



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.



Health
Canada

Santé
Canada

*Your health and
safety... our priority.*

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

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

SOMMAIRE DES RÉSULTATS POUR 2012

Canada 

INTRODUCTION

L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) est une enquête annuelle réalisée de 2008 à 2012 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 cinquième et dernière année de collecte de données de l'ESCCAD, laquelle a débuté en février 2012. Lancée en 2013, l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) remplacera l'ESCCAD et pose des questions clés concernant la consommation d'alcool et de drogues tous les deux ans.

Les résultats de 2012 s'appuient sur des entrevues téléphoniques réalisées auprès de 10 090 répondants dans les 10 provinces ce qui représente 27 767 855 résidents canadiens de 15 ans et plus. Le sommaire des résultats pour 2012 présente les données de la dernière année de l'enquête et une comparaison avec les résultats de 2011 et avec ceux de l'ETC de 2004, afin d'illustrer la façon dont la situation a changé au cours des huit dernières années. Le présent rapport comprend aussi une analyse des résultats de l'ESCCAD de 2012, des [tableaux détaillés](#) et certaines [définitions](#) de termes utilisés dans le document.

Principaux indicateurs, ensemble de la population, ETC 2004, ESCCAD 2008-2012

	ETC	ESCCAD				
	2004	2008	2009	2010	2011	2012
N=	13 909	16 672	13 082	13 615	10 076	11 090
	%	%	%	%	%	%
Consommation de cannabis						
Consommation au cours de la vie	44,5	43,9	42,4	41,5	39,4 [^]	41,5
Consommation – au cours des 12 derniers mois	14,1	11,4 [*]	10,6 [⊛]	10,7 ^(*)	9,1 ^{^†}	10,2 [°]
Âge moyen au moment de la première consommation chez les 15 à 24 ans	15,6 ans	15,5 ans	15,6 ans	15,7 ans	15,6 ans	16,1 ^v ans
Consommation d'autres drogues illicites au cours des 12 derniers mois						
Cocaïne/Crack	1,9	1,6	1,2Q	0,7 ^(*)	0,9Q [^]	1,1Q
Amphétamines	0,8	1,1Q	0,4Q	0,5Q	0,5Q	S
Hallucinogènes (salvia excl.)	0,7	S.O.	0,7Q	0,9	0,6Q	0,9Q
Hallucinogènes (salvia incl.)	--	--	0,9Q±	1,1	0,9Q	1,1Q
Ecstasy	1,1	1,4	0,9Q	0,7	0,7Q	0,6Q
Salvia	--	--	S	0,3Q	S	S
Méthamphétamine/méthamphétamine en cristaux	0,2	S	S	S	S	S
L'une ou l'autre de 6 drogues ^a (salvia exclue des hallucinogènes)	14,5	--	11,0 [⊛]	11,0 ^(*)	9,4 ^{^†}	10,6 [°]
L'une ou l'autre de 5 drogues ^b (salvia exclue des hallucinogènes)	3,0	--	2,0	1,8 ^(*)	1,7 [^]	2,0 [°]
L'une ou l'autre de 6 drogues ^a (salvia incluse dans hallucinogènes)	--	12,1	11,1	11,1	9,4 [†]	10,6
L'une ou l'autre de 5 drogues ^b (salvia incluse dans hallucinogènes)	--	3,9	2,1 ±	2,0	1,9	2,0

	ETC	ESCCAD				
	2004	2008	2009	2010	2011	2012
Méfais de la consommation de drogues envers soi au cours des 12 derniers mois						
Méfais chez les consommateurs de drogues	17,5	21,7	--	17,0	17,6	16,6
Méfais dans l'ensemble de la population	2,8	2,7	--	2,1	1,8 [^]	2,0 ^Q
Consommation d'alcool						
Consommation au cours de la vie	92,8	90,2 [*]	88,6 [±]	88,9 ^(*)	89,7 [^]	91,0
Consommation au cours des 12 derniers mois	79,3	77,3	76,5 [±]	77,0	78,0	78,4
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	16,2 [◇] ans
Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) – 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	14,4
Dépasse les directives de consommation pour limiter les risques à court terme	10,2	10,9	11,7	10,5	10,1	9,9
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	18,6
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	12,8

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 2012 et celles de 2004.

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

Il n'y a 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.

√ Différence statistiquement significative entre les données de 2012 et celles de 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

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 2012.

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

b Cocaïne/crack, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes, héroïne

Tableaux détaillés (document distinct)

Tableau 1 : Principaux indicateurs de l'ESCCAD de 2012, selon le sexe et l'âge – Drogues

Tableau 2 : Principaux indicateurs de l'ESCCAD de 2012, selon la province – Drogues

Tableau 3 : Prévalence de la consommation et des méfaits liés à la drogue, dans l'ensemble, ETC de 2004, ESCCAD de 2008-2012

Tableau 4 : Prévalence de la consommation et des méfaits liés à la drogue, selon l'âge, ETC de 2004, ESCCAD de 2008-2012

Tableau 5 : Prévalence de la consommation et des méfaits liés à la drogue, selon le sexe, ETC de 2004, ESCCAD de 2008-2012

Tableau 6 : Principaux indicateurs de l'ESCCAD de 2012, 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 DCAFR°, dans l'ensemble, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2012

Tableau 9 : Prévalence de la consommation d'alcool et le dépassement des DCAFR°, selon l'âge, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2012

Tableau 10 : Prévalence de la consommation d'alcool et le dépassement des DCAFR°, selon le sexe, ETC de 2004 et ESCCAD de 2008-2012

° Directives de consommation d'alcool à faible risque

Toutes les augmentations et diminutions indiquées dans le texte ci-dessous représentent des changements statistiquement significatifs. Les mots « statistiquement significatif » ne seront pas utilisés afin d'alléger le texte.

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 10,2 % en 2012, inchangé par rapport à 2011 (9,1 %), mais plus faible qu'en 2004 (14,1 %). Il y a eu une augmentation de la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les adultes de 25 ans et plus (8,4 % en 2012 par rapport à 6,7 % en 2011) et aucun changement par rapport à 2011 chez les jeunes de 15 à 24 ans. Toutefois, la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les jeunes demeure plus élevée que chez les adultes (20,3 % par rapport à 8,4 %). La première consommation de cannabis chez les jeunes s'est faite plus tard en 2012 qu'en 2011 (16,1 ans par rapport à 15,6 ans).

En 2012, la prévalence de la consommation de cannabis dans la dernière année a diminué comparativement aux données de 2004 chez les hommes (13,7 % par rapport à 18,2 %), chez les femmes (7,0 % par rapport à 10,2 %) et chez les jeunes de 15 à 24 ans (20,3 % par rapport à 37,0 %). La prévalence chez les hommes demeure deux fois plus élevée que chez les femmes (13,7 % par rapport à 7,0 %, respectivement), et celle chez les adultes de 25 et plus n'a pas changé entre 2004 et 2012.

La prévalence provinciale de la consommation de cannabis au cours de la dernière année varie de 8,5 % au Nouveau-Brunswick à 13,8 % en Colombie-Britannique. Entre 2011 et 2012, il n'y a eu aucune variation dans les taux de consommation de cannabis dans les provinces. 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, seulement la Colombie-Britannique affiche une prévalence supérieure à la moyenne.

Consommation d'autres drogues illicites

En 2012, le taux de consommation des drogues les plus fréquemment mentionnées, après le cannabis, était estimé à environ 1 % pour chacune des drogues (ecstasy [0,6 %], hallucinogènes, salvia incl. [1,1 %] et cocaïne ou crack [1,1 %]). Le taux de consommation des amphétamines, de la méthamphétamine et de l'héroïne au cours de la dernière année était trop bas pour être mentionné. Il n'y a eu aucun changement dans la prévalence de la consommation de chacune de ces drogues entre 2011 et 2012 ou entre 2004 et 2012.

La consommation d'au moins une des cinq drogues illicites excluant le cannabis [cocaïne ou crack, amphétamines, ecstasy, hallucinogènes (excluant la salvia), héroïne] a été déclarée par 2,0 % des Canadiens, ce qui n'est pas différent comparé au taux de 2011 (1,9 %). Le taux chez les hommes (3,1 %) est presque trois fois plus élevé que celui chez les femmes (1,1 %), tandis que le taux chez les jeunes (6,5 %) est cinq fois plus élevé que celui chez les adultes (1,2 %). Les taux ne peuvent être comparés à ceux de 2004, car la salvia ne faisait pas partie de l'ETC.

On a demandé aux consommateurs de drogues illicites avec quelle facilité ils pourraient se procurer leur drogue s'ils en voulaient « maintenant ». La plupart des consommateurs de cannabis (84,5 %) et de cocaïne (77,8 %) ont déclaré qu'il serait facile ou très facile de s'en procurer. En raison des faibles taux et de la petite taille des échantillons, on ne peut rendre compte des résultats pour les autres drogues.

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 (dont l'usage thérapeutique et l'abus), on a demandé aux répondants s'ils avaient utilisé des antidouleurs opioïdes, des stimulants ou des sédatifs. 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.

Bien que le taux général de consommation de produits pharmaceutiques psychotropes par les Canadiens de 15 ans et plus n'ait pas changé entre 2012 (24,1 %) et 2011 (22,9 %), le taux de consommation de ces produits a augmenté chez les jeunes, passant de 17,6 % en 2011 à 24,7 % en 2012. La consommation de produits pharmaceutiques psychotropes était semblable chez les jeunes de 15 à 24 ans et les adultes de 25 ans et plus (23,9 %), alors que la prévalence était plus élevée chez les femmes (26,7 %) que chez les hommes (21,3 %).

En 2012, 6,3 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus (ou 410 000 Canadiens, ce qui correspond à 1,5 % de la population totale) qui ont affirmé avoir consommé un produit pharmaceutique psychoactif au cours de la dernière année ont déclaré avoir **abusé** de ce médicament (c.-à-d. pour l'expérience, l'effet qu'il cause, pour se geler ou pour d'autres raisons). Les taux d'abus sont plus élevés qu'en 2011, alors que 3,2 % des consommateurs (correspondant à 0,7 % de la population totale) avaient déclaré avoir abusé de ce genre de médicaments. Des taux plus élevés d'abus ont été constatés chez les hommes en 2012, 7,8 % des consommateurs (correspondant à 1,6 % de la population masculine) abusant de ces médicaments par rapport aux taux de 2011, soit 3,1 % et 0,6 %, respectivement. Il n'y a aucun changement dans la prévalence chez les adultes de 25 ans et plus, alors qu'il est impossible

d'estimer les changements chez les jeunes et les femmes, car le taux d'abus chez ces groupes en 2011 était trop bas pour être mentionnés.

Analgésiques opioïdes

Parmi les trois catégories de produits pharmaceutiques, les antidouleurs opioïdes ont été les plus consommés en 2012. Près d'un Canadien âgé de 15 ans et plus sur six (16,9 %) a déclaré avoir consommé un antidouleur opioïde au cours des 12 mois précédant l'enquête. Il n'y a eu aucun changement dans la prévalence de la consommation d'opioïdes au cours des 12 derniers mois par rapport à 2011, ni de différence au cours d'une même année le sexe ou l'âge.

Parmi les utilisateurs d'analgésiques opioïdes, 5,2 % (ou 243 000 Canadiens représentant 0,9 % de la population totale) ont déclaré en **abuser**. Il est impossible d'estimer le changement par rapport à 2011 étant donné que le taux de 2011 était trop bas pour être mentionné. Parmi les adultes utilisateurs de ces produits, 3,1 % (ce qui correspond à 0,5 % de la population adulte totale) en abusait, une augmentation par rapport aux taux de 2011 (1,3 % chez les utilisateurs et 0,2 % dans la population totale).

En 2012, une question a été ajoutée à l'Enquête afin de déterminer si les utilisateurs d'analgésiques opioïdes modifient le médicament avant de l'utiliser : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous modifié un analgésique avant de l'utiliser, par exemple avez-vous écrasé des comprimés en vue de les avaler, de les inhaler ou de les injecter? ». L'ajout de la question de « modification » à la définition actuelle d'abus n'a aucune incidence sur le taux d'abus d'analgésiques par rapport au taux de 2011, ni dans les résultats de 2012, selon que « modification » soit utilisée ou non.

Stimulants

Il y a eu une augmentation de l'utilisation de stimulants entre 2012 (1,5 %) et 2011 (0,9 %) chez les Canadiens âgés de 15 et plus. La prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans (4,9 %) était plus élevée que chez les adultes de plus de 25 ans (0,9 %), alors qu'il n'y avait aucune différence de prévalence entre les hommes (1,9 %) et les femmes (1,1 %). Il n'y a eu aucun changement dans la prévalence de la consommation de stimulants au cours des 12 derniers mois entre 2012 et 2011 selon le sexe ou l'âge.

Quarante pour cent (40,1 %) des gens qui consomment des stimulants (ou 168 000 Canadiens, ce qui représente 0,6 % de la population totale) ont déclaré en **abuser**. Ce taux est inchangé par rapport à 2011, alors que 27,4 % des utilisateurs ont déclaré abuser de stimulants. Les taux d'abus pour 2012 pour la population totale et selon le sexe et l'âge des utilisateurs ne peuvent être comparés à ceux de 2011, car ces derniers étaient trop bas pour être mentionnés.

Sédatifs

Il n'y a eu aucun changement dans la prévalence de la consommation de sédatifs (10,2 %) par des Canadiens âgés de 15 ans et plus au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la consommation de ces produits était plus élevée chez les femmes (12,8 %) que chez les hommes (7,5 %), alors qu'il n'y avait pas de différence entre le taux les jeunes et les adultes. 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 est trop bas pour être mentionné en raison du faible nombre d'utilisateurs et de la petite taille de l'échantillon.

Autre

L'**abus** de dextrométhorphan, un ingrédient actif qui se trouve dans de nombreux médicaments contre le rhume et antitussifs en vente libre, est supprimé en raison du faible nombre d'utilisateurs et de la petite taille de l'échantillon.

Méfais associés à la consommation de drogues illicites

En 2012, 2,0 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir vécu au moins un méfait dû à leur consommation de drogues illicites dans l'année précédente, ce qui n'a pas changé par rapport à 2011 (1,8 %) et à 2004 (2,8 %). La prévalence de méfaits signalés dus à leur consommation de drogue était quatre fois plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans (5,5 %) par rapport aux adultes de 25 ans et plus (1,4 %). Quelle que soit la drogue, incluant les 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 (16,6 %) a déclaré avoir vécu des méfaits liés à la consommation de drogues dans l'année précédant l'enquête.

ALCOOL

Prévalence de la consommation d'alcool

En 2012, 78,4 % des Canadiens ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, un taux semblable à celui de 2011 (78,0 %). Toutefois, il y a eu une baisse de la consommation d'alcool chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans l'année précédant l'enquête par rapport à l'ETC de 2004 (82,9 % en 2004 par rapport à 70,0 % en 2012). Comme par les années passées, en 2012, un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes a déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (82,7 % par rapport à 74,4 %, respectivement), tandis que la prévalence de la consommation d'alcool était plus élevée chez les adultes de 25 ans et plus (80,0 %) que chez les jeunes (70,0 %).

Le taux de consommation dans les provinces varie de 72,3 % en Nouvelle-Écosse à 82,1 % au Québec. 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 (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick [73,8 %] et Île-du-Prince-Édouard [74,0 %]), tandis que la prévalence de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois était plus élevée au Québec. La prévalence de la consommation d'alcool au cours de la dernière année par rapport à 2011 n'a changé pour aucune province.

Consommation d'alcool à faible risque

En novembre 2011, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont reçu les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada¹ (DCAFR), qui comprennent cinq directives et une série de conseils. Les directives 1 et 2 et les effets aigus et à long terme sont expliqués dans la section des [définitions](#) 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.

Les DCAFR se fondent sur la consommation d'alcool déclarée au cours des sept jours précédant l'étude. Étant donné que ces renseignements sont disponibles dans l'ETC de 2004 et chaque année de l'ESCCAD (2008 à 2012), le dépassement des nouvelles DCAFR a été analysé dans toutes les autres enquêtes afin d'établir une comparaison d'une année à l'autre.

Parmi les personnes qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 18,6 % (c.-à-d. 14,4 % de la population totale) ont dépassé les limites de la directive 1 concernant les effets chroniques et 12,8 % (soit 9,9 % de la population totale) ont dépassé les limites de la directive 2 concernant les effets aigus. Un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes affichaient des habitudes de consommation qui dépassaient les limites des deux directives. La

limite de la directive concernant les risques d'effets chroniques a été dépassée par 21,2 % d'hommes et par 15,9 % de femmes, tandis que la limite de la directive concernant les risques d'effets aigus a été dépassée par 15,8 % d'hommes et par 9,7 % de femmes. Les directives ont davantage été dépassées par les jeunes de 15 à 24 ans que par les adultes de 25 ans et plus. En effet, un jeune buveur sur quatre (24,4 %) par rapport à 17,6 % des buveurs adultes a dépassé les limites de la directive concernant les risques chroniques, alors que la directive concernant les risques aigus a été dépassée par 17,9 % des jeunes buveurs et 11,9 % des buveurs adultes. Il n'y avait aucune différence d'une année à l'autre selon l'âge et le sexe.

En 2012, 26,0 % des Canadiens de 15 ans et plus avaient vu ou entendu parler des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Le niveau de consommation d'alcool et le fait de boire dans les limites ou non de ces directives n'avaient aucune incidence sur la connaissance de ces dernières.

Méfais associés à la consommation d'alcool de quelqu'un d'autre

En 2012, pour la première fois, l'ESCCAD posait des questions sur quatre méfaits que peuvent avoir écu les gens en raison de la consommation d'alcool par un tiers. Les types de méfaits comprenaient être victime de violence verbale, se sentir menacé, être blessé ou négligé sur le plan affectif et être blessé physiquement en raison de la consommation d'alcool de quelqu'un d'autre. Un Canadien sur sept de plus de 15 ans (14,2 %) a vécu au moins un de ces méfaits. La violence verbale était le méfait déclaré par la plus grande proportion de Canadiens (8,9 %), suivi par le fait d'être blessé ou négligé sur le plan affectif (7,1 %) et le sentiment d'être menacé (6,3 %), alors que 2,2 % ont été victime de violence physique.

Définitions

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

Effets aigus – Les effets possibles à court terme de la consommation d'alcool comprennent les blessures et les surdoses.

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 vécus 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.

Effets chroniques – Les effets possibles à long terme de la consommation d'alcool comprennent les maladies du foie et certains cancers.

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 pour les femmes – au plus deux verres par jour, la plupart des jours de la semaine, et 15 verres par semaine pour les hommes – au plus trois verres par jour, la plupart des jours de la semaine. Chaque semaine prévoyez des jours sans alcool pour ne pas développer une habitude »¹.

¹ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada [dépliant], 2013. Consulté le 24 mai 2013.
<http://www.ccsa.ca/2012%20CCSA%20Documents/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Brochure-fr.pdf>

Directive de consommation d'alcool à faible risque 2 (effets aigus) – Les personnes qui respectent cette directive ne boivent pas « plus de trois verres (femmes) et de quatre verres (hommes) en une même occasion »¹ et prévoient boire dans un milieu sûr et respecter la limite hebdomadaire décrite dans la Directive 1.

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

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

Information de référence

L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), parrainée par Santé Canada, est une enquête annuelle 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), ministère de la Santé du Manitoba, Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). 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. Les provinces peuvent acheter des entrevues supplémentaires afin d'obtenir une analyse plus détaillée des résultats pour leur administration. Pour l'année civile 2012, la Colombie-Britannique a fait le nécessaire pour que son échantillon passe à 2 008. Cela a fait passé l'échantillon final à 11 090 personnes, ce qui représente environ 27 767 855 Canadiens de 15 ans et plus. Le taux de réponse de l'ESCCAD de 2012 était de 39,8 %, soit une diminution par rapport au taux de 45,5 % obtenu en 2011. Cela s'explique en partie par l'arrêt de l'envoi de lettre de présentation de l'Étude aux répondants potentiels. Dans le cas du présent rapport, des analyses unidimensionnelles et bidimensionnelles ont été réalisées. La signification statistique a été déterminée par recouvrement des intervalles de confiance lorsque les données de 2012 sont comparées à celle de 2004 et par utilisation de test-t pour les comparaisons entre 2011 et 2012. Les données présentées dans ce rapport ont été pondérées afin de permettre de généraliser les résultats à la population canadienne en utilisant le Recensement du Canada de 2011. Un guide technique sur la méthodologie utilisée dans cette enquête sera disponible sur demande à compter du 1^{er} septembre 2013.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette enquête et sur 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, 150, promenade Tunney's Pasture, indice de l'adresse 0301A, Ottawa (Ontario) K1A 0K9, ou envoyer une demande par courriel à CADUMS-ESCCAD@hc-sc.gc.ca.