
65 ans et plus	0,0**	5,5	5,5
Total	10,3	7,1	17,4

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La drogue la plus consommée est, sans conteste, la marijuana, 14 % de la population en ayant consommé au cours d'une période de 12 mois (tableau 5.4). La deuxième catégorie de drogues la plus usitée est celle des tranquillisants et des somnifères (3,7 %). Entre 1,3 % et 1,6 % de la population ont consommé de la cocaïne, des hallucinogènes (LSD ou autres) ou des amphétamines et autres stimulants.

Tableau 5.4

Consommateurs actuels¹, par catégorie de drogues, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Marijuana (hachisch, pot, grass)	13,5	778
Tranquillisants, somnifères	3,7	218
Cocaïne, crack, free base	1,6	97
LSD (acide), mescaline	1,5	88
Amphétamines, stimulants, speed, ecstasy	1,3	74
Héroïne (smack), morphine	0,1**	7
Autres drogues	0,8	38
Au moins une drogue	17,4²	996

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

2. Cette proportion n'égale pas la somme car une personne peut déclarer avoir consommé plusieurs types de drogues.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

5.2.3 Usage de substances psychoactives – drogues et alcool

Au cours d'une période de 12 mois, près d'un Québécois sur six (17 %) n'a fait usage d'aucune substance psychoactive (ni alcool, ni drogues) (tableau 5.5). Environ les deux tiers (66 %) de la population n'ont fait usage que d'alcool, alors que près du sixième (18 %) de la population a fait usage de drogues et d'alcool (ou de drogues seulement).

Les femmes sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à ne pas consommer de substances psychoactives (21 % c. 13 %). Schématiquement, pour les hommes autant que pour les femmes, l'usage de substances psychoactives décroît avec l'âge à partir de 45 ans; 18 % chez les 45 à 64 ans et 38 % chez les 65 ans et plus n'en consomment pas du tout, alors que c'est le cas pour seulement 12 % chez les 15-44 ans. Par ailleurs, ces derniers (15-44 ans) sont plus susceptibles de consommer alcool et drogues (40 % chez les 15-24 ans, 19 % chez les 25-44 ans et 6 % à 8 % chez les 45 ans et plus); si les données relatives aux polyutilisateurs de drogues et d'alcool (tableau 5.5) sont très proches de celles des consommateurs

de drogues (tableau 5.3), c'est que ceux-ci sont essentiellement tous des consommateurs d'alcool. La proportion de consommateurs d'alcool seulement suit une tendance particulière, tant pour les hommes que les femmes : elle tend à augmenter avec l'âge pour ensuite diminuer à partir de 65 ans (tableau 5.5).

Tableau 5.5
Usage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune substance psychoactive	Alcool seulement	Alcool et drogues ou drogues seulement
	%		
Hommes			
15-24 ans	10,3	45,1	44,6
25-44 ans	9,6	67,9	22,5
45-64 ans	13,9	77,2	8,9
65 ans et plus	27,9	67,5	4,7*
Total	13,0	66,5	20,5
Femmes			
15-24 ans	13,1	52,0	34,9
25-44 ans	15,2	70,5	14,3
45-64 ans	21,2	71,4	7,4
65 ans et plus	46,2	47,2	6,6
Total	20,7	64,6	14,7
Sexes réunis			
15-24 ans	11,7	48,5	39,8
25-44 ans	12,4	69,2	18,5
45-64 ans	17,6	74,3	8,1
65 ans et plus	37,9	56,4	5,7
Total	16,9	65,5	17,6

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le polyusage de substances psychoactives (drogues et alcool) est aussi fortement associé au niveau socioéconomique (tableau 5.6). Plus une personne est scolarisée ou fortunée, plus elle sera consommatrice de substances psychoactives; les personnes de niveau de revenu supérieur consomment presque toutes au moins une substance psychoactive (seulement 7 % n'en consomment pas). Cette relation est surtout due à la consommation d'alcool; le boire social serait quasi inévitable.

Tableau 5.6
Usage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon certaines caractéristiques socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Aucune substance psychoactive	Alcool seulement	Alcool et drogues ou drogues seulement
	%		
Scolarité relative			
Plus faible	26,5	57,1	16,4
Faible	20,1	62,1	17,8
Moyenne	17,4	63,9	18,8
Élevée	11,8	70,7	17,5
Plus élevée	8,9	73,3	17,9
Niveau de revenu			
Très pauvre	29,6	50,1	20,3
Pauvre	29,1	52,5	18,4
Moyen inférieur	18,8	63,7	17,5
Moyen supérieur	12,7	70,2	17,1
Supérieur	7,2	75,6	17,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

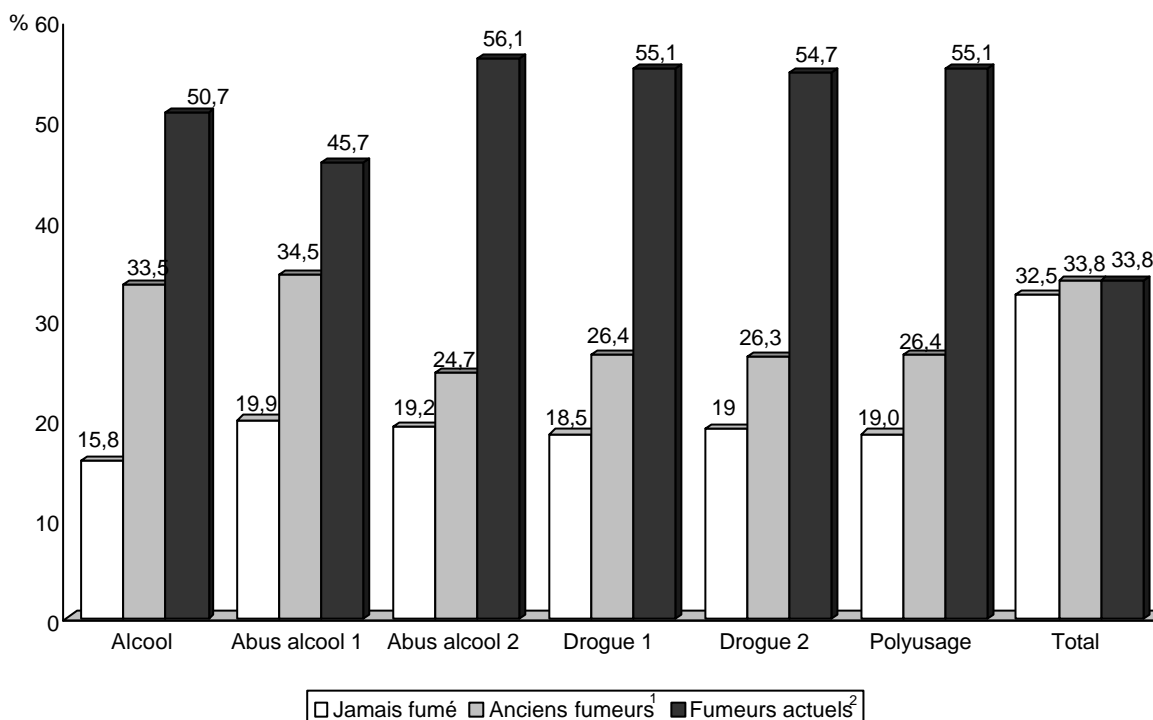
5.2.4 Usage de substances psychoactives – drogues, alcool et tabac

La présente enquête fournit des informations à propos d'une dernière substance psychoactive, la nicotine. On met ici en lien tous les comportements relatifs à la consommation de substances psychoactives.

Tous les indicateurs établissant une prise de risque élevé quant à la consommation de substances psychoactives sont étroitement reliés (figure 5.1 et tableau C.5.4). Par rapport à ceux qui n'ont jamais fumé ou aux anciens fumeurs, la proportion de consommateurs actuels de cigarettes est plus élevée autant chez les personnes qui prennent 14 consommations et plus d'alcool par semaine que chez celles qui se sont enivrées ou qui ont pris 5 consommations et plus en une même occasion au moins 5 fois au cours d'une période de 12 mois; proportionnellement, les fumeurs actuels sont aussi plus nombreux chez les personnes qui ont consommé au moins une drogue, chez celles qui ont pris une drogue autre que la marijuana et chez les polyutilisateurs d'alcool et de drogues.

Figure 5.1

Usage de la cigarette selon la consommation de substances psychoactives (drogues et alcool), population de 15 ans et plus, Québec, 1998



- Alcool = a pris 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une période de sept jours.
- Abus alcool 1 = a pris cinq consommations d'alcool et plus en une même occasion au moins cinq fois au cours d'une période de 12 mois.
- Abus alcool 2 = s'est enivré au moins cinq fois au cours d'une période de 12 mois.
- Drogue 1 = a consommé au moins une drogue au cours d'une période de 12 mois.
- Drogue 2 = a consommé une drogue autre que la marijuana au cours d'une période de 12 mois
- Polyusage = a consommé de l'alcool et au moins une drogue (ou une drogue seulement) au cours d'une période de 12 mois.
- 1. Qui ne fument plus.
- 2. Qui fument de façon occasionnelle ou régulière.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Inversement, les personnes qui ne consomment que peu ou pas d'alcool, les personnes qui consomment peu d'alcool par occasion et les personnes qui ne consomment pas de drogues sont en plus grande proportion celles qui ne consomment pas de tabac. Le plus souvent, les personnes qui présentent un comportement mitoyen, entre l'abstinence et l'abus, sont d'anciens fumeurs (tableau C.5.4).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Plus des deux tiers des Québécois âgés de 15 ans et plus et vivant dans les ménages privés affirment n'avoir jamais consommé de drogues. On retrouve dans la population à peu près autant d'anciens consommateurs que de personnes qui ont consommé des drogues au cours d'une période de 12 mois. Les consommateurs actuels se distinguent par leur sexe (plus souvent des hommes), par leur âge (majoritairement des jeunes) et, pour les anciens

consommateurs, par leur niveau socioéconomique (ceux dont la scolarité relative est élevée ou plus élevée et ceux dont le niveau de revenu est supérieur). Même si les comparaisons entre les enquêtes nécessitent la plus grande prudence en raison des diverses méthodologies utilisées, la consommation de marijuana, au Québec, semble en progression depuis 1985. Les résultats de l'*Enquête Promotion Santé Canada* (EPS) de 1985 indiquent, pour une période de 12 mois, que 3,3 % des Québécois ont consommé de la marijuana (SBESC, 1988, p. 60); en 1989 (SBESC, 1990, p. 35), cette même proportion s'établit à 6,5 %; en 1992-1993 (Chevalier, 1995), on obtient 8,2 %; en 1998, on franchit la barre des 10 %. D'autres évidences, telle l'augmentation constante, à Montréal, entre 1992 et 1998, du nombre d'hospitalisations pour lesquelles un diagnostic primaire ou secondaire de consommation de cannabis est observé (Chevalier et Laurin, 1999), permettent d'étayer la conclusion d'une augmentation de la consommation abusive de cannabis. L'usage de drogues est associé à la consommation d'alcool et à la consommation de tabac. Une part significative de la population québécoise cumule certains risques pour la santé; en fait, bon nombre de ces personnes prennent consciemment des risques. Afin de permettre des analyses plus fines et une meilleure compréhension du phénomène, les prochaines recherches devraient s'appuyer sur un cadre conceptuel intégrant le concept de risque et de prise de risque (Lupton, 1999; Le Breton, 1991 et 1995).

Éléments de réflexion pour la planification

En regard de la *Politique de la santé et du bien-être*, dans laquelle il est prévu que, d'ici l'an 2002, il faille accroître le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales, nous réitérons les conclusions auxquelles nous parvenions en 1995. En deux mots, cet objectif n'est ni réaliste ni, a fortiori, atteignable. Il serait plus constructif de chercher à comprendre pourquoi une certaine proportion de la population continue de prendre et de cumuler des risques à l'égard de sa santé, la consommation de drogues n'étant qu'un des multiples comportements

dont il faut simultanément tenir compte. Une analyse sociale plus globale, dans le contexte des attentes et des comportements des individus faisant partie d'une société moderne avancée, semble requise. Pourquoi, dans une société où les personnes sont de plus en plus informées sur la nature et l'ampleur des risques, subsiste-t-il (ou constatons-nous une augmentation) des personnes qui adoptent ou conservent des comportements à risque (Lupton, 1999; Le Breton, 1991)? Pourquoi les modèles explicatifs basés sur le comportement rationnel sont-ils incapables de rendre compte des réalités observées (Beck, 1992)? Comment une société prônant autant le contrôle de soi (Lipovetsky, 1983 et 1992), mettant en œuvre autant de moyens, humains et financiers, pour réduire certains risques (Lasch, 1991), engendre-t-elle autant d'antinomies? La réponse à ces questions permettra assurément d'obtenir des informations révélatrices sur les adaptations à apporter à nos interventions dans le domaine de la promotion et de la prévention en santé.

Bibliographie

BEAUCAGE, B. (1998). *L'interrelation entre deux phénomènes sociaux préoccupants : le décrochage scolaire et la consommation de substances psychotropes*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

BECK, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*, London, Sage, 260 p.

BIRON, C. (1998). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : orientations et stratégie*, document de consultation, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

CHEVALIER, S. (1995). « Consommation de drogues » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSÉ, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 61-75.

CHEVALIER, S., et autres (1994). *Indicateurs sosiosanitaires : définitions et interprétations*, Ottawa, Conseil national d'information sur la santé, 230 p.

CHEVALIER, S., et I. LAURIN (1999). *La toxicomanie à Montréal-Centre : faits et méfaits 1999*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique et Direction de la programmation et coordination, 151 p.

ENGLISH, D. R., et autres (1995). *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia, 1995 edition*, Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health.

GIROUX, C. (1988). « Les substances psychoactives : repères pharmacologiques et physiologiques » dans BRISSON, P. (éd.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 36-62.

GUYON, L., et autres (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible : une synthèse des connaissances actuelles*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

GUYON, L., et Y. GEOFFRION (1997). *État de situation de la toxicomanie au Québec : bilan des études faites depuis 1990*, Collection Études et analyses, n° 34, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

HANDLER, A., et autres (1991). « Cocaine use during pregnancy: perinatal outcomes », *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, n° 8, p. 818-825.

HSER, Y. (1993). « Data sources: Problems and issues », *The Journal of Drug Issues*, vol. 23, n° 2, p. 217-228.

LASCH, C. (1991). *The culture of narcissism*, New York, Norton, 282 p.

LE BRETON, D. (1991). *Passions du risque*, Paris, Métailié, 190 p.

LE BRETON, D. (1995). *La sociologie du risque*, Paris, PUF, 128 p.

LIPOVETSKY, G. (1983). *L'ère du vide : essai sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard, 315 p.

LIPOVETSKY, G. (1992). *Le crépuscule du devoir : l'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Paris, Gallimard, 296 p.

LUPTON, D. (1999). *Risk*, London, Routledge, 184 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues*, Points saillants, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 360 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Enquête Promotion Santé Canada, Rapport technique*, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 249 p.

STATISTIQUE CANADA (1988). *Enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues*, ENCAD 02 (questionnaire), Ottawa, Statistique Canada, 14 p.

TRINKOFF, A. M., C. RITTER et J. ANTHONY (1990). « The prevalence and self-reported consequences of cocaine use: An exploratory and descriptive analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, vol.26, n° 3, p. 217-225.

WESTERMEYER, J. (1990). « Methodological issues in the epidemiological study of alcohol-drug problems: Sources of confusion and misunderstanding », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 16, n°s 1 et 2, p.47-55.

WICKENS, T. D. (1993). « Quantitative methods for estimating the size of a drug-using population », *The Journal of Drug Issues*, vol.23, n° 2, p. 185-216.

Tableaux complémentaires

Tableau C.5.1

Taux de non-réponse partielle pour le type de consommateurs de drogues, le type de drogues consommées et le polyusage de substances psychoactives (drogues et alcool) selon le sexe, l'âge et la scolarité relative, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Type de consommateurs et type de drogues consommées	Polyusage de drogues et d'alcool
	%	
Hommes	4,4	5,3
Femmes	6,2	7,4
Sexes réunis		
15-24 ans	2,8	3,2
25-44 ans	2,6	3,1
45-64 ans	5,3	6,6
65 ans et plus	16,1	18,9
Total	5,3	6,3
Scolarité relative		
Plus faible	7,6	8,9
Faible	5,3	6,7
Moyenne	5,0	5,9
Élevée	4,0	4,8
Plus élevée	3,4	3,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.5.2

Type de consommateurs de drogues selon le sexe et l'âge, population de 15 à 24 ans, Québec, 1998

	Jamais consommé	Anciens ¹ consommateurs	Consommateurs ² actuels
	%		
Hommes			
15-17 ans	57,3	4,2**	38,5
18-19 ans	42,9	7,9**	49,2
20-24 ans	43,8	9,9*	46,3
Total	48,1	7,6	44,3
Femmes			
15-17 ans	58,2	5,0**	36,7
18-19 ans	50,3	15,8*	33,9
20-24 ans	49,7	16,5	33,9
Total	52,6	12,5	34,8
Sexes réunis			
15-17 ans	57,8	4,6*	37,6
18-19 ans	46,6	11,8	41,6
20-24 ans	46,6	13,1	40,3
Total	50,3	10,0	39,7

1. Qui n'ont consommé aucune drogue au cours des 12 derniers mois.

2. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.5.3

Consommateurs actuels¹ de drogues selon le type de drogues consommées et certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Marijuana seulement	Marijuana et autres drogues ou autres drogues seulement	Tous types de drogues
	%		
Scolarité relative			
Plus faible	8,5	7,6	16,1
Faible	10,2	7,3	17,6
Moyenne	11,1	7,5	18,6
Élevée	10,9	6,4	17,3
Plus élevée	11,1	6,7	17,8
Niveau de revenu			
Très pauvre	9,5	10,5	20,0
Pauvre	10,4	7,7	18,2
Moyen inférieur	10,2	7,1	17,3
Moyen supérieur	10,6	6,4	17,0
Supérieur	9,9	7,2	17,1

1. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.5.4

Consommation de tabac selon la consommation de substances psychoactives (drogues et alcool), population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Jamais fumé	Anciens ¹ fumeurs	Fumeurs occasionnels	Fumeurs réguliers	Fumeurs ² actuels	Total
	%					
Type de buveurs						
Jamais bu	57,9	23,2	1,3*	17,6	18,9	12,7
Anciens buveurs ³	18,1	39,2	0,5**	42,3	42,8	6,0
Buveurs actuels⁴(nombre de consommations hebdomadaires)						
Aucune	34,6	31,1	2,9	31,5	34,4	30,0
1 à 6	32,4	37,5	4,5	25,7	30,2	30,6
7 à 13	19,7	39,7	5,4	35,2	40,6	12,5
14 ou plus	15,8	33,5	4,9*	45,8	50,7	8,2
Type d'abus d'alcool						
Cinq consommations ou plus en une même occasion						
Aucune fois	37,9	36,4	2,3	23,5	25,7	42,7
Une à quatre fois	27,1	33,1	4,8	35,0	39,8	28,2
Cinq fois ou plus	19,9	34,5	6,2	39,5	45,7	29,1
Enivrement						
Aucune fois	32,5	38,9	2,5	26,1	28,6	64,4
Une à quatre fois	26,5	28,7	6,1	38,7	44,8	25,3
Cinq fois ou plus	19,2	24,7	9,1	47,1	56,1	10,3
Type de consommateurs de drogues						
Jamais consommé	39,1	34,4	2,1	24,4	26,6	68,5
Anciens consommateurs ⁵	15,7	40,4	4,1	39,7	43,9	14,1
Consommateurs actuels ⁶	18,5	26,4	8,4	46,7	55,1	17,5
Type de drogues consommées						
Aucune	35,1	35,4	2,5	27,0	29,5	82,5
Marijuana seulement	18,2	26,5	10,1	45,2	55,3	10,5
Marijuana et autres drogues ou autres drogues seulement	19,0	26,3	5,9*	48,9	54,7	7,0
Polyusage de substances psychoactives						
Aucune substance psychoactive	46,6	28,4	1,0*	23,9	24,9	16,7
Alcool seulement	32,2	37,2	2,8	27,8	30,6	65,6
Alcool et drogues (ou drogues seulement)	18,5	26,4	8,4	46,7	55,1	17,7

1. Qui ne fument plus.

2. Qui fument de façon occasionnelle ou régulière.

3. Qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois.

4. Qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois.

5. Qui n'ont consommé aucune drogue au cours des 12 derniers mois.

6. Qui ont consommé une ou plusieurs drogues au cours des 12 derniers mois.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

