

AUTEURS

Nicole April, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction du développement des individus et des communautés

Claude Bégin, conseiller scientifique
Direction du développement des individus et des communautés
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Denis Hamel, coordonnateur scientifique, statisticien
Mélanie Tessier, technicienne de recherche
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Réal Morin, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction du développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Charlène Bessenay, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier madame Monique Bordeleau et madame Nathalie Plante, de l'Institut de la statistique du Québec, qui ont réalisé une étude de la comparabilité des indicateurs utilisés dans ce rapport.

Ils remercient également les personnes suivantes qui ont accepté de réviser et de commenter ce rapport :

Valérie Houle, M. Ps., agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Johanne Laguë, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction du développement des individus et des communautés

Jérôme Martinez, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations.

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

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-75810-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Table des matières

Liste des tableaux.....	II
Liste des figures.....	II
Liste des sigles et acronymes.....	III
Faits saillants.....	1
Sommaire.....	2
1 Contexte.....	4
2 Objectifs.....	5
3 Méthodologie.....	5
3.1 Consommation d'alcool <i>per capita</i>	5
3.2 Habitudes de consommation d'alcool.....	6
3.4 Conséquences de la consommation d'alcool.....	8
3.5 Accessibilité physique et économique à l'alcool.....	8
4 Résultats.....	8
4.1 Consommation d'alcool <i>per capita</i>	8
4.2 Habitudes de consommation d'alcool.....	11
4.3 Conséquences de la consommation d'alcool.....	18
4.5 Accessibilité à l'alcool.....	19
5 Pistes de recherche et d'action.....	20
Références.....	21

Liste des tableaux

Tableau 1	Consommation d'alcool <i>per capita</i> dans certains pays occidentaux, 1961 et 2013 (litres d'alcool pur per capita, 15 ans et plus).....	10
Tableau 2	Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant dépassé les limites de consommation à faible risque selon le sexe, Québec, 2000-2001, 2011-2012, 2013-2014.....	16

Liste des figures

Figure 1	Consommation <i>per capita</i> , 15 ans et plus, en litres d'alcool pur, toutes les boissons alcoolisées, Québec et Canada, 2004-2005 à 2014-2015	9
Figure 2	Consommation <i>per capita</i> , 15 ans et plus, en litres d'alcool pur, par type de boisson, Québec, 2004-2005 à 2014-2015	10
Figure 3	Évolution de la proportion de buveurs d'alcool parmi la population, 12 ans et plus, selon le sexe, Québec et Canada (sans le Québec), 2000-2001 à 2013-2014	12
Figure 4	Évolution de la proportion de buveurs d'alcool parmi la population, 12 ans et plus, par groupe d'âge, Québec, 2000-2001 à 2013-2014	12
Figure 5	Proportion de buveurs d'alcool parmi la population, 12 ans et plus, selon le niveau de revenu des ménages, Québec, 2013-2014.....	13
Figure 6	Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant une consommation excessive d'alcool, selon le sexe, Québec et Canada (sans le Québec), 2000-2001 à 2013-2014	14
Figure 7	Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant une consommation excessive d'alcool, par groupe d'âge, Québec, 2000-2001 à 2013-2014	14
Figure 8	Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant une consommation excessive d'alcool, une fois par mois et plus, selon le niveau de revenu des ménages, Québec, 2013-2014	15
Figure 9	Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant dépassé au moins une des limites de consommation d'alcool à faible risque à long terme, selon le sexe, Québec, 2000-2001 à 2013-2014	17
Figure 10	Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant dépassé au moins une des limites de consommation d'alcool à faible risque à long terme, par groupe d'âge, Québec, 2000-2001 à 2013-2014.....	17
Figure 11	Proportion de buveurs d'alcool parmi la population, 12 ans et plus, ayant dépassé au moins une des limites de consommation d'alcool à faible risque à long terme, selon le niveau de revenu des ménages, Québec, 2013-2014.....	18
Figure 12	Évolution de l'indice des prix à la consommation (IPC) total et des boissons alcoolisées, Québec, 2002 à 2015.....	19

Liste des sigles et acronymes

ESCC	Enquête de santé dans s collectivités canadiennes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPC	Indice des prix à la consommation
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec

Faits saillants

La consommation d'alcool est associée à environ 200 problèmes sociaux et de santé, ce qui en fait une problématique de santé publique importante. Ce document décrit l'évolution de la consommation d'alcool, ses conséquences ainsi que ses déterminants au Québec, de 2000 à 2015.

Durant cette période, la proportion de personnes de 12 ans et plus consommant de l'alcool est demeurée stable, autour de 82 %. Toutefois, tous les autres indicateurs ont augmenté : consommation *per capita*, consommation excessive d'alcool et consommation au-delà des limites à faible risque.

Consommation <i>per capita</i> : ventes d'alcool en équivalent d'alcool pur, rapportées en litres par habitant	2004-2005 : 8,0 litres/h. 2014-2015 : 8,5 litres/h.
Consommation excessive : proportion de buveurs qui ont pris 5 verres ou plus par occasion, au moins une fois par mois ¹	2000-2001 : 18,2 % 2011-2012 : 22,9 %
Consommation au-delà des limites à faible risque : proportion de buveurs qui ont dépassé au moins une des limites ²	2000-2001 : 25,0 % 2013-2014 : 28,4 %

¹ La définition a changé chez les femmes : depuis 2013-2014, elle est de 4 verres ou plus par occasion. C'est pourquoi on ne peut comparer que jusqu'en 2011-2012.

² Dépassement des limites hebdomadaires : consommation de plus de 15 verres chez les hommes et de plus de 10 verres chez les femmes.
Dépassement des limites quotidiennes pour réduire les risques à long terme : plus de 3 verres chez les hommes et de 2 verres chez les femmes en une journée.
Nombre de jours par semaine : consommation d'alcool plus de 5 jours.

Tous les indicateurs sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, mais ce sont chez les femmes qu'on observe les hausses les plus marquées de la consommation excessive et du dépassement des limites de consommation à faible risque.

Les indicateurs sont également plus élevés chez les personnes âgées de 18 à 24 ans comparativement aux autres groupes d'âge. Il faut souligner que chez les personnes âgées de 65 ans et plus, malgré une proportion de buveurs et des modes de consommation à risque plus faibles, la hausse de consommation excessive observée est la plus marquée de tous les groupes, avec 57,4 %.

Il est intéressant de noter que, depuis 2011, on observe une amélioration pour deux indicateurs, soit la consommation *per capita* et le dépassement de la limite hebdomadaire à faible risque. Ces indicateurs demeurent toutefois plus élevés qu'en 2000-2001 et il est trop tôt pour savoir si cette tendance se maintiendra.

Pistes de recherche et d'action

Les moyens de réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool sont bien connus : limites à l'accessibilité économique, physique et légale à l'alcool, monopole d'État pour assurer un équilibre entre les impératifs économiques et les intérêts de santé de la population, limites au marketing, mesures dissuasives pour contrer l'alcool au volant ainsi que dépistage et interventions brèves auprès des buveurs à risque.

Au Québec, l'alcool est devenu plus accessible financièrement au fil du temps. Or, l'accessibilité économique est le facteur le plus important de la consommation d'alcool. Des recherches récentes sur les mécanismes de fixation des prix proposent des avenues prometteuses qui mériteraient d'être explorées pour le Québec.

L'OMS a adopté une « Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool » signée par les pays membres, dont le Canada. Des groupes canadiens ont fait des recommandations en vue d'une stratégie nationale sur l'alcool. Le Québec peut s'inspirer de ces recommandations pour élaborer des stratégies visant la réduction de la consommation d'alcool et des problèmes qui en découlent.

Sommaire

Le présent travail a pour but de décrire l'évolution de la consommation d'alcool, de ses conséquences et de ses déterminants au Québec.

Après un creux au milieu des années 1990, la consommation d'alcool *per capita* a augmenté de façon constante jusqu'en 2011-2012 où elle a atteint son niveau le plus élevé. Elle a diminué au cours des deux années suivantes pour ensuite demeurer stable en 2014-2015. Le volume de 8,5 litres en équivalent d'alcool pur consommé au Québec en 2014-2015 représente la consommation annuelle de 500 verres d'alcool par personne. Depuis 2004-2005, la consommation *per capita* au Québec a rejoint la moyenne canadienne alors qu'elle était inférieure à celle-ci auparavant.

Les données des 7 cycles de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) nous ont permis de décrire la fréquence et l'évolution de la proportion de buveurs qui ont une consommation excessive ainsi que la proportion de buveurs qui ont dépassé les limites de consommation à faible risque dans la semaine précédant l'enquête.

C'est la première fois que nous utilisons les données de l'ESCC pour créer des indicateurs de consommation au-delà des limites à faible risque telles qu'énoncées dans les « directives de consommation à faible risque » publiées par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT, 2013).

Avant de donner les résultats de chacun des indicateurs, retenons que pour tous les indicateurs d'habitudes de consommation présentés dans ce rapport, la fréquence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans et chez les personnes appartenant au quintile de revenus les plus élevés. En contrepartie, elle est moins élevée chez les personnes les moins scolarisées. Il n'y a pas de différence selon le milieu de vie urbain ou rural.

Au Québec, environ 82 % de la population boit de l'alcool. Globalement, la proportion de buveurs est demeurée stable entre 2000-2001 et 2013-2014. Elle a augmenté chez les personnes âgées de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus et a diminué chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans. Cette tendance chez les jeunes a été

observée dans les enquêtes réalisées dans les écoles secondaires (Traoré et collab., 2013).

INDICATEURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL RETENUS

■ **Consommation d'alcool *per capita***

Total des ventes d'alcool en litres d'alcool pur par habitant.

Un litre d'alcool pur est de l'alcool dégagé de toute association avec l'eau. Statistique Canada calcule le volume des ventes de boissons alcoolisées en litres d'alcool pur en multipliant le volume des ventes par le pourcentage d'alcool par volume (bière, vin, spiritueux). Ce total est divisé par la population âgée de 15 ans et plus.

HABITUDES DE CONSOMMATION

■ **Buveurs d'alcool**

Personnes qui ont déclaré avoir bu de l'alcool au moins une fois dans l'année précédant l'enquête.

■ **Consommation excessive**

Consommation de 5 verres ou plus par occasion au moins une fois par mois dans l'année précédant l'enquête. La définition a changé chez les femmes et est de 4 verres par occasion depuis le dernier cycle de l'ESCC en 2013-2014.

■ **Dépassement des limites de consommation à faible risque**

Limites hebdomadaires : consommation de plus de 15 verres chez les hommes et de plus de 10 verres chez les femmes dans la semaine précédant l'enquête

Limites quotidiennes pour réduire les risques à long terme : plus de 3 verres chez les hommes et de 2 verres chez les femmes en une journée (dans la semaine précédant l'enquête).

Limite de nombre de jours par semaine : consommation d'alcool plus de 5 jours dans la semaine précédant l'enquête.

Dépassement d'au moins une des limites : dépassement des limites hebdomadaires, quotidiennes ou du nombre de jours.

En 2013-2014, la consommation excessive est présente chez 23 % des buveurs québécois et chez 44 % de ceux âgés de 18 à 24 ans. Les comparaisons sont possibles jusqu'en 2011-2012 seulement, car le changement de la définition de la consommation excessive chez les femmes dans l'enquête de 2013-

2014 ne permet pas de faire des comparaisons entre cette année-là et les années antérieures.

Durant la période de 2000-2001 à 2011-2012, la consommation excessive a augmenté tant chez les hommes que chez les femmes, peu importe le niveau de scolarité et le milieu de vie, mais la hausse est plus marquée chez les femmes (hausse de 48 %). On observe une augmentation chez les 18 à 24 ans et les 25 à 44 ans. Même si la consommation excessive est plus faible chez les 65 ans et plus que dans les autres groupes d'adultes, c'est dans ce groupe d'âge qu'elle a proportionnellement le plus augmenté (hausse de 57 %).

La proportion des buveurs qui ont dépassé au moins une des limites de consommation à faible risque est de 28 % en 2013-2014. Elle a augmenté entre 2000-2001 et 2013-2014 chez les hommes et les femmes, ainsi que chez les personnes âgées de 25-44 ans:

Lorsqu'on examine le dépassement des limites de consommation à faible risque, on observe que 7,4 % des buveurs ont dépassé les limites hebdomadaires, 23,1 % les limites quotidiennes et 9,1 % ont bu plus de 5 jours dans la semaine précédant l'enquête.

Donc, parmi les trois indicateurs de dépassement des limites de consommation à faible risque, le dépassement des limites quotidiennes concerne près du quart des buveurs. De plus, la fréquence de cet indicateur a augmenté entre 2000-2001 et 2013-2014, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Ceci suggère que les personnes boivent plus d'alcool à chaque occasion de consommation qu'ils ne le faisaient auparavant.

Par ailleurs, le dépassement des limites hebdomadaires (plus de 15 verres chez les hommes et plus de 10 chez les femmes) a augmenté chez les femmes, mais pas chez les hommes entre 2000-2001 et 2013-2014. Il est à noter que le dépassement des limites hebdomadaires a atteint son maximum en 2011-2012 et a diminué ensuite en 2013-2014 chez les femmes. Enfin, la proportion de personnes qui ont bu plus de 5 jours dans la semaine précédant l'enquête est demeurée stable entre 2000-2001 et 2013-2014.

Les comparaisons avec le reste du Canada démontrent que les Québécois sont proportionnellement plus nombreux à boire de l'alcool. La proportion de buveurs qui ont une consommation excessive d'alcool est la même au Québec que dans le reste du Canada. Des contraintes méthodologiques empêchent les comparaisons canadiennes du dépassement des limites de consommation à faible risque.

Les ESCC nous révèlent donc que, entre 2000-2001 et 2013-2014, l'augmentation des modes de consommation qui comportent des risques pour la santé, soit la consommation excessive et le dépassement des limites de consommation à faible risque, est particulièrement importante chez les femmes. Ces données sont préoccupantes sachant que la consommation d'alcool peut avoir des conséquences sur leur santé, notamment en tant que facteur de risque du cancer du sein et de plusieurs autres maladies chroniques. Ces modes de consommation à risque sont un enjeu chez les femmes en âge d'avoir des enfants étant donné la possibilité de grossesse non planifiée et d'exposition du fœtus à l'alcool (Williams et collab., 2015).

On observe aussi une augmentation de ces profils de consommation à risque chez les adultes âgés de 25 à 44 ans. Il peut s'agir d'un effet de cohorte, comme démontré dans une analyse antérieure (Tessier et collab., 2014).

Les conséquences de la consommation d'alcool sur les maladies et les décès sont bien documentées à travers le monde. Il n'existe cependant pas de système de surveillance permettant d'en préciser l'ampleur au Québec et, par conséquent, peu de données sont disponibles. Selon l'ESCC-santé mentale de 2012, 13,3 % des Québécois ont probablement eu un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool dans leur vie et 2,7 % dans l'année précédente. Les données de la Société de l'assurance automobile du Québec révèlent que 27,6 % des conducteurs décédés sur les routes en 2014 présentaient une alcoolémie supérieure à la limite légale de 80 mg sur 100 ml de sang. Ce taux dépassait 35 % de 2008 à 2012.

Les données disponibles sur l'accessibilité économique et sur l'accessibilité physique nous permettent de dresser un portrait des principaux déterminants de la consommation d'alcool.

Au Québec, l'accessibilité économique à l'alcool a augmenté comparativement aux autres produits de consommation. L'indice des prix des boissons alcoolisées a en effet augmenté moins rapidement que l'indice des prix total. L'alcool est donc devenu plus accessible financièrement au fil du temps.

Par ailleurs, l'accessibilité physique, estimée par le nombre de permis d'alcool, a diminué entre 2003-2004 et 2014-2015, mais demeure toujours à plus de 30 000. Selon une étude, le nombre de points de vente d'alcool est de 1 pour 342 personnes au Québec.

Les moyens de réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool sont bien connus depuis de nombreuses années : limites à l'accessibilité économique, physique et légale à l'alcool, monopole d'État pour assurer un équilibre entre les impératifs économiques et les intérêts de santé de la population, limites au marketing de l'alcool, mesures dissuasives pour contrer l'alcool au volant ainsi que dépistage et interventions brèves auprès des buveurs à risque.

Des recherches récentes sur les mécanismes de fixation des prix proposent des avenues prometteuses pour agir sur l'accessibilité économique, le déterminant le plus important de la consommation d'alcool (Thomas, 2012). Ces avenues mériteraient d'être explorées pour le Québec.

Au Canada, un groupe de travail a énoncé 41 recommandations en vue d'une stratégie nationale sur l'alcool. L'OMS a adopté une « Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool » signée par les pays membres, dont le Canada. Cette stratégie recommande 10 domaines d'action : leadership, sensibilisation et engagement; action des services de santé; action communautaire; politiques et mesures contre l'alcool au volant; offre d'alcool; marketing des boissons alcoolisées; politiques de prix; réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique; réduction de l'impact de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel; suivi et surveillance. Le Québec peut s'inspirer de ces recommandations pour élaborer des stratégies visant la réduction de la consommation d'alcool et des problèmes qui en découlent.

1 Contexte

La consommation d'alcool est une habitude culturellement intégrée dans le mode de vie de plusieurs sociétés (Hanson, 2013). Elle demeure toutefois une question de santé publique étant donné son impact important sur la santé de la population. En 2012, elle était responsable de 5,9 % de la mortalité dans le monde, ce qui représentait 3,3 millions de décès (WHO, 2014). Elle se rangeait en 6^e place des facteurs de risque ayant le plus d'impact sur la mortalité et l'incapacité au Canada parmi 79 facteurs étudiés dans le cadre de travaux internationaux (Forouzanfar et collab., 2015). Selon l'OMS (WHO, 2014), la consommation d'alcool est un facteur de risque pour environ 200 problèmes de santé physique ou de santé mentale ou encore de problèmes sociaux.

La consommation d'alcool peut être la cause de traumatismes par accident, être associée à des actes suicidaires et de violence ou conduire à l'adoption de comportements à risque (WHO, 2014). Elle peut aussi causer la dépendance. L'exposition du fœtus à l'alcool pendant la grossesse peut engendrer des anomalies congénitales, nuire à l'issue de la grossesse, affecter l'état de santé de l'enfant à naître ou compromettre son développement (Chudley et collab., 2005; Cook et collab., 2016). La consommation d'alcool peut également favoriser le développement de plusieurs maladies chroniques : des cancers (sein, colorectal, foie, oropharynx, larynx et œsophage), de l'hypertension artérielle, des anomalies du rythme cardiaque, des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques, des cirrhoses du foie et des pancréatites (Rehm, 2011). En revanche, la consommation faible ou modérée d'alcool protège contre les maladies vasculaires ischémiques et le diabète (Klatsky, 2007; Koppes et collab., 2005). Toutefois, l'effet protecteur disparaît chez les personnes qui présentent des épisodes de consommation excessive (Roerecke et Rhem, 2010, 2014). Enfin, soulignons que les effets protecteurs de l'alcool demeurent toujours un sujet de débats entre les chercheurs. Certains d'entre eux contestent le lien de cause à effet entre la consommation d'alcool et les bienfaits pour la santé (Chikritzhs, et collab., 2015).

Des études réalisées au Canada ont démontré que l'augmentation de la consommation d'un litre d'alcool pur par personne augmente la mortalité toutes causes

confondues de 2,9 %, les suicides de 4 % et les cirrhoses de 17 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes (Norstrom, 2004; Ramstedt, 2003, 2005).

Les données les plus récentes sur les coûts sociaux de l'alcool remontent à 2002, mais demeurent toujours largement utilisées (Rehm et collab., 2006). En 2002, on estimait que les coûts sociaux de l'alcool s'élevaient à plus de 3 milliards de dollars au Québec, dont 651 millions de dollars en soins de santé (Rehm et collab., 2006). Selon Thomas (2012a), les coûts sociaux directs (c'est-à-dire les coûts liés aux soins de santé et à l'application de la loi ainsi que d'autres coûts sociaux directs) étaient plus élevés que les revenus tirés de la vente d'alcool au Québec. Dans trois autres provinces canadiennes, les revenus étaient plus élevés que les coûts sociaux directs (Thomas, 2012a). En considérant l'ensemble des coûts sociaux directs, on estime que le déficit entre les revenus et les coûts était de 53,15 \$ par habitant au Québec en 2002 (Thomas, 2012a). Le Nouveau-Brunswick était la seule province canadienne où ce déficit par habitant était plus élevé qu'au Québec.

En continuité avec les rapports publiés en 2003, 2005 et 2010, l'INSPQ présente les données les plus récentes sur l'évolution de la consommation d'alcool des Québécois, sur les conséquences de cette consommation ainsi que sur l'évolution de l'accessibilité économique et physique à l'alcool, principaux déterminants de la consommation d'alcool dans la population (April et collab., 2010; Bégin et collab., 2005; Morin et collab., 2003).

2 Objectifs

Décrire l'évolution de la consommation d'alcool, de ses conséquences et de ses déterminants au Québec. Plus spécifiquement, décrire :

- l'évolution de la consommation per capita;
- l'évolution des habitudes de consommation selon les caractéristiques sociodémographiques de la population;
- les conséquences de la consommation d'alcool;
- l'évolution de l'accessibilité économique et physique à l'alcool.

3 Méthodologie

3.1 Consommation d'alcool *per capita*

3.1.1 SOURCES DE DONNÉES

Statistique Canada publie annuellement des statistiques sur la consommation d'alcool *per capita* dans l'ensemble des provinces, y compris le Québec (Statistique Canada, 2016).

3.1.2 DESCRIPTION

La consommation *per capita* d'alcool correspond à la consommation moyenne d'alcool pur chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Elle est estimée à partir des volumes enregistrés de vente d'alcool. Statistique Canada traduit le volume des ventes de boissons alcoolisées en litres d'alcool pur pour établir une mesure de comparaison entre les différents types de boissons alcoolisées. Ce total des ventes en alcool pur est divisé par la population âgée de 15 ans et plus.

Plus spécifiquement, pour calculer le volume des ventes de boissons alcoolisées en litres d'alcool pur, le volume des ventes est multiplié par le pourcentage d'alcool selon le type de boissons alcoolisées. Jusqu'en 2015, Statistique Canada considérait un taux d'alcool de : 40 % pour les spiritueux, 20 % pour les liqueurs à base de spiritueux et 5 % pour les coolers à base de spiritueux; 11,5 % pour les vins; 5 % pour la bière.

En mai 2015, Statistique Canada a mis à jour sa collecte de données et a modifié les pourcentages pour représenter plus précisément le contenu en alcool. Ainsi, une autre catégorie aux spiritueux comportant 35 % d'alcool a été ajoutée (Statistique Canada, 2015a). On distingue maintenant les types de vins ayant des pourcentages d'alcool différents (vins mousseux maintenant estimés à 10 %, vins rosés à 11 %, vins blancs à 12 %, vins rouges à 12 %, vins fortifiés à 18 % et autres non classifiés à 15 %). Pour la bière, la bière légère est maintenant estimée à 4 %, la bière « régulière » à 5 % et la bière forte à 7 %. Enfin, dans la catégorie « cidres, coolers et autres boissons (CCAB) » on estime les cidres à 5,5 %, les coolers de vin à 4,5 %, les coolers de bière à 7 % et les autres boissons rafraichissantes à 8 %.

Cette nouvelle méthode de conversion en alcool pur a été appliquée rétrospectivement aux années 2004 à 2014 (Statistique Canada, 2015a). Ceci explique pourquoi les données des années 2004-2005 à 2012-2013 présentées dans ce rapport sont différentes de celles publiées avant 2015. Aussi, il n'est plus possible, comme dans les rapports antérieurs de l'INSPQ, de voir les tendances évolutives depuis le milieu des années 1980.

3.2 Habitudes de consommation d'alcool

3.2.1 SOURCES DE DONNÉES

Les données sur les habitudes de consommation d'alcool sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Sept cycles d'enquête ont été réalisés entre 2000-2001 et 2013-2014, ce qui permet de suivre l'évolution des habitudes de consommation sur une période de 14 ans. L'ESCC comporte aussi l'avantage de se baser sur un échantillonnage élevé de participants au Québec. Elle permet donc d'analyser les indicateurs selon plusieurs variables sociodémographiques tout en conservant une bonne puissance statistique.

L'ESCC collecte des données auprès des personnes âgées de 12 ans et plus. Même si la consommation d'alcool est peu fréquente chez les adolescents plus jeunes, nous avons gardé l'ensemble de l'échantillon de façon à intégrer les jeunes d'âge mineur dans les analyses.

3.2.2 DESCRIPTION DES INDICATEURS

Buveurs actuels

Dans l'ESCC, les participants sont répartis en quatre groupes selon leurs habitudes de consommation d'alcool : 1) les abstinentes qui n'ont jamais pris d'alcool de leur vie; 2) les anciens buveurs qui ont déjà consommé de l'alcool, mais pas dans l'année précédant l'enquête; 3) les buveurs occasionnels qui ont consommé de l'alcool moins d'une fois par mois dans l'année précédant l'enquête; 4) les buveurs « réguliers » qui ont consommé de l'alcool au moins une fois par mois dans l'année précédant l'enquête. Aux fins de la présente analyse, la définition des buveurs actuels correspond aux personnes qui ont bu

de l'alcool dans l'année précédant l'enquête, c'est-à-dire au regroupement des buveurs occasionnels et des buveurs « réguliers ».

Consommation excessive d'alcool

La consommation excessive d'alcool, aussi appelée consommation abusive d'alcool, correspond au terme anglais « binge drinking ». Il s'agit d'un mode de consommation où la concentration d'alcool dans le sang est suffisamment élevée pour représenter un risque de répercussions néfastes avec des implications graves sur la santé de l'individu et pour la société (par ex. : conduite avec facultés affaiblies, relations sexuelles non protégées) (Butt et collab., 2011). Chez les adultes, on définit cette façon de boire à 5 verres ou plus dans une occasion (environ 2 heures) pour les hommes et 4 verres ou plus chez les femmes (NIAAA, 2004).

Depuis 2013-2014, on questionne les buveurs d'alcool sur le nombre de fois où ils ont bu 5 verres et plus lors d'une même occasion chez les hommes et 4 verres ou plus chez les femmes, et ce au cours de la dernière année (Statistique Canada, 2014). La fréquence de ce comportement est présentée en trois catégories : jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois et plus. La catégorie « une fois par mois et plus » est retenue comme indicateur de consommation excessive d'alcool dans ce rapport. Statistique Canada (2014) l'appelle maintenant « consommation abusive d'alcool ».

Dans les cycles de 2000-2001 à 2011-2012 de l'ESCC, on questionnait tant les hommes que les femmes sur le nombre de fois où ils ou elles avaient bu 5 verres ou plus lors d'une même occasion. Étant donné le changement de définition chez les femmes en 2013-2014, les comparaisons entre le cycle de 2013-2014 et les cycles précédents ne sont possibles que chez les hommes.

Consommation au-delà des limites à faible risque

Les cycles de 2000-2001, 2003 et 2005 de l'ESCC posaient des questions sur la quantité d'alcool consommée chaque jour au cours de la dernière semaine. Ces questions sur la consommation dans la dernière semaine n'ont pas été posées au Québec dans les cycles de 2007-2008 et de 2009-2010¹, mais elles le

¹ Depuis 2007, un cycle complet de l'ESCC comporte deux années de collecte.

sont à nouveau dans les cycles de 2011-2012 et 2013-2014.

Connaissant le total de verres d'alcool bu chaque jour, le total par semaine et le nombre de jours où la personne a bu de l'alcool, il est possible de créer un indicateur de consommation au-delà des limites à faible risque. Cet indicateur concorde avec les Directives de consommation à faible risque pour diminuer les risques à long terme de la consommation d'alcool publiées par le CCLT (2011) (Annexe 1).

L'indicateur correspond aux personnes qui, dans la semaine précédant l'enquête, ont déclaré avoir dépassé au moins une des limites suivantes :

- **Dépassement de la limite de consommation hebdomadaire.**

Femmes : plus de 10 verres par semaine.
Hommes : plus de 15 verres par semaine.

- **Dépassement de la limite quotidienne.**

Femmes : 3 verres et plus en une journée.
Hommes : 4 verres et plus en une journée.

- **Plus de 5 jours par semaine.**

Une des directives sur la consommation à faible risque (à long terme et à court terme) est de prévoir des jours sans alcool. Le document de référence à l'établissement de ces recommandations parle du « bien-fondé d'une abstinence d'au moins deux jours pour la plupart des buveurs afin de diminuer le risque de problèmes de santé et de dépendance » (Butt et collab., 2011, p.35).

3.2.3 ANALYSES STATISTIQUES

Les résultats pour les différents indicateurs de consommation d'alcool sont présentés sous forme de proportions estimées. Des associations significatives avec des variables sociodémographiques ont été vérifiées à l'aide de la statistique du Chi-carré au seuil de 5 %. Les tests de différence entre deux proportions, toujours au seuil de 5 %, ont ensuite été réalisés. Pour vérifier l'évolution des indicateurs dans le temps, des tests de différences de proportions ont également été effectués. À moins d'avis contraire, seules les différences significatives au seuil de 5 % sont présentées dans ce rapport.

Tous ces estimations et tests statistiques tiennent compte des poids d'enquêtes afin de pouvoir inférer les résultats obtenus des échantillons à la population des personnes de 12 ans et plus vivant en ménages privés au Québec et au Canada. L'effet du plan complexe d'échantillonnage est pris en considération par l'utilisation des ensembles de poids « bootstrap » pour estimer convenablement la variance des estimations, les intervalles de confiance et les statistiques de test (Statistique Canada, 2013b). Toutes les analyses sont effectuées à l'aide du progiciel SAS 9.3 sur les données des fichiers maîtres de Statistique Canada rendues disponibles par le service de téléaccès (Statistique Canada, 2015b).

3.2.4 COMPARABILITÉ DES INDICATEURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL

L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a réalisé des analyses complémentaires pour s'assurer que tous les indicateurs présentés dans ce rapport sont comparables d'un cycle à l'autre de l'ESCC (Annexe 2).

3.2.5 COMPARAISONS QUÉBEC ET CANADA

Les comparaisons de la consommation d'alcool entre le Québec et les autres provinces et territoires du Canada sont possibles pour la proportion de buveurs et la consommation excessive d'alcool, puisque ces variables sont colligées dans chaque cycle d'enquête dans l'ensemble des provinces et territoires.

Toutefois, en ce qui regarde le dépassement des limites de consommation à faible risque, il n'est pas possible de faire de telles comparaisons. En effet, les questions sur la consommation dans la semaine précédant l'enquête font partie des modules optionnels de questions de l'ESCC et ne sont donc pas retenues à chaque cycle pour toutes les provinces et tous les territoires. Ce ne sont donc pas toujours les mêmes provinces et territoires qui obtiennent ces informations d'une enquête à l'autre et qui forment ce qui est nommé ici « le Canada sans le Québec » ou « le reste du Canada » (Annexe 2).

3.4 Conséquences de la consommation d'alcool

Bien que la consommation d'alcool soit associée à de nombreux problèmes de santé, aucune étude n'a été réalisée au Québec pour documenter l'ensemble de la morbidité et la mortalité liées à l'alcool. Une seule étude canadienne rapporte des données de 2002 (Rehm et collab., 2006). Cette étude n'a pas été répétée et il n'y a pas de données plus récentes.

Les seules données portant sur les décès et les maladies liés à l'alcool qui sont disponibles au Québec à ce jour proviennent de la Société de l'assurance automobile du Québec au sujet des décès de conducteurs ayant un résultat d'alcoolémie. L'ESCC Santé mentale de 2012 fournit aussi des données sur l'abus et la dépendance à l'alcool. Les questions permettant d'estimer la prévalence de l'abus et la dépendance à l'alcool (et à d'autres substances) ont été posées dans les cycles de l'ESCC-Santé mentale de 2002 et 2012 (Statistique Canada, 2013a). Toutefois, on ne peut pas comparer les résultats de 2012 avec ceux de 2002 puisque Statistique Canada a apporté des changements au questionnaire de 2012 (Baraldi et collab., 2015). Seules les données de 2012 sont donc présentées.

3.5 Accessibilité physique et économique à l'alcool

L'accessibilité économique et l'accessibilité physique à l'alcool sont les principaux déterminants de la consommation d'alcool et des problèmes connexes (Babor et collab., 2010; Meier et collab., 2008; Popova et collab., 2009).

Pour analyser l'accessibilité économique, les données de Statistique Canada sur l'indice des prix à la consommation des boissons alcoolisées sont présentées et sont comparées avec l'IPC de l'ensemble des produits de consommation (IPC total) (Statistique Canada, 2015c).

L'accessibilité physique réfère au nombre de points de vente d'alcool soit pour emporter (par ex. : Société des alcools, épiceries), soit pour consommer sur place (par ex. : bars et restaurants) ainsi qu'aux heures et jours d'ouverture de ces points de vente. (Babor et collab.,

2010). L'indicateur d'accessibilité physique retenu dans ce rapport est le nombre de permis de vente d'alcool. L'information provient des rapports annuels de gestion de la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ, 2014).

4 Résultats

4.1 Consommation d'alcool *per capita*

4.1.1 ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL *PER CAPITA*

Au Québec, la consommation *per capita* d'alcool est passée de 8,0 litres en équivalent d'alcool pur en 2004-2005 à 8,9 litres en 2011-2012. Elle a ensuite diminué pour atteindre 8,5 litres en 2013-2014 et 2014-2015. La consommation *per capita* est demeurée supérieure à la moyenne canadienne durant ces dix années (figure 1).

Historiquement, la consommation *per capita* a connu une diminution dans les années 1980 jusqu'au début des années 1990, est demeurée à son niveau le plus bas entre 1993 et 1998 et a progressivement augmenté par la suite pour atteindre, en 2011-2012, son maximum en trente ans. Elle a toujours été inférieure à la moyenne canadienne jusqu'au début des années 2000 (annexe 3 : figure 1). Au cours des 5 dernières années, l'écart à la moyenne canadienne est d'au moins 0,4 litre.

Avec 51 % de la consommation en équivalent d'alcool pur, la bière demeure la boisson alcoolisée la plus consommée au Québec en 2014-2015. Suivent le vin et les spiritueux avec respectivement 34 % et 14 %.

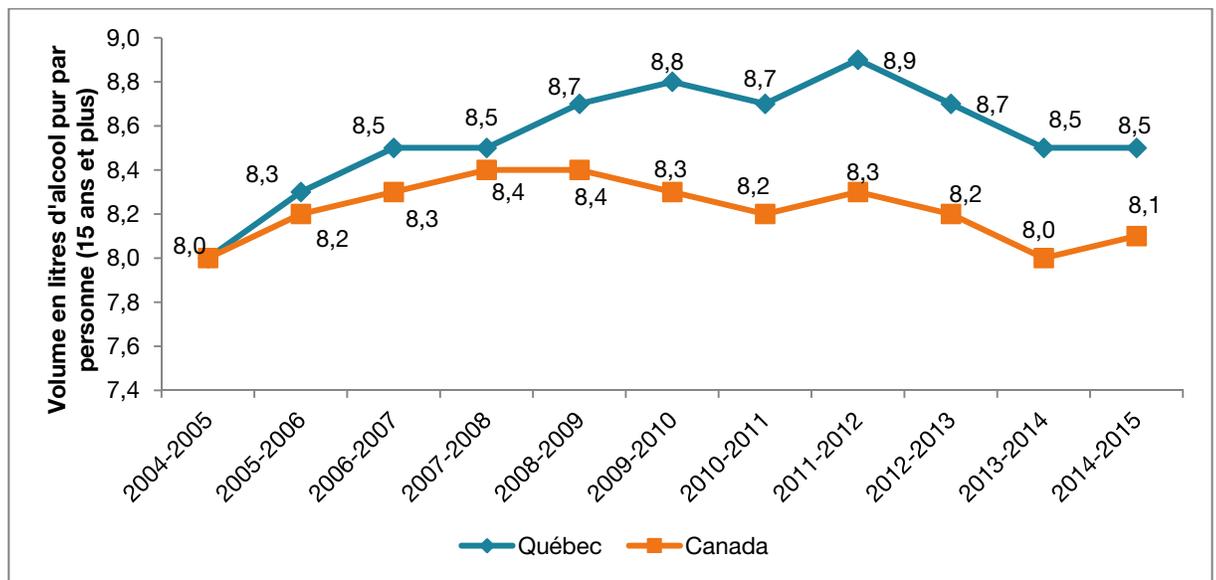
La consommation de vin est passée de 2,3 litres *per capita* en équivalent d'alcool pur en 2004-2005 à 2,9 litres en 2013-2014 et 2014-2015 (figure 2). Cette tendance à la hausse était déjà présente depuis le milieu des années 1990. La consommation des spiritueux, inférieure à celle des autres produits, a aussi augmenté depuis 2004-2005, de 0,9 à 1,2 litre en équivalent d'alcool pur.

Notons que ces données de consommation *per capita* s'appuient sur les chiffres de ventes d'alcool et pourraient être sous-estimées au Québec comme elles le sont pour le Canada. En effet, l'OMS considérait en 2014 que la consommation d'alcool non déclarée dans les statistiques équivalait à 2 litres d'alcool par *per capita* au Canada (WHO, 2014).

Le volume de consommation de 8,5 litres d'alcool en équivalent pur consommé au Québec en 2013-2014 pourrait représenter 500 verres en moyenne par personne par année.

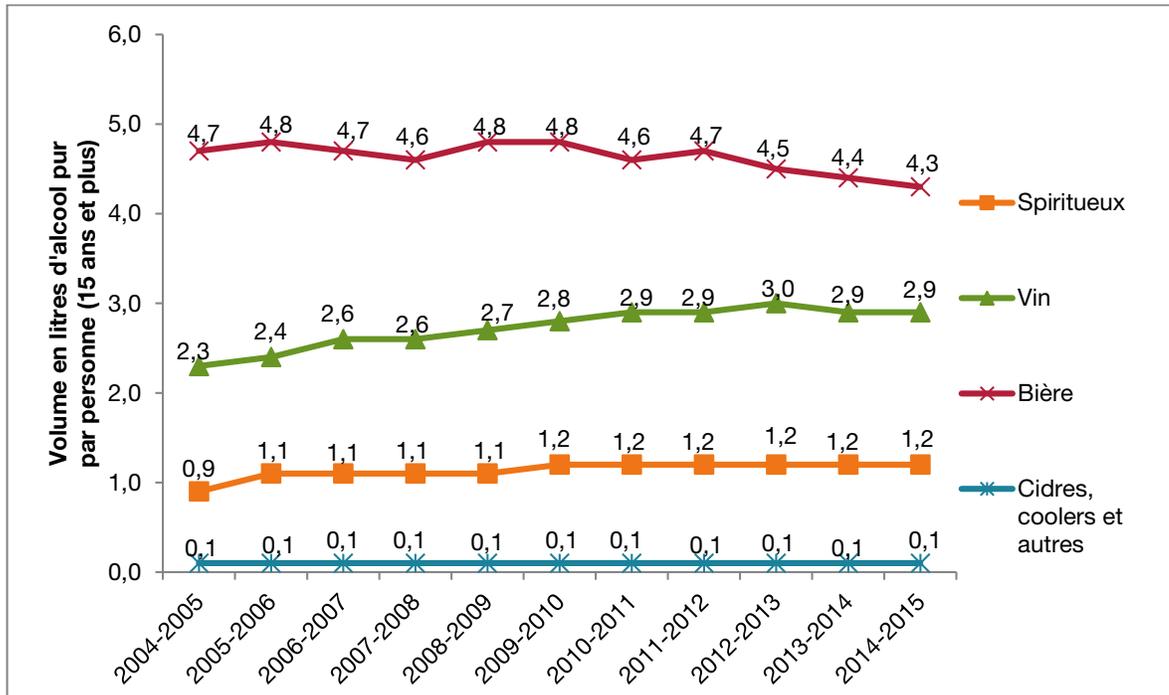
Au Canada, un verre d'alcool (ou consommation standard) contient 13,45 g ou 17,05 ml d'alcool pur (éthanol). Ceci équivaut à 341 ml de bière à 5 % (une bouteille), 142 ml de vin à 12 % et 42,6 ml de spiritueux à 40 % (Butt et collab., 2011).

Figure 1 Consommation *per capita*, 15 ans et plus, en litres d'alcool pur, toutes les boissons alcoolisées, Québec et Canada, 2004-2005 à 2014-2015



Source : Statistique Canada, 2016, Tableau 183-0023. Ventes et les ventes par habitant de boissons alcoolisées des régies des alcools et d'autres points de vente au détail, selon la valeur, le volume et le volume absolu, annuel.

Figure 2 Consommation *per capita*, 15 ans et plus, en litres d'alcool pur, par type de boisson, Québec, 2004-2005 à 2014-2015



Note : La somme peut ne pas correspondre au total en raison de l'arrondissement.

Source : Statistique Canada, 2016, Tableau 183-0023. Ventes et les ventes par habitant de boissons alcoolisées des régions des alcools et d'autres points de vente au détail, selon la valeur, le volume et le volume absolu, annuel.

4.1.2 COMPARAISONS INTERNATIONALES

Le tableau 1 présente les données sur l'évolution de la consommation d'alcool, de 1961 à 2013 dans certains pays occidentaux (WHO, 2013). Ces pays ont été choisis parce qu'ils sont souvent utilisés lors de comparaisons internationales avec le Canada ou le Québec.

En 2013, la consommation d'alcool *per capita* demeure supérieure à 10 litres par personne âgée de 15 ans et plus en France, en Allemagne, en Belgique, au Danemark, en Australie et au Royaume-Uni. On observe une consommation moyenne inférieure à celle du Canada en Suède, en Norvège et en Italie.

Il faut noter que l'Italie et la France ont vu leur consommation d'alcool diminuer de 3 fois et de 2 fois et demie respectivement, alors qu'elle a généralement augmenté dans les pays où la consommation d'alcool est historiquement plus faible, comme le Canada.

Tableau 1 Consommation d'alcool *per capita* dans certains pays occidentaux, 1961 et 2013 (litres d'alcool pur per capita, 15 ans et plus)

	1961	2013	
Italie	19,24	6,10	(2010)
Norvège	3,74	6,22	
Suède	6,04	7,40	(2011)
Canada	7,39	8,00	
- Québec*	ND	8,40	
États-Unis	7,80	8,82	(2012)
Danemark	6,54	9,21	
Royaume-Uni	7,14	9,65	(2012)
Belgique	9,88	9,75	(1963) (2012)
Australie	9,16	9,87	
Allemagne	11,03	10,94	
France	26,04	11,40	

Source : WHO, 2015.

* Non inclus dans WHO : Ajout à des fins de comparaison.

4.2 Habitudes de consommation d'alcool

4.2.1 BUVEURS ACTUELS

Les données du cycle 2013-2014 de l'ESCC révèlent que 81,9 % de Québécois âgés de 12 ans et plus ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours de la dernière année (Figure 3). Cette proportion est demeurée stable puisqu'elle se situait à 81,3 % en 2000-2001.

En 2013-2014, une plus grande proportion de personnes âgées de 12 ans et plus boivent de l'alcool au Québec que dans le reste du Canada (73,9 %) (Figure 3). La différence est présente tant chez les hommes que chez les femmes. La proportion de femmes québécoises qui boivent de l'alcool dépasse celle des hommes du reste du Canada durant cette même année.

En 2013-2014, 84,1 % des hommes et 79,7 % des femmes boivent de l'alcool (Figure 3). Entre 2000-2001 et 2013-2014, la proportion de buveurs est demeurée stable chez les hommes ainsi que chez les femmes (la différence entre 78,2 % et 79,7 % chez les femmes n'est pas statistiquement significative).

Ce sont les personnes âgées de 18 à 24 ans qui affichent la plus grande proportion de buveurs en 2013-2014, soit de 88,5 % (Figure 4). Près de la moitié des jeunes âgés de 12 à 17 ans (45,4 %) déclare avoir bu de l'alcool. Cette proportion a diminué depuis 2000-2001 alors qu'elle était de 56,3 %. La proportion de

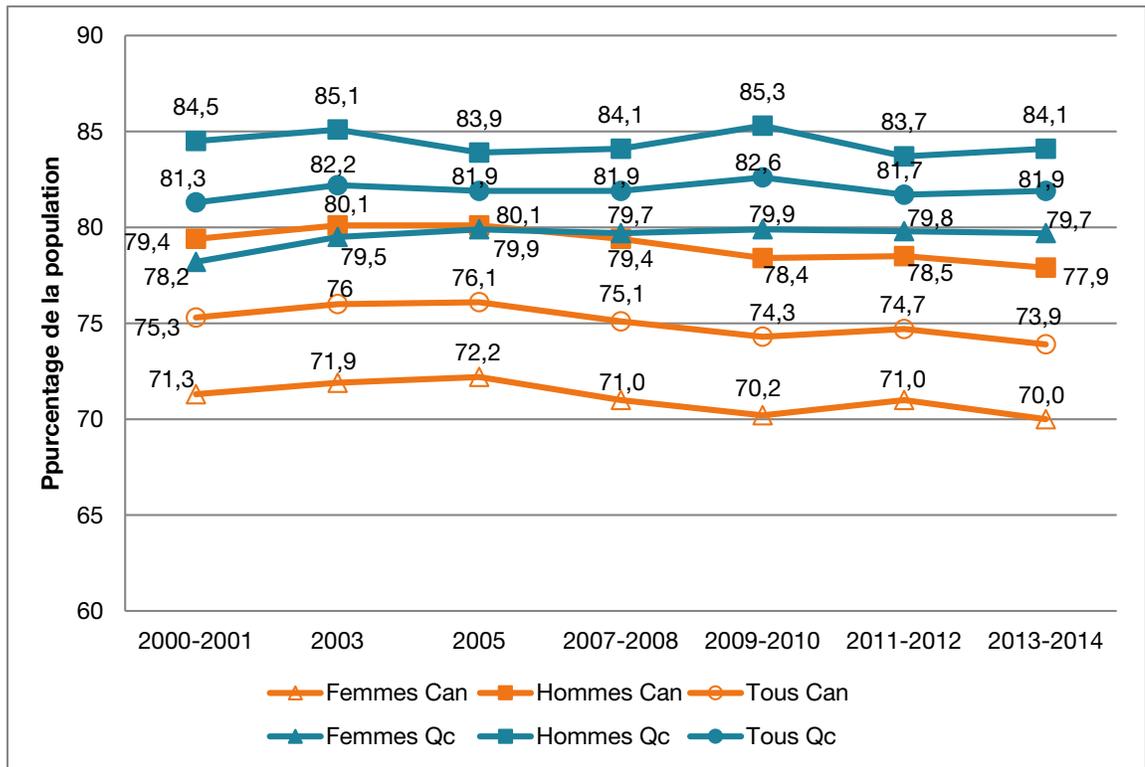
buveurs est plus faible chez les personnes âgées de 65 ans et plus que chez les adultes des groupes d'âge plus jeunes. C'est toutefois dans ce groupe que la hausse de la proportion de buveurs est la plus marquée, étant passée de 69,2 % à 76,6 %. Elle a également augmenté chez les personnes âgées de 45 à 64 ans.

En 2013-2014, la proportion de buveurs de 12 ans et plus est de 67,4 % chez les personnes du quintile de revenu du ménage le plus faible, alors qu'elle se situe à 92,4 % chez celles du quintile le plus élevé (Figure 5).

Ce constat prévaut également pour le niveau de scolarité (annexe 3 : tableau 1). En 2013-2014, 63,7 % des personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires boivent de l'alcool alors que cette proportion est de 88,2 % chez celles détenant un diplôme d'études postsecondaires. Il est à noter qu'entre 2000-2001 et 2013-2014 la proportion de buveurs est demeurée stable dans la catégorie des personnes détenant un diplôme d'études secondaires alors qu'elle a diminué chez les personnes n'ayant pas de diplôme secondaire et chez celles qui ont un diplôme d'études postsecondaires.

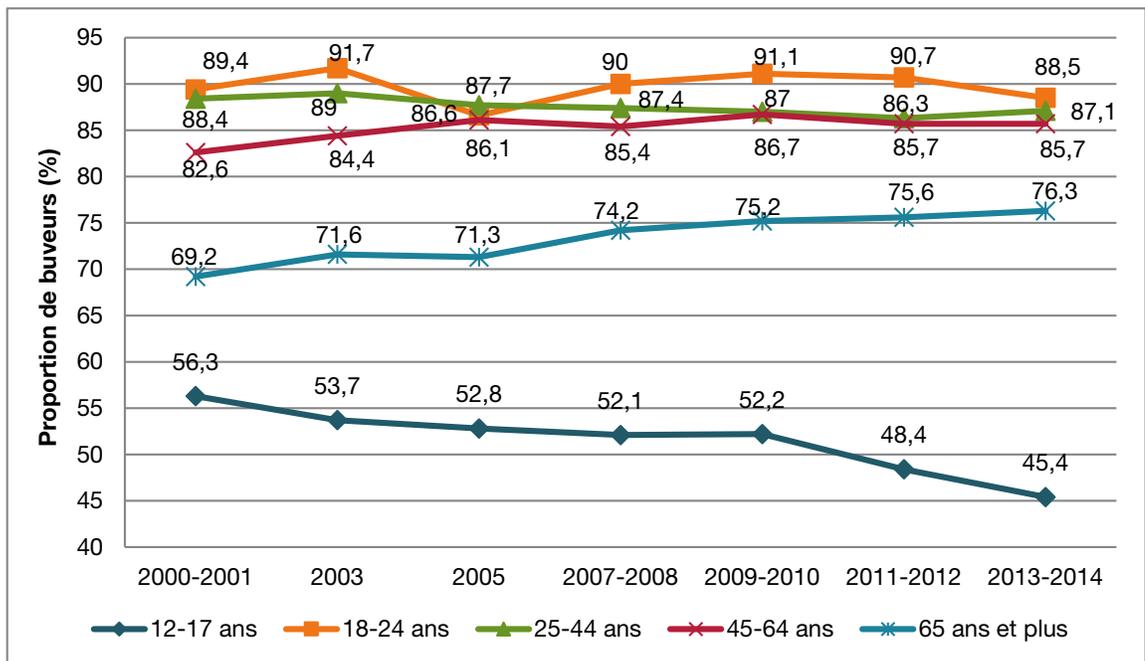
En résumé, les données de 2013-2014 démontrent, comme pour les cycles antérieurs, que la proportion de personnes qui boivent de l'alcool est plus élevée chez les hommes, les jeunes adultes, les personnes plus scolarisées et parmi les groupes ayant de meilleures conditions socioéconomiques.

Figure 3 Évolution de la proportion de buveurs d'alcool parmi la population, 12 ans et plus, selon le sexe, Québec et Canada (sans le Québec), 2000-2001 à 2013-2014



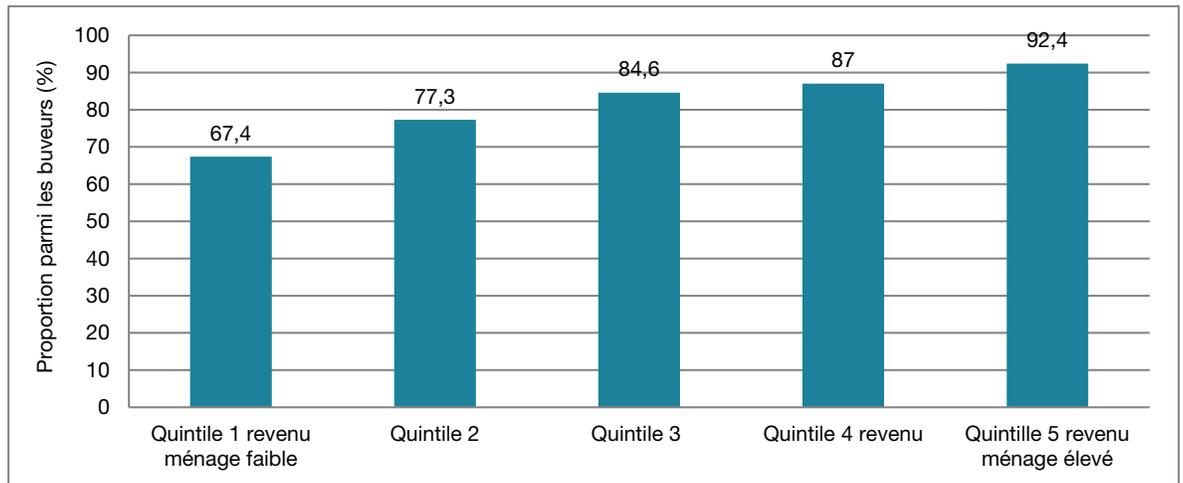
Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 à 2013-2014.

Figure 4 Évolution de la proportion de buveurs d'alcool parmi la population, 12 ans et plus, par groupe d'âge, Québec, 2000-2001 à 2013-2014



Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 à 2013-2014.

Figure 5 Proportion de buveurs d'alcool parmi la population, 12 ans et plus, selon le niveau de revenu des ménages, Québec, 2013-2014



Source : Statistique Canada, ESCC, 2013-2014.

4.2.2 CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

Sur une période de douze ans, entre 2000-2001 et 2011-2012, la consommation excessive chez les buveurs de 12 ans et plus est passée de 18,2 % à 22,9 %, représentant une augmentation de 25,8 % (Figure 6).

Au Québec, en 2013-2014, on constate une forte différence selon le sexe, puisque 30,7 % des hommes et 19,2 % des femmes ont consommé de façon excessive (Figure 6). Cependant, entre 2000-2001 et 2011-2012, la consommation excessive a augmenté de 18,7 % chez les hommes et de 47,9 % chez les femmes. La hausse est donc nettement plus marquée chez les femmes. Chez les hommes, elle est demeurée stable entre 2011-2012 et 2013-2014.

La consommation excessive est la plus fréquente chez les personnes de 18 à 24 ans et la plus faible chez les 65 ans et plus (respectivement 44 % et 9,4 % en 2013-2014) (Figure 7). De 2000-2001 à 2011-2012, la proportion des buveurs de 18 à 24 ans qui ont consommé de façon excessive est passée de 33,9 % à 46,4 %, une hausse de 36,8 %. Chez les personnes de 25 à 44 ans, la proportion de celles qui consomment de façon excessive est passée de 19,6 % à 29,7 %, soit une augmentation de 51,5 %. Elle est demeurée stable chez les buveurs âgés de 12 à 17 ans de même que chez ceux âgés de 45 à 64 ans. Bien que la proportion de buveurs excessifs est la plus faible chez les 65 ans

et plus, il s'agit du groupe d'âge où on observe la hausse la plus marquée, soit de 57,4 %.

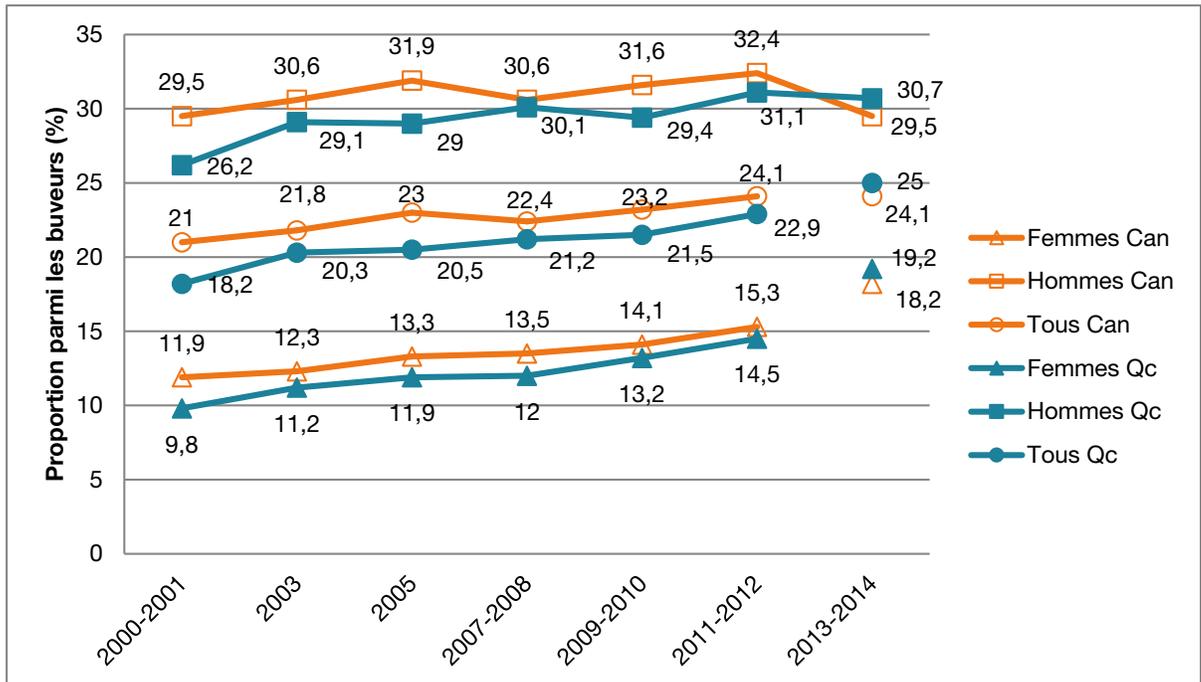
La proportion de buveurs âgés de 12 ans et plus ayant consommé de façon excessive est plus importante chez les personnes du quintile de revenu le plus élevé (Figure 8). En 2013-2014, 30,5 % des buveurs du quintile supérieur déclaraient avoir consommé de façon excessive comparativement à 22,2 % de ceux du quintile inférieur et à 21,3 % chez ceux du second quintile inférieur.

En ce qui concerne la scolarité, c'est chez les buveurs détenant un diplôme d'études secondaires qu'on trouve la plus grande proportion de consommation excessive (25,8 %) comparativement aux deux autres groupes (pas de diplôme secondaire et études postsecondaires). La consommation excessive a augmenté, entre 2001-2002 et 2011-2012, peu importe le niveau de scolarité des personnes (annexe 3 : tableau 2).

La fréquence de la consommation excessive ne varie pas selon le milieu de vie urbain ou rural, mais elle a augmenté dans ces deux types de milieux.

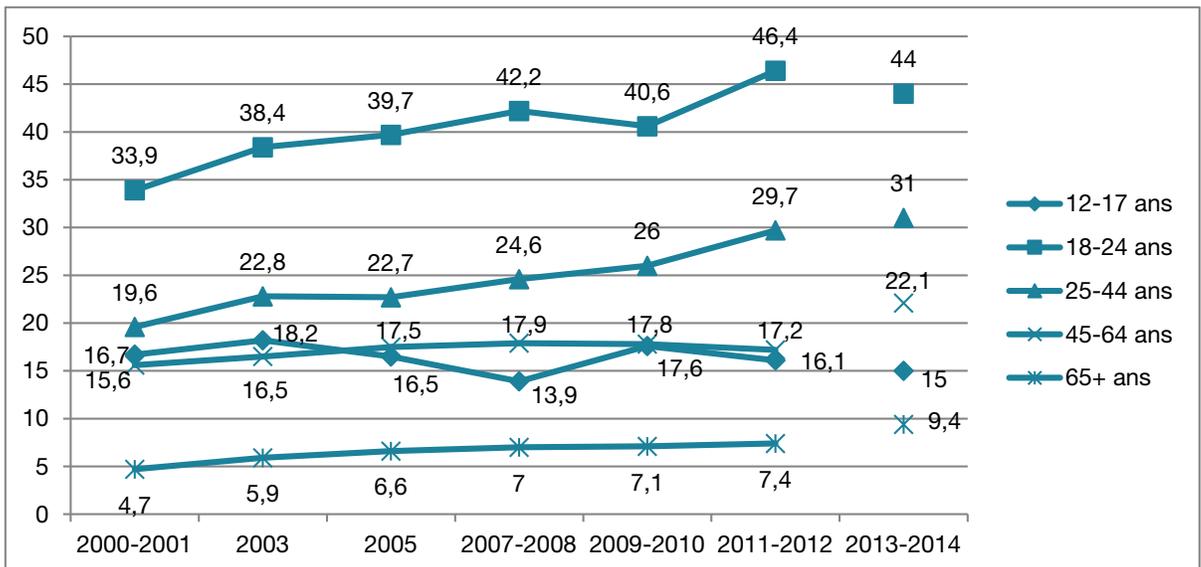
Enfin, la fréquence de la consommation excessive parmi les buveurs du Québec n'est pas différente de celle des buveurs du reste du Canada en 2013-2014.

Figure 6 Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant une consommation excessive d'alcool, selon le sexe, Québec et Canada (sans le Québec), 2000-2001 à 2013-2014



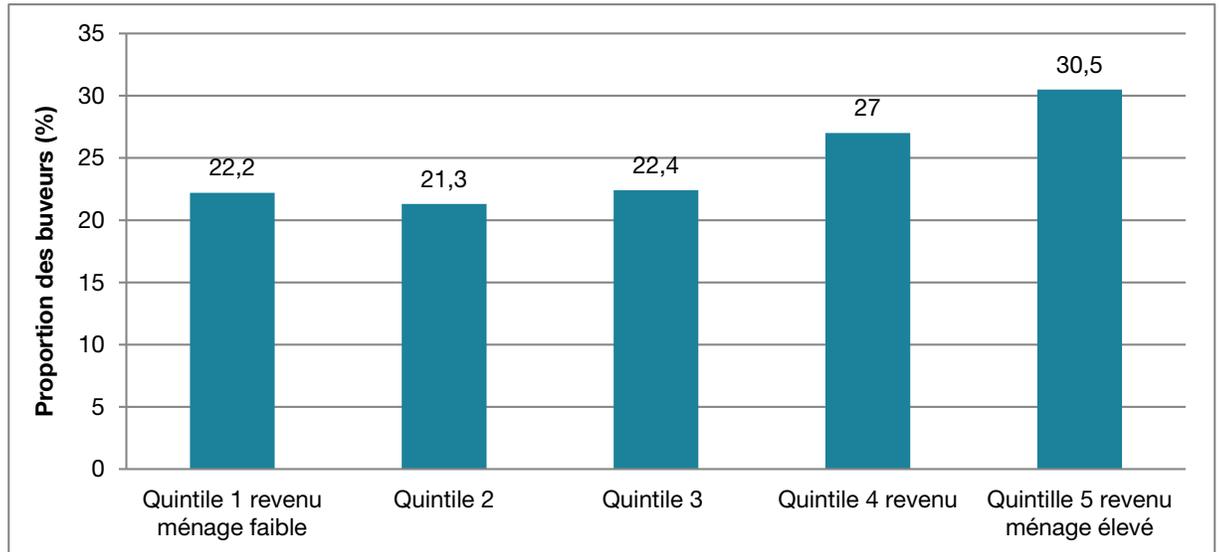
Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 à 2013-2014.

Figure 7 Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant une consommation excessive d'alcool, par groupe d'âge, Québec, 2000-2001 à 2013-2014



Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 à 2013-2014.

Figure 8 Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant une consommation excessive d'alcool, une fois par mois et plus, selon le niveau de revenu des ménages, Québec, 2013-2014



Source : Statistique Canada, ESCC, 2013-2014.

4.2.3 CONSOMMATION D'ALCOOL AU-DELÀ DES LIMITES À FAIBLE RISQUE (LONG TERME)

Dépassement d'au moins une des limites

En 2013-2014, au Québec, 28,4 % des buveurs de 12 ans et plus ont dépassé au moins une des limites émises dans les « directives de consommation à faible risque » pour prévenir les problèmes à long terme de la consommation d'alcool (Tableau 2 et Figure 9).

La proportion des buveurs qui ont dépassé au moins une des limites était de 25,0 % en 2000-2001 et de 28,4 % en 2013-2014. La différence observée entre 2011-2012 et 2013-2014 (29,2 % et 28,4 %) n'est pas statistiquement significative.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes, en 2013-2014, à dépasser les limites d'au moins une des trois recommandations (31,9 % et 24,8 %) (Figure 9). L'augmentation du dépassement d'au moins une des limites entre 2000-2001 et 2013-2014 est présente chez les hommes et les femmes.

Ce sont les buveurs âgés de 18 à 24 ans qui dépassent le plus souvent au moins une de ces limites (33,7 %) (Figure 10). Entre 2000-2001 et 2013-2014, le dépassement d'au moins une limite a augmenté chez les 25 à 44 ans, mais est demeuré stable dans les autres groupes d'âge.

La proportion de personnes qui dépassent au moins une des limites de consommation à faible risque augmente avec le niveau de scolarité (annexe 3 : tableau 3). Elle est de 21,5 % chez les buveurs qui n'ont pas de diplôme secondaire, de 27,0 % chez ceux qui ont un diplôme secondaire et de 30,7 % chez ceux qui ont un diplôme postsecondaire. Entre 2000-2001 et 2013-2014, le dépassement d'au moins une des limites a augmenté uniquement chez les buveurs qui ont un diplôme postsecondaire.

Cette proportion augmente aussi en fonction du revenu des ménages, passant de 22,2 % chez les buveurs du quintile de revenu le plus faible à 34,9 % chez ceux du quintile de revenu le plus élevé (Figure 11).

Le dépassement d'au moins une des limites de consommation à faible risque n'est pas différent selon le milieu urbain ou rural, mais a augmenté dans ces deux milieux entre 2000-2001 et 2013-2014 (annexe 3 : tableau 3).

Consommation au-delà de la limite hebdomadaire

La proportion de buveurs âgés de 12 ans et plus qui, dans la semaine précédant l'enquête, ont bu au-delà des limites de consommation hebdomadaires à faible risque en 2013-2014 est de 7,4 % (Tableau 2 ci-bas) (annexe 3 : tableau 4 et figure 2).

Cette proportion a fluctué, mais a globalement augmenté entre 2000-2001 et 2013-2014. En effet, elle est passée de 6,5 % à 8,4 % entre 2001-2002 et 2011-2012, pour ensuite diminuer à 7,4 % en 2013-2014.

Comme pour les autres indicateurs, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à excéder la limite hebdomadaire de consommation à faible risque (8,8 % et 5,9 % en 2013-2014) (Tableau 2). Cet indicateur est demeuré stable chez les hommes entre 2000-2001 et 2013-2014.

Chez les femmes, la proportion de buveuses âgées de 12 ans et plus qui ont pris plus de dix consommations dans les sept derniers jours précédant l'enquête a fluctué entre 2000-2001 et 2013-2014. Après une augmentation de 4,4 % à 7,3 % de 2000-2001 à 2011-2012, elle a diminué à 5,9 % en 2013-2014, ce qui demeure toujours plus élevé qu'en 2000-2001. C'est l'augmentation chez les femmes qui est responsable de l'augmentation observée dans le total des deux sexes.

Consommation au-delà de la limite quotidienne

En 2013-2014, 23,1 % des buveurs ont dépassé la limite de consommation quotidienne à faible risque dans la semaine précédant l'enquête (Tableau 2). Cette proportion s'élève à 24,8 % chez les hommes et à 21,3 % chez les femmes en 2013-2014. Elle a augmenté chez les deux sexes entre 2000-2001 et 2013-2014 (Tableau 2 ci-bas) (annexe 3 : tableau 5 et figure 3).

Consommation plus de 5 jours par semaine

Parmi les Québécois âgés de 12 ans et plus qui ont consommé de l'alcool en 2013-2014, 9,1 % en ont pris plus de cinq jours dans la semaine précédant l'enquête. Les hommes sont encore ceux où le dépassement de cette limite est le plus important (12,2 % contre 6,0 % chez les femmes). La proportion de buveurs ayant pris de l'alcool plus de 5 jours dans la semaine est demeurée stable tant chez les hommes que chez les femmes entre 2001-2002 et 2013-2014 (Tableau 2) (annexe 3 : tableau 6 et figure 4).

Tableau 2 Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant dépassé les limites de consommation à faible risque selon le sexe, Québec, 2000-2001, 2011-2012, 2013-2014

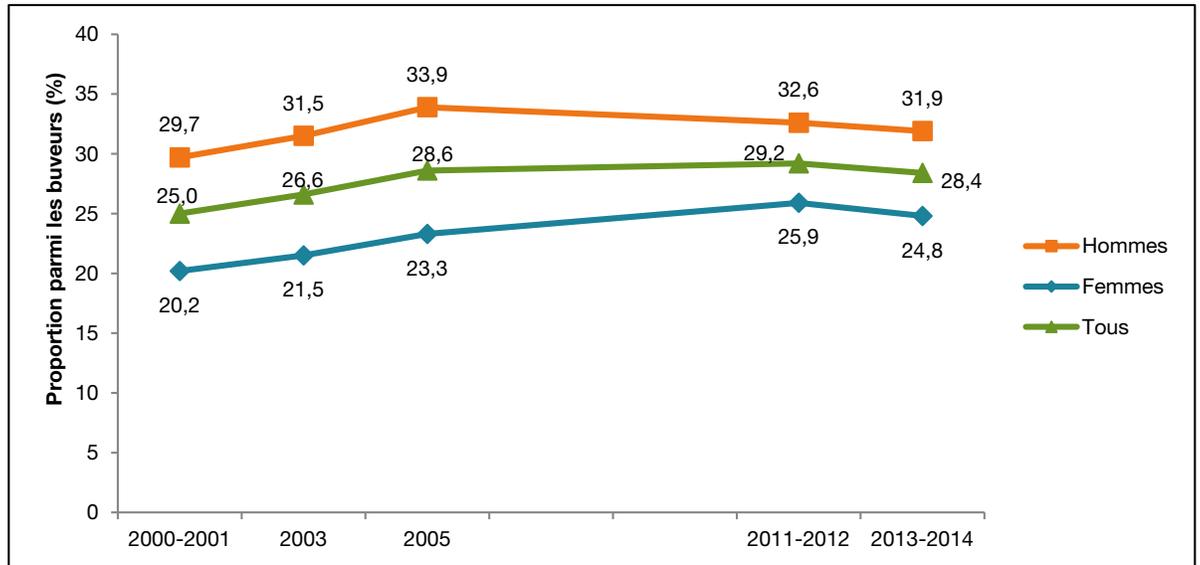
	2000-2001			2011-2012			2013-2014		
	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)	H (%)	F (%)	H+F (%)
Dépassement d'au moins une des limites	29,7	20,2	25,0	32,6	25,9	29,2	31,9*	24,8*	28,4*
Au-delà de la limite hebdomadaire (H > 15, F > 10)	8,5	4,4	6,5	9,6	7,3	8,4	8,8	5,9* ++	7,4* ++
Au-delà de la limite quotidienne (H > 3, F > 2)	21,3	16,7	19,1	25,3	21,3	23,3	24,8*	21,3*	23,1*
Boit plus de 5 jours par semaine	12,7	5,1	9,0	12,6	7,0	9,8	12,2	6,0	9,1

Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001, 2011-2012 et 2013-2014.

* Différence significative (p < 0,05) entre 2000-2001 et 2013-2014.

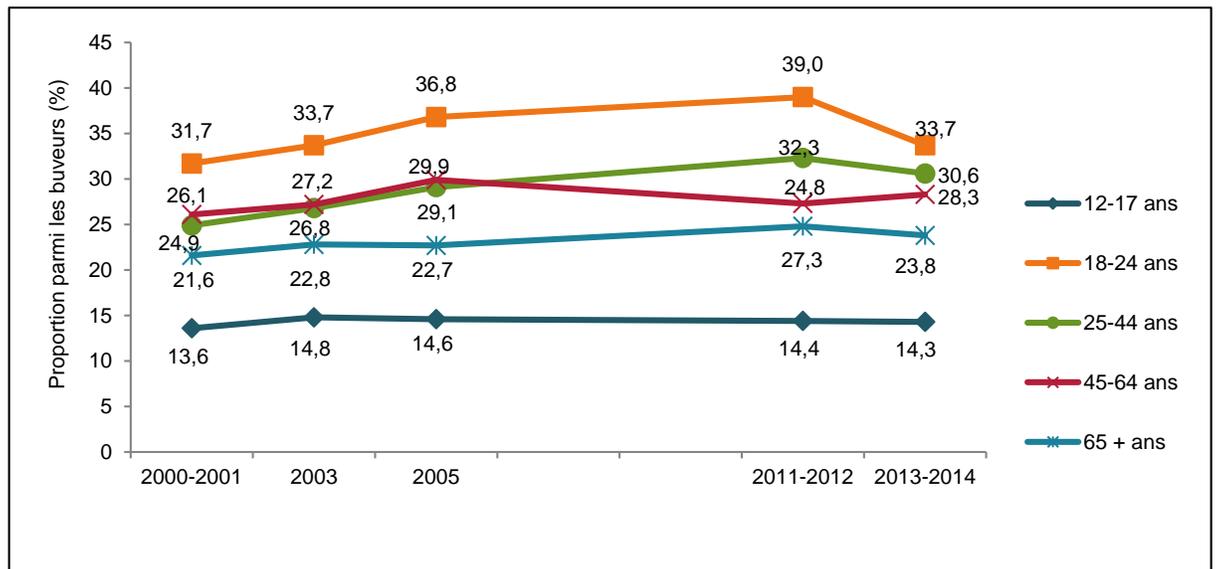
++ Différence significative (p < 0,05) entre 2011-2012 et 2013-2014.

Figure 9 Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant dépassé au moins une des limites de consommation d'alcool à faible risque à long terme, selon le sexe, Québec, 2000-2001 à 2013-2014



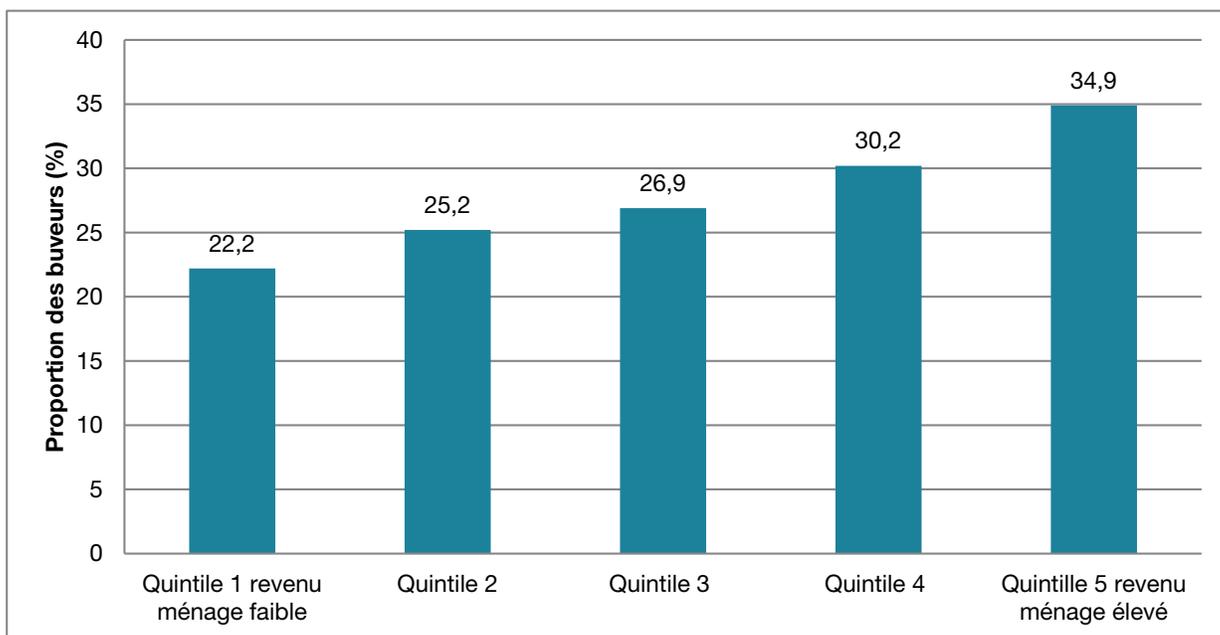
Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 à 2013-2014.
 Les données sur les limites de consommation d'alcool à faible risque à long terme ne sont pas disponibles pour les cycles 2007-2008 à 2009-2010.

Figure 10 Proportion de buveurs, 12 ans et plus, ayant dépassé au moins une des limites de consommation d'alcool à faible risque à long terme, par groupe d'âge, Québec, 2000-2001 à 2013-2014.



Source : Statistique Canada, ESCC, 2000-2001 à 2013-2014.
 Les données sur les limites de consommation d'alcool à faible risque à long terme ne sont pas disponibles pour les cycles 2007-2008 à 2009-2010.

Figure 11 Proportion de buveurs d'alcool parmi la population, 12 ans et plus, ayant dépassé au moins une des limites de consommation d'alcool à faible risque à long terme, selon le niveau de revenu des ménages, Québec, 2013-2014



Source : Statistique Canada, ESCC, 2013-2014.

4.3 Conséquences de la consommation d'alcool

4.3.1 DÉCÈS AVEC ALCOOLÉMIE

Les effets de la consommation d'alcool sur les accidents de la circulation sont bien documentés (CCMTA-CCATM, 2011; WHO, 2009; Global Road Safety Partnership, 2007, Anderson et collab., 2009; Brault et collab., 2004). En 2014 au Québec, 27,6 % des conducteurs décédés sur les routes ont présenté un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg sur 100 ml de sang, soit au-dessus de la limite légale pour conduire selon le Code criminel canadien (SAAQ, 2014) (annexe 3 : tableau 8). De 2008 à 2012, ce taux est demeuré supérieur à 35 %. Le nombre de personnes décédées sur les routes du Québec est passé de 704 à 361 entre 2002 et 2015. Le nombre de décès de conducteurs avec une alcoolémie supérieure à 80 mg sur 100 ml de sang est de 104 en 2002 et de 42 en 2014.

4.3.2 ABUS ET DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Selon les données de l'ESCC-Santé mentale de 2012, la probabilité d'abus ou de dépendance à l'alcool au cours de la vie est présente chez 13,3 % des Québécois (20,1 % des hommes et 6,7 % des femmes) (Statistique Canada, 2013a). La prévalence de ce problème est plus faible au Québec que dans l'ensemble du Canada où elle est de 18,1 % (26,6 % des hommes et 9,8 % des femmes).

La proportion de personnes ayant une probabilité d'abus ou de dépendance dans la dernière année est de 2,7 % au Québec selon cette même enquête. Il n'y a pas de différence significative avec le Canada (3,2 %).

4.5 Accessibilité à l'alcool

Les mesures pour diminuer l'accessibilité économique sont très efficaces pour prévenir les problèmes liés à l'alcool (Meier et collab., 2008).

Cette section présente un survol de quelques indicateurs d'accessibilité économique et physique à l'alcool.

4.5.1 ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE

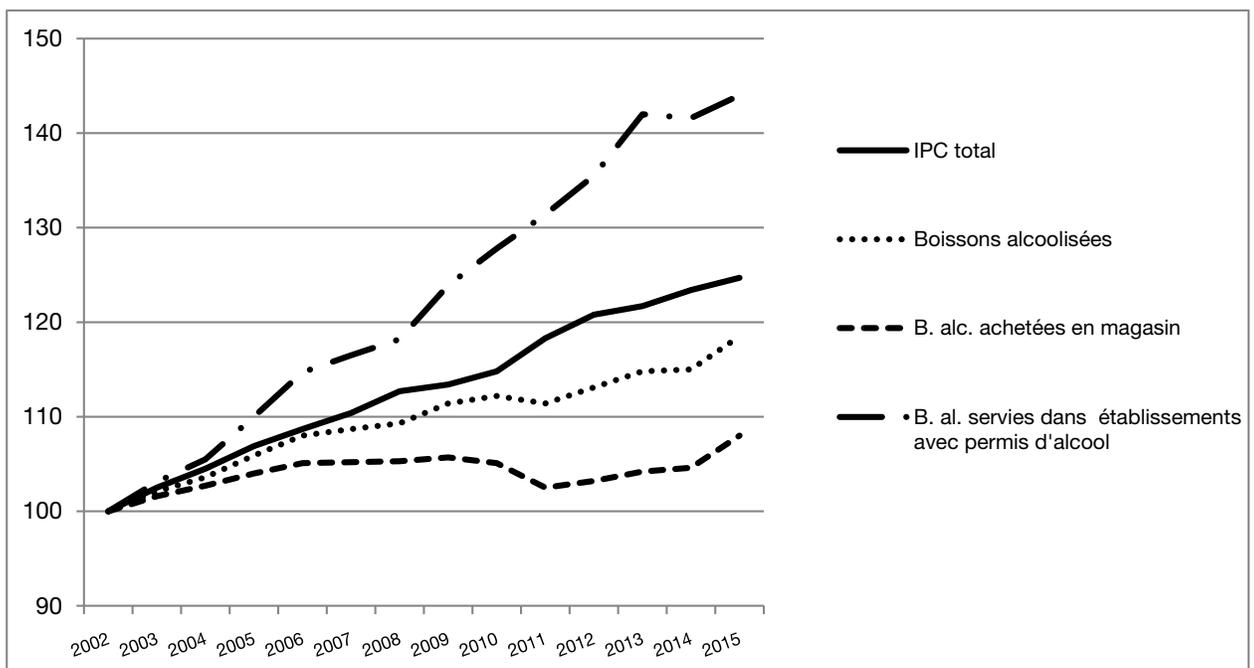
L'accessibilité économique réfère principalement au prix de l'alcool qui demeure le moyen le plus efficace pour diminuer la consommation d'alcool et les problèmes qu'elle engendre (Thomas, 2012b).

Au Québec, le prix de l'alcool a augmenté moins rapidement que l'indice des prix à la consommation (IPC) (Statistique Canada, 2015c). Entre 2002 et 2015, la hausse a été de 18,5 % pour l'ensemble des boissons alcoolisées par rapport à 24,7 % pour l'IPC total (Figure 12). Elle fut de 8 % pour les boissons

alcoolisées achetées en magasin. Les boissons achetées en magasin sont devenues moins chères comparativement aux autres produits. Les boissons achetées pour consommer dans les débits de boissons, pour leur part, ont vu leur prix augmenter plus rapidement que l'IPC.

En d'autres termes, le consommateur a déboursé environ 18 % de plus pour acheter de l'alcool comparativement à 25 % de plus pour l'ensemble des biens de consommation entre 2002 et 2015. De plus, l'alcool est devenu d'autant plus accessible que le revenu personnel disponible a augmenté de 38,7 %, entre 2000 et 2010 (annexe 3 : figure 5). L'alcool n'a donc pas suivi le rythme de l'inflation ni la hausse du revenu disponible.

Figure 12 Évolution de l'indice des prix à la consommation (IPC) total et des boissons alcoolisées, Québec, 2002 à 2015



Source : Statistique Canada, 2015c.

4.5.2 ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE

En 2014-2015, 30 575 permis d'alcool étaient en vigueur au Québec (Annexe 3 : Figure 6). Il s'agit des permis de vente d'alcool dans des épiceries et dépanneurs ainsi que dans des restaurants, bars, brasseries, tavernes et clubs (RACJ, 2014). À ce chiffre, il faut ajouter les 402 magasins de la Société des alcools du Québec (SAQ, 2015). Le nombre total de permis d'alcool en vigueur a diminué de 5,2 %, de 2003-2004 à 2014-2015. Seuls les permis de restaurant ont connu une hausse (de 6 %).

Selon Ngui et collab. (2015), un résident du Québec a accès, en moyenne, à 16 points de vente d'alcool à une distance de moins d'un kilomètre de son domicile. Le Québec compte la plus forte densité de points de vente d'alcool au détail au Canada, soit un point de vente pour 342 personnes (Ngui et collab., 2015).

5 Pistes de recherche et d'action

Les mesures efficaces pour diminuer la consommation d'alcool et les problèmes qu'elle engendre sont bien connues (Babor et collab., 2010; WHO, 2014) : les mesures de fixation des prix de l'alcool pour diminuer l'accessibilité économique, les limites à l'accessibilité physique, l'âge légal, les limites au marketing de l'alcool, l'encadrement du commerce de l'alcool en particulier au moyen d'un monopole d'État, les mesures dissuasives pour contrer l'alcool au volant et, finalement, les interventions cliniques brèves auprès des buveurs à risque. Certaines de ces mesures ont été mises en place au Québec, parfois avec d'autres finalités que celles de la santé, mais elles peuvent quand même avoir un impact pour diminuer les problèmes associés à la consommation d'alcool. Au Canada, un groupe de travail a énoncé 41 recommandations en vue d'une stratégie nationale sur l'alcool (CCLAT, 2007).

Depuis une quinzaine d'années, l'OMS a conduit de nombreux travaux, publié de nombreux rapports et finalement adopté une « Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool » signée par les pays membres, dont le Canada (OMS, 2010). Cette stratégie recommande 10 domaines d'action : leadership, sensibilisation et engagement; action des services de santé; action communautaire; politiques et mesures

contre l'alcool au volant; offre d'alcool; marketing des boissons alcoolisées; politiques de prix; réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique; réduction de l'impact de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel; suivi et surveillance. Le Québec peut s'inspirer de ces recommandations pour élaborer des stratégies visant la réduction de la consommation d'alcool et des problèmes qui en découlent.

Une étude récente a comparé la situation des provinces canadiennes au regard de l'adoption de politiques publiques qui sont démontrées efficaces pour diminuer les problèmes associés à la consommation d'alcool et qui sont recommandées par les organismes nationaux et internationaux (Giesbrecht et collab., 2013) (sommaire de l'étude à l'annexe 4). Les résultats démontrent qu'il existe un écart, dans toutes les provinces canadiennes, entre ces options idéales de politiques publiques et celles qui ont été adoptées. C'est au Québec, toutefois, que cet écart est le plus grand, ce qui le place au dernier rang des provinces canadiennes.

C'est d'ailleurs au chapitre de la fixation du prix de l'alcool que l'écart est le plus important entre le Québec et les autres provinces, alors qu'il s'agit de la mesure ayant le plus grand potentiel d'infléchir les tendances de consommation et de diminuer les problèmes. C'est pourquoi nous traitons spécifiquement de cette question ici (Giesbrecht et collab., 2013).

Des recherches et expériences récentes, menées principalement au Canada et en Grande-Bretagne, démontrent que des politiques de prix minimum sont efficaces pour diminuer la consommation des buveurs les plus à risque (Stockwell, et collab., 2012; Meier et collab., 2010). Une analyse canadienne propose trois mécanismes de fixation des prix (Thomas, 2012b) :

- Déterminer des prix minimums des boissons alcoolisées de façon à éliminer les sources d'alcool trop bon marché qui sont préférées par les jeunes adultes et les autres consommateurs à plus haut risque.

Au Québec, des prix minimums ne sont appliqués que pour la bière. Ils devraient être appliqués à tous les produits alcoolisés vendus en magasin et à tous ceux vendus pour consommation sur place (bars et restaurants). Ce prix minimum se situerait

actuellement à 1,50 \$ par consommation standard pour l'alcool vendu en magasin et à 3,00 \$ par consommation standard pour l'alcool vendu pour consommation sur place (Giesbrecht et collab., 2013).

- Baser les prix sur le contenu en alcool de façon à créer des mesures incitatives favorisant les produits à plus faible teneur en alcool.

Au Québec, les taxes et majorations ne sont pas ajustées selon le contenu en alcool et des boissons à plus forte teneur en alcool ont des prix relativement plus bas par consommation standard. Par exemple, en 2014, une bière à 3,5 % d'alcool coûtait au minimum 1,37 \$ par consommation standard et une bière à 8 % au minimum 0,68 \$ (Thomas G., communication personnelle).

- Indexer les prix de l'alcool à l'inflation pour maintenir leur valeur stable au fil du temps par rapport aux autres produits de consommation courants.

Rappelons qu'au Québec, entre 2002 et 2014, le prix de l'alcool a augmenté de 15 % comparativement à 22 % pour l'ensemble des biens de consommation (Statistique Canada, 2015c).

Des analyses complémentaires permettraient d'étayer ces propositions et d'en estimer les impacts sur la consommation d'alcool, les problèmes sociosanitaires et sur les revenus de l'État.

Références

- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682), 2234-2246.
- April, N., Bégin, C., & Morin, R. (2010). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Collection Politiques publiques et santé, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 100 p.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et coll. (2010). Alcohol: No ordinary commodity - Research and public policy (2e ed.). Oxford : Oxford University Press, 360p.
- Baraldi, R., Joubert, K., Bordeleau, M. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012. Institut de la statistique du Québec, 135p.
- Bégin, C., April, N., Morin, R. (2005). Consommation d'alcool au Québec et pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec – Mise à jour avril 2005. Institut national de santé publique du Québec, 21 p.
- Butt, P., Beirness, D., Cesa, F., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque. Ottawa (Ont) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Brault, M., Dussault, C., Bouchard, J., Lemire, A.M. (2004). *Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec : résultats finaux*. Société de l'assurance automobile du Québec, Direction des études et des stratégies en sécurité routière. Préparé pour la 17e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, 8-13 août, Glasgow, UK, 9 p.
- Canadian Council of Motor Transport Administrators /Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (2011), *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2009*, préparé par la Foundation de recherches sur les blessures de la route au Canada, Novembre, 254 p.
- Canadian Centre on Substances Abuse/Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2013). *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*, Ottawa (Consulté le 16 juillet 2014).

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (2007). Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada. Vers une culture de modération. Recommandations en vue d'une stratégie nationale sur l'alcool. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Santé Canada.

Chikritzhs, T., Stockwell, T., Naimi, T., Andreasson, S., Dangardt, F., & Liang, W. (2015). Has the leaning tower of presumed health benefits from 'moderate' alcohol use finally collapsed? *Addiction*. doi : 10.1111/add.12828

Chudley AE, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N. (2005) Fetal alcohol spectrum disorder : Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*; 172(5 Suppl) : S1-S21.

Cook, J. L., Green, C. R., Lilley, C. M., Anderson, S. M., Baldwin, M. E., Chudley, A. E., ... Rosales, T. (2016). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 188(3), 191–197. <http://doi.org/10.1503/cmaj.141593>

Forouzanfar, M. H., Alexander, L., Anderson, H. R., Bachman, V. F., Biryukov, S., Brauer, M., ... Murray, C. J. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(10010), 2287–2323. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00128-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00128-2)

Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., April, N., Asbridge, M., Cukier, S., Mann, R. et coll. (2013). Stratégies pour réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Canada : Une comparaison des politiques provinciales. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 93 p.

Hanson DJ. Historical evolution of alcohol consumption in society. In. *Alcohol. Science, Policy, and Public Health*, chap.1. Oxford : Oxford University Press; 2013 p. 3-12.

Klatsky, A.L. (2007). Alcohol, cardiovascular diseases and diabetes mellitus. *Pharmacological Research*, 55(3), 237-247.

Koppes, L.L., Dekker, J.M., Hendriks, H.F., et collab. (2005). Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Care*, 28(3), 719-725.

Meier, P., Brennan, A., O'Reilly, D., et collab. (2008). Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion. Part A : Systematic Reviews. SchARR, University of Sheffield, 243 p.

Meier, P. S., Purshouse, R., & Brennan, A. (2010). Policy options for alcohol price regulation: the importance of modelling population heterogeneity. *Addiction*, 105, 383-393.

Morin, R., April, N., Begin, C., Quesnel, G. (2003). État de situation sur la consommation d'alcool au Québec et sur les pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec – Perspectives de santé publique. Institut national de santé publique du Québec, 62 p.

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2004). NIAAA council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*; No. 3, p. 3.

Ngui, A.N., Apparicio, P., Philibert, M., Fleury, M.-J. (2015) Neighborhood Characteristics Associated with the Availability of Alcohol Outlets in Quebec, Canada. *Journal of Addictions*. doi : 10.1155/876 582.

Norstrom, T. (2004). Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in Canada, 1950-98. *Addiction*, 99, 1274-1278.

Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010). Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève. Organisation mondiale de la santé.

Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., & Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol Alcohol*, 44, 500-516.

Ramstedt, M. (2003). Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without mention of alcohol--the case of Canada, *Addiction*, 98, 1267-1276.

Ramstedt M. (2005). Alcohol and suicide at the population level – the Canadian experience. *Drug and Alcohol Review*, 24(3), 203-208.

Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ) (2014). Rapport annuel de gestion et Statistiques, 2006-2007 à 2013-2014. [En ligne : https://www.racj.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Accueil/Formulaires_et_publications/Publications/La_Regie_des_alcools/rapport_annuel_2013-2014.pdf] (Site consulté : 7 octobre 2015).

Régie des alcools des courses et des jeux (2015). Rapport annuel de gestion 2014-2015 [En ligne : https://www.racj.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Accueil/Formulaires_et_publications/Publications/LaRegie_des_alcools/rapport_annuel_2014-2015.pdf]. (Consulté le 6 juin 2016).

Rehm, J., Ballunas, D., Brochu, S., Fischer, W., Gnam, W., Patra, J. et coll. (2006). Les coûts de l'abus de substances au Canada en 2002. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Rehm, J. (2011). The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 34, 135-143.

Roerecke M, Rehm J. (2010). Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 15;171(6) : 633-44.

Roerecke, M., Rehm, J. (2014). Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers *BMC Med*, 12, 182.

Société de l'assurance automobile du Québec (2016). Bilan routier 2015, 24 p. [En ligne : <https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/bilan-routier-2015.pdf>] (Consulté le 1 juin 2016).

Société des alcools du Québec (SAQ) (2015). Rapport annuel. [En ligne : <http://s7d9.scene7.com/is/content/SAQ/rapport-annuel-2015-fr>] (Site consulté : 6 juin 2016).

Statistique Canada (2013a). Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale. CANSIM tableau 105-1101. [En ligne : <http://www5.statcan.gc.ca/>] (Consulté le 15 mai 2014).

Statistique Canada. (2013b). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle : Guide de l'utilisateur des fichiers de microdonnées de 2012 et 2011-2012.

Statistique Canada (2014). Consommation abusive d'alcool, 2014. [En ligne : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1830023&paatn=&p2=31&stByVal=1&p1=1&tabMode=dataTable&csid=&retrLang=fra&lang=fra>] (Consulté le 8 octobre 2015)

Statistique Canada (2015a). Comparabilité et limites des données. Mise à jour du questionnaire et des séries CANSIM en 2015. [En ligne : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/1726_D4_T9_V1-fra.htm]. (Consulté le 16 juin 2015).

Statistique Canada (2015b). Fichiers maîtres. Service de téléaccès.

Statistique Canada (2015c). Tableau 326-0021 Indice des prix à la consommation (IPC) annuel (2002=100) [En ligne : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/>] (Consulté le 6 juin 2016).

Statistique Canada (2016). Tableau 183-0023. Ventes et les ventes par habitant de boissons alcoolisées des régions des alcools et d'autres points de vente au détail, selon la valeur, le volume et le volume absolu annuel. [En ligne : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1830023&paatn=&p2=31&stByVal=1&p1=1&tabMode=dataTable&csid=&retrLang=fra&lang=fra>] (Consulté le 31 mai 2016).

Stockwell, T., Zhao, J., Giesbrecht, N., Macdonald, S., Thomas, G., & Wettlaufer, A. (2012). The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *Am J Public Health*, 102, e103-e110.

Tessier, S., Hamel, D., April, N. (2014). La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois : portrait et évolution de 2000 à 2012. Institut national de santé publique du Québec. Surveillance des habitudes de vie, no 5.

Thomas, G. (2012a). Analyse des ventes de boissons alcoolisées au Canada. Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool, rapport 2 de 3. Ottawa, (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 19 p.

Thomas, G. (2012 b). Politiques de fixation des prix pour réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada. Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool, rapport 3 de 3. Ottawa, (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 45 p.

Traoré, I., Pica, L.A., Camirand, H., Cazale, L., Berthelot, M., Plante, N. (2014). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.

Williams JF, Smith VC. (2015). Fetal Alcohol Spectrum Disorders, *Pediatrics* 2015; 136(5):e1395-e1406.

World Health Organization (2009). *Global Status Report on Road Safety: Time for Action*. Geneva, 287 p.

World Health Organization (WHO) (2013). Global Information System on Alcohol and Health (GISAH), [En ligne : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en>] (Consulté le 8 juillet 2015)

World Health Organization (WHO) (2014). Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization, 376p.

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca