



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.

ENQUÊTE DE SURVEILLANCE CANADIENNE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES (ESCCAD)

SOMMAIRE DES RÉSULTATS POUR 2011

INTRODUCTION

L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) est une enquête permanente lancée en avril 2008 sur la consommation d'alcool et de drogues illicites chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus. L'ESCCAD, qui s'inspire de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) de 2004, est conçue pour fournir des estimations nationales et provinciales détaillées sur les comportements et conséquences associés à la consommation d'alcool et de drogues. Le présent rapport présente les résultats de la quatrième année de collecte de données de l'ESCCAD, laquelle a débuté en février 2011.

Les résultats de 2011 s'appuient sur des entrevues téléphoniques réalisées auprès de 10 076 répondants dans les 10 provinces ce qui représente 25 957 435 résidents canadiens de 15 ans et plus. Comme l'ESCCAD est une enquête en temps continu, elle permet l'examen de l'évolution des tendances au fil du temps. Ainsi, le sommaire des résultats pour 2011 présente les données de la dernière année de l'enquête en vue d'une comparaison avec les résultats de 2010 et avec ceux de l'ETC de 2004, afin d'illustrer la façon dont la situation a changé au cours des sept dernières années. Le présent rapport comprend aussi une analyse des résultats de l'ESCCAD de 2011, des [tableaux détaillés](#) et certaines [définitions](#) de termes utilisés dans le document.

Principaux indicateurs, dans l'ensemble, ETC de 2004 et ESSCAD de 2008-2011

| | ETC 2004 | ESCCAD 2008 | ESCCAD 2009 | ESCCAD 2010 | ESCCAD 2011 |
|--|-------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| | N=13 909 | N=16 672 | N=13 082 | N=13 615 | N=10 076 |
| | % | % | % | % | % |
| Consommation de cannabis | | | | | |
| Cannabis – au cours de la vie | 44,5 | 43,9 | 42,4 | 41,5 | 39,4 [^] |
| Cannabis – au cours des 12 derniers mois | 14,1 | 11,4 [*] | 10,6 ^(*) | 10,7 [†] | 9,1 ^{^‡} |
| Cannabis –âge moyen des jeunes au moment de la première consommation | 15,6 ans | 15,5 ans | 15,6 ans | 15,7 ans | 15,6 ans |
| Consommation d'autres drogues illicites au cours des 12 derniers mois | | | | | |
| Cocaïne/crack | 1,9 | 1,6 | 1,2 ^Q | 0,7 [†] | 0,9 ^{Q^} |
| Amphétamines | 0,8 | 1,1 ^Q | 0,4 ^Q | 0,5 ^Q | 0,5 ^Q |
| Hallucinogènes (salvia excl.) | 0,7 | S.O. | 0,7 ^Q | 0,9 | 0,6 ^Q |
| Hallucinogènes (salvia incl.) | -- | -- | 0,9 ^{Q±} | 1,1 | 0,9 ^Q |
| Ecstasy | 1,1 | 1,4 | 0,9 ^Q | 0,7 | 0,7 ^Q |
| Salvia | -- | -- | S | 0,3 ^Q | S |
| Méthamphétamine / méthamphétamine cristallisée | 0,2 | S | S | S | S |
| L'une ou l'autre de 6 drogues (hallucinogènes, salvia excl.) | 14,5 | -- | 11,0 ^(*) | 11,0 [†] | 9,4 ^{^‡} |
| L'une ou l'autre de 5 drogues (hallucinogènes, salvia excl.) | 3,0 | -- | 2,0 | 1,8 [†] | 1,7 [^] |
| L'une ou l'autre de 6 drogues ^a (hallucinogènes, salvia incl.) | -- | 12,1 | 11,1 | 11,1 | 9,4 [‡] |
| L'une ou l'autre de 5 drogues ^b (hallucinogènes, salvia incl.) | -- | 3,9 | 2,1 ± | 2,0 | 1,9 |

| | ETC 2004 | ESCCAD 2008 | ESCCAD 2009 | ESCCAD 2010 | ESCCAD 2011 |
|---|-------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Méffaits de la consommation de drogues envers soi au cours des 12 derniers mois | | | | | |
| Méffaits chez les consommateurs | 17,5 | 21,7 | -- | 17,0 | 17,6 |
| Méffaits dans l'ensemble de la population | 2,8 | 2,7 | -- | 2,1 | 1,8 [^] |
| Consommation d'alcool | | | | | |
| Consommation au cours de la vie | 92,8 | 90,2 [*] | 88,6 ^(*) | 88,9 [†] | 89,7 [^] |
| Consommation au cours des 12 derniers mois | 79,3 | 77,3 | 76,5 ^(*) | 77,0 | 78,0 |
| Âge moyen au moment de la première consommation chez les 15 à 24 ans | 15,6 ans | 15,6 ans | 15,9 ans | 15,9 ans | 16,0 ans |
| Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) de 2011 – 12 derniers mois | | | | | |
| Dépasse les directives de consommation pour limiter les risques à long terme | 14,3 | 15,0 | 14,5 | 14,5 | 14,4 |
| Dépasse les directives de consommation pour limiter les risques à court terme | 10,2 | 10,9 | 11,7 | 10,5 | 10,1 |
| Dépasse les directives de consommation pour limiter les risques à long terme - parmi les buveurs | 18,0 | 19,8 | 19,1 | 19,1 | 18,7 |
| Dépasse les directives de consommation pour limiter les risques à court terme - parmi les buveurs | 12,9 | 14,3 | 15,5 | 13,8 | 13,1 |

N – Taille de l'échantillon

* Différence statistiquement significative entre les données de 2008 et celles de 2004.

(*) Différence statistiquement significative entre les données de 2009 et celles de 2004.

† Différence statistiquement significative entre les données de 2010 et celles de 2004.

[^] Différence statistiquement significative entre les données de 2011 et celles de 2004.

± Différence statistiquement significative entre les données de 2008 et celles de 2009.

Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les données de 2010 et celles de 2009 dans ce tableau.

‡ Différence statistiquement significative entre les données de 2011 et celles de 2010.

S.O. – En 2008, la salvia et les « champignons magiques » faisaient partie de la catégorie des hallucinogènes. Par conséquent, les estimations ne peuvent être comparées à celles de 2004 ni à celles de 2009 à 2011.

S – Estimation supprimée en raison de la forte variabilité d'échantillonnage

Q – Estimation qualifiée en raison de la forte variabilité d'échantillonnage; interpréter avec prudence

-- Aucune estimation comparable

a Cannabis, cocaïne/crack, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes, héroïne b Cocaïne/crack, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes, héroïne

Tableaux détaillés

Tableau 1 : Principaux indicateurs de l'ESCCAD de 2011, selon le sexe et l'âge - Drogues

Tableau 2 : Principaux indicateurs de l'ESCCAD de 2011, selon la province - Drogues

Tableau 3: Prévalence de la consommation et les méfaits des drogues, dans l'ensemble, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2011

Tableau 4: Prévalence de la consommation et les méfaits des drogues, selon l'âge, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2011

Tableau 5: Prévalence de la consommation et les méfaits des drogues, selon le sexe, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2011

Tableau 6: Principaux indicateurs de l'ESCCAD de 2011, selon le sexe et l'âge - Alcool

Tableau 7 : Principaux indicateurs de l'ESCCAD de 2011, selon la province - Alcool

Tableau 8 : Prévalence de la consommation d'alcool et le dépassement des Directives de consommation d'alcool à faible risque, dans l'ensemble, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2011

Tableau 9 : Prévalence de la consommation d'alcool et le dépassement des Directives de consommation d'alcool à faible risque, selon l'âge, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2011

Tableau 10 : Prévalence de la consommation d'alcool et le dépassement des Directives de consommation d'alcool à faible risque, selon le sexe, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2011

Consommation de cannabis

La prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les Canadiens de 15 ans et plus était de 9,1 % en 2011, ce qui constitue une diminution statistiquement significative par rapport à 2010 (10,7 %) et qui poursuit la baisse de la prévalence observée depuis 2004 (14,1 %). Bien qu'il n'y ait pas eu de changement sur le plan de la prévalence parmi les sous-groupes de population par rapport à 2010, la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois a diminué de façon significative comparativement aux données de 2004 chez les hommes (12,2 % par rapport à 18,2 %), chez les femmes (6,2 % par rapport à 10,2 %), chez les jeunes de 15 à 24 ans (21,6 % par rapport à 30,7 %) et chez les adultes de 25 ans et plus (6,7 % par rapport à 10,0 %).

En 2011, la prévalence de la consommation de cannabis dans la dernière année s'établissait à 21,6 % chez les jeunes, ce qui est trois fois plus élevé que la prévalence chez les adultes (6,7 %). Malgré le fait que la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois ait diminué chez les hommes et chez les femmes par rapport à 2004, la prévalence chez les hommes est demeurée deux fois plus élevée que chez les femmes (12,2 % par rapport à 6,2 %).

La prévalence provinciale de la consommation de cannabis au cours de la dernière année varie de 7,9 % en Ontario à 12,4 % en Nouvelle-Écosse. Seule l'Ontario affiche une variation statistiquement significative d'une année à l'autre : la consommation de cannabis est passée de 11,2 % en 2010 à 7,9 %. La prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année pour chaque province a été comparée avec la prévalence moyenne des neuf autres provinces. Parmi celles-ci, la Nouvelle-Écosse (12,4 %) et la Colombie-Britannique (12,1 %) affichaient une prévalence supérieure à la moyenne.

L'âge moyen au moment de la première consommation de cannabis chez les jeunes de 15 à 24 ans est demeuré stable au cours des sept dernières années, à environ 15,6 ans.

Consommation de cannabis pour des raisons médicales

Chez les personnes qui consomment du cannabis, 17,7 % (ce qui représente environ 420 000 Canadiens ou 1,6 % de la population canadienne âgée de 15 ans et plus) ont déclaré en faire usage pour des raisons médicales. La prévalence de l'usage pour des raisons médicales était semblable chez les consommateurs de cannabis de sexe masculin et de sexe féminin (17,3 % et 18,4 %, respectivement), tandis que plus d'un consommateur de cannabis sur cinq (21,8 %) chez les adultes âgés de 25 ans et plus ont affirmé en faire usage pour des raisons médicales, ce qui représente 1,5 % des adultes de ce groupe d'âge. Le pourcentage de jeunes qui consomment du cannabis pour des raisons médicales était trop bas pour pouvoir être mentionné.

La moitié (49,7 %) des personnes qui ont consommé du cannabis pour des raisons médicales en ont fait usage principalement en raison de douleurs chroniques causées par des affections telles que l'arthrite, un mal de dos ou des migraines, alors que les 50,3 % restants ont consommé du cannabis principalement en lien avec un de divers états pathologiques, notamment l'insomnie, la dépression et l'anxiété. Ces chiffres ne mesurent ni ne reflètent la participation au Programme d'accès à la marijuana à des fins médicales du gouvernement fédéral.

Consommation d'autres drogues illicites

En 2011, le taux de consommation des drogues les plus fréquemment mentionnées, après le cannabis, était estimé à moins de 1% pour chacune des drogues (hallucinogènes, salvia incl. (0,6 %); ecstasy (0,7 %); cocaïne ou crack (0,9 %) et amphétamines (speed, 0,5 %)). Le taux de consommation de la méthamphétamine au cours de la dernière année était trop bas pour être

mentionné. La seule différence statistiquement significative au cours des années est la baisse de la consommation de cocaïne ou crack, qui est passée de 1,9 % en 2004 à 0,9 % en 2011.

En 2011, la prévalence de la consommation d'au moins une drogue parmi les six suivantes : cannabis, cocaïne ou crack, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes (salvia exclue) et héroïne, était de 9,4 %, ce qui représente une baisse statistiquement significative par rapport à 2010 (11,0 %). Alors que la consommation au cours de la dernière année chez les hommes affiche un recul statistiquement significatif (12,4 % en 2011 par rapport à 15,0 % en 2010), le taux de consommation chez les hommes est presque deux fois plus élevé que celui observé chez les femmes (6,5 %), qui n'a pas changé par rapport à 2010. La prévalence de la consommation est trois fois plus élevée chez les jeunes (21,9 %) que chez les adultes (6,9 %).

La consommation d'au moins une des cinq drogues illicites excluant le cannabis [cocaïne ou crack, amphétamines (speed), ecstasy, hallucinogènes (excluant la salvia), héroïne] a été déclarée par 1,7% des Canadiens. Le taux chez les hommes (2,4 %) est significativement plus élevé que celui chez les femmes (1,0 %), tandis que le taux chez les jeunes (4,8 %) est près de cinq fois plus élevé que celui des adultes (1,1 %). Le taux de consommation d'au moins une des cinq drogues excluant le cannabis dans la dernière année est de 1,7 % en 2011, un taux significativement plus bas lorsque comparé avec le taux de 2004 (3,0 %) mais pas en contraste avec le taux de 2010 (1,8 %). Les taux de consommation d'au moins une drogue excluant le cannabis ont également diminué par rapport à ceux de 2004 chez les hommes (2,4 % en 2011 contre 4,3 %) et chez les jeunes (4,8 % en 2011 contre 11,3 %).

Consommation et abus de produits pharmaceutiques psychotropes

L'ESCCAD comprend des questions liées à l'abus de trois catégories de produits pharmaceutiques psychoactifs, à savoir les antidouleurs opioïdes (comme Percodan^{MD}, Demerol^{MD} et OxyContin^{MD}), les stimulants (comme Ritalin^{MD}, Concerta^{MD}, Adderall^{MD} et Dexedrine^{MD}), et les tranquillisants et sédatifs (comme Valium^{MD}, Ativan^{MD} et Xanax^{MD}). Même si ces produits pharmaceutiques sont prescrits à des fins thérapeutiques, les gens sont susceptibles d'en abuser en raison de leurs propriétés psychoactives. Afin d'établir un point de référence global pour la consommation de ces produits pharmaceutiques (y compris à des fins thérapeutiques), on a demandé aux répondants s'ils avaient utilisé des antidouleurs opioïdes, des stimulants ou des sédatifs.

Un recul statistiquement significatif a été observé sur le plan de la consommation de produits pharmaceutiques psychotropes entre 2011 (22,9 %) et 2010 (26,0 %), compte tenu d'une baisse statistiquement importante au titre de la consommation d'antidouleurs opioïdes, qui est passée de 20,6 % en 2010 à 16,7 % en 2011. Il n'y a pas eu de changements importants en ce qui a trait aux taux de consommation de stimulants ou de sédatifs au cours de la dernière année. La consommation de médicaments psychoactifs était plus élevée chez les femmes (25,5 %) que chez les hommes (20,2 %), de même que chez les adultes âgés de 25 ans et plus (23,9 %) par rapport aux jeunes de 15 à 24 ans (17,6 %).

Chez les personnes qui avaient **consommé** ces types de médicaments, d'autres questions ont été posées pour déterminer si les médicaments avaient été utilisés à des fins autres que l'usage thérapeutique prescrit. Les résultats antérieurs de l'ESCCAD faisaient état de la consommation de produits pharmaceutiques psychoactifs pour l'expérience, l'effet qu'ils faisaient, ou pour « se geler ». En 2011, des questions ont été ajoutées afin de déterminer si les antidouleurs opioïdes ou les stimulants faisaient l'objet d'abus à d'autres fins. On a ainsi demandé aux personnes qui ont consommé des antidouleurs opioïdes au cours de la dernière année si elles avaient utilisé ces produits pour se sentir mieux, pour faire face au stress ou à des problèmes, ou pour d'autres raisons. On a demandé aux personnes qui ont consommé des stimulants au cours de la dernière année si elles avaient déjà utilisé ce type de produits pour des raisons autres telles que pour étudier, pour

rester alerte ou pour couper l'appétit. Pour ces deux catégories de médicaments, la nouvelle définition d'abus utilisée comporte en plus de « pour vous geler », la consommation à d'autres fins.

En 2011, 22,9 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont affirmé qu'ils avaient consommé un produit pharmaceutique psychoactif au cours de la dernière année; 3,2 % d'entre eux (c'est-à-dire 0,7 % de la population totale) ont déclaré avoir abusé de ce médicament. Les taux de 2011 ne devraient pas être comparés avec ceux de 2010, qui étaient fondés uniquement sur le désir d'« être high ». Lorsque la définition d'abus de 2010 est appliquée aux données de 2011 (et que les « autres raisons » sont exclues), le taux de 2011 chute à 1,5 % (soit 0,3 % de la population), ce qui correspond au taux de 2010.

Parmi les trois catégories de produits pharmaceutiques, les antidouleurs opioïdes ont été les plus consommés en 2011. Près d'un Canadien âgé de 15 ans et plus sur six (16,7 %) a déclaré avoir consommé un antidouleur opioïde au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le taux d'abus d'antidouleurs opioïdes était trop bas pour pouvoir être mentionné.

Près d'un Canadien sur dix (9,1 %) a déclaré avoir consommé des sédatifs ou des tranquillisants au cours de la dernière année. L'abus de sédatifs est mesuré selon la consommation pour l'expérience, l'effet que ces produits procurent ou pour le « high ». Le taux d'abus des sédatifs ou des tranquillisants est trop bas pour être mentionné.

La consommation de stimulants au cours de la dernière année a été déclarée par 0,9 % des Canadiens; le taux d'abus est trop bas pour pouvoir être mentionné.

L'**abus** de dextrométhorphane, un ingrédient actif qui se trouve dans de nombreux médicaments contre le rhume et antitussifs en vente libre, a été inclus dans l'enquête pour la première fois en 2011. Moins de 1 % (0,7 %) des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir fait usage d'un médicament contre le rhume ou contre la toux pour des raisons non médicales au cours de la dernière année, c'est-à-dire uniquement pour l'expérience ou l'effet que procurent ces produits, ou pour le « high ». L'abus de dextrométhorphane a été déclaré par 0,9 % d'adultes, tandis que l'abus chez les jeunes était trop bas pour pouvoir être mentionné. Il n'y avait aucune différence au niveau de la prévalence de l'abus chez les hommes (0,9 %) et chez les femmes (0,6 %).

Méfais associés à la consommation de drogues illicites

En 2011, 1,8 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont déclaré avoir vécu au moins un méfait dû à leur consommation de drogue illicite dans l'année précédente, ce qui représente une baisse statistiquement significative par rapport au taux de 2004 (2,8 %). Les jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient environ cinq fois plus susceptibles de déclarer un méfait dû à la consommation de drogue illicite, 5,8 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans ayant mentionné un méfait, par rapport aux adultes de 25 ans et plus, qui affichent un taux de 1,1 %. Quelle que soit la drogue, incluant l'abus de produits pharmaceutiques psychoactifs depuis 2008, le pourcentage de consommateurs ayant déclaré un méfait est demeuré stable depuis 2004, c'est-à-dire qu'environ un sur six (17,6 %) a déclaré un méfait lié à la consommation de drogues dans l'année précédant l'enquête.

ALCOOL

Prévalence de la consommation d'alcool

En 2011, 78,0 % des Canadiens ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, ce qui ne constitue pas une variation significative par rapport à 2010 (77,0 %). Depuis 2004, il y a eu une baisse statistiquement significative de la consommation d'alcool chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans l'année précédant l'enquête, taux qui est passé de 82,9 % à 70,8 %. Une proportion

nettement plus élevée d'hommes que de femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (81,9 % par rapport à 74,3 %, respectivement) en 2011, tandis que la prévalence de la consommation d'alcool était significativement plus élevée chez les adultes (79,3 %) que chez les jeunes (70,8 %).

Le taux de consommation dans les provinces varie de 72,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard, à 81,7 % au Québec. Seule l'Alberta affiche une variation statistiquement significative sur le plan de la consommation d'alcool au cours de la dernière année : le pourcentage est passé à 80,0 % par rapport à 73,8 % en 2010. La prévalence de la consommation d'alcool au cours de la dernière année pour chaque province a été comparée à la prévalence moyenne des neuf autres provinces. Trois provinces affichaient un taux de prévalence inférieur à la moyenne (Île-du-Prince-Édouard [72,7 %], Nouveau-Brunswick [73,3 %] et Nouvelle-Écosse [73,8 %]), tandis que la prévalence de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois était plus élevée au Québec (81,7 %).

Consommation d'alcool à faible risque

En novembre 2011, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé au Canada ont reçu les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, c'est-à-dire cinq directives et une série de conseils <http://www.ccsa.ca/fra/Priorities/Alcohol/Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines/Pages/default.aspx>. Il s'agit d'une mise à jour des directives publiées, en 1997. Les directives 1 et 2 sont expliquées dans la section des [définitions](#) ci-dessous.

Les deux premières directives s'appliquent à l'ensemble des Canadiens et traitent des effets à long terme (chroniques) (directive 1), par exemple les maladies du foie et certains cancers, et des effets à court terme (aigus) (directive 2) comme les blessures et les surdoses. Les pourcentages de Canadiens qui ont dépassé les limites de ces directives sont présentés ci-dessous. Les personnes qui respectent les directives concernant la consommation d'alcool à faible risque ne dépassent pas la quantité d'alcool recommandée pendant le nombre de jours prescrit, tandis que les personnes qui excèdent les limites des directives consomment une quantité d'alcool supérieure à la quantité recommandée pendant la période définie.

Parmi les personnes qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 18,7 % (c.-à-d. 14,4 % de la population totale) ont dépassé les limites de la directive concernant les effets chroniques et 13,1 % (soit 10,1 % de la population totale) ont dépassé les limites de la directive concernant les effets aigus. Un pourcentage plus élevé de jeunes buveurs âgés de 15 à 24 ans (18,1 %) que de buveurs adultes âgés de 25 ans ou plus (12,2 %) ont dépassé les limites de la directive concernant les risques aigus, alors qu'il n'y avait pas de différence significative entre ces groupes sur le plan du non-respect des limites de la directive concernant les risques chroniques. Le pourcentage d'hommes dont la consommation d'alcool dépassait les limites des deux directives était plus élevé de façon statistiquement significative comparé à celui des femmes. La limite de la directive concernant les risques d'effets chroniques a été dépassée par 22,3 % d'hommes consommateurs et par 15,0 % de femmes consommatrices, tandis que la limite de la directive concernant les risques d'effet aigus a été dépassée par 16,6 % de buveurs et par 9,5 % de buveuses.

Définitions

Les termes utilisés ci-dessus se définissent de la façon suivante :

Prévalence – proportion au sein d'un groupe ou d'une population qui présente le comportement ou les effets indiqués; est généralement exprimée en pourcentage.

Consommation au cours des 12 derniers mois – consommation déclarée pour la période de 12 mois précédant l'entrevue.

Âge au moment de la première consommation – âge auquel une personne consomme de l'alcool ou une drogue pour la première fois.

Méfait – les méfaits liés à la drogue comprennent les méfaits subis dans un des secteurs suivants : santé physique; liens d'amitié et vie sociale; situation financière; vie familiale ou conjugale; travail, études ou occasions d'emploi; rapports avec le système judiciaire; apprentissage; logement.

Directive de consommation d'alcool à faible risque 1 (effets chroniques) – Les personnes qui respectent la limite de cette directive ne doivent pas dépasser 10 verres par semaine chez les femmes, à raison d'un maximum de deux verres par jour la plupart des jours, et 15 verres par semaine chez les hommes, à raison d'un maximum de trois verres par jour la plupart des jours. Prévoyez des jours sans alcool chaque semaine afin d'éviter de développer une habitude.

Directive de consommation d'alcool à faible risque 2 (effets aigus) – Les personnes qui respectent la limite de cette directive ne doivent pas dépasser trois verres (chez les femmes) et quatre verres (chez les hommes) pour une occasion donnée. Prévoyez consommer dans un environnement sécuritaire. Prévoyez boire dans un milieu sûr et respectez la limite hebdomadaire de la directive 1.

Information de référence

L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), menée par Santé Canada, est une enquête en temps continu sur la consommation d'alcool et de drogues illicites menée auprès des Canadiens de 15 ans et plus. Elle a été élaborée en collaboration avec les organismes suivants : Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), Centre for Addiction Research de la Colombie-Britannique (CAR-BC), Alberta Health Services (auparavant Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission), Manitoba Health, Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Conçue pour fournir des données estimatives annuelles à l'échelle nationale et provinciale sur les comportements et conséquences liés à la consommation d'alcool et de drogues, l'ESCCAD a été lancée en avril 2008.

Le nombre annuel d'entrevues téléphoniques de l'ESCCAD, dont la sélection se fait de façon aléatoire, est fixé à 1 008 par province afin de produire une enquête nationale de 10 080 entrevues. Pour des questions de méthodologie, les territoires ne font pas partie de l'enquête. Pour l'année civile 2011, l'échantillon est de 10 076, ce qui représente environ 25 957 435 Canadiens de 15 ans et plus. Le taux de réponse de l'ESCCAD de 2011 était de 45,5 %, une proportion comparable au taux de 44,4 % obtenu en 2010. Dans le cadre du présent rapport, des analyses uni et bidimensionnelles furent utilisées. La signification statistique a été déterminée par recouvrement des intervalles de confiance lorsque les données de 2004 sont comparées à celles de 2011 et par utilisation de test-t pour les comparaisons entre 2011 et 2010. Les données présentées dans ce rapport ont été pondérées afin de permettre de généraliser les résultats à la population canadienne. Pour de plus amples renseignements sur la méthodologie utilisée dans cette enquête, un guide technique sera disponible sur demande à compter du 1^{er} août 2012.

Pour de plus amples renseignements sur cette enquête et ses résultats, veuillez écrire au Bureau de la recherche et de la surveillance, Direction générale des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme, Santé Canada, 123, rue Slater, indice de l'adresse 3506D, Ottawa (Ontario) K1A 0K9, ou envoyer une demande par courriel à ORS_BRS@hc-sc.gc.ca.