



L'impact prévu de diverses stratégies
de réduction de la consommation
d'alcool chez les buveurs québécois
sur les prévalences de problèmes liés
à l'alcool

CPLT

Dépôt légal:
ISBN: 2-550-31903-6
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 1997

L'impact prévu de diverses stratégies de
réduction de la consommation d'alcool
chez les buveurs québécois sur les
prévalences de problèmes liés à l'alcool

par Jocelyn Bisson

Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Février 1997

Notes sur l'auteur

Jocelyn Bisson a obtenu un Baccalauréat et une Maîtrise en psychologie, option fondamentale, à l'Université de Montréal.

M. Bisson dirige actuellement la firme de consultation et d'analyse statistique Stat Express. Il a travaillé de 1991 à 1996 pour le Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé (GRASP, Université de Montréal) comme professionnel de recherche, où il a contribué, entre autres, à la conduite de plusieurs études et enquêtes sur l'alcool.

Table des matières

Avant-propos	page v
Remerciements	page vii
Introduction	page 1
Chapitre 1 - Contexte théorique	page 3
1.1 Les risques associés à la consommation d'alcool.....	page 3
1.1.1 Les conséquences de la consommation d'alcool sur la santé physique.....	page 3
1.1.2 Les problèmes de santé mentale.....	page 3
1.1.3 Les conséquences sociales associées à la consommation d'alcool.....	page 5
1.2 Les politiques publiques face au problème de la consommation d'alcool.....	page 5
1.2.1 Les bases scientifiques des politiques de réduction de la consommation d'alcool.....	page 6
1.2.2 Le paradoxe de la prévention.....	page 10
1.2.3 Conclusion sur les politiques de réduction de la consommation d'alcool.....	page 10
1.3 Les objectifs et le plan général de l'analyse.....	page 11
Chapitre 2 - La méthodologie	page 13
2.1 La population visée et l'échantillon.....	page 13
2.2 Les mesures.....	page 14
2.2.1 Les indicateurs de santé et de bien-être.....	page 15
• Les indicateurs de santé physique.....	page 15
• Les indicateurs de santé mentale.....	page 16
• Les indicateurs de problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool.....	page 16
2.2.2 Les mesures de consommation d'alcool.....	page 17
• Définition de la consommation modérée et à risque.....	page 18
• Le critère du 15 %.....	page 21
2.2.3 Les facteurs sociaux de la santé.....	page 22
2.3 La méthode d'analyse.....	page 23
2.3.1 Les analyses descriptives.....	page 23
2.3.2 Les analyses de modélisation.....	page 24
2.3.3 Les analyses prédictives.....	page 24
2.4 La pondération.....	page 26
Chapitre 3 - Analyses descriptives	page 27
3.1 La distribution des effectifs.....	page 27
3.2 Les prévalences de problèmes de santé et de bien-être.....	page 29
3.2.1 La prévalence des problèmes de santé physique.....	page 29

3. 2. 2 La prévalence des problèmes de santé mentale.....	page 31
3. 2. 3 La prévalence des problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool.....	page 33
3. 3 La distribution des mesures de consommation d'alcool.....	page 34
3. 4 La prévalence des problèmes selon la consommation d'alcool.....	page 37
3.4. 1 La prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon la fréquence de consommation.....	page 37
3.4. 2 La prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon le volume de consommation.....	page 37
3.4. 3 La prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon la fréquence des occasions de forte consommation.....	page 38
3.4. 4 La prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon le seuil maximal de consommation.....	page 42
3.5 Les corrélations entre les problèmes de santé et de bien-être et les mesures de consommation d'alcool.....	page 42
Chapitre 4: Analyses de modélisation.....	page 47
4. 1 L'analyse des problèmes de santé physique.....	page 47
4.2 L'analyse des problèmes de santé mentale et des problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool.....	page 49
4.2. 1 Le rôle des facteurs sociaux sur les problèmes de santé mentale et sur les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool.....	page 50
Chapitre 5: Analyses prédictives.....	page 59
5. 1 Les stratégies de réduction globale de la consommation.....	page 59
5. 2 Les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque.....	page 60
5.3 Les stratégies de modération de la consommation d'alcool chez les 15% plus grands buveurs.....	page 62
5.4 L'impact de la réduction de la consommation d'alcool sur la santé selon les facteurs sociaux.....	page 63
Chapitre 6: Discussion.....	page 67
6. 1 Les principaux constats.....	page 67
6. 2 Les facteurs en cause dans l'explication des résultats observés.....	page 69
6. 3 Les limites de l'étude.....	page 71
Conclusion.....	page 73
Références.....	page 75
Appendice.....	page 81

Avant-propos

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

C'est dans le cadre de ce mandat que le Comité a été amené à s'interroger sur la pertinence de l'objectif 6 de la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992, concernant la consommation d'alcool.

Cet objectif précise en effet qu'il faut réduire de 15%, sur une période de dix ans (1992 à 2002), la consommation d'alcool. Or, d'une part, de nombreux travaux de recherche ont commencé à signaler que c'est la consommation de grandes quantités d'alcool par occasion qui semble véritablement associée aux problèmes liés à l'alcool dans la population (que l'on pense, par exemple, aux accidents de véhicules-moteurs et à la violence dans la famille). D'autre part, tout un corpus de travaux signale qu'une consommation modérée et régulière d'alcool ~ une ou deux consommations par jour ~ peut être bénéfique, notamment comme protecteur contre les maladies cardio-vasculaires.

Le CPLT a voulu en avoir le cœur net. Profitant de la banque de 23 564 sujets de Santé Québec, une étude a été commandée pour mieux comprendre ce qu'il en est de la situation québécoise. Au terme de ce travail, le Comité espère pouvoir fournir au ministre un avis éclairé qui confirmerait ou invaliderait, par des données probantes, l'objectif 6 de la *Politique de la santé et du bien-être*.

Remerciements

L'auteur tient d'abord à remercier madame Louise Nadeau, professeure agrégée au département de psychologie de l'Université de Montréal et présidente du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), pour la confiance qu'elle lui a sincèrement démontrée en lui confiant la préparation et la conduite de cette étude, et pour ses judicieux commentaires qui ont grandement contribué à la qualité de ce rapport de recherche.

Il remercie également Ingebord Blancquaert, étudiante de doctorat au département d'épidémiologie de l'Université McGill, qui a fait une lecture assidue du rapport préliminaire et qui a fourni de précieux commentaires au niveau de la méthodologie et des analyses statistiques.

Il remercie Andrée Deniers, professeure agrégée au département de sociologie de l'Université de Montréal et directrice du Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé (GRASP), pour lui avoir volontiers donné accès à ses données d'enquête et lui avoir aussi donné accès à ses locaux et équipements informatiques lors de la conduite de cette étude.

Il remercie Jocelyne Forget, directrice générale du CPLT, pour ses commentaires pertinents qui ont contribué à faciliter la bonne lecture du document et pour sa cordialité lors des échanges professionnels durant la conduite de cette étude.

Il remercie enfin Françoise Jeannotte, secrétaire de direction au CPLT, qui a vu à la mise en page et à la correction d'épreuves du document final.

Introduction

Pour la plupart des gens, consommer de l'alcool est une expérience positive et ne pose généralement pas de problème. On reconnaît que l'alcool accompagne bien les repas et les célébrations, qu'il facilite les rencontres sociales, qu'il favorise la détente (Heath, 1990). L'alcool fait partie des traditions.

Cela étant dit, il n'y a pas de doute que l'abus d'alcool pose de sérieux risques pour la santé et le bien-être des individus et des sociétés. Les études et les preuves ne cessent de s'accumuler à cet effet démontrant le rôle majeur de l'alcool dans l'incidence des accidents de la route, de divers problèmes de santé physique et mentale et d'une multitude de conséquences sociales néfastes, tant pour les buveurs que pour leur entourage. Ces problèmes sont si multiples et d'une telle ampleur qu'ils sont devenus un enjeu majeur des politiques de santé de plusieurs pays développés (Klingemann et al., 1992). Les gouvernements nationaux et les organisations internationales ont reconnu l'importance d'adopter des politiques claires et scientifiquement bien établies pour réduire au maximum la prévalence et l'incidence de ces problèmes. L'avancement de la recherche empirique a grandement contribué à développer les assises scientifiques de telles politiques. On sait que certaines politiques sur l'alcool sont des moyens efficaces pour réduire la consommation totale d'alcool dans la population et restreindre l'ampleur des problèmes liés à l'alcool. On commence aussi à mieux comprendre les dynamiques qui traduisent l'impact de ces politiques sur les comportements d'alcoolisation et sur la santé.

Malgré ces progrès évidents, plusieurs questions restent entières en ce qui concerne l'efficacité des mesures alternatives de réduction de la consommation d'alcool pour diminuer les problèmes liés à cette consommation dans la population. Certaines mesures de contrôle de l'accès à l'alcool (comme la taxation) se sont bien avérées des moyens efficaces pour réduire la consommation globale d'alcool et limiter l'ampleur des problèmes liés à cette consommation (Edwards et al., 1994). Cependant, certains auteurs (v.g. Single, 1995) suggèrent que pour réduire ces problèmes, il serait plus efficace de viser à réduire les quantités consommées par occasion ou la fréquence des occasions de grande consommation, dans l'ensemble de la population. Supportant cette proposition, les résultats de plusieurs études empiriques montrent que certains aspects du profil de consommation—comme les quantités d'alcool consommées par occasion ou la fréquence des occasions de forte consommation—sont de meilleurs prédicteurs des problèmes liés à la consommation d'alcool que le volume de consommation (v.g. Hauge et Irgens-Jensen, 1986; Kreitman et Duffy, 1982).

La question de l'efficacité potentielle de diverses stratégies de réduction de la consommation d'alcool dans la population, pour réduire la prévalence des problèmes liés à l'alcool, est au cœur de la présente étude. De façon générale, notre objectif est d'examiner, à l'aide d'analyses de données d'enquête et de modèles prédictifs, l'impact de diverses stratégies de réduction de la consommation d'alcool dans la population sur la prévalence des problèmes liés à cette consommation. Avant d'élaborer plus avant sur les objectifs spécifiques et la démarche analytique de l'étude, nous présentons un bref survol des études sur les conséquences de la consommation d'alcool sur la santé et le bien-être, ainsi qu'un survol du développement des politiques publiques proposées depuis deux décennies par la communauté scientifique, et plus particulièrement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour limiter l'ampleur des problèmes liés à la consommation d'alcool. Nous faisons en outre un examen plus approfondi des études scientifiques à la base des politiques de contrôle et de réduction de la consommation d'alcool.

Chapitre 1 - Contexte théorique

1.1 Les risques associés à la consommation d'alcool

La consommation d'alcool est un important facteur de risque pour divers problèmes de santé physique, mentale et de multiples conséquences négatives au plan social. Les études sur la question se sont multipliées sans que ne soit jamais sérieusement mis en doute cette relation positive générale entre la consommation d'alcool et l'occurrence de ces problèmes. Cette conclusion générale s'est maintenue en dépit des particularités des populations étudiées et de la grande variété des méthodologies, mesures et plans d'analyses utilisés.

1.1.1 *Les conséquences de la consommation d'alcool sur la santé physique*

Anderson et al. (1993) ont récemment conduit une vaste revue des études sur les risques pour la santé physique associés à la consommation d'alcool. Dans cette revue, 156 articles présentant 136 études différentes ont été recensés. Ces articles avaient été sélectionnés parmi un ensemble de 800 articles publiés sur la question, sur la base d'une inclusion de mesures quantitatives de la consommation d'alcool et de mesures individuelles de risque ou de problèmes de santé associé à la consommation d'alcool. Pour plusieurs problèmes de santé physique, il y a de fortes évidences d'une relation dose-réponse entre la consommation d'alcool et les risques. C'est le cas notamment des cirrhoses du foie, de certains cancers du tube digestif (du pharynx, du larynx et de l'oesophage), du cancer du rectum (bière seulement), du cancer du foie et du sein, de l'hypertension artérielle et de certains troubles cardiaques. La consommation excessive d'alcool semble également augmenter les risques d'arythmie cardiaque et de problèmes cardiomyopathiques. Notons par contre que, comparés aux abstinents, les buveurs modérés apparaissent moins à risque face aux maladies cardio-vasculaires. Ce rôle apparemment protecteur de la consommation d'alcool se reflète dans ce qui est communément appelé la *courbe en J* entre la consommation d'alcool et la mortalité par maladies cardio-vasculaires. Cet effet protecteur apparaît à des niveaux de consommation relativement bas, soit une consommation d'un verre tous les deux jours à deux verres par jour (Edwards et al, 1994).

Par ailleurs, il est également clair que les conséquences physiques de la consommation ne sont pas restreintes à ces cas de maladies mortelles, généralement induites par une consommation abusive et prolongée. La consommation d'alcool est également un important facteur de risque pour les accidents de la route, les accidents au travail, les chutes fatales, les actes de violence, voire aussi les suicides (pour une revue des études, voir Romelsjö, 1995).

1.1.2 *Les problèmes de santé mentale*

Comparativement à la quantité impressionnante d'études sur les risques que pose la consommation d'alcool sur la santé physique, relativement peu d'études ont examiné les conséquences de la

consommation d'alcool sur la santé mentale. Celles que nous avons recensées indiquent néanmoins une association positive significative entre la consommation d'alcool et divers indicateurs de santé mentale. Globalement, la consommation d'alcool ou la consommation abusive d'alcool augmente les risques de dépendance alcoolique, de détresse psychologique, de dépression, d'idéations suicidaires, de tentatives de suicide et de suicides.

La dépendance alcoolique est définie dans le DSM-IV comme un syndrome caractérisé par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois consécutifs: consommation d'alcool en grande quantité et sur une longue période de temps; désir persistant d'alcool ou tentatives infructueuses d'en réduire la consommation; temps considérable à consommer de l'alcool; symptômes d'intoxication fréquents quand le sujet est censé accomplir des obligations majeures; poursuite de la consommation malgré l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques et physiques causés par la consommation; tolérance marquée; symptômes caractéristiques de sevrage; consommation d'alcool dans le but d'éviter ces symptômes (APA, 1994). Plusieurs études ont montré une association positive significative entre le niveau de consommation d'alcool et l'occurrence du syndrome de dépendance alcoolique (Grant et Harford, 1990) ou l'occurrence de divers symptômes spécifiques de dépendance (Clark et Midanik, 1982; Fillmore et al., 1992; Harford et al., 1991; Hauge et Irgens-Jensen, 1986, 1987; Mâkela et Simpura, 1985).

Plusieurs études ont démontré qu'il existe une relation significative entre la consommation d'alcool ou la consommation abusive d'alcool et le suicide. Il a été montré notamment que la prévalence de problèmes de surconsommation d'alcool était significativement plus grande chez les personnes qui attendent à leur vie que celle observée dans la population générale (Beskow, 1979; Roizen, 1982). Inversement, la prévalence de suicide parmi les alcooliques est significativement plus élevée que celle observée dans la population générale. Par exemple, une étude Suédoise auprès des conscrits a révélé que le risque de suicide parmi les grands buveurs (20+ consommations / semaine) sur un suivi de 13 ans était 5,1 fois plus grand que celui des abstinents (risque relatif de 5,1). Le risque relatif de suicides probables était de 9,4, avec une croissance linéaire du risque avec le niveau de consommation pour les deux catégories de suicide (Andreasson et al., 1988). La prévalence à vie de suicide parmi les alcooliques est généralement estimée entre 11% et 15% (Roizen, 1989).

Murphy et Wetzel (1990) ont suggéré que la comorbidité jouait un rôle important dans le suicide des alcooliques, avec la dépression qui occupe une position centrale. Ces auteurs ont rapporté un épisode dépressif dans 50 à 75% des cas de suicide d'alcooliques, un taux beaucoup plus élevé que ce qui est observé parmi les alcooliques hospitalisés. Certains auteurs (Edwards et al., 1994, chap. 4) ont suggéré qu'il était raisonnable de penser qu'il existe une certaine relation causale entre la consommation et le suicide. L'abus d'alcool peut conduire à une détérioration des liens sociaux. Des états d'intoxication aiguë peuvent réduire les capacités d'auto-contrôle et déclencher une inclination suicidaire. Et, comme le soulignaient également Murphy et Wetzel, la consommation abusive d'alcool est associée à la dépression, un des premiers précurseurs du suicide.

1.1.3 Les conséquences sociales associées à la consommation d'alcool

La consommation d'alcool peut également avoir des conséquences très néfastes, et parfois désastreuses, sur la vie sociale des buveurs et des membres de leur entourage. Mäkelä (1978) et Midanik (1995) qui ont revu les études sur cette question montrent que la consommation d'alcool est significativement associée à l'occurrence de problèmes sociaux, dont les problèmes familiaux, les problèmes de relations sociales, les problèmes au travail ou aux études, les problèmes financiers, les problèmes d'ordre public et la violence. De façon générale, la probabilité de conséquences sociales négatives augmente avec le niveau de consommation.

1.2 Les politiques publiques face au problème de la consommation d'alcool

Face à l'ampleur des problèmes liés à l'alcool, les gouvernements nationaux et les organisations internationales ont reconnu l'importance d'adopter des politiques claires et scientifiquement bien établies. L'OMS a joué un rôle central en ce sens, en favorisant l'émergence de comités d'experts et de structures de recherche visant à étayer les bases scientifiques de telles politiques et à favoriser leur essor dans la communauté internationale. Deux ouvrages particulièrement importants sont ressortis de telles mises en commun des efforts et expertises internationales. Le premier, intitulé «Alcohol Control Policies in Public Health Perspective», fut publié il y a plus de 20 ans par un groupe d'experts, en collaboration avec l'OMS (Bruun et al., 1975). Ce rapport a largement influencé le développement des politiques publiques de plusieurs pays en matière d'alcool (Edwards et al., 1994). Il permet de faire le point sur les risques associés à la consommation d'alcool, sur l'ampleur des problèmes liés à cette consommation, sur les tendances mondiales au niveau de la production et de la consommation d'alcool et sur les politiques publiques en matière d'alcool.

La conclusion générale qui se dégage du rapport est que l'évolution de la consommation globale d'alcool a des conséquences manifestes sur la santé des individus et des populations, que des mesures de contrôle peuvent être employées dans une perspective de santé publique pour limiter la consommation d'alcool, et ainsi restreindre l'ampleur des problèmes conséquents. Parmi les mesures de contrôle suggérées, notons celles affectant la disponibilité de l'alcool (limite des heures et jours d'ouverture, du nombre et du type de débits de boisson), son prix (taxation), ou de toutes autres façons son accessibilité (âge légal minimum pour acheter et consommer l'alcool, responsabilisation et éducation des serveurs et propriétaires de débits de boisson).

Bien avant la parution du rapport, plusieurs mesures de contrôle de l'alcool étaient en place dans plusieurs pays. Néanmoins, le rapport permit de sensibiliser la communauté internationale à l'ampleur des problèmes liés à l'alcool, aux risques que présentait la croissance de la consommation dans le monde, à l'époque, et à la nécessité pour les gouvernements d'adopter des mesures de contrôle en vue de limiter la consommation et les problèmes connexes. Les politiques de réduction

globale de la consommation, telles celle du Gouvernement du Québec visant à réduire cette consommation de 15%, d'ici l'an 2000 (MSSS, 1992), se sont inscrites dans ce contexte.

La contribution subséquente de nombreuses études et rapports de grande envergure (v.g. Grant, 1987; Klingemann et al., 1992; Rootman & Moser, 1984; Single et al., 1981) ont par la suite grandement contribué à faire évoluer le discours sur les politiques en matière d'alcool. À cet effet, aucun autre document ne permet mieux d'en faire la synthèse que celui d'Edwards et al. (1994) «Alcohol Policy and the Public Good». À l'instar du rapport de Brunn et al. de 1975, ce document fut publié par un comité d'experts en collaboration avec l'OMS Europe, et il fait également le point sur les risques associés à la consommation d'alcool, sur l'ampleur des problèmes liés à cette consommation, sur les tendances mondiales dans la consommation et la production d'alcool et sur les politiques publiques en matière d'alcool.

Les conclusions générales qui ressortent de ce rapport peuvent se résumer comme suit: (1) les politiques en matière d'alcool se doivent de considérer l'ensemble des problèmes liés à l'alcool ainsi que l'ensemble des buveurs; (2) étant donné l'étendue des problèmes liés à l'alcool et les coûts énormes qu'ils font encourir à l'ensemble de la société, ces problèmes doivent être considérés de façon prioritaire par les instances décisionnelles; (3) les politiques de santé publique en matière d'alcool ont des assises scientifiques bien démontrées, et il existe des mesures de santé publique dans ce domaine pour lesquelles l'efficacité est bien établie; (4) le but fondamental des politiques publiques en matière d'alcool est la réduction des problèmes liés à la consommation d'alcool.

Comme le souligne très bien Single (1995), le grand changement qui ressort de ce document par rapport à celui de Brunn et al. (1975), et plus généralement dans le champ des politiques publiques en matière d'alcool depuis 1975, est une réorientation de ces dernières vers des politiques de réduction des méfaits, le «harm reduction». Les politiques visent davantage à réduire ou à minimiser les conséquences négatives de la consommation plutôt que de viser à réduire la consommation en soi. Comme l'indique également Single, plusieurs facteurs sont à la base de cette réorientation des politiques en faveur de la réduction des méfaits. Le soutien politique pour le contrôle de l'accessibilité à l'alcool est à la baisse, surtout dans le contexte actuel d'une consommation décroissante dans plusieurs pays et de l'érosion des barrières commerciales. Cette tendance risque également de se poursuivre, avec la publicité grandissante sur les bénéfices potentiels pour la santé, d'une consommation modérée d'alcool.

1.2.1 Les bases scientifiques des politiques de réduction de la consommation d'alcool

La proposition de mesures de contrôle pour réduire la consommation globale d'alcool dans la population dans le but de réduire la prévalence des problèmes liés à l'alcool était fondée dans le rapport de Brunn et al. (1975) sur les observations suivantes: (1) comparativement à la population générale, les grands buveurs sont substantiellement plus à risque de mort prématurée; (2)

l'importance étiologique de l'alcool dans la mortalité par cirrhose du foie, accidents et certains cancers est bien démontrée; (3) des considérations théoriques et certaines observations empiriques indiquent qu'une diminution substantielle de la consommation d'alcool est susceptible d'être suivie d'une réduction de la prévalence de grands buveurs; (4) certaines mesures de contrôle (ex. prix, âge légal pour consommer, limitations des débits de boisson) sont des moyens efficaces pour réduire la consommation totale d'alcool. De ces observations, les auteurs infèrent que les mesures de contrôle peuvent induire une baisse de la consommation totale d'alcool qui permettra de réduire la prévalence de grands buveurs et, incidemment, la mortalité due à l'abus d'alcool.

Notons ici que l'efficacité des mesures de réduction de la consommation pour réduire la mortalité due à l'alcool n'était encore qu'hypothétique. En outre, on peut objecter à cette argumentation que la mortalité par cirrhose du foie ou autres affections mortelles dues à l'abus chronique d'alcool n'est pas le seul problème causé par l'alcool. Un grand nombre de problèmes sont d'ordre social et psychologique. Aussi, plusieurs problèmes associés à l'alcool émergent de comportements de consommation à risque qui ne se traduisent pas nécessairement par de grands volumes de consommation. Le cas des intoxications occasionnelles entraînant des accidents de la route en est un exemple patent. Les «grands buveurs», ou ceux qui consomment régulièrement de grands volumes d'alcool, ne sont donc pas les seuls à présenter des problèmes liés à leur consommation et les politiques sur l'alcool ne doivent pas être exclusivement orientées sur les problèmes de ces buveurs.

Les cinq points suivants, qui résument les conclusions du rapport d'Edwards et al. (1994) à l'égard des politiques de réduction de la consommation d'alcool, permettent d'apprécier l'évolution du discours depuis les 20 dernières années:

- 1) le risque qu'un individu a de présenter un problème lié à la consommation d'alcool est significativement associé à son niveau de consommation;
- 2) la prévalence de problèmes liés à la consommation d'alcool dans une population est significativement relié au niveau global de consommation d'alcool dans cette population;
- 3) généralement, une croissance du niveau global de consommation se reflète par une croissance de la consommation dans l'ensemble des buveurs, y compris les grands buveurs; la conséquence de cette croissance de la consommation sur la prévalence des problèmes particuliers dépend des courbes de risque;
- 4) les politiques de réduction de la consommation doivent être concernées par l'ensemble des buveurs; deux types de résultats permettent d'appuyer cette assertion:
 - a) les mesures de prévention ou contrôle qui affectent l'ensemble des buveurs touchent également les grands buveurs;
 - b) plusieurs des problèmes liés à la consommation d'alcool sont largement distribués parmi l'ensemble des buveurs;
- 5) le but des politiques d'alcool est de réduire l'occurrence de problèmes liés à l'alcool: pour ce faire, la stratégie première consiste à créer un environnement propice à promouvoir la santé en encourageant les comportements de boire sains et décourageant ceux qui posent des

risques pour la santé; le second type de stratégies concerne les mesures ciblées sur les comportements et contextes spécifiques.

Comme on peut le constater, certains points litigieux du rapport de Bruun et al. de 1975 ont été clairement pris en compte dans le récent rapport d'Edwards et al. (1994). Il est maintenant clairement reconnu qu'il n'y a pas de formule unique pour s'attaquer aux problèmes liés à l'alcool, que ces problèmes ont de multiples causes, qu'ils émergent dans des situations variées et affectent une diversité de gens. Les fondements scientifiques sont mieux assurés, et comme le soulignait Single (1995), l'emphase est davantage mise sur la réduction des problèmes liés à l'alcool que sur la réduction de la consommation en soi. Diverses stratégies sont proposées à cette fin, dont certaines mesures spécifiques ciblées sur certains contextes et comportements plus à risque, comme la conduite en état d'ivresse. Mais la stratégie première reste globale, elle vise l'ensemble des buveurs ainsi qu'un certain contrôle du niveau de consommation dans la population

The overall strategy must create an environment which helps people to make healthy choices and renders unhealthy choices more difficult or expensive; *but if the level of alcohol consumption is allowed to run free and go high, more targeted interventions will be rendered null and void.* (Edwards et al., 1994, p. 206, italique dans le texte original).

Un autre passage des conclusions du rapport résume bien, et de façon plus explicite, le type de stratégie globale préconisée par les auteurs:

A policy mix which makes use of taxation and control of physical access, which supports drink-driving countermeasures, and which invests broadly in treatment and particularly in primary care, is on all the research evidence likely to achieve success in reducing the level of problems. (Edwards et al., 1994, p. 211).

Il ressort toujours de ces conclusions que des politiques de limitation, voire de réduction, de la consommation globale d'alcool dans la population, par l'entremise de différentes mesures de contrôle, restent des moyens efficaces pour réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool. Essentiellement, on appuie ceci sur le fait que le niveau de consommation est positivement associée aux risques de divers problèmes liés à l'alcool, tant sur le plan individuel que collectif, que les grands buveurs sont susceptibles d'être affectés par des mesures de réduction globale de la consommation, et d'ailleurs, que les problèmes liés à l'alcool sont largement distribués parmi l'ensemble des buveurs.

Cependant, à l'instar de Single (1995), on peut s'étonner que l'importance des profils de consommation pour expliquer les problèmes de consommation n'ait pas été soulevée ou considérée dans les conclusions du rapport. On sait pourtant très bien et depuis longtemps (Cahalan et Cisin, 1968; Knupfer, 1966) que, pour un volume de consommation donné, les conséquences d'une consommation fréquente mais modérée sont bien différentes de celles d'une consommation occasionnelle et massive. Qu'un individu consomme 14 verres d'alcool par semaine en ne prenant que deux verres par jour, ou qu'il en consomme le même nombre d'un seul coup, lors d'une sortie en soirée, fait toute la différence entre un comportement potentiellement bénéfique pour la santé et un comportement hautement risqué. En outre, il existe des évidences empiriques incontestables à l'effet que certains aspects de la consommation d'alcool, dont la fréquence des intoxications et les quantités consommées par occasion, sont de meilleurs prédicteurs des problèmes liés à l'alcool que ne l'est le volume de consommation. Les résultats de plusieurs grandes enquêtes menées dans différents pays convergent en ce sens (Bondy, 1994; Hauge et Irgens-Jensen, 1986; Hilton, 1991; Kreitman et Duffy, 1982; Midanik et al, 1994; Single et al., 1994; Single & Wortley, 1993; Stockwell et al, 1994). Certaines de ces études (Midanik et al., 1994; Single et al., 1994; Stockwell et al., 1994) ont même montré que les petits buveurs qui boivent immodérément, de façon occasionnelle, avaient des niveaux particulièrement élevés de problèmes liés à la consommation d'alcool.

Greenfield (1986) a suggéré qu'une mesure globale de consommation, comme le volume annuel ou le volume à vie, pouvait être un meilleur prédicteur de certains types de problèmes occasionnés par un usage abusif et prolongé d'alcool, tels que les dommages organiques ou les cirrhoses du foie. Et à l'inverse, que les profils de consommation pouvaient s'avérer de meilleurs prédicteurs que le volume pour les problèmes comportementaux et sociaux occasionnés par l'alcool, comme la conduite en état d'ivresse et le vandalisme.

Enfin, comme le souligne à juste titre Midanik (1995), les résultats de nombreuses études épidémiologiques soulignent l'importance de considérer les facteurs sociaux quand on examine la relation entre la consommation d'alcool et ses conséquences. Il s'est avéré entre autres que les profils de consommation et les prévalences de problèmes liés à l'alcool différaient grandement selon l'âge, le sexe et le niveau de revenu des buveurs (pour une revue, voir Secretary of Health and Human Services, 1990). Par exemple, il est bien connu que les hommes consomment plus d'alcool et rapportent plus de problèmes liés à l'alcool que les femmes, et qu'il en est de même pour les jeunes relativement aux gens plus âgés (voir entre autres Clark et Hilton, 1990). Certains ont aussi rapporté qu'à niveau de consommation égal, les risques relatifs des hommes et des femmes de présenter certains types de problèmes liés à la consommation pouvaient différer significativement (Harford et al., 1991).

1.2.2 Le paradoxe de la prévention

Ces résultats sur l'importance des profils de consommation dans l'explication des problèmes d'alcool permettent de soulever le voile sur un argument qui a souvent été invoqué pour justifier les mesures de réduction globale de la consommation, celui *du paradoxe de la prévention*¹.

Cet argument se résume dans la proposition suivante. Bien que les grands buveurs soient plus à risque de présenter des problèmes liés à l'alcool que les buveurs modérés, ces derniers, étant en beaucoup plus grand nombre que les grands buveurs, contribuent davantage que les grands buveurs au nombre total de problèmes d'alcool dans la population. Comme on s'en doute, ce type d'explication ne tient que lorsque l'on définit les grands buveurs sur une base de grands volumes de consommation, ce qui se fait normalement. Effectivement, comme le résume très bien Skog (1996), plusieurs des problèmes dus à l'alcool (comme la conduite en état d'ivresse, les bagarres, la violence et en général, les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool) sont amenés davantage par l'intoxication que par les volumes d'alcool, et effectivement, l'intoxication est très prévalente parmi les buveurs «modérés», c'est-à-dire ceux qui ont de faibles volumes de consommation. En fait, si l'on définissait la consommation à risque en fonction des intoxications ou des quantités consommées par occasions, et non du volume de consommation, il est fort probable qu'un tel indice de consommation à risque soit un excellent prédicteur des problèmes liés à l'alcool. Dans cette situation, l'explication amenée par *le paradoxe de la prévention* ne pourrait s'appliquer, et des politiques de réduction de la consommation visant les buveurs à risque pourraient s'avérer beaucoup plus efficaces pour réduire la prévalence des problèmes que des politiques de réduction globale de la consommation.

1.2.3 Conclusion sur les politiques de réduction de la consommation d'alcool

À la lumière de ces résultats et considérations, il est difficile d'admettre qu'une politique visant à réduire la consommation globale d'alcool dans la population soit nécessairement le meilleur moyen de réduire la prévalence des problèmes liés à l'alcool. Il est clairement établi que certains aspects de la consommation d'alcool, dont la fréquence des intoxications et les quantités consommées par occasion, sont de meilleurs prédicteurs de ces problèmes que ne l'est le volume de consommation. En conséquence, il y a tout lieu de croire que la réduction de ces aspects de la consommation d'alcool chez les buveurs amène de plus fortes réductions de problèmes qu'une réduction du volume de consommation. Il y a également lieu de croire que l'impact de la réduction des différents aspects de la consommation peut être fort différent selon le problème considéré et selon le profil

1. L'expression «paradoxe de la prévention» avait été proposée à l'origine par Rose (1981), dans un article sur la prévention des maladies coronariennes, dans lequel il était suggéré qu'une stratégie préventive pouvant réduire les niveaux de cholestérol du groupe à haut risque serait moins efficace pour réduire l'incidence globale des maladies coronariennes qu'une stratégie pouvant réduire, même marginalement, le taux global de cholestérol dans l'ensemble de la population. L'article de Kreitman (1986) a fourni une démonstration empirique d'une situation similaire pouvant s'appliquer aux problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool.

sociodémographique des buveurs. Il existe en outre différentes façons de réduire la consommation d'alcool—notamment des stratégies globales visant l'ensemble des buveurs et des stratégies ciblées sur les buveurs plus à risque. Les études qui ont comparé ces deux types de stratégies ont généralement conclu à l'avantage des premières, mais ces études se sont généralement concentrées sur le volume de consommation pour définir la consommation à risque. Il n'est pas encore démontré que les stratégies ciblées ne soient pas plus efficaces que les stratégies globales pour réduire les problèmes liés à l'alcool lorsqu'on définit la consommation à risque selon d'autres critères que le volume de consommation—comme la fréquence des intoxications et les quantités consommées par occasion. Une telle démonstration pourrait également prendre en compte la variété des problèmes liés à l'alcool ainsi que les sous-populations de buveurs dans lesquelles ces stratégies pourraient s'appliquer.

1.3 Les objectifs et le plan général de l'analyse

L'objectif central de cette étude est d'examiner, à l'aide d'analyses de données d'enquête et de modèles prédictifs, l'impact qu'auraient sur la prévalence de divers problèmes de santé physique, mentale et sociale, diverses stratégies de réduction de la consommation d'alcool dans la population. Des stratégies orientées vers la réduction de la consommation parmi l'ensemble des buveurs sont examinées, ainsi que des stratégies orientées vers la modération de la consommation chez les buveurs à risque. À l'intérieur de ces deux grands types de stratégies, on examine également l'impact de la réduction de divers aspects du profil de consommation, telles que la fréquence et le volume de consommation, la fréquence des occasions de forte consommation et la quantité maximale consommée par occasion. Enfin, les réductions attendues dans les prévalences de problèmes suivant les diverses stratégies de réduction de la consommation sont examinées tant pour l'ensemble des buveurs que pour les sous-groupes de buveurs définis sur la base des facteurs sociaux associés à la santé et à la consommation d'alcool (sexe, âge, revenu, support social, consommation de tabac, exercice physique).

En outre, nous posons deux hypothèses générales:

- 1) Les fréquences d'occasions de forte consommation et les quantités maximales d'alcool consommées par occasion sont plus prédictives des problèmes liés à la consommation d'alcool que ne l'est le volume de consommation.
- 2) La réduction des quantités d'alcool consommées par occasion—fréquence d'occasions de forte consommation et quantité maximale d'alcool consommée par occasion—permettra de réduire la prévalence des problèmes liés à l'alcool, davantage que la réduction du volume de consommation.

Dans une première étape, des analyses descriptives sont menées pour évaluer les prévalences des divers problèmes de santé et de bien-être², examiner les profils de consommation et enfin évaluer les relations bivariées entre les profils de consommation, les problèmes de santé et de bien-être et les facteurs sociaux. Dans une deuxième étape, des analyses de régression logistique sont conduites pour évaluer les relations entre les profils de consommation et les problèmes liés à l'alcool, en contrôlant pour les facteurs sociaux. Ces analyses permettent également de développer les modèles prédictifs qui servent, lors de la troisième étape des analyses, à estimer les prévalences de problèmes suivant les différentes stratégies de réduction de la consommation d'alcool. Les changements attendus dans les prévalences de problèmes suivant les diverses stratégies de réduction de la consommation sont évalués tant pour l'ensemble des buveurs que pour les différents groupes de buveurs définis sur la base des facteurs sociaux.

Soulignons ici que ce que nous entendons par impact de stratégies de réduction de la consommation concerne l'impact prévu, sur la base de modèles prédictifs développés empiriquement, de réductions qui seraient effectivement amenées dans la consommation d'alcool. Il n'est pas dans les visées de cette étude d'évaluer les modalités d'implantation des différentes stratégies de réduction de la consommation dans la population, leur faisabilité et conséquences réelles sur la consommation, leurs coûts ou leurs implications politiques et sociales. Les modèles proposés sont en ce sens relativement simples et ne peuvent tenir compte des multiples aléas de tentatives concrètes de réduire la consommation d'alcool dans la population.

2. L'expression « problèmes de santé et de bien-être » est utilisée pour référer globalement à l'ensemble des problèmes de santé physique, de santé mentale et des problèmes sociaux découlant de la consommation d'alcool.

Chapitre 2 - La méthodologie

2.1 La population visée et l'échantillon

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'analyse des données de deux enquêtes: l'Enquête Sociale et de Santé du Québec 1992 (ESSQ-92, Santé Québec, 1995) et l'enquête de Deniers et Kishchuck (EDK-93³, 1993). Ces deux enquêtes ont porté sur de larges échantillons tirés de la population générale et comprennent entre autres des données individuelles sur les profils de consommation d'alcool et divers problèmes associés à cette consommation. L'ESSQ est une vaste enquête sociale et de santé conduite tous les cinq ans auprès d'un large échantillon représentatif des ménages québécois (excepté pour les régions nordiques et les réserves indiennes). La base de données de l'enquête comprend deux parties: la première dans laquelle l'information sur chacun des membres du ménage est recueillie auprès d'un informateur clé dans le ménage, et l'autre ~ sur laquelle sont fondées les analyses présentées dans ce rapport ~ qui comprend les réponses au questionnaire auto-administré (QAA) donné à chacun des membres du ménage âgés de 15 ans et plus. Ce questionnaire (présenté dans Santé Québec, 1995) comprenait des questions sur l'état de santé (physique, psychologique et sociale), les habitudes de vie (dont la consommation d'alcool et de tabac, l'exercice physique) et diverses questions relatives à la santé (v.g. la vie sociale, l'emploi). Les données ont été recueillies durant une période d'un an (de novembre 1992 à novembre 1993) pour contrôler l'influence potentielle des saisons. Une procédure complexe d'échantillonnage stratifié a été utilisée selon laquelle de petites aires de dénombrement furent sélectionnées au hasard, à l'intérieur de plus grandes aires géographiques, suivi d'une sélection aléatoire des ménages dans ces aires (pour plus de détails sur le plan d'échantillonnage, voir Santé Québec, 1995).

Des 14 892 ménages admissibles au sondage, 13 266 ont répondu au questionnaire administré par l'intervieweur, pour un taux de réponse de 87,2% après pondération. De ces 13 266 ménages, 27 310 personnes âgées de 15 ans et plus étaient admissibles au questionnaire auto-administré, et 23 564 y ont répondu, pour un taux de réponse de 85%. Le taux global de réponses au QAA, qui est le produit de ces deux taux de réponses, est de 74,1% après pondération. Parmi les 23 564 répondants au QAA, 15,1% n'ont jamais bu d'alcool et 5,7% en n'ont pas bu dans l'année précédant le sondage. Les résultats qui suivent sont basés sur les réponses des 18 407 répondants au QAA qui ont dit avoir consommé de l'alcool dans l'année précédant l'enquête. Ils représentent 79,1% des répondants au QAA: 52% sont des hommes et 48% sont des femmes; l'âge moyen est de 39,6 ans (s = 15,4 ans).

3. Nous sommes très reconnaissants à Andrée Demers et Nathalie Kishchuck de nous avoir donné accès à leurs données d'enquête pour notre étude. Cependant, par économie de langage et pour être cohérent avec la pratique que nous avons adopté pour PESSQ-92, nous utiliserons dans la suite du texte le terme EDK-93 pour référer à leur enquête—l'enquête de Demers et Kishchuck (1993).

Dans l'ESSQ-92, les questions portant sur les problèmes explicitement occasionnés par la consommation d'alcool—tels qu'une rupture avec le conjoint ou les amis, des problèmes au travail ou aux études, des bagarres, des problèmes au volant—constituaient un intérêt considérable dans le contexte de notre étude. Malheureusement, ces questions n'ont été posées qu'aux répondants qui avaient répondu affirmativement à au moins une des questions du CAGE (Ewing & Rouse, 1970; Mayfield, McLeod & Hall, 1974)—un instrument fait de quatre questions visant à dépister les problèmes de consommation d'alcool. Ces répondants comptaient pour 28% de l'ensemble des buveurs.

C'est pour contrer ce problème de sélection—et ainsi analyser adéquatement la relation entre la consommation d'alcool et les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool—que nous avons eu recours aux données de l'enquête de Deniers et Kishchuk (1993) ou, plus simplement, l'EDK-93. Cette enquête, qui portait sur les pratiques de boire dans la population générale, les réseaux d'influence et les représentations sociales du boire, comprenait des mesures de consommation d'alcool et de problèmes liés à la consommation d'alcool similaires à celles de l'ESSQ-92. Cependant, les questions relatives aux problèmes liés à la consommation d'alcool étaient posées à tous les répondants.

L'EDK-93 a été menée, en avril 1993, par entrevues téléphoniques auprès d'un échantillon aléatoire d'adultes du Montréal métropolitain. L'échantillon a été construit par composition aléatoire de numéros de téléphone et suivant une procédure de sélection d'un répondant par ménage. L'échantillon initial comprenait 4 935 numéros valides de ménages privés. De ce nombre, 3 155 entrevues ont été complétées (taux de réponse de 64%) dont 2 015 par des buveurs actifs ~ soit des répondants qui avaient consommé de l'alcool (bière, vin ou autre) au moins une fois dans les trois mois précédant l'enquête. De ce nombre, 51,3% sont des hommes ($n = 1\ 034$) et 48,7% sont des femmes ($n = 981$). L'âge moyen des buveurs est de 39,7 ans ($s = 14,6$).

2.2 Les mesures

Trois grands ensembles de variables sont analysés: (1) les variables liées aux problèmes de santé et de bien-être; (2) les variables liées à la consommation d'alcool; (3) les facteurs sociaux associés à la santé et à la consommation d'alcool. Les facteurs de santé et de bien-être comprennent globalement les problèmes de santé physique, les problèmes de santé mentale, ainsi que les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool.

2.2.1 Les indicateurs de santé et de bien-être

- *Les indicateurs de santé physique*

Cinq indicateurs⁴ de santé physique ont été évalués, dont quatre issus de l'ESSQ-92 et un issu de l'EDK-93. Chacun d'eux est une variable dichotomique indiquant la présence d'un problème lié à la santé ou l'occurrence d'un événement ou situation indiquant un problème de santé physique. Globalement, ces indicateurs concernent la santé perçue, l'occurrence d'accidents, la limitation d'activité pour cause de problèmes de santé, l'occurrence d'une consultation médicale et l'occurrence de problèmes de santé physique non spécifiés dus à la consommation d'alcool.

L'indicateur de santé perçue est issu de l'énoncé A1 de l'ESSQ-92: «Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général... 1-excellente; 2-très bonne; 3-bonne; 4-moyenne; 5-mauvaise». Les réponses ont été classées en deux catégories selon qu'elles représentent une perception positive de la santé (les trois premières réponses) ou une perception non positive de la santé (les deux dernières).

Le deuxième indicateur de santé physique indique l'occurrence dans les 12 mois précédant l'enquête d'un accident ayant entraîné une limitation d'activité ou une consultation médicale. Cet indicateur fut tiré de la série d'indices et indicateurs conçus par Santé Québec (Santé Québec, 1994), à partir des données d'enquête («Aclimcon» dans la base Ind92.sav).

Le troisième indicateur réfère à l'occurrence dans les deux semaines précédant l'enquête de journées d'incapacité pour des raisons de santé (questions R1, R3 et R6 de l'ESSQ-92). Ces journées d'incapacité comprenaient celles où la personne dut restée alitée (R1), celles où elle fut incapable d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école (R2), et celles où elle dut restreindre ses activités habituelles (R3), également pour des raisons de santé.

Le quatrième indicateur tiré de l'ESSQ-92 indique l'occurrence d'une consultation médicale dans les deux semaines précédant l'enquête. Cet indicateur fut également tiré de la base d'indicateurs développés par Santé Québec (soit l'indicateur ConsProf).

4. Nous utilisons le terme «indicateur» pour référer aux variables mesurant un aspect d'un concept plus largement défini. On dira, par exemple, que l'occurrence d'une consultation médicale dans les deux dernières semaines est un indicateur de problème de santé. On dira, par contre, que la fréquence de consommation est une mesure de consommation puisqu'elle mesure directement ce qu'elle est censé mesurer. Enfin, un indice est une mesure composée à partir d'un ensemble d'indicateurs.

Enfin, le seul indicateur de santé physique tiré de l'EDK-93 renvoie à l'occurrence, durant les trois mois précédant l'enquête, de problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool. Contrairement aux quatre indicateurs précédents, celui-ci indique la présence d'un problème de santé physique directement en relation avec la consommation d'alcool.

- *Les indicateurs de santé mentale*

Trois indicateurs de santé mentale ont été tirés de l'ESSQ-92. Ces indicateurs comprennent l'indice de détresse psychologique, l'occurrence d'idées suicidaires dans les derniers 12 mois et l'occurrence d'une tentative de suicide dans les derniers 12 mois.

L'indice de détresse psychologique retenu est une classification dichotomique (détresse normale ou élevée) dérivée d'une version abrégée de l'Indice de Symptômes Psychologiques développé par Ilfeld (1976). Cette version abrégée, dont la fiabilité et la validité ont été démontrées (Préville et al., 1992), comprend 14 des 29 énoncés de l'échelle initiale référant à la fréquence de divers symptômes psychologiques et cognitifs. Le seuil fixé par Santé Québec pour la classification des répondants fut inspiré d'une large étude épidémiologique (Epidemiological Catchment Area Study, Robins & Regier, 1991) qui estimait à 20%, sur une période d'un an, la prévalence de problèmes de santé mentale dans la population américaine.

L'évaluation des ideations suicidaires et tentatives de suicides dans le QAA comprenait deux séries de questions. Dans un premier temps, les répondants étaient amenés à indiquer l'occurrence de ces problèmes au cours de leur vie, et dans un deuxième temps, leur occurrence au cours des derniers 12 mois. Ces questions s'énonçaient comme suit: "Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie) ?" et "Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?" Dans le cas d'une réponse positive à l'une ou l'autre de ces questions, le répondant devait indiquer si cela s'était produit au cours des 12 mois précédant l'enquête. Seules les ideations suicidaires et les tentatives de suicide, au cours des 12 derniers mois, ont été retenues pour les fins d'analyse, afin d'assurer une plus grande validité à l'association entre la consommation d'alcool (relative elle aussi à la dernière année) et ces indicateurs de santé mentale.

- *Les indicateurs de problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool*

Tels que mentionné précédemment, les différents indicateurs de problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool ont été tirés de l'EDK-93. Trois indicateurs ont été retenus pour les fins de la présente étude, chacun indiquant l'occurrence dans les trois mois précédant l'enquête, d'un problème de nature sociale causé par la consommation d'alcool, soit: (1) des problèmes de relations sociales; (2) des problèmes dans la vie familiale ou la vie de couple; (3) des problèmes au

travail, aux études ou relatifs aux possibilités d'emploi. Le libellé des questions allait comme suit:

Nous aimerions savoir si depuis [la date précédant l'entrevue de trois mois], dans certaines circonstances votre consommation d'alcool a nuit à... (1) vos relations avec vos ami(e)s ou votre vie sociale; (2) votre vie familiale ou votre vie de couple; (3) votre travail, vos études ou vos possibilités d'emploi.

2.2.2 Les mesures de consommation d'alcool

Parmi l'ensemble des mesures de consommation d'alcool disponibles dans la base de données de l'ESSQ-92 et dans celle de l'EDK-93, quatre ont été retenues pour les fins des présentes analyses: la fréquence de consommation d'alcool, le volume hebdomadaire habituel de consommation, la fréquence des occasions de forte consommation (5 verres et plus par occasion), et le seuil maximal de consommation (le nombre maximal de verres d'alcool consommés lors d'une occasion). Ces quatre mesures de consommation sont utilisées comme variables indépendantes tout au long des analyses multivariées pour expliquer et prédire les problèmes de santé et de bien-être. Le libellé des questions était semblable dans les deux enquêtes, à l'exception de la période à laquelle les questions sur la consommation référaient: 12 mois dans l'ESSQ-92 et trois mois dans l'EDK-93⁵. La mesure de fréquence était initialement une variable catégorielle indiquant la fréquence habituelle de consommation durant la période de référence. La mesure de volume renvoie au nombre de verres que le buveur rapporte boire habituellement par semaine. La fréquence d'occasions de forte consommation renvoie au nombre d'occasions durant la période de référence où le buveur a consommé cinq verres ou plus (d'où l'expression souvent utilisée de fréquence de 5+). Enfin, le seuil maximal de consommation renvoie à la quantité maximale d'alcool (en nombre de verres) que le buveur rapporte avoir consommée en une occasion durant la période de référence.

Comme il se fait normalement dans les études sur la consommation d'alcool, ces mesures ont été transformées par le log naturel, afin de corriger pour l'allongement vers la droite (*positive skewness*) dans la distribution des réponses (Skog, 1980). Notons que la mesure de fréquence de consommation avait été transformée en nombres de jours de consommation par mois, avant d'appliquer la transformation par le log.

5. Les questions relatives à la fréquence, au volume, à la fréquence de 5+ et au seuil maximal de consommation s'énonçaient comme suit dans l'ESSQ-92: QAA24: Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées? (Chaque jour, de 4 à 6 fois par semaine, de 2 à 3 fois par semaine, une fois par semaine, une ou deux fois par mois, moins d'une fois par mois). QAA29: De façon générale, combien de consommations prenez-vous en moyenne par semaine? QAA25: Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous pris CINQ consommations ou plus dans une même occasion? QAA26: Au cours des 12 derniers mois, quel plus grand nombre de consommations vous souvenez-vous avoir prises à une même occasion?

- *Définition de la consommation modérée et à risque*

L'analyse des stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque a nécessité l'établissement de seuils de consommation pour identifier les buveurs à risque—des seuils en deçà desquelles la consommation d'alcool est définie comme modérée, et au-delà desquelles elle est considérée comme présentant des risques accrus pour la santé et le bien-être. Ces seuils sont établis sur une base théorique pour les hommes et les femmes séparément, et pour chacune des quatre mesures de consommation utilisés comme prédicteurs des problèmes de santé et de bien-être. À partir de ces seuils, on identifie les buveurs à risque et on examine l'impact sur les prévalences de problèmes de santé qu'aurait une modération de la consommation chez ces buveurs à risque.

Différents seuils ont été proposés par les conseils de recherche médicale dans le but d'établir des lignes directrices en matière de consommation saine et modérée (pour une revue, voir Hawks, 1995). Le plus souvent, les recommandations ont été faites sur la base des effets à long terme de la consommation d'alcool sur la santé physique et ne réfèrent généralement qu'au volume de consommation, bien qu'une attention grandissante soit portée à l'établissement de limites quotidiennes. Il est aussi largement reconnu que l'établissement de telles normes doit prendre en compte la sensibilité accrue des femmes aux effets de l'alcool. Le Collège Royal des Médecins du Canada (1991) proposait à cet effet que les limites d'une consommation dite modérée chez les femmes soient établies à un tiers en deçà des limites fixées pour les hommes.

Le Collège Royal des Médecins du Canada a défini une consommation de 0 à 2 verres par jour, pour les hommes, comme une consommation présentant un faible risque pour la santé. Pour cette raison, et pour bien définir un seuil ayant trait au *volume* de consommation, nous avons défini un volume hebdomadaire habituel de 0 à 14 verres par semaine comme modéré, et un volume de 15 verres et plus, comme présentant un risque accru pour la santé. Suivant les recommandations du Collège, le seuil fut réduit d'un tiers chez les femmes; un volume habituel de 10 verres et plus par semaine, chez les femmes, étant alors défini comme une consommation à risque.

Ce n'est que très récemment que la fréquence de consommation a commencé à faire l'objet de recommandations particulières dans l'établissement des lignes directrices en matière de saine consommation. Les nombreuses études sur les bienfaits potentiels d'une consommation modérée d'alcool sur la santé cardiaque n'étaient pas de nature à présenter la fréquence de consommation comme un facteur de risque. Cependant, en considération des risques potentiels qu'une consommation quotidienne régulière peut entraîner dans le développement de certaines conséquences néfastes comme la dépendance psychologique, sinon physique à l'alcool, certains conseils de recherche médicale ont proposé des définitions de la consommation modérée qui incluent au moins un ou deux jours d'abstinence par semaine (ARF/CCSA, 1993; Hawks, 1994; voir aussi Pois et Hawks, 1992, pour une revue). Comme il n'y a pas lieu de croire que la fréquence de consommation ait en soi un impact différent chez les hommes et les femmes, nous avons utilisé un seul critère pour

les deux sexes pour définir une fréquence de consommation à risque: soit une consommation habituelle d'alcool sept jours par semaine.

La fréquence des occasions où une personne consomme cinq verres ou plus ~ ou plus simplement la fréquence de 5+ - est largement reconnue et utilisée comme une mesure de fréquence des occasions de forte consommation, et parfois même comme une mesure de fréquence des intoxications. Cette mesure s'est avérée une des dimensions les plus fortement associées aux problèmes liés à la consommation d'alcool. Comme la consommation de cinq verres ou plus lors d'une occasion peut à juste titre être considérée en soi comme une forte consommation ou une consommation à risque, on comprend que les conseils médicaux n'aient pas établi de seuils en deçà desquels la fréquence de 5+ peut être considérée comme modérée. Par contre, d'un point de vue empirique il est très utile de savoir si au-delà d'un certain seuil, d'une certaine fréquence d'occasions de forte consommation, les risques de divers problèmes liés à l'alcool augmentent sensiblement. De tels seuils permettraient entre autres d'identifier les buveurs qui sont particulièrement à risque de rencontrer des problèmes. Pour établir des stratégies de réduction de la consommation, il peut être également utile de connaître les seuils en deçà desquels les risques peuvent diminuer sensiblement. Évidemment, l'établissement de tels seuils nécessite l'analyse détaillée des courbes de risque pour divers problèmes et divers sous-groupes de buveurs, ce qui à notre connaissance n'a pas encore été fait. Nous nous référerons néanmoins à l'article de Room, Bondy et Ferris (1995) qui ont montré que les risques pour un ensemble de problèmes liés à la consommation d'alcool (v. g. relations sociales, travail, finances, vie familiale) étaient considérablement plus élevés chez les buveurs qui consommaient cinq verres et plus par occasion au moins sur une base mensuelle, comparativement aux buveurs plus modérés. Nous avons donc défini les buveurs qui ont rapporté avoir consommé cinq verres et plus par occasion, plus de 12 fois dans l'année précédente (ESSQ-92), ou plus de trois fois dans les derniers trois mois (EDK-93), comme des buveurs plus à risque. Chez les femmes, la consommation à risque se définit comme une fréquence de plus de huit occasions de 5+ dans les derniers 12 mois (ESSQ-92) ou de plus de deux occasions de 5+ dans les derniers trois mois (EDK-93).

Le seuil maximal de consommation - ou plus précisément la quantité maximale d'alcool (en nombre de verres) consommée en une occasion durant une période donnée ~ est également reconnu comme une dimension importante du profil de consommation, et comme un facteur important de problèmes liés à l'alcool. Kreitman et Duffy (1982), qui ont fait des analyses de régression logistique pour évaluer les risques de divers problèmes selon différents aspects du profil de consommation, ont conclu que la quantité maximale d'alcool consommée par jour, durant une période donnée, était parmi les meilleurs prédicteurs des problèmes liés à l'alcool. Knupfer (1984) et Greenfield (1986) ont suggéré que le seuil maximal de consommation était de toute évidence fortement lié au plus haut niveau d'alcool dans le sang qu'une personne ait connu dans une période donnée, et qu'une telle mesure était préférable pour prédire les risques de problèmes amenés par de fortes, mais possiblement atypiques, intoxications. Knupfer s'est servi des données de neuf échantillons de la population américaine pour comparer différentes mesures de fréquence d'intoxications et de quantités consommées par occasion en relation avec les prévalences de divers problèmes liés à

l'alcool. L'auteur conclut que le meilleur indicateur de risque est la consommation de huit verres ou plus (en une occasion) une fois ou plus par semaine, bien que le meilleur prédicteur pour ce qui est de la totalité des problèmes est un indice combiné incluant la consommation de huit verres et plus, mais sur une plus grande période de temps.

Pour cette mesure de consommation, nous avons donc établi que les buveurs qui avaient consommé huit verres ou plus lors d'une même occasion, une fois dans la dernière année (ESSQ-92) ou dans les derniers trois mois (EDK-93), étaient des buveurs plus à risque de rencontrer divers problèmes liés à la consommation d'alcool. Chez les femmes, celles dont le seuil maximal de consommation était de six verres ou plus étaient classifiées pareillement.

Le tableau 2.1 à la page suivante résume les différents critères utilisés pour définir la consommation à risque chez les hommes et les femmes selon chacune des mesures de consommation, de paire avec les prévalences de buveurs à risque dans les deux enquêtes. Notons d'abord que les prévalences de consommation à risque sont beaucoup plus élevées chez les hommes que chez les femmes; dans plusieurs des cas, ces prévalences sont deux fois plus élevées chez les hommes. Notons aussi que les prévalences sont relativement semblables d'une enquête à l'autre. Enfin, notons que les prévalences de consommation à risque sont beaucoup plus élevées avec les mesures de quantités par occasion (fréquence de 5+, seuil maximal) qu'avec les mesures de fréquence ou de volume de consommation. Ces écarts sont d'autant plus appréciables que les critères de fréquence et de volume à risque ne sont pas particulièrement conservateurs.

Tableau 2.1 Définition et prévalence de la consommation à risque chez les hommes et les femmes

	ESSQ-92 (%)	EDK-93 (%)
Fréquence de consommation		
Hommes: 7 jours / sem.	7,1	10,2
Femmes: 7 jours / sem.	2,6	3,0
Volume habituel de consommation		
Hommes: 15 verres et + / sem.	7,3	10,2
Femmes: 10 verres et + / sem.	3,7	3,1
Fréquence de 5+		
Hommes: 13 occasions et + / an (ou 4+ / 3 mois)	17,1	22,2
Femmes: 9 occasions et + / an (ou 3+ / 3 mois)	8,6	9,7
Seuil maximal de consommation		
Hommes: 8 verres et + / occasion	33,2	26,5
Femmes: 6 verres et + / occasion	21,6	14,7

- Le critère du 15%

Ces différences notables dans les prévalences de consommation à risque, selon le sexe et selon les mesures de consommation, impliquent évidemment qu'une analyse de l'impact des stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque, sur les prévalences de problèmes, ne peut se faire sans référence aux proportions de buveurs à risque identifiées avec chaque mesure de consommation. L'impact est tant le résultat de la force de la relation entre la mesure de consommation et les problèmes que le résultat de la proportion de buveurs touchés par la stratégie de réduction. Cela ne remet pas en question la pertinence de ces stratégies; l'analyse des stratégies visant à modérer la consommation chez les buveurs à risque est tout-à-fait centrale dans cette étude.

Cette limitation dans l'interprétation ne se pose pas quand on définit la consommation à risque sur la base d'une proportion donnée de grands buveurs, par exemple 15%, pour chacune des mesures de consommation. C'est ce que nous avons fait avec le troisième grand type de stratégies, qui visent une modération de la consommation parmi les 15% de buveurs consommant le plus. Pour ces stratégies, la définition des buveurs plus à risque se fait sur une base uniquement empirique. On examine les distributions de réponses et on identifie, à l'aide du 85^{ème} centile, le niveau de consommation au-delà duquel 15% des buveurs consomment davantage. Les critères sont définis pour chaque mesure, dans chacune des enquêtes et séparément pour les hommes et les femmes. Le tableau suivant présente le niveau de consommation ayant permis d'identifier ces 15% de buveurs plus à risque.

Soulignons ici qu'en raison de la distribution des réponses, il n'a pas toujours été possible d'identifier exactement 15% de grands buveurs pour chacune des mesures de consommation. La répartition des buveurs est néanmoins relativement la même d'une mesure à l'autre, tant pour les hommes que les femmes, sauf pour la fréquence de consommation (la seule variable initialement catégorielle) où un plus grand nombre de buveurs sont identifiés comme buveurs à risque.

Tableau 2.2 Définition et prévalence de la consommation à risque chez les hommes et les femmes en utilisant le critère du 15% pour définir la consommation à risque

Critères pour l'ESSQ-92	(pour l'EDK-93)	ESSQ-92	EDK-93
Fréquence de consommation			
Hommes: 4 jours et + /	(idem)	15,9%	17,9%
Femmes: 2 jours et + /	(idem)	18,6%	22,5%
Volume habituel de consommation			
Hommes: 10 verres et + /	(12 + / semaine)	16,1%	15,2%
Femmes: 4 verres et + /	(5 + / semaine)	15,4%	12,5%
Fréquence de 5+			
Hommes: 16 occasions et	(6 + / 3 mois)	14,7%	14,2%
Femmes: 5 occasions et +	(2 + / 3 mois)	15,0%	14,5%
Seuil maximal de consommation			
Hommes: 12 verres et + /	(11 + / occasion)	15,6%	13,3%
Femmes: 7 verres et + /	(6 + / occasion)	12,2%	14,7%

2.2.3 *Les facteurs sociaux de la santé*

Les facteurs sociaux associés à la santé qui ont été retenus comptent trois indicateurs démographiques et socio-économiques (le sexe, l'âge et le niveau de revenu), un indicateur de soutien social, ainsi que deux indicateurs liés aux habitudes de vie (la pratique régulière d'exercices physiques et la consommation de tabac). Ces facteurs sont largement reconnus comme des déterminants de la santé (voir Evans, Barer et Marmor, 1994 pour une revue des facteurs sociaux de la santé). Plusieurs de ces facteurs, dont le sexe, l'âge, le revenu, le soutien social et la consommation de tabac sont également reconnus comme d'importants facteurs associés à la consommation d'alcool et, pour certains, aux problèmes liés à l'alcool.

Pour les fins de l'analyse, nous avons réparti les buveurs de chacune des enquêtes en quatre groupes d'âge: les buveurs 15 à 24 ans, de 25 à 34 ans, de 35 à 54 ans et ceux de 55 ans et plus.

Pour le niveau de revenu, nous avons utilisé l'indice de suffisance du revenu développé par Santé Québec (Sufrev92 dans la base d'indicateurs). Cet indice est fondé sur trois éléments: le revenu total du ménage, le nombre de personnes dans le ménage ainsi que les seuils de faible revenu fixés par StatistiqueCanada(1992)selonlatailleduménage. Notonsque, malgréuncertainauxdenon~réponseoud'imprécision

manquante suite à l'application d'une procédure d'imputation, développée par le Bureau de la statistique du Québec. L'indicateur de niveau de revenu utilisé dans l'analyse des données de Deniers (1993) est une répartition des répondants en quatre groupes selon le revenu annuel total de leur ménage: un revenu inférieur à \$30 000; un revenu de \$30 000 à 50 000; un revenu de \$50 000 à \$70 000; et un revenu au-dessus de \$70 000. Comme on pourra le constater plus loin, la distribution des buveurs selon cette classification des revenus suit passablement bien celle observée pour les buveurs de l'ESSQ-92. Notons cependant que, contrairement à la mesure de l'ESSQ-92, cette dernière comprend une proportion non négligeable (8,5%) de valeurs manquantes. Pour des raisons de cohérence et d'économie de langage, les niveaux de revenu dans chacune des enquêtes suivront la même appellation: revenu inférieur, revenu moyen inférieur, revenu moyen supérieur et revenu supérieur.

L'indice de soutien social que nous avons retenu (SSOCS dans la base des indices de l'ESSQ-92) représente une dichotomisation des répondants selon leur score à un indice de support social issu des réponses à diverses questions portant sur la participation et l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau de soutien. La dichotomisation est définie sur la base des quintiles de façon à distinguer les répondants qui ont un faible niveau de soutien social (1er quintile) de ceux qui ont un niveau de soutien social suffisant.

Les indicateurs liés aux habitudes de vie porte sur l'usage du tabac (fumeur, non-fumeur) et la pratique régulière d'exercices physiques. Seuls les fumeurs réguliers ont été définis comme fumeurs, tandis que ceux qui n'ont jamais fumé, qui ont cessé de fumer ou qui ne fument qu'occasionnellement ont été définis comme non-fumeurs. La pratique d'une activité physique de 20 à 30 minutes par séance (QAA136 dans l'ESSQ-92), au moins une fois par semaine, fut définie comme une pratique régulière d'exercices physiques.

2.3 La méthode d'analyse

2.3.1 *Les analyses descriptives*

Une série d'analyses descriptives a d'abord été menée pour examiner la répartition des effectifs selon les facteurs sociaux, examiner la distribution des mesures de consommation ainsi que les prévalences des différents problèmes de santé et de bien-être. Les relations bivariées entre ces différentes mesures ont aussi été examinées à l'aide de tableaux croisés. Ces tableaux permettent notamment d'examiner les prévalences de problèmes selon le sexe, l'âge et autres facteurs sociaux et selon les niveaux de

consommation (ceux-ci étant des catégorisations des mesures de consommation). Ils permettent également d'examiner les profils de consommation des différents groupes de buveurs (hommes, femmes, etc.). Dans chacun des tableaux, nous avons fait une analyse des résidus standardisés ajustés, afin d'identifier les écarts significatifs dans les réponses: pour vérifier, par exemple, si les problèmes de santé physique sont plus prévalents chez les jeunes, ou chez les buveurs de faible revenu, etc. Ces résidus indiquent en fait le degré d'écart entre une proportion observée et la proportion prévue s'il n'y avait aucune différence entre les groupes⁶. Comme ces résidus se distribuent normalement et sont standardisés (moyenne de 0 et écart-type de 1), les résidus de 2,6 ou plus (ou inférieurs à -2,6) indiquent des différences significatives au seuil alpha (probabilité d'erreur) de 0,01.

2.3.2 *Les analyses de modélisation*

Le but des analyses de modélisation est d'évaluer la relation entre chacune des mesures de consommation d'alcool et chacun des indicateurs de santé et de bien-être en ajustant (ou contrôlant) pour l'influence des six facteurs sociaux retenus (trois dans le cas de l'EDK-93). Comme tous les indicateurs de santé et de bien-être étaient dichotomiques, nous avons conduit des analyses de régression logistique. Chacun des problèmes de santé et de bien-être fut analysé séparément et fit l'objet de quatre analyses de régression ~ chacune incluant une seule mesure de consommation d'alcool, de pair avec les facteurs sociaux. Notons que, pour chaque modèle, tous les effets d'interaction entre la consommation d'alcool et les facteurs sociaux sont vérifiés. De telles interactions indiqueraient que l'effet de la consommation d'alcool sur les problèmes de santé et de bien-être varie significativement en fonction des facteurs sociaux.

2.3.3 *Les analyses prédictives*

La troisième grande étape des analyses consistait à prédire les prévalences de problèmes de santé et de bien-être suivant différentes stratégies de réduction de la consommation d'alcool. Nous avons examiné 12 stratégies de réduction regroupés en trois grands types: (1) les stratégies de réduction globale de la consommation; (2) les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque; (3) et les stratégies de modération de la consommation chez les 15% plus grands buveurs. Pour chacun de ces types de stratégies, quatre sous-stratégies ont été examinées, chacun visant la réduction d'un aspect particulier du profil de consommation. Les quatre stratégies de réduction globale de la consommation visaient une réduction de 15% de la consommation d'alcool chez tous

6 Plus formellement, les résidus standardisés ajustés sont les racines carrées normalisées des composantes du χ^2 de

Pearson (Haberman, 1973), soit:
$$\frac{f_{ij} - F_{ij}}{\sqrt{F_{ij}(1 - r_i)(1 - c_j)}}$$
 , où f et F sont les fréquences observées et attendues, et r_i et c_j le total de la ligne i et celui de la colonne j .

les buveurs: soit (1) une réduction de 15% du volume de consommation; (2) une réduction de 15% de la fréquence de consommation; (3) une réduction de 15% de la fréquence de 5+; (4) une réduction de 15% du seuil maximal de consommation. Les deux grands types de stratégies de modération de la consommation visaient une réduction de la consommation chez les buveurs à risque au niveau maximal des buveurs non à risque.

Les résultats des analyses de régression logistique ont servi à estimer les prévalences de problèmes de santé et de bien-être suivant les différentes stratégies de réduction de la consommation d'alcool. Ces résultats fournissent les équations à partir desquelles estimer la probabilité de chaque répondant de présenter un problème, étant donné ses caractéristiques sociales et son niveau de consommation d'alcool. L'impact d'une stratégie de réduction de la consommation d'alcool est évalué en ajustant la consommation de chaque répondant selon les spécifications de la stratégie (par exemple, un volume réduit de 15% de son niveau initial), et en estimant sa probabilité de présenter un problème (étant donné ses caractéristiques sociales et sa consommation ajustée). La prévalence du problème est dérivée à partir de la probabilité moyenne des répondants de présenter le problème.

L'estimation de la probabilité d'un buveur est faite à l'aide de l'équation logistique générale suivante, dans laquelle chacun des n termes représente le produit du prédicteur (X) par son coefficient de régression (b). Des variables d'effet ("dummy variable") sont utilisées pour les indicateurs catégoriels comme le sexe, le groupe d'âge et le revenu.

$$\text{Probabilité du problème} = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_n X_n + \text{constante})}}$$

Par exemple, l'équation suivante est utilisée pour calculer la probabilité qu'un buveur souffre de détresse psychologique.

$$\text{Probabilité de détresse} = \frac{1}{1 + e^{-(11.08 * \text{Freq. de consom.} + 0.58 * \text{Sexe} + \dots + 1.29 * \text{Act. phys.} - 1.57)}}$$

Pour estimer la prévalence de détresse suivant une stratégie de réduction de 15% de la fréquence de consommation, on calcule d'abord la probabilité de détresse de chaque buveur en utilisant dans l'équation une variable représentant 85% de sa fréquence de consommation. Notons que pour respecter les conditions initiales des analyses de régression, nous appliquons une transformation par le log naturel sur les mesures de consommation réduites avant d'estimer les probabilités. Enfin, pour nous assurer de la validité des modèles et équations de prédiction, nous avons d'abord prédit les taux de prévalence des problèmes de santé selon les niveaux actuels de consommation. Dans tous les cas,

et à ,01% près, les taux prédits furent identiques aux taux observés, et cela dans tous les groupes de répondants⁷

2.4 La pondération

Une pondération fut appliquée dans toutes les analyses statistiques des données de l'ESSQ-92 pour corriger la disproportionnalité de l'échantillon en regard du sexe et de l'âge des répondants dans les différentes régions sociosanitaires du Québec. Cette pondération, qui rend les résultats généralisables à la population du Québec tout en conservant la taille initiale de l'échantillon, fut établie à partir des poids fournis dans la base de données de Santé Québec (soit la variable PoidsAm1). Cependant, pour toutes les analyses reposant sur des tests de signification, ces poids ont été divisés par l'effet de plan médian de 2,2 pour corriger l'effet de plan présent dans l'ESSQ-92. Cet effet de plan, qui représente la perte de précision attribuable au plan de sondage par rapport à la précision qui aurait été obtenue avec un échantillon aléatoire simple de même taille, a pour conséquence de fournir des sous-estimes des variances et des niveaux de signification des tests. La correction ne change en rien les estimés de tendance centrale (moyennes, proportions, etc.), qui ne sont pas biaisés par l'effet de plan, mais réduit la taille de l'échantillon et les erreurs-types des estimés, ce qui rend les tests plus précis mais aussi plus conservateurs. Il est à noter que cette correction n'est pas la solution optimale pour corriger pour l'effet de plan dans les analyses de régression logistique, mais reste néanmoins une méthode conservatrice. La solution optimale aurait nécessité l'utilisation de programmes statistiques spécialisés, tel que SUDDAN, et surtout l'accès à des informations confidentielles non disponibles sur les facteurs de sélection de l'échantillon.

Les données de l'EDK-93 ont également été pondérées, avant la sélection des buveurs parmi les répondants, pour refléter parfaitement la distribution de la population des adultes de la région métropolitaine de Montréal, selon le sexe et l'âge.

7. Ce niveau de précision n'a rien d'étonnant évidemment, puisqu'on prédit la prévalence des problèmes de santé et de bien-être à partir des mêmes informations qui ont été utilisées pour construire l'équation de régression. En fait, la prédiction devrait être parfaite; les seuls écarts permis sont ceux dus aux erreurs d'arrondissement. Cette précaution n'a été faite que pour vérifier la validité des équations de régression.

Chapitre 3 - Analyses descriptives

3.1 La distribution des effectifs

Le tableau 3.1 présente la distribution des effectifs, dans les deux enquêtes, selon les facteurs sociaux. Les données de l'EDK-93 auxquelles nous avons accès n'ont pu nous permettre de rapporter les effectifs de non-buveurs à cette enquête. Au total, 5 157 non-buveurs et 18 407 buveurs de 15 ans et plus ont participé à l'ESSQ-92 et 2 015 buveurs adultes ont participé à l'EDK-93. Les buveurs de l'ESSQ-92 comptent pour 78% des répondants au questionnaire auto-administré de l'ESSQ-92. Dans les deux enquêtes, les répondants se distribuent de façon relativement semblable selon le sexe et le groupe d'âge, soit approximativement la même proportion d'hommes et de femmes, de 15% à 18% de buveurs âgés de 15 à 24 ans, de 24% à 28% de buveurs âgés entre 25 et 24 ans, 40% de buveurs d'âge mûr (35 à 54 ans), et un peu moins de 18% de buveurs âgés de 55 ans et plus. La répartition des buveurs selon le revenu est par contre légèrement différente d'une enquête à l'autre, soit un nombre relativement moins élevé de buveurs de revenu moyen supérieur et un plus grand nombre de buveurs de revenu supérieur, dans l'EDK-93. L'opérationnalisation différente de cette mesure dans les deux enquêtes peut être en cause dans ces écarts.

Dans l'ESSQ-92, 19,1% des buveurs ont un support social faible. Cela correspond de près à la proportion observée dans l'ensemble des répondants au questionnaire auto-administré, buveurs et non-buveurs compris (20%). Un buveur sur trois (32,6%) fume et deux buveurs sur trois ne fument pas. Une légère majorité des buveurs (54,4%) a dit faire de l'exercice régulièrement, soit au moins une fois par semaine.

Comparativement aux buveurs de l'ESSQ-92, les non-buveurs comptent relativement plus de femmes que d'hommes, moins de jeunes répondants et davantage de répondants de 55 ans et plus, deux fois plus de répondants de revenu inférieur et relativement moins de répondants de revenu moyen-supérieur ou supérieur, davan

et un peu plus de répondants qui ne font pas d'exercices régulièrement.

Tableau 3.1 Distribution des effectifs dans l'ESSQ-92 et l'EDK-93 selon les facteurs sociaux

	ESSQ -92 ^a			EDK -93 ^b		
	N buveurs	%	N non-buveurs	%	N	%
Sexe						
Hommes	9 572	52,0	1 983	38,5	1034	51,3
Femmes	8 835	48,0	3 174	61,5	981	48,7
Âge						
15-24 ans	3 233	17,6	679	13,2	311	15,4
25-34 ans	4 491	24,4	610	11,8	563	28,0
35-54 ans	7 408	40,2	1 503	29,1	790	39,2
55 ans ou +	3 276	17,8	2 365	45,9	350	17,4
Revenu						
Inférieur	2 825	15,3	1 644	31,9	301	16,3
Moyen inférieur	5 343	29,0	1 719	33,3	638	34,6
Moyen supérieur	7 653	41,6	1 399	27,1	447	24,3
Supérieur	2 587	14,1	395	7,7	457	24,8
- valeurs manquantes	171	8,5 ^e				
Support social						
Faible	3 456	19,1	1 293	26,3	^d	—
Fort	14 597	80,9	3 627	73,7	—	—
- valeurs manquantes	355	1,9	236	4,6		
Tabagisme						
Fumeurs	5 856	32,6	1 071	22,2	—	—
Non fumeurs	12 086	67,4	3 762	77,8	—	—
- valeurs manquantes	466	2,5	323	6,3		
Activité physique						
Non régulière	8 278	45,6	2 532	51,7	—	—
Régulière	9 891	54,4	2 365	48,3	—	—
- valeurs manquantes	238	1,3	260	5,0		
Tous	18 407		5 157		2015	

a) BuvEURs et non-buvEURs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993 (ESSQ-92).

b) BuvEURs adultes du Montréal métropolitain, Enquête Demers et Kishchuk, 1993 (EDK-93).

c) Les % de valeurs manquantes sont établies sur le nombre de buvEURs et les % pour les réponses valides sont établis sur le nombre total de réponses valides.

d) Non disponible dans l'EDK-93.

3.2 Les prévalences de problèmes de santé et de bien-être

3.2.1 La prévalence des problèmes de santé physique

Le tableau 3.2 présente les prévalences de problèmes de santé physique selon les facteurs sociaux associés à la santé. Parmi l'ensemble des buveurs, 8% n'ont pas une perception positive de leur santé. Cette proportion varie significativement selon l'âge, le revenu, le support social, la consommation de tabac et la pratique régulière d'exercices. Elle est notamment plus élevée parmi les buveurs de 55 et plus (14,2%), les buveurs qui ont un faible support social (13,5%), les fumeurs (10,9%) et ceux qui ne font pas d'exercices régulièrement (10,7%). À l'inverse, la proportion de buveurs qui ne perçoivent pas positivement leur santé est significativement moins grande chez les plus jeunes buveurs (ceux de 15 à 34 ans), les buveurs de revenu moyen supérieur ou supérieur, les buveurs qui ont un fort support social et ceux qui font de l'exercice régulièrement. Beaucoup plus de non-buveurs (20%) que de buveurs (8%) ont rapporté percevoir leur santé négativement.

Dans l'ensemble des buveurs, 9,3% ont eu, dans les 12 derniers mois, un accident avec blessure ayant entraîné une limitation d'activités ou une consultation médicale. Cette proportion est significativement plus élevée chez les hommes (11,1%), les buveurs de 15 à 24 ans (12,1%) et de 25 à 34 ans (11,1%), et chez ceux qui font de l'exercice régulièrement (10,1%). Inversement, la prévalence d'accidents est moindre parmi les femmes (7,3%), les buveurs de 55 ans et plus (5,7%), et ceux qui ne font pas d'exercices régulièrement (8,4%). Parmi les non-buveurs, 6,8% ont eu un accident dans les derniers 12 mois.

Dans l'ensemble, 12,3% des non-buveurs et 9,3% des buveurs ont dit avoir été limités dans leurs activités dans les deux semaines précédant l'enquête pour des raisons de santé. Contrairement à ce qu'on observait pour les accidents, la proportion de buveurs ayant rapporté une limitation d'activités est significativement plus grande chez les femmes (12%) que chez les hommes (6,9%), ainsi que chez ceux qui ne font pas régulièrement de l'exercice (10,5%) relativement à ceux qui en font (8,4%). Elle est également plus prononcée chez les buveurs de revenu inférieur (13,1%) et chez ceux qui ont un faible support social (12,4%) relativement à ceux qui ont un support social fort (8,5%). Elle est aussi moins élevée chez les plus jeunes buveurs (7,4%).

Parmi tous les buveurs de l'ESSQ-92, 24,6% ont dit avoir consulté un professionnel de la santé dans les deux semaines précédant l'enquête. Cette proportion est significativement plus grande chez les femmes (30%) que chez les hommes (19,7%). Elle est aussi significativement plus grande chez les buveurs de 55 ans et plus (27,4%), et moins grande chez les buveurs des 15 à 24 ans (21,4%). Parmi les non-buveurs, 27,7% ont consulté un professionnel de la santé dans les deux semaines précédant l'enquête.

Tableau 3.2 Prévalence des problèmes de santé physique (%) selon les facteurs sociaux

	Santé perçue négativement^a	Accidents^a	Limitation d'activités^a	Consultation médicale^a	Prob. de santé lié à l'alcool^b
Sexe					
Hommes	8,1	11,1+	6,9-	19,7-	11,9+
FemmesM.....	7,3-	12,0+	30,0+	8,2-
Âge					
15-24 ans	6,2-	12,1+	7,4-	21,4-	11,7
25-34 ans	5,7-	11,1+	9,9	23,5	13,3+
35-54 ans	7,5	8,5	9,7	25,5	9,0
55 ans ou +	14,1+	5,7-	9,5	27,4+	5,8
Revenu					
Inférieur	14,2+	9,7	13,1+	25,4	18,2+
Moyen inférieur	8,3	8,7	8,6	23,8	8,5
Moyen supérieur	6,5-	9,5	8,8	24,5	8,0
Supérieur	5,0	9,1	8,0	25,7	9,2
Support social					
Faible	13,5+	9,9	12,4+	25,3	— ^c
Fort		9,2	8,5-	24,5	—
Tabagisme					
Fumeurs	10,9+	10,2	10,2	23,2	—
Non fumeurs	6,7-	8,8	8,9	25,5	—
Activité physique					
Non régulière	10,7+	8,4-	10,5+	24,4	—
Régulière	5,6-	10,1+	8,4-	24,8	—
Tous (buveurs)	8,0	9,3	9,3	24,6	10,1
Non-buveurs ^d	20,2	6,8	12,3	27,7	—

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993 (ESSQ-92, N=18 407).

b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain 1993 (EDK-93, N=2 015).

c) Non disponible dans FEDK-93.

d) Les prévalences de problèmes de santé chez les non-buveurs (ESSQ-92, N=5 157) sont présentées ici à titre informatif. Toutes autres prévalences rapportées dans ce tableau concernent les buveurs actifs.

+ ou - : résidus ajustés standardisés >2,57 ou <-2,57; p<,01.

Parmi l'ensemble des buveurs de l'EDK-93, 10,1% ont eu des problèmes de santé physique liés à leur consommation d'alcool dans les trois mois précédant l'enquête. Ces problèmes sont significativement plus prévalents chez les hommes (11,9%) que chez les femmes (8,2%), ainsi que parmi les buveurs de 25 à 34 ans (13,3%) et ceux de revenu inférieur (18,2%). Parmi les buveurs de faible revenu, près d'un buveur sur cinq rapporte des problèmes de santé physique liés à l'alcool, soit un taux deux fois plus élevé que celui observé chez les buveurs plus fortunés. La prévalence de ces problèmes est aussi significativement plus élevée chez les buveurs de 25 à 34 ans.

3.2.2 La prévalence des problèmes de santé mentale

Le tableau 3.3 présente les prévalences de problèmes de santé mentale selon les facteurs sociaux. Parmi l'ensemble des buveurs de l'ESSQ-92, 27% ont un score élevé de détresse psychologique. Cette proportion varie significativement et substantiellement selon chacun des facteurs sociaux. La prévalence de détresse psychologique est significativement plus élevée chez les femmes (31,3%) que chez les hommes (22,9%), chez les fumeurs (30,9%) comparativement aux non-fumeurs (25,1%), et chez ceux qui ne font pas régulièrement de l'exercice (30,6%) comparativement à leur homologues plus actifs (23,9%). Chez les buveurs qui ont un faible support social (46%), la prévalence de détresse psychologique est le double de celle observée chez les buveurs ayant un support social fort (22,5%). La prévalence de détresse est significativement plus élevée chez les buveurs de 15 à 24 ans (36,6%) et les buveurs de revenu inférieur (33,8%), tandis qu'elle est significativement moins élevée chez les buveurs de 55 ans et plus (16,2%) et ceux de revenu supérieur (23,3%). Enfin, 24% des non-buveurs ont un score élevé de détresse psychologique.

Dans l'année précédant l'ESSQ-92, 4,5% des buveurs ont pensé sérieusement à se suicider. Cette prévalence est plus du double chez les jeunes buveurs de 15 à 24 ans (8,9%), alors qu'elle n'est que de 0,8% chez les buveurs de 55 ans et plus. Chez les buveurs qui ont un faible support social, 11,3% ont pensé sérieusement à s'enlever la vie. Chez ceux qui ont un support social fort, 3% ont eu de telles idées. La prévalence d'idées suicidaires est également significativement plus élevée chez les buveurs de revenu inférieur (7,0%) comparativement aux buveurs de plus hauts revenus, ainsi que chez les fumeurs (6,3%) relativement aux non-fumeurs (3,7%).

Six buveurs sur mille (0,6%), soit 102 sur les 16 022 qui ont répondu à la question de l'ESSQ-92, ont fait une tentative de suicide dans l'année précédant l'enquête. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, tout comme chez les buveurs de revenu inférieur et ceux qui ont un faible support social, il s'agit de près de 2% des répondants, un taux significativement plus élevé que celui observé globalement pour l'ensemble des buveurs. À l'inverse, la prévalence de tentatives de suicide est significativement moins élevée chez les buveurs de 55 ans et plus (0,1%), chez ceux qui ont un support social fort (0,4%) et chez les non-fumeurs (0,4%).

Tableau 3,3 Prévalence des problèmes de santé mentale (%) selon les facteurs sociaux
(Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, ESSQ-92, N=18 407)

	Détresse psychologique	Ideations suicidaires	Tentative de suicide
Sexe			
Hommes	22,9-	4,3	0,7
Femmes	31,3+	4,6	0,6
Âge			
15-24 ans	36,6+	8,9+	1,9+
25-34 ans	27,1	4,7	0,6
35-54 ans	27,1	4,1	0,4
55 ans ou +	16,2-	0,8-	0,1-
Revenu			
Inférieur	33,8+	7,0+	1,8+
Moyen inférieur	26,5	4,7	0,7
Moyen supérieur	25,9	3,8	0,4
Supérieur	23,3-	3,3	0,1
Support social			
Faible	46,0+	11,3+	1,7+
Fort	22,5-	3,0-	0,4
Tabagisme			
Fumeurs	30,9+	6,3+	1,3+
Non fumeurs	25,1-	3,7-	0,4-
Activité physique			
Non régulière	30,6+	4,8	0,8
Régulière	23,9-	4,2	0,5
Tous (buveurs)	26,9	4,5	0,6
Non-buveurs ^a	24,1	2,1	0,5

a) Les prévalences de problèmes de santé chez les non-buveurs (ESSQ-92, NN=5 157) sont présentées ici à titre informatif. Toutes autres prévalences rapportées dans ce tableau concernent les buveurs actifs.

+ou-: résidus ajustés standardisés >2,57 ou <-2,57; p<,01.

3.2.3 La prévalence des problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool

Parmi les buveurs de l'EDK-93, 4,5% ont rapporté des problèmes de relations sociales liés à leur consommation d'alcool dans les trois mois précédant l'enquête (Tableau 3.4). Cette proportion est significativement plus élevée chez les hommes (7,1%), les buveurs de 15 à 24 ans (7,9%) et les buveurs de revenu inférieur (9,6%). Elle est par contre moins élevée chez les femmes (1,7%) et les buveurs de revenu moyen supérieur (2,0%).

Globalement, la même proportion de buveurs, soit 4,5%, rapportent des problèmes familiaux ou problèmes de couple liés à leur consommation d'alcool. Ces problèmes sont plus fréquents chez les hommes (6,1%) que chez les femmes (2,8%). Ils sont aussi significativement plus fréquents chez les buveurs de revenu inférieur (9,6%) et moins fréquents chez ceux de revenus moyen supérieur (2,3%). Aucun écart significatif selon l'âge n'apparaît à cet égard.

Tableau 3.4 Prévalence de problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool selon les facteurs sociaux (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993, EDK-93)

	Prob. de relations sociales	Problèmes familiaux	Prob. au travail ou aux études
Sexe			
Hommes	7,1+	6,1+	3,7
Femmes	1,7-	2,8-	4,0
Âge			
15-24 ans	7,9+	6,4	8,6+
25-34 ans	4,5	6,1	4,9
35-54 ans	3,8	3,3	2,4-
55 ans ou +	3,4	2,4	1,4
Revenu			
Inférieur	9,6+	9,6+	11,3+
Moyen inférieur	4,1	4,8	3,2
Moyen supérieur	2,0-	2,3-	1,8-
Supérieur	4,2	2,9	1,8-
Tous	4,5	4,5	3,9

+ou-: résidus ajustés standardisés >2,57 ou <-2,57; p<,01.

Enfin, 3,9% des buveurs ont dit avoir eu des problèmes au travail ou aux études liés à leur consommation d'alcool. Cette proportion est significativement plus élevée parmi les buveurs de 15 à 24 ans (8,6%) et ceux de revenu inférieur (11,3%). Elle est significativement moindre chez les buveurs d'âge mûr (2,4%) et ceux de revenu moyen supérieur ou supérieur (1,8%). Ces problèmes sont aussi fréquents chez les hommes et les femmes.

3.3 La distribution des mesures de consommation d'alcool

Les profils de consommation des buveurs de l'ESSQ-92, selon l'âge et le sexe, sont présentés en appendice (Tableaux A3.1 à A3.4). Ces tableaux confirment globalement ce qu'on observe généralement dans les enquêtes populationnelles sur la consommation d'alcool. De façon très sommaire, on peut constater que la grande majorité des buveurs consomme habituellement entre 0 et 7 verres par semaine (88% des buveurs) et ne boit généralement pas plus d'une fois par semaine (71% des buveurs). Un grand nombre de buveurs n'ont consommé aucune fois dans l'année plus de quatre verres par occasion (45%), et une large majorité, jamais plus de sept verres par occasion (78%). Enfin, 80% des buveurs n'ont pas eu plus de six occasions, dans l'année précédente, où ils ont consommé cinq verres ou plus, dont 45% qui n'ont eu aucune occasion du genre.

De façon générale, les hommes boivent plus et comptent un plus grand nombre de grands buveurs que les femmes. Notons aussi que la fréquence de consommation augmente avec l'âge, mais les quantités consommées par occasion diminuent avec l'âge, ceci tant chez les hommes que chez les femmes. Malgré ces changements dans les façons de boire avec l'âge, le volume reste relativement constant avec l'âge. Enfin, la consommation excessive—telle que manifestée par de très fréquentes occasions de 5+ ou des seuils de consommation particulièrement élevés—est particulièrement prévalente chez les jeunes hommes. Par exemple, 16% des jeunes hommes de 15 à 24 ans consomment cinq verres et plus par occasion toutes les deux semaines, et 9% le font toutes les semaines. Plus de 34% des jeunes hommes ont consommé 12 verres et plus en une seule occasion, au cours de la dernière année; 13% en ont consommé 18 et plus en une seule occasion.

Le tableau 3.5 présente les prévalences de consommation à risque parmi les buveurs de l'ESSQ-92 selon les facteurs sociaux. Soulignons d'abord que les prévalences de consommation à risque sont beaucoup plus élevées avec les mesures axées sur les occasions de forte consommation (fréquence de 5+ et seuil maximal) qu'avec les mesures de fréquence et de volume de consommation. Avec les premières, 13% (fréquence de 5+) et 28% (seuil maximal de consommation) des buveurs sont reconnus comme ayant une consommation présentant des risques accrus pour la santé et les problèmes liés à l'alcool, tandis qu'avec les secondes, 5% (fréquence de consommation) et 6% (volume de consommation) sont identifiés pareillement. Les prévalences sont en outre près de deux fois plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Elles varient aussi grandement selon l'âge. La prévalence de consommation quotidienne augmente progressivement avec l'âge, pour passer de 0,8% chez les plus jeunes à 10% chez les buveurs de 55 ans et plus. À l'inverse, la fréquence des

occasions de forte consommation et le seuil maximal de consommation diminuent avec l'âge. Les écarts à cet égard sont considérables. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 22% et 51% ont une consommation à risque en ce qui a trait à leur fréquence de 5+ et leur seuil maximal de consommation; chez les buveurs de 55 ans et plus, il ne s'agit que de 5% et 8% des buveurs qui ont une telle consommation. Les écarts selon l'âge au niveau des volumes de consommation à risque sont beaucoup moins prononcés, bien que significatifs.

Comparativement aux non-fumeurs, les fumeurs apparaissent significativement plus enclins à adopter des comportements de consommation à risque, notamment en ce qui a trait au volume de consommation, à la fréquence d'occasions de forte consommation et au seuil maximal de consommation. En fait, les buveurs à risque sont deux fois plus nombreux chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Par ailleurs, aucun écart significatif marqué n'apparaît dans les prévalences de consommation à risque selon le revenu, le support social et l'activité physique.

Tableau 3.5 Prévalence de la consommation à risque¹ selon les facteurs sociaux (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, ESSQ-92, N=18 047)

	Fréq.	Vol hab.	Fq. 5+	Qte max.
Sexe				
Hommes	7,1+	7,3+	17,1+	33,2+
Femmes	2,6-	3,7-	8,6-	21,6-
Âge				
15-24 ans	0,8-	3,7-	21,7+	50,6+
25-34 ans	1,4-	4,3-	14,9+	34,1+
35-54 ans	6,7+	7,2+	11,6-	22,5-
55 ans ou +	10,0+	5,4	4,9-	7,8-
Revenu				
Inférieur	3,8	5,2	14,0	30,3
Moyen inférieur	4,5	4,7	12,0	27,8
Moyen supérieur	4,7	5,5	13,1	27,2
Supérieur	7,8	7,9+	13,6	25,6
Support social				
Faible	6,9	6,2	12,9	27,8
Fort	4,4	5,4	13,0	27,8
Tabagisme				
Fumeurs	5,9	8,9+	19,7+	38,9+
Non fumeurs	4,4	4,0-	9,8-	22,4-
Activité physique				
Non régulière	5,7+	5,9	13,0	28,3
Régulière	4,2-	5,3	13,0	27,3
Tous	4,9	5,6	13,0	27,6

1) Définition de la consommation à risque.

Femmes: a) fréq.: 7 jrs/sem.; b) volume hab.: 10 verres +/-sem.; c) Fq. 5+: 9 occ. +/-an; d) Qté max.: 6 verres +/-occ.
 Hommes: a) fréq.: 7 jrs/sem.; b) volume hab.: 15 verres +/-sem.; c) Fq. 5+: 13 occ. +/-an; d) Qté max.: 8 verres +/-occ.
 +ou-: résidus ajustés standardisés >2,57 ou <-2,57; p<,01.

3.4 La prévalence des problèmes selon la consommation d'alcool

3.4.1 La prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon la fréquence de consommation

Le tableau 3.6 présente les prévalences de problèmes de santé et de bien-être selon la fréquence de consommation. Tant pour l'ensemble des buveurs, que pour les hommes et les femmes séparément, la fréquence de consommation ne présente aucun impact significatif sur la prévalence des problèmes de santé mentale. À l'exception des problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool, aucun indicateur de santé physique n'est significativement associé à la fréquence de consommation chez les hommes et les femmes séparément. Certains écarts significatifs selon la fréquence de consommation apparaissent pour l'ensemble des buveurs au niveau de la santé perçue et de la limitation des activités mais ces écarts ne se retrouvent pas chez les hommes et les femmes séparément et ne semblent indiquer aucune tendance systématique entre la fréquence de consommation et ces indicateurs de santé. La fréquence de consommation est cependant significativement associée problèmes sociaux et aux problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool. La relation est positive dans tous les cas: ceux qui consomment moins fréquemment sont proportionnellement moins nombreux à présenter ces problèmes et ceux consommant plus fréquemment le sont plus. On constate en outre une augmentation progressive de la prévalence de ces problèmes selon les niveaux successifs dans la fréquence de consommation, ceci tant chez les femmes que chez les hommes.

3.4.2 La prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon le volume de consommation

Le même type de relation apparaît entre le volume de consommation et les divers problèmes de santé et de bien-être (Tableau 3.7). À une exception près, aucune relation significative n'apparaît entre le volume de consommation et les trois indicateurs de problèmes de santé mentale. Les prévalences de détresse psychologique, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicides restent ainsi sensiblement les mêmes indépendamment du volume de consommation. La seule exception à cet égard est une prévalence significativement moindre de détresse psychologique chez les hommes qui consomment habituellement de 1 à 7 verres par semaine (21%), et une plus grande prévalence de détresse chez ceux qui consomment habituellement plus de 21 consommations par semaine (35,2%).

Parmi les cinq indicateurs de santé physique, seuls la santé perçue et les problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool se sont avérés significativement associés au volume de consommation, tant dans l'ensemble des buveurs que chez les hommes et les femmes séparément. Les écarts significatifs qu'on peut noter pour l'ensemble des buveurs au niveau de la limitation des activités et de la consultation médicale ne se retrouvent pas chez les hommes et les femmes

séparément et ne semblent indiquer aucune tendance systématique entre le volume de consommation et ces indicateurs de santé physique. Les écarts significatifs observés selon le volume de consommation, au niveau de la santé perçue, sont similaires chez les hommes et les femmes, mais ne semblent pas indiquer une relation linéaire entre le volume de consommation et la santé perçue. Dans tous les cas, ceux qui consomment de 1 à 7 verres d'alcool par semaine se montrent significativement moins enclins que les autres buveurs à percevoir leur santé négativement. Une forte relation linéaire positive apparaît, par contre, entre le volume de consommation et les problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool. Il en est de même des problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool, qui sont en outre significativement associés aux volumes de consommation, tant dans l'ensemble des buveurs que chez les hommes et les femmes séparément. De façon générale, la prévalence de ces problèmes est relativement peu élevée parmi les buveurs qui consomment habituellement sept verres ou moins par semaine. Elle augmente de façon marquée chez ceux qui consomment davantage. Malgré cette démarcation, la prévalence augmente à chaque niveau successif du volume habituel de consommation

3.4.3 La prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon la fréquence des occasions de forte consommation

Comme on peut le constater au tableau 3.8, la prévalence des problèmes de santé mentale et des problèmes sociaux et de santé physique liés à la consommation d'alcool augmente de façon drastique avec la fréquence des occasions de forte consommation. À chaque niveau successif dans la fréquence de 5+, la proportion de buveurs rapportant des problèmes augmente. Pour donner une idée de l'ampleur des écarts, on peut noter que la prévalence de détresse psychologique passe de 17,7% chez les hommes qui n'ont consommé aucune fois cinq verres ou plus en une occasion dans l'année précédente, à 32,6% chez ceux qui ont consommé cinq verres et plus par occasion de façon hebdomadaire. Chez ces deux mêmes groupes opposés de buveurs, la prévalence des problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool passe de 5,1% à 34,2%, les ideations suicidaires, de 2,9% et 5,7%, les tentatives de suicide, de 0,2% à 2,1%, les problèmes de relations sociales, de 5,1% à 34,2%, les problèmes familiaux, de 1,9% à 21,8%, et les problèmes au travail, de 1,3% à 11,5%. Pour plusieurs de ces problèmes, les buveurs qui consomment 5+ de façon hebdomadaire sont 10 fois plus à risque de présenter le problème que ceux qui ne consomment jamais plus de quatre verres d'alcool par occasion. Une situation tout à fait similaire s'observe chez les femmes. À l'opposé, aucune relation significative n'apparaît chez les hommes et les femmes séparément entre la fréquence des occasions de forte consommation et les indicateurs de santé physique non directement liés à la consommation d'alcool.

Tableau 3.6 Prévalence des problèmes de santé et de bien-être (en %) selon la fréquence de consommation et le sexe

	Tous	<1 fois par sem.	Une fois par sem.	2-3 fois par sem.	4-6 fois par sem.	Chaque jour
Tous						
Santé perçue négativement ^a	8,0	8,6	6,3-	7,5	8,6	10,7
Accident ³	9,2	9,4	8,6	9,3	9,9	8,7
Limitation des activités ^a	9,3	10,3+	8,6	9,0	6,4	6,6
Consultation médicale ^a	24,7	25,6	24,2	23,3	24,0	22,5
Problèmes de santé liés à... ^b	10,1	6,4-	9,7	13,0	25,0+	15,0
Détresse psychologique^a						
Ideation suicidaires ^a	4,4	4,1	4,9	4,9	4,4	4,0
Tentatives de suicide ^a	0,6	0,7	0,4	0,6	1,1	0,8
Problèmes de relations sociales^b						
Problèmes familiaux ^b	4,4	2,8-	2,9	5,6	10,9+	11,5+
Problèmes au travail ^b	3,9	3,4	3,5	3,2	5,9	9,2+
Hommes						
Santé perçue négativement	8,0	8,4	6,4	7,7	9,0	10,7
Accident	11,1	11,9	11,2	10,4	10,9	8,7
Limitation d'activités	6,8	7,4	6,6	6,9	4,2	6,6
Consultation médicale	19,7	20,1	18,1	19,7	20,3	22,5
Problèmes de santé liés à...	11,9	6,8-	11,6	13,9	25,0+	14,7
Détresse psychologique	23,0	23,2		22,1	23,8	25,3
Ideations suicidaires	4,3	3,9	4,5	5,0	3,8	4,0
Tentative de suicide	0,8	0,9	0,6	0,5	1,2	0,8
Problèmes de relations sociales						
Problèmes familiaux	6,0	3,6	5,2	5,2	11,1	13,5+
Problèmes au travail	3,7	2,6	3,9	3,4	1,4	9,7+
Femmes						
Santé perçue négativement	7,9	8,7	6,1	7,1	7,9	
Accident	7,2	7,6	5,7	7,5	8,3	— ^c
Limitation d'activités	11,9	12,3	10,8	12,8	10,0	—
Consultation médicale	29,9	29,6	31,1	29,7	30,1	—
Problèmes de santé liés à...	8,2	6,0-	7,4	12,1	24,1+	16,0
Détresse psychologique						
Ideations suicidaires	4,6	4,2	5,5	4,7	5,4	—
Tentative de suicide	0,6	0,5	0,3	0,9	1,0	—
Problèmes de relations sociales						
Problèmes familiaux	1,8	1,2	0,5	4,3	6,7	3,8
Problèmes au travail	2,6	2,3	0,0-	5,7	10,3+	3,8
Problèmes au travail	4,1	3,9	3,1	2,8	16,7+	7,7

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 (ESSQ-92, N=18 407) b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93; N=2 015); c) — Catégorie ne comprenant aucun buveur.

Tableau 3.7 Prévalence des problèmes de santé et de bien-être (en %) selon le volume habituel de consommation (verres/sem.)

	Tous	<1 fois par sem.	Une fois par sem.	2-3 fois par sem.	4-6 fois par sem.	Chaque jour
Tous						
Santé perçue négativement ^a	8,0	9,5+	6,7-	9,2	9,1	10,8
Accident ^a	9,3	9,1	9,2	9,2	14,2	8,4
Limitation des activités ^a	9,3	10,6+	9,0	7,1	7,7	4,2
Consultation médicale ^a	24,6	26,8+	24,2	21,2	19,4	18,7
Problèmes de santé liés à... ^b	10,1	5,3-	9,1	23,1+	25,9+	25,6+
Détresse psychologique^a						
Ideations suicidaires ^a	4,5	4,3	4,4	4,9	5,2	7,4
Tentatives de suicide ^a	0,6	0,5	0,6	0,7	1,2	2,1
Problèmes de relations sociales^b						
Problèmes familiaux ^b	4,5	1,5-	4,0	8,6+	12,1+	28,9+
Problèmes au travail ^b	3,9	2,3	3,9	6,4	5,3	13,0+
Hommes						
Santé perçue négativement	8,0	10,1+	6,8-	8,2	9,3	10,8
Accident	11,1	11,3	11,0	10,3	15,2	8,4
Limitation d'activités	6,8	8,0	6,8	5,7	6,6	4,2
Consultation médicale	19,7	20,2	20,2	17,0	17,2	18,7
Problèmes de santé liés à...	11,9	5,4-	9,6	22,5+	23,6+	27,5+
Détresse psychologique						
Ideations suicidaires	4,3	4,8	4,0	3,6	3,7	7,4
Tentative de suicide	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	2,1
Problèmes de relations sociales						
Problèmes familiaux	6,1	1,3-	5,3	7,7	11,1	28,6+
Problèmes au travail	3,7	1,3	3,7	5,5	1,9	14,3+
Femmes						
Santé perçue négativement	7,9	9,2+	6,6-	12,6	8,7	£
Accident	7,3	7,8	6,9	5,6	10,9	—
Limitation d'activités	12,0	12,2	11,8	11,8	10,9	—
Consultation médicale	30,0	30,7	29,0	35,7	27,7	—
Problèmes de santé liés à...	8,1	5,3-	8,4	23,3+	—	—
Détresse psychologique						
Ideations suicidaires	4,7	3,9	4,9	8,7	10,3	—
Tentative de suicide	0,5	0,4	0,6	0,9	2,8	—
Problèmes de relations sociales						
Problèmes familiaux	2,6	1,3	2,5	11,1+	—	—
Problèmes au travail	3,9	2,7	4,1	8,9+	—	—

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 (ESSQ-92, N=18 407) b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93; N=2 015); c) — Catégorie ne comprenant aucun buveur.

Tableau 3.8 Prévalence des problèmes de santé et de bien-être (en %) selon la fréquence annuelle d'occasions de forte consommation (5 verres et + par occasion)

	Tous	0	1-6	7-12	13-24	25-47	48+
Tous							
Santé perçue neg. ^a	7,8	7,9	7,5	6,6	7,8	9,3	10,4
Accident ^a	9,4	7,7-	10,1	11,8	12,6	10,6	12,5
Limitation des activités ^a	9,3	9,8	9,4	8,0	6,9	7,9	9,1
Consultation médicale ^a	24,8	27,0+	24,1	22,1	19,9	18,0	20,7
Prob. de santé liés à... ^b	10,1	5,2-	10,8	18,1+	19,3+	15,1	35,9+
Détresse psycho.^a							
Détresse psycho. ^a	26,7	22,7-	28,8+	30,6	31,4	36,0+	33,0+
Ideations suicidaires ^a	4,5	2,9-	4,9	7,1+	8,5+	7,2	5,9
Tentatives de suicide ^a	0,6	0,2-	0,9	1,3	0,7	1,1	2,2+
Prob. de rel. sociales^b							
Prob. de rel. sociales ^b	4,6	1,9-	1,9	10,7+	8,3	5,7	24,5+
Problèmes familiaux^b							
Problèmes familiaux ^b	4,5	1,6-	5,2	8,3+	7,6	9,3	22,6+
Problèmes au travail^b							
Problèmes au travail ^b	3,9	2,1-	3,3	6,8	5,9	9,6	14,0+
Hommes							
Santé perçue	7,7	8,6	6,6	6,0	8,6	8,8	10,8
Accident	11,2	9,8	11,2	12,5	14,0	11,0	12,7
Limitation d'activités	6,8	6,8	7,0	6,1	6,2	5,2	7,9
Consultation médicale	19,8	21,6	19,3	18,8	17,5	14,6	19,9
Problèmes de santé liés	11,9	5,1-	11,6	17,6	20,5+	13,6	34,2+
Détresse psychologique							
Détresse psychologique	22,5	17,7-	21,8	26,3	28,1	32,4+	32,6+
Ideations suicidaires	4,3	2,9-	4,2	6,1	6,9	5,7	5,7
Tentative de suicide	0,7	0,2-	0,8	1,4	0,5	1,3	2,1+
Problèmes de relations							
Problèmes de relations	7,1	3,4-	3,3	13,1+	8,0	7,0	24,4+
Problèmes familiaux							
Problèmes familiaux	6,0	1,9-	5,8	11,0+	8,1	2,3	21,8+
Problèmes au travail							
Problèmes au travail	3,5	1,3-	3,3	5,9	3,5	7,1	11,5+
Femmes							
Santé perçue	7,9	7,5	8,6	8,1	5,3	11,1	5,9
Accident	7,4	6,3-	8,7	9,3	8,0	8,9	11,5
Limitation d'activités	12,1	11,7	12,3	12,8	9,2	19,6	15,4
Consultation médicale	30,1	30,3	30,1	31,1	28,0	28,9	23,5
Problèmes de santé liés	8,2	5,4-	9,9	19,1+	18,2	— ^c	40,0+
Détresse psychologique							
Détresse psychologique	31,3	25,9-	37,3+	41,8+	42,7	50,0+	36,5
Ideations suicidaires	4,7	3,0-	6,1+	9,4+	14,5+	12,8	8,9
Tentative de suicide	0,5	0,2-	1,0	1,9	1,9	0,0	2,4
Problèmes de relations							
Problèmes de relations	1,8	0,9-	0,0	5,8	6,3	—	25,0+
Problèmes familiaux							
Problèmes familiaux	2,8	1,4-	4,3	1,5	6,3	—	25,0+
Problèmes au travail							
Problèmes au travail	4,0	2,6-	3,3	8,7	12,1	—	25,0+

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 (ESSQ-92, N=18 407) b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93; N=2 015); c) —Catégorie ne comprenant aucun buveur.

3.4.4 La prévalence des problèmes de santé et de bien-être selon le seuil maximal de consommation

Les prévalences dans les problèmes de santé mentale et problèmes sociaux et de santé physique liés à la consommation d'alcool varient également de façon très importante selon le seuil maximal de consommation. Pour chacun de ces problèmes, les prévalences augmentent à chaque niveau successif du seuil maximal de consommation, et de larges écarts séparent les petits des grands buveurs dans les prévalences de problèmes. La prévalence de la détresse passe ainsi de 18% chez les hommes qui ont consommé au plus quatre verres par occasion à 41% chez ceux qui en ont consommé 18 ou plus. Chez ces deux mêmes groupes de buveurs, la prévalence de tentatives de suicide passe de 0,2% à 4,5%. Chez les femmes consommant à ces niveaux, la prévalence de tentatives de suicide passe de 0,2% à 7,7%, soit un risque de commettre une tentative de suicide 40 fois plus élevée. Tant chez les hommes que chez les femmes, les prévalences de problèmes de relations sociales, de problèmes familiaux et de problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool passent de 2% à 5% chez les petits buveurs à 16% à 22% chez les grands buveurs. Aucune relation significative n'est ressortie entre le seuil maximal de consommation et les indicateurs de problèmes de santé physique non directement liés à la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes séparément, à l'exception de certains écarts indiquant une relation positive plus ou moins systématique entre la prévalence d'accidents chez les femmes et le seuil maximal de consommation.

3.5 Les corrélations entre les problèmes de santé et de bien-être et les mesures de consommation d'alcool

Le tableau 3.10 présente les coefficients de corrélation bi-sériale de points entre les problèmes de santé et de bien-être et les mesures de consommation. Ce type de corrélations, qui s'appliquent aux relations entre variables dichotomiques et variables métriques, sont semblables aux corrélations de Pearson. De façon générale, les corrélations présentées confirment les relations observées précédemment entre les prévalences de problèmes de santé et de bien-être et les mesures catégorielles de consommation d'alcool. À l'exception des problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool, les indicateurs de santé physique sont très peu corrélés aux mesures de consommation d'alcool. Les corrélations significatives qu'on retrouve lorsque l'on considère l'ensemble des buveurs sont très faibles, certaines sont négatives et la plupart ne sont pas significatives chez les hommes et les femmes séparément. Seule la corrélation positive entre l'occurrence d'un accident et le seuil maximal de consommation est significative, tant dans l'ensemble de buveurs que chez les hommes et les femmes séparément. Une faible corrélation négative et significative apparaît en outre entre l'occurrence d'une consultation médicale et le seuil maximal de consommation chez les hommes, ainsi qu'une corrélation positive significative entre l'occurrence d'un accident et la fréquence de 5+ chez les femmes. À l'inverse, de fortes corrélations positives significatives apparaissent chez les hommes et les femmes entre les problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool et chacune des mesures de consommation d'alcool. Chez

les hommes, ces problèmes sont moins fortement associés à la fréquence de consommation qu'aux trois autres mesures de consommation. Chez les femmes, ce sont les mesures de fréquence et de volume de consommation qui apparaissent moins fortement associées aux problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool.

Les corrélations entre les problèmes de santé mentale et les mesures de consommation diffèrent aussi grandement selon la mesure de consommation considérée. À une exception près, aucune corrélation significative ne ressort entre les problèmes de santé mentale et les mesures de fréquence et de volume de consommation d'alcool. À l'opposé, la fréquence d'occasions de forte consommation et le seuil maximal de consommation s'avèrent positivement et significativement corrélés à chacun des problèmes de santé mentale, tant chez les hommes que chez les femmes.

Enfin, la majorité des corrélations entre les mesures de consommation et les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool sont positives et significatives. Elles sont en outre particulièrement prononcées. Quand on considère l'ensemble des buveurs, seule la corrélation entre la fréquence de consommation et les problèmes au travail n'est pas significative. Les mêmes résultats ressortent également chez les hommes. Chez les femmes, la fréquence de consommation n'est associée significativement à aucun des problèmes sociaux et le volume de consommation n'est pas significativement associé avec les problèmes au travail.

Tableau 3.9 Prévalence des problèmes de santé et de bien-être (en %) selon le seuil maximal de consommation

	Tous	0-4 verres	5-7 verres	8-11 verres	12-17 verres	18+ verres
Tous						
Santé perçue négativement ^a	7,7	7,8	8,2	5,7	7,8	10,5
Accident ^a	9,4	7,7-	9,7	12,2+	13,8+	11,0
Limitation des activités ^a	9,3	9,8	9,9	7,1	8,5	5,3
Consultation médicale ^a	24,7	27,0+	25,1	20,6-	18,6-	14,3-
Problèmes de santé liés à... ^b	10,1	5,0	12,2	25,6+	28,4+	20,6+
Détresse psychologique^a						
Détresse psychologique ^a	26,8	22,7-	28,9+	29,2	32,0+	41,1+
Ideations suicidaires ^a	4,5	2,9-	4,5	6,3+	10,5+	9,5+
Tentatives de suicide ^a	0,6	0,2-	0,7	1,2	1,4	4,1+
Problèmes de relations sociales^b						
Problèmes de relations sociales ^b	4,5	1,8-	5,2	12,6+	6,7	20,6+
Problèmes familiaux ^b	4,5	1,5-	5,4	13,3+	10,7+	16,4+
Problèmes au travail ^b	3,9	2,2-	4,9	8,9+	8,0	7,4
Hommes						
Santé perçue négativement	7,7	8,5	8,2	5,2-	7,3	9,8
Accident	11,3	9,8	11,0	13,3	13,3	11,9
Limitation d'activités	6,7	6,6	7,1	5,9	7,5	5,7
Consultation médicale	19,7	21,4	20,3	17,8	18,4	13,4
Problèmes de santé liés à...	12,0	5,0-	11,8	26,0+	25,8+	22,0
Détresse psychologique						
Détresse psychologique	22,6	17,6-	21,1	24,7	30,6+	40,9+
Ideations suicidaires	4,3	2,8-	3,0-	5,0	9,6+	9,6+
Tentative de suicide	0,7	0,2-	0,7	0,8	1,1	4,5+
Problèmes de relations sociales						
Problèmes de relations sociales	7,1	3,2-	7,8	13,6+	7,5	22,0+
Problèmes familiaux	6,2	1,7-	7,4	13,6+	10,3	16,3+
Problèmes au travail	3,6	β	4,4	7,6+	7,4	6,0
Femmes						
Santé perçue négativement	7,8	7,4	8,2	7,3	10,7	20,0
Accident	7,4	6,4-	8,3	8,9	18,2+	6,7
Limitation d'activités	12,1	11,7	12,9	11,0	15,6	0,0
Consultation médicale	30,2	30,6	30,2	29,4	20,8	26,7
Problèmes de santé liés à...	8,3	5,2-	13,0	24,5+	c	16,7
Détresse psychologique						
Détresse psychologique	31,3	26,0-	37,2+	43,0+	41,6	46,7
Ideations suicidaires	4,8	2,9-	6,2+	10,7+	16,4+	7,7
Tentative de suicide	0,6	0,2-	0,6	3,3+	3,8+	7,7+
Problèmes de relations sociales						
Problèmes de relations sociales	1,8	0,9-	1,3	10,2+	—	16,7+
Problèmes familiaux	2,8	1,6-	2,6	12,2+	—	16,7+
Problèmes au travail	3,9	2,7-	5,8	12,2+	—	5,9

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 (ESSQ-92, N=18 407) b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93; N=2 015); c) __Catégorie ne comprenant aucun buveur.

Tableau 3. 10 Coefficients de corrélation bisériale de points entre les problèmes de santé et de bien-être et les mesures de consommation, selon le sexe

	Fréquence	Volume	Fréquence	Quantité
Tous				
Santé perçue négativement ^a	-0,01	-0,01	0,01	-0,02
Accident ^a	0,00	0,01	0,05"	0,07**
Limitation des activités ^a	-0,04"	-0,04"	-0,02	-0,03*
Consultation médicale ^a	-0,02	-0,05"	-0,06**	-0,07**
Problèmes de santé liés à... ^b	0,13**	0,18"	0,26**	0,22**
Hommes				
Santé perçue négativement	0,00	0,00	0,01	-0,04
Accident	-0,02	-0,01	0,03	0,04*
Limitation d'activités	-0,03	-0,03	0,00	-0,01
Consultation médicale	0,01	-0,03	-0,03	-0,04*
Problèmes de santé liés à...	0,12"	0,20"	0,26**	0,23**
Femmes				
Santé perçue négativement	-0,03	-0,02	0,01	-0,01
Accident	-0,01	-0,01	0,04*	0,05**
Limitation d'activités	-0,01	0,00	0,01	0,00
Consultation médicale	0,01	0,00	-0,02	-0,02
Problèmes de santé liés à...	0,12"	0,13"	0,24"	0,19"
Hommes				
Détresse psychologique	0,00	0,03	0,11"	0,12"
Ideations suicidaires	0,01	0,01	0,06**	0,10"
Tentative de suicide	0,01	0,01	0,06**	0,08"
Femmes				
Problèmes de relations sociales	0,10*	0,18"	0,21"	0,14"
Problèmes familiaux	0,12"	0,19"	0,22**	0,16"
Problèmes au travail	0,06	0,10"	0,17"	0,10*
Femmes				
Détresse psychologique	0,00	0,03	0,12"	0,15"
Ideations suicidaires	0,02	0,05*	0,12"	0,12"
Tentative de suicide	0,02	0,03	0,07**	0,08**
Hommes				
Problèmes de relations sociales	0,08	0,11"	0,22**	0,14"
Problèmes familiaux	0,07	0,14"	0,24**	0,14"
Problèmes au travail	0,04	0,08	0,19"	0,10*

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 (ESSQ-92, N=18 407) b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93; N=2 015) * p < 0,01; ** p < 0,001.

Chapitre 4: Analyses de modélisation

4.1 L'analyse des problèmes de santé physique

Les résultats des analyses de régression logistique sur les indicateurs de santé physique sont présentés au Tableau 4. 1. Dans ce tableau, chaque entrée est le résultat d'une analyse de régression distincte et représente le coefficient de régression logistique d'une mesure de consommation d'alcool sur un indicateur de santé physique, après ajustement pour les facteurs sociaux de la santé. Aucune association significative n'apparaît entre les mesures de consommation d'alcool et les indicateurs de santé physique de l'ESSQ-92, lorsque l'on contrôle pour les facteurs sociaux de la santé. La seule contribution significative des mesures de consommation d'alcool aux problèmes de santé physique, en dehors de celle amenée par les facteurs sociaux, concerne les problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool, tels que rapportés par les répondants de l'EDK-93.

Tableau 4. 1 Coefficients de régression logistique des mesures de consommation d'alcool sur les indicateurs de santé physique après ajustement pour les facteurs sociaux de la santé

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Santé perçue ^a	-0,04	-0,06	0,06	-0,03
Accidents ^a	-0,03	-0,01	0,05	0,11
Limitation d'activité ^a	-0,07	-0,07	0,03	0,01
Consultation médicale ^a	0,00	-0,05	-0,02	-0,03
Problèmes de santé physique liés à l'alcool ^b	0,46***	0,60***	0,68***	0,99***

a. Buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993 (ESSQ-92, N = 18,407).

b. Buveurs adultes du Montréal métropolitain, Enquête de Deniers et Kishchuk, 1993 (EDK-93, N = 2015).

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$.

Le Tableau 4.2 présente les résultats détaillés des analyses de régression logistique sur les problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool. Quatre modèles de régression sont présentés dans ce tableau, soit la régression des problèmes de santé physique à partir de chacune des quatre mesures de consommation d'alcool, en contrôlant pour les facteurs sociaux que nous avons retenus de l'EDK-93, soit le sexe, l'âge et le

la consommation d'alcool et chacun des facteurs sociaux ont été vérifiés. Aucun effet d'interaction ne s'est avéré significatif. Les rapports de cote ("*odds ratio*") présentés dans ce tableau permettent

d'évaluer l'influence respective de chacun des prédicteurs sur les problèmes de santé et de bien-être⁸. Dans chacun des modèles, la consommation d'alcool joue un rôle significatif dans l'occurrence des problèmes de santé physique liés à l'alcool.

Tableau 4.2 Régression logistique des problèmes de santé physique liés à l'alcool selon les facteurs sociaux et chacune des mesures de consommation d'alcool, présentant les rapports de cote (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, EDK-93, N = 2 015)

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Consommation	1,59***	1,82***	1,98***	2,69***
Sexe				
Hommes	1,26	1,07	1,06	1,06
Femme (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Âge				
15-24 ans	1,19	1,14	0,84	0,62
25-34 ans	1,53*	1,57*	1,29	1,16
35-54 ans (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
55 ans ou +	0,46**	0,51*	0,60	0,66
Revenu				
Inférieur	3,07***	2,79***	2,40***	2,80***
Moyen inférieur	1,18	1,10	1,08	1,09
Moyen supérieur (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Élevé	1,09	1,05	1,12	1,14
χ^2 du modèle	79,4***	97,80***	118,10***	114,40
-2 LL	1103,90	1085,60	1065,30	1069,00

(r) Groupes de référence * p <,05; ** p <,01; *** p <,001.

8. Ces rapports de cote, qui indiquent la force de l'association entre le prédicteur et le problème analysé, approximent les mesures de risque relatif lorsque la prévalence du problème n'est pas trop grande (Rothman, 1986). Ceci est le cas pour les problèmes que nous analysons, où les prévalences se situent généralement en deçà de 10%, sauf en ce qui concerne la détresse psychologique pour laquelle la prévalence se situe plutôt autour de 25%. Dans le cas d'un prédicteur continu, le rapport de cote représente l'accroissement estimé du risque associé à l'augmentation d'une unité dans le prédicteur continu. Notons, en outre, que les rapports de cote de prédicteurs continus ne peuvent être proprement comparés que lorsque ces prédicteurs sont mesurés sur des échelles comparables.

Aucune différence significative n'apparaît entre hommes et femmes quant aux risques de présenter des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool. De telles différences ressortent cependant selon l'âge dans les modèles incluant la fréquence ou le volume de consommation comme prédicteur. Dans ces modèles, comparativement aux buveurs de 35 à 54 ans, ceux de 25 à 34 ans apparaissent significativement plus à risque (au seuil alpha de,05) et les buveurs de 55 ans et plus, moins à risque de présenter des problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool. Dans les modèles incluant la fréquence d'occasions de forte consommation ou le seuil maximal de consommation, aucun écart significatif ne ressort selon l'âge.

Dans tous les modèles, des écarts significatifs substantiels ressortent selon le niveau de revenu. Les buveurs de faible revenu apparaissent significativement plus à risque que les buveurs de revenu moyen supérieur de présenter des problèmes de santé liés à leur consommation d'alcool.

4.2 L'analyse des problèmes de santé mentale et des problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool

Les résultats des analyses de régression logistique sur les problèmes de santé mentale et les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool sont présentés plus loin, aux Tableaux 4.4 à 4.9. Chacun de ces tableaux présente également quatre modèles de régression, soit la régression d'un problème à partir de chacune des quatre mesures de consommation d'alcool, en contrôlant pour les facteurs sociaux. À l'exception du sexe et de l'âge (qui ne comportaient aucune valeur manquante), seuls les facteurs sociaux ayant démontré une contribution significative à l'explication du problème analysé ont été retenus. Une telle démarche favorise la parcimonie et permet d'éviter d'exclure des cas ayant des valeurs manquantes sur ces facteurs. Comme pour les problèmes de santé physique, tous les effets d'interaction entre les mesures de consommation d'alcool et les facteurs sociaux ont été vérifiées. Aucune interaction ne s'est montrée significative. Par contre, chacune des mesures de consommation s'est avérée significativement associée à chacun des problèmes de santé mentale et problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool après ajustement pour les facteurs sociaux.

Le tableau 4.3 présente de manière synthétique les rapports de cote des mesures de consommation pour chacun des problèmes considérés. On peut constater avec ce tableau que les mesures de consommation d'alcool sont plus fortement associées aux problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool qu'aux problèmes de santé mentale. Parmi les problèmes de santé mentale, c'est l'occurrence d'une tentative de suicide qui est le plus fortement associée aux mesures de consommation d'alcool, suivi des ideations suicidaires et en troisième lieu, de la détresse psychologique. Parmi les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool, les problèmes au travail ou aux études sont légèrement moins fortement associés aux mesures de consommation que les problèmes de relations sociales et les problèmes familiaux.

Tableau 4.3 Rapports de cote des mesures de consommation d'alcool sur les problèmes de santé et de bien-être après ajustement pour les facteurs sociaux

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Problèmes de santé physique liés à l'alcool ^b	1,59***	1,82***	1,98***	2,69***
Détresse psychologique ^a	1,08**	1,13***	1,19***	1,39***
Ideations suicidaires ^a	1,25***	1,26***	1,23***	1,75***
Tentatives de suicide ^a	1,34*	1,40*	1,44***	2,39***
Problèmes de relation sociale ^b	1,62***	2,05***	1,96***	2,22***
Problèmes familiaux ^b	1,81***	2,30***	2,13***	2,60***
Problèmes au travail ^b	1,47**	1,70***	1,83***	1,51*

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993 (ESSQ-92, N = 18 407)

b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain (EDK-93, N = 2 015)

* p < ,05; ** p < ,01; *** p < ,001.

4.2.1 Le rôle des facteurs sociaux sur les problèmes de santé mentale et sur les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool

Les rapports de cotes obtenus pour chacun des facteurs sociaux au niveau des problèmes de santé mentale et des problèmes sociaux liés à l'alcool (Tableaux 4.4 à 4.9) correspondent généralement bien aux écarts entre les groupes de buveurs dans la prévalence de ces problèmes (chapitre précédent, Tableaux 3.3 et 3.4). Notons néanmoins que cette correspondance n'est pas nécessairement parfaite, surtout en ce qui a trait au niveau de signification des relations, puisque les rapports de cote des analyses de régression logistique reflètent le rôle de chaque facteur sur le problème considéré après ajustement pour les autres facteurs du modèle. Notons, en outre, que les rapports de cote des facteurs sociaux restent sensiblement les mêmes quelle que soit la mesure de consommation incluse dans le modèle.

Tel qu'indiqué au Tableau 4.4, les six facteurs sociaux ainsi que les quatre mesures de consommation se sont avérés significativement associés à l'occurrence de détresse psychologique. Les femmes se sont montrées significativement plus à risque que les hommes de souffrir de détresse psychologique, ainsi que les jeunes buveurs de 15 à 24 ans comparativement à ceux de 35 à 54 ans, et ces derniers comparativement aux buveurs de 55 ans et plus, les buveurs de revenu inférieur relativement à ceux de revenu moyen supérieur, et ceux qui ne font pas régulièrement de l'exercice physique relativement à ceux qui en font. Les buveurs qui ont un faible support social apparaissent

également significativement et substantiellement plus à risque de souffrir de détresse psychologique que ceux qui ont un bon support social. Enfin, dans deux modèles sur quatre, les fumeurs apparaissent plus à risque de souffrir de détresse que les non-fumeurs. Dans les modèles incluant la fréquence de 5+ ou le seuil maximum de consommation—et donc lorsque l'on ajuste pour ces mesures de consommation—aucun écart significatif n'apparaît à cet effet.

Tous les facteurs sociaux, sauf la pratique régulière d'exercices, se sont avérés significativement associés à l'occurrence d'idéations suicidaires dans l'année précédant l'enquête (Tableau 4.5). Les femmes se sont montrées plus à risque que les hommes d'avoir des idéations suicidaires, de même que les jeunes de 15 à 24 ans relativement aux buveurs d'âge mûr (35 à 54 ans), les buveurs de revenu inférieur relativement aux buveurs de revenu moyen supérieur, ceux qui ont un faible support social relativement à ceux qui ont un bon support social, et enfin les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. Les écarts selon l'âge et le support social, sont particulièrement prononcés à cet égard. Les jeunes sont ainsi de deux à trois fois plus à risque que les buveurs d'âge mûr d'avoir des idéations suicidaires et ces derniers le sont cinq fois plus que les buveurs de 55 ans et plus. Les buveurs qui ont un faible support social sont 4,6 fois plus à risque que ceux qui ont un bon support social de penser sérieusement à s'enlever la vie.

En plus des quatre mesures de consommation d'alcool, quatre facteurs sociaux sont significativement associés à l'occurrence d'une tentative de suicide dans la dernière année: l'âge, le niveau de revenu, le support social et la consommation de tabac (Tableau 4.6). Selon le modèle, les jeunes buveurs de 15 à 24 ans se montrent de trois à cinq fois plus à risque que ceux d'âge mûr de commettre une tentative de suicide. Chez les buveurs de revenu inférieur, ces risques sont trois fois plus grands que ceux des buveurs de revenu moyen supérieur. Ils sont quatre fois plus grands chez les buveurs qui ont un faible support social, comparativement à ceux qui ont un bon support social, et ils sont plus de deux fois plus grands chez les fumeurs relativement aux non-fumeurs.

Tableau 4.4 Régression logistique de la détresse psychologique selon les facteurs sociaux et chacune des mesures de consommation d'alcool, présentant les rapports de cote (Buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993: ESSQ-92, N = 18 407)

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Consommation	1,08**	1,13***	1,19***	1,39***
Sexe				
Hommes	0,58***	0,56***	0,53***	0,51***
Femmes (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Âge				
15-24 ans	1,83***	1,83***	1,64***	1,56***
25-34 ans	1,03	1,03	0,99	0,97
35-54 ans (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
55 ans ou +	0,54***	0,54***	0,58***	0,61***
Revenu				
Inférieur	1,29***	1,28***	1,26"	1,25"
Moyen inférieur	0,98	0,99	0,98	0,98
Moyen supérieur (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Elevé	0,92	0,91	0,92	0,91
Support social				
Faible	3,17***	3,18***	3,20***	3,19***
Adéquat (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Tabagisme				
Fumeurs	1,20**	1,17**	1,12	1,10
Non-fumeurs (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Activité physique				
Non régulière	1,29***	1,29***	1,29***	1,28***
Régulière (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
χ^2 du modèle	649, 0***	656, 40***	692, 60***	701, 70***
-2 LL	8497,30	8489,90	8453,80	8444,60

(r) Groupes de référence * p < ,05; ** p < ,01; *** p < ,001.

Tableau 4.5 Régression logistique des ideations suicidaires selon les facteurs sociaux et chacune des mesures de consommation d'alcool, présentant les rapports de cote (Buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993: ESSQ-92, N = 18 407)

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Consommation	1,25***	1,26***	1,23***	1,75***
Sexe				
Hommes	0,74**	0,73**	0,71**	0,63***
Femmes (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Âge				
15-24 ans	2,83***	2,73***	2,34***	2,07***
25-34 ans	1,23	1,21	1,13	1,07
35-54 ans (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
55 ans ou +	0,16***	0,17***	0,18***	0,20***
Revenu				
Inférieur	1,74***	1,68***	1,63"	1,60"
Moyen inférieur	1,27	1,26	1,24	1,22
Moyen supérieur (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Élevé	0,90	0,91	0,91	0,90
Support social				
Faible	4,54***	4,55***	4,55***	4,55***
Adéquat (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Tabagisme				
Fumeurs	1,46"	1,44"	1,38"	
Non-fumeurs (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
x ² du modèle	190,30***	187,40***	183,00***	178,00***
-2 LL	2 376,10	2 379,50	2373,60	2354,50

(r) Groupes de référence * p <,05; ** p <,01; *** p <,001.

Tableau 4.6 Régression logistique des tentatives de suicides selon les facteurs sociaux et chacune des mesures de consommation d'alcool, présentant les rapports de cote (Buveurs de 15 ans et plus, Québec 1992-1993: ESSQ-92, N ~ 18 407)

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Consommation	1,34*	1,40*	1,44***	2,39***
Âge				
15-24 ans	4,82***		3,60***	3,01***
25-34 ans	1,29	1,26	1,11	1,01
35-54 ans (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
55 ans ou +	0,10	0,11	0,12	0,15
Revenu				
Inférieur	3,47***	3,35**	3,29**	3,18"
Moyen inférieur	1,57	1,57	1,53	1,47
Moyen supérieur (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Élevé	0,18	0,18	0,18	0,18
Support social				
Faible	4,15***	4,24***	4,15***	4,01***
Adéquat (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Tabagisme				
Fumeurs	2,65**	2,57"	2,34**	2,21"
Non-fumeurs (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
χ^2 du modèle	90,9***	91,30***	96,80***	102,40***
-2 LL	456,80	456,40	450,90	445,40

(r) Groupes de référence * p <,05; ** p <,01; *** p <,001.

Parmi les trois facteurs sociaux pris en compte dans les analyses des problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool (Tableau 4.7 à 4.9), seul le niveau de revenu s'est montré fortement et significativement associé à chacun des problèmes. À cet égard, les écarts apparaissent surtout entre les buveurs de revenu inférieur et les buveurs de revenu moyen supérieur. Comparativement à ces derniers, les buveurs de revenu inférieur sont environ de quatre à sept fois plus à risque de rapporter

des problèmes de relations sociales, des problèmes familiaux ou des problèmes au travail ou aux études, tous liés à leur consommation d'alcool.

Avec une probabilité d'erreur inférieure à 1%, aucun écart significatif selon l'âge n'est ressorti au niveau des problèmes de relations sociales et des problèmes familiaux liés à la consommation d'alcool. Par contre, l'âge s'est montré un facteur significatif des problèmes au travail ou aux études: les jeunes buveurs de 15 à 24 ans étant notamment de deux à trois fois plus à risque que les buveurs d'âge mûr de présenter ces problèmes. Enfin, des écarts significatifs selon le sexe sont ressortis seulement face aux problèmes de relations sociales liés à la consommation d'alcool, les hommes se montrant ici de 2,8 à 3,6 fois plus à risque que les femmes de présenter ce type de problèmes.

Tableau 4.7 Régression logistique des problèmes de relations sociales liés à l'alcool selon les facteurs sociaux et chacune des mesures de consommation d'alcool, présentant les rapports de cote (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, EDK-93, N = 2 015)

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Consommation	1,62***	2,05***	1,96***	2,22***
Sexe				
Hommes	3,64***	2,80***	3,14***	3,42***
Femmes (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Âge				
15-24 ans	1,81	1,74	1,27	1,04
25-34 ans	1,19	1,24*	0,98	0,91
35-54 ans (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
55 ans ou +	0,61	0,68	0,83	0,88
Revenu				
Inférieur	6,43***	5,84***	5,30***	6,03***
Moyen inférieur	2,48*	2,27*	2,40*	2,30*
Moyen supérieur (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Élevé	1,99	1,91	2,12	2,10
χ^2 du modèle	81,9***	103,50***	104,70***	86,70***
-2LL	588,20	566,60	565,40	583,40

(r) Groupes de référence * p <,05; ** p <,01; *** p <,001.

Tableau 4.8 Régression logistique des problèmes familiaux liés à l'alcool selon les facteurs sociaux et chacune des mesures de consommation d'alcool, présentant les rapports de cote (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, EDK-93, N = 2 015)

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Consommation	1,81***	2,30***	2,13***	2,60***
Sexe				
Hommes	1,91*	1,40	1,61	1,74*
Femmes (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Âge				
15-24 ans	1,59	1,57	1,11	0,84
25-34 ans	1,72	1,84*	1,41	1,28
35-54 ans (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
55 ans ou +	0,45	0,53	0,65	0,72
Revenu				
Inférieur	5,25***	4,55***	3,98***	4,74***
Moyen inférieur	2,30*	2,06	2,13*	2,11*
Moyen supérieur (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Élevé	1,05	1,00	1,11	1,13
χ^2 du modèle	73,10	97,00***	97,50***	79,40***
-2 LL	586,10	562,20	561,70	579,80

(r) Groupes de référence * p <,05; ** p <,01; *** p <,001.

Tableau 4.9 Régression logistique des problèmes au travail ou aux études liés à l'alcool selon les facteurs sociaux et chacune des mesures de consommation d'alcool, présentant les rapports de cote (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, EDK-93, N = 2 015)

	Fréquence de consommation	Volume habituel	Fréquence 5+	Quantité maximale
Consommation	1,47"	1,70***	1,83***	1,51*
Sexe				
Hommes	0,83	0,69	0,67	0,84
Femmes (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Âge				
15-24 ans	2,98"	2,99***	2,35**	2,26*
25-34 ans	1,97*	2,03*	1,71	1,75
35-54 ans (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
55 ans ou +	0,32	0,36	0,40	0,40
Revenu				
Inférieur	6,81***	6,31***	5,35***	6,40***
Moyen inférieur	1,77	1,68	1,63	1,72
Moyen supérieur (r)	1,00	1,00	1,00	1,00
Élevé	0,97	0,94	0,97	1,02
χ^2 du modèle	73,5**	80,70***	88,30***	69,90***
-2 LL	536,60	509,40	501,70	520,20

(r) Groupes de référence * p <,05; ** p <,01; *** p <,001.

Chapitre 5: Analyses prédictives

5.1 Les stratégies de réduction globale de la consommation

Le tableau 5.1 présente les prévalences prévues de problèmes de santé et de bien-être avec les indices de diminution relative suivant une réduction de 15 % dans les diverses mesures de consommation d'alcool. La diminution relative représente le ratio entre l'écart observé dans la prévalence de problèmes suite à la diminution de la consommation et la prévalence initiale

(soit $[p_2 - p_1] / p_1$). Elle permet d'évaluer aisément l'impact des différentes stratégies de réduction de la consommation d'alcool sur les prévalences de problèmes.

Comme on peut le constater, une diminution de 15% de la fréquence de consommation chez l'ensemble de buveurs ferait passer la prévalence de problèmes de santé physique occasionnés par la consommation d'alcool de 10,13% à 9,50%, soit une diminution relative de 6,2%. Les réductions relatives sont plus considérables encore suivant une réduction du volume de consommation (7,9%), une réduction de la fréquence d'occasions de forte consommation (8,8%), et surtout du seuil maximal de consommation (12,6%).

Tableau 5.1 Taux attendus et diminutions relatives des problèmes de santé physique, mentale et sociale suivant une diminution de 15% des indices de consommation d'alcool

	Taux observés	Taux attendus (%)				Diminutions relatives (%)			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.
Santé physique^b	10,13	9,50	9,33	9,24	8,85	-6,22	-7,90	-8,79	-12,64
Détresse^a	27,02	26,80	26,66	26,52	26,08	-0,81	-1,33	-1,85	-3,48
Ideations^a	4,57	4,42	4,42	4,43	4,21	-3,28	-3,28	-3,06	-7,88
Tentatives^a	0,65	0,62	0,62	0,62	0,57	-4,62	-4,62	-4,62	-12,31
Relations^b	4,55	4,24	4,11	4,14	4,05	-6,81	-9,67	-9,01	-10,99
Famille^b	4,46	4,08	3,96	4,01	3,88	-8,52	-11,21	-10,09	-13,00
Emploi^b	3,86	3,64	3,57	3,53	3,63	-5,70	-7,51	-8,55	-5,96

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, (données tirées de l'ESSQ-92, N = 18,407).

b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93, N = 2015).

Pour ce qui est des problèmes de santé mentale, les diminutions relatives sont moins considérables. Les stratégies de réduction globale de la fréquence ou du volume de consommation ne feraient diminuer la prévalence de détresse psychologique que d'à peine 1,3%, tandis que la réduction de la fréquence de 5+ et du seuil maximal de consommation la réduirait respectivement de 1,9% et de 3,5%. Les réductions amenées dans la fréquence et le volume de consommation, ainsi que dans la fréquence de 5+, permettraient chacune de réduire la prévalence des ideations suicidaires d'un peu plus de 3% et la prévalence des tentatives de suicide de 4,6%. La réduction du seuil maximal de consommation ferait davantage diminuer la prévalence de ces problèmes, soit des diminutions relatives de 7,9% et de 12,3% respectivement pour les ideations suicidaires et les tentatives de suicide. Ainsi, pour chacun des problèmes de santé mentale considérés, la réduction du seuil maximal de consommation entraînerait des réductions de deux à trois fois plus grandes que celles amenées par la réduction des autres dimensions du profil de consommation.

Les stratégies de réduction globale de la consommation entraîneraient des diminutions plus prononcées dans la prévalence des problèmes sociaux liés à l'alcool. Encore ici, la réduction de la fréquence de consommation aurait l'impact le plus mitigé. La plus grande réduction dans les problèmes de relations sociales et les problèmes familiaux viendrait d'une réduction du seuil maximal de consommation, soit des réductions de 11% et 13% respectivement. Pour les problèmes au travail ou aux études liés à l'alcool, la meilleure stratégie semble être de diminuer la fréquence des occasions de forte consommation. Notons cependant que les écarts dans les réductions amenés par la réduction du volume, la réduction de la fréquence de 5+ et la réduction du seuil maximal de consommation ne sont pas très grandes pour ce type de problèmes.

5.2 Les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque

Des résultats bien différents ressortent quand on considère l'impact sur les problèmes de santé et de bien-être suivant les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque (Tableau 5.2). Des écarts substantiels apparaissent clairement entre les stratégies visant une modération de la fréquence et du volume de consommation et les stratégies visant une modération des quantités consommées par occasion (fréquence de 5+ et seuil maximal de consommation). La modération des quantités consommées par occasion entraînerait des réductions beaucoup plus substantielles des problèmes de santé physique, mentale et sociale que ne le ferait la modération de la fréquence et du volume de consommation. Notamment, les premières permettraient de diminuer les taux de problèmes de santé physique causés par l'alcool de 16%, alors que les secondes ne permettraient des diminutions que de l'ordre de 2 à 3%.

Pour les problèmes de santé mentale, la modération de la fréquence et du volume de consommation entraînerait des diminutions relatives d'au plus 0,2% dans la prévalence de détresse psychologique, de 0,7% pour les ideations suicidaires et de 1,5% pour les tentatives de suicide. En contraste, la modération de la fréquence de 5+ et du seuil maximal de consommation permettrait de réduire,

respectivement, de 1,6% et 3,3% la prévalence de détresse psychologique, de 3,3% et 10% la prévalence d'idéations suicidaires, et de 9,2% et 23,1% la prévalence de tentatives de suicide.

Tableau 5.2 Prévalences attendues de problèmes de santé et de bien-être suivant les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque

	Préval. observés	Prévalences attendues (%)				Diminutions relatives (%)			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.
Santé physique^b	10,13	9,97	9,81	8,48	8,54	-1,58	-3,16	-16,29	-15,70
Détresse^a	27,02	27,00	26,97	26,60	26,14	-0,07	-0,19	-1,55	-3,26
Ideations³	4,57	4,55	4,54	4,42	4,10	-0,44	-0,66	-3,28	-10,28
Tentatives^a	0,65	0,65	0,64	0,59	0,50	0,00	-1,54	-9,23	-23,08
Relations^b	4,55	4,44	4,26	3,56	3,86	-2,42	-6,37	-21,76	-15,16
Famille^b	4,46	4,33	4,13	3,35	3,61	-2,91	-7,40	-24,89	-19,06
Emploi^b	3,86	3,81	3,74	3,18	3,56	-1,30	-3,11	-17,62	-7,77

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, (ESSQ-92, N = 18 407).

b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93, N = 2 015).

Le même avantage des stratégies de modération des quantités consommées par occasion chez les buveurs à risque apparaît également pour les problèmes sociaux liés à l'alcool, bien qu'ici la réduction de la fréquence, et surtout du volume de consommation, aient un impact plus important sur la réduction des problèmes. Notamment, la modération de la fréquence de consommation amènerait une réduction de 2% à 3% des problèmes de relations sociales et de problèmes familiaux causés par l'alcool, et une réduction de 1,3% des problèmes au travail ou aux études liés à la consommation d'alcool. Les réductions, prévues dans la prévalence de ces problèmes sont plus prononcées avec une modération du volume de consommation, soit des réductions respectives de 6,4%, 7,4% et 3,1%. Elles varient par contre de 18% à 25% suivant une modération de la fréquence de 5+, et de 8% à 19% suivant une modération du seuil maximal de consommation.

Quand on compare les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque aux stratégies de réduction globale de la consommation, on constate que ce sont les premières qui permettraient d'amener les plus grandes réductions dans la prévalence de problèmes de santé et de bien-être. Ainsi, une réduction de 12,6% du taux de problèmes de santé physique liés à l'alcool peut être envisagée suivant une réduction globale de 15% du seuil maximal de consommation, alors

qu'une réduction de 15,7% peut être envisagée avec une modération de ce seuil chez les buveurs à risque. Dans la même veine, une réduction globale de 15% du seuil maximal de consommation entraînerait une réduction de 7,9% des ideations suicidaires et de 12,3% des tentatives de suicide, alors qu'une modération du seuil maximal de consommation chez les buveurs à risque entraînerait des réductions de 10,3% et 23,1% respectivement. Pour les problèmes sociaux causés par l'alcool, les plus grandes réductions envisageables avec les stratégies de modération de la consommation sont près du double de celles prévues avec les stratégies de réduction globale de la consommation.

Par ailleurs, quand on considère seulement la réduction de la fréquence et du volume de consommation, les stratégies axées sur la modération chez les buveurs à risque apparaissent moins efficaces pour réduire les problèmes que les stratégies de réduction globale. C'est tout-à-fait l'opposé avec la fréquence de 5+ et le seuil maximal de consommation qui gagne beaucoup en efficacité avec une stratégie de modération de la consommation chez les buveurs à risque.

5.3 Les stratégies de modération de la consommation d'alcool chez les 15% plus grands buveurs

Les prévalences attendues et les diminutions relatives dans les problèmes de santé et de bien-être suivant des modérations de la consommation chez les 15% plus grands buveurs sont présentées au Tableau 5.3. Avec ce type de stratégies, où la proportion de buveurs modérant leur consommation est fixe et identique pour chaque mesure de consommation, l'avantage d'une modération des quantités par occasion sur une modération de la fréquence ou du volume de consommation pour réduire les problèmes est un peu moins prononcé. La modération dans la fréquence et le volume de consommation entraîne de plus grandes réductions de problèmes, et la modération des quantités consommées par occasion (la fréquence de 5+ et surtout le seuil maximal), de moins grandes réductions de problèmes qu'avec les stratégies précédentes visant la modération chez les buveurs à risque uniquement. Malgré cela, les stratégies de modération de la consommation chez les 15% plus grands buveurs permettent les plus grandes réductions dans les prévalences de problèmes, lorsqu'il s'agit de modérer les quantités par occasion.

Ainsi, lorsque les 15% plus grands buveurs diminuent leur fréquence de consommation à un niveau plus modéré, on prévoit une diminution de 3,5% des problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool. Suivant une réduction similaire du volume de consommation, on prévoit une diminution de 6,5% dans la prévalence de ces problèmes. Lorsqu'il s'agit d'une réduction de la fréquence de 5+ ou du seuil maximal de consommations, ce sont des diminutions respectives de 14,3% et 10,4%. Il en est de même pour la réduction des problèmes de santé mentale: la modération de la fréquence de 5+ ou du seuil maximal de consommation chez les 15% plus grands buveurs amenant des réductions deux à trois fois plus grandes que celles qui suivraient une modération du volume de consommation, et davantage encore que celles suivant une réduction de la fréquence de consommation.

Tableau 5.3 Prévalences attendues de problèmes de santé et de bien-être suivant les stratégies de modération de la consommation chez les 15% plus grands buveurs

	Préval. observés	Prévalences attendus (%)				Diminutions relatives (%)			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.
Santé physique^b	10,13	9,78	9,47	8,68	9,08	-3,46	-6,52	-14,31	-10,37
Détresse^a	27,02	26,96	26,80	26,53	26,68	-0,22	-0,81	-1,81	-1,26
Ideations^a	4,57	4,53	4,47	4,40	4,37	-0,88	-2,19	-3,72	-4,38
Tentatives^a	0,65	0,65	0,63	0,59	0,58	0,00	-3,08	-9,23	-10,77
Relations^b	4,55	4,38	4,07	3,77	4,16	-3,74	-10,55	-17,14	-8,57
Famille^b	4,46	4,23	3,89	3,51	3,93	-5,16	-12,78	-21,30	-11,88
Emploi^b	3,86	3,74	3,61	3,21	3,66	-3,11	-6,48	-16,84	-5,18

a) Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 (ESSQ-92, N = 18 407).

b) Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93, N = 2 015).

Les plus fortes baisses dans les prévalences de problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool suivraient une modération dans la fréquence des occasions de forte consommation, soit des baisses de 17% à 21%. Des réductions appréciables de 6% à 13% suivraient par ailleurs une modération du volume de consommation chez les 15% plus grands buveurs. Ces réductions sont même légèrement plus prononcées que celles qui suivraient une modération dans le seuil maximal de consommation. La réduction de la fréquence de consommation entraînerait des réductions non négligeables de 3% à 5% dans la prévalence de ces problèmes.

5.4 L'impact de la réduction de la consommation d'alcool sur la santé selon les facteurs sociaux

Les prévalences attendues de problèmes de santé et de bien-être selon les différents facteurs sociaux suivant les différentes stratégies de réduction de la consommation sont présentées en appendice (Tableaux A5.1 à A6.7). Avec les stratégies de réduction globale de la consommation (Tableaux A5.1 à A5.7), très peu d'écarts apparaissent entre les différents groupes de buveurs dans la diminution des prévalences de problèmes. Ces écarts dépassent rarement un point de pourcentage. Notons deux exceptions: d'une part, une absence de diminution dans la prévalence des tentatives de suicide chez les répondants de 55 ans et plus, alors que des diminutions appréciables (de l'ordre

de 4% à 13%) sont prévues chez les buveurs moins âgés; d'autre part, une diminution de la prévalence des tentatives de suicide chez les buveurs de revenu supérieur, plus considérable que celle prévue chez les buveurs moins fortunés. Dans les deux cas, les très faibles prévalences de tentatives de suicide observées initialement dans ces groupes de répondants expliquent ces écarts: soit des prévalences de,05% et de,07% respectivement chez les buveurs de 55 ans et plus et les buveurs de revenu supérieur.

Des écarts considérables émergent par contre entre les groupes de buveurs dans les prévalences prévues de problèmes de santé et de bien-être suivant les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque (Tableaux A6.1 à A6.7). Les écarts selon le sexe et l'âge sont notamment très marqués et ce, pour tous les problèmes de santé et de bien-être considérés. Dans la plupart des cas, les diminutions relatives prévues chez les hommes sont le double—voire même davantage—de celles prévues chez les femmes. Par exemple, avec une modération de la fréquence de consommation, du volume de consommation et de la fréquence de 5+, les prévalences de problèmes de santé physique diminueraient respectivement de 2,1%, 4,3% et 20% chez les hommes et de 0,9%, 1,3% et 10,4% chez les femmes. Les écarts entre hommes et femmes sont par contre souvent moins prononcés lorsqu'il s'agit de la modération du seuil maximal de consommation, bien que les réductions restent plus grandes chez les hommes.

Les écarts selon l'âge sont moins systématiques: ils varient selon le problème considéré et selon la mesure de consommation faisant l'objet d'une réduction. Avec des réductions de la fréquence et du volume de consommation, de plus grandes réductions de problèmes sont prévues chez les buveurs plus âgés. Pour la plupart des problèmes, on note même des réductions croissantes selon le groupe d'âge. Pour les problèmes de santé physique et les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool, ces écarts sont plutôt marqués. Par exemple, les réductions de la fréquence et du volume de consommation entraîneraient respectivement des réductions de,8% et de 2,9% dans la prévalence de problèmes de santé physique chez les buveurs de 15 à 24 ans, alors que la prévalence de ces problèmes serait réduite de 5,3% et 6% chez les buveurs de 55 ans et plus. Chez les buveurs de 15 à 24 ans, la réduction de la fréquence et du volume de consommation amènerait des réductions de 1% et 4,7% dans la prévalence de problèmes de relations sociales, de 1,5% et 5,3% dans la prévalence de problèmes familiaux, et de,8% et 2,1% dans la prévalence de problèmes au travail ou aux études liés à la consommation d'alcool. Chez les buveurs de 55 ans et plus, la prévalence de ces problèmes serait réduite respectivement de 7,5% et 10,5%, de 9,6% et 13,2%, et de 4,1% et 6,5%.

Avec la modération de la fréquence d'occasions de forte consommation et du seuil maximal de consommation, la relation entre l'âge et les réductions de problèmes est inversée: les plus grandes réductions de problèmes verraient le jour chez les plus jeunes buveurs. Cela est très frappant en ce qui concerne la modération du seuil maximal de consommation. Par exemple, avec une modération du seuil maximal de consommation, on prévoit des réductions de problèmes de santé physique liés à la consommation d'alcool de 29% chez les buveurs de 15 à 24 ans et de 9% chez les buveurs de 55 ans et plus. Pour les problèmes de détresse psychologique, il s'agit de réductions de 5,6% chez

les plus jeunes et de moins de 1% chez les buveurs de 55 ans et plus. Pareillement, la modération du seuil maximal de consommation chez les buveurs à risque permettrait de réduire de 15% la prévalence d'idéations suicidaires chez les buveurs de 15 à 24 ans (2,8% chez les buveurs de 55 ans et +), de 30% les tentatives de suicide et les problèmes familiaux liés à la consommation d'alcool (0% et 10,4% chez les 55+), de 24% les problèmes de relations sociales (7,5% chez les 55+) et de 11,5% les problèmes au travail ou aux études liés à l'alcool (3,3% chez les 55+). Chez les buveurs de 25 à 34 ans, les réductions de problèmes seraient moindres mais toutefois appréciables. Elles s'amenuiseraient davantage chez les buveurs plus âgés.

Une tendance similaire peut être notée au niveau des problèmes de santé mentale avec la diminution de la fréquence d'occasions de forte consommation. Encore ici, les réductions les plus grandes de problèmes sont attendues chez les jeunes. Ces réductions seraient progressivement moins marquées chez les buveurs de groupes d'âge subséquents. En ce qui a trait aux problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool, des réductions semblables sont attendues chez les buveurs des quatre groupes d'âge. Notons à cet égard que la réduction de la fréquence d'occasions de forte consommation apparaît la meilleure stratégie pour les buveurs de tous les groupes d'âge pour réduire ce type de problèmes.

Malgré que les stratégies de réduction de la fréquence et du volume de consommation gagne en efficacité avec l'avancement en âge des buveurs, et qu'à l'inverse, les stratégies orientées vers la réduction des quantités par occasion soient généralement plus efficaces chez les plus jeunes buveurs, les stratégies de réduction des quantités par occasion demeurent néanmoins pour les buveurs de tout âge le meilleur type de stratégie pour réduire la prévalence des divers problèmes de santé et de bien-être. Ceci se constate aisément lorsqu'on identifie dans chacun des groupes d'âge et pour chacun des problèmes, la stratégie de réduction de la consommation qui amènerait la plus grande réduction de problèmes. Pour les trois indicateurs de santé mentale, c'est la réduction du seuil maximal de consommation qui apparaît clairement, et pour les buveurs de tous les groupes d'âge, comme la stratégie amenant les plus grandes réductions de problèmes. Pour les problèmes de santé physique et les problèmes sociaux liés à la consommation d'alcool, c'est une stratégie de réduction de la fréquence d'occasions de forte consommation qui est le meilleur choix. Pour les buveurs de 15 à 24 ans et ceux de 25 à 34 ans, une stratégie de réduction du seuil maximal de consommation amènerait également des réductions semblables, et dans certains cas, même supérieures dans la prévalence de ces problèmes.

En général, très peu d'écarts dans les diminutions de problèmes apparaissent entre les buveurs de différents niveaux de revenu. Les stratégies de réduction des quantités par occasion entraîneraient par contre proportionnellement plus de réductions des problèmes de santé mentale chez les buveurs ayant un bon support social et chez les fumeurs, que chez les buveurs ayant un support social faible et les non-fumeurs.

Chapitre 6: Discussion

Le principal objectif de cette étude était d'examiner l'impact qu'auraient sur les prévalences de divers problèmes de santé physique, mentale et sociale, différentes stratégies de réduction de la consommation d'alcool dans la population. Cet objectif général ressort d'un questionnement de la politique actuelle du MSSS en la matière, qui est de réduire de 15%, de façon globale, la consommation d'alcool dans la population, d'ici l'an 2002 (MSSS, 1992). Il s'inscrit également dans la lignée de plusieurs études qui ont démontré que certains aspects du profil de consommation—comme la fréquence des occasions de forte consommation ou les quantités maximales d'alcool consommées par occasion—sont beaucoup plus prédictives des problèmes liés à la consommation d'alcool que ne l'est le volume de consommation. De tels résultats suggèrent qu'une stratégie davantage orientée vers la réduction de ces aspects de la consommation serait plus efficace pour réduire les prévalences de problèmes liés à la consommation d'alcool dans la population qu'une stratégie de réduction globale du volume de consommation.

6.1 Les principaux constats

1^{er} constat: Les mesures basées sur les quantités d'alcool consommées par occasion—soit la fréquence des occasions de forte consommation d'alcool (5+ verres/occ.) et le seuil maximal de consommation (quantité maximale d'alcool consommée par occasion)—sont beaucoup plus prédictives des problèmes de santé et de bien-être que ne le sont la fréquence et le volume de consommation.

Ce constat ressort clairement des résultats des analyses descriptives qui ont clairement montré que les prévalences de divers problèmes augmentaient de façon beaucoup plus substantielle avec la fréquence des occasions de forte consommation ou avec le seuil maximal de consommation qu'avec la fréquence ou le volume de consommation. Les problèmes de santé et de bien-être se sont en outre montrés plus fortement corrélés à la fréquence des occasions de forte consommation et au seuil maximal de consommation qu'à la fréquence et au volume de consommation. Enfin, les plus grandes réductions dans les prévalences de problèmes suivant des stratégies de réduction comparables, comme les stratégies de réduction globale de 15% chez tous les buveurs, témoignent également de cette plus grande capacité des mesures de quantités par occasion à prédire les problèmes liés à la consommation d'alcool.

2^{ème} constat: La réduction de la fréquence des occasions de forte consommation et la réduction du seuil maximal de consommation amènent des réductions beaucoup plus substantielles des problèmes de santé et de bien-être que la réduction de la fréquence ou du volume de consommation.

Ce meilleur rendement des stratégies de réduction de la fréquence des occasions de forte consommation et du seuil maximal de consommation se constate pour chacun des problèmes de santé et de bien-être considérés, et cela tant pour les stratégies de réduction globale de la consommation que pour les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque. Ceci confirme l'hypothèse centrale de cette étude.

Cet écart de rendement est particulièrement prononcé dans le cas des stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque. Par exemple, une modération dans la fréquence d'occasions de forte consommation et dans le seuil maximal de consommation permettrait de réduire de 16% la prévalence de problèmes de santé physique liés à l'alcool, alors qu'une modération de la fréquence ou du volume de consommation n'entraînerait une réduction de ces problèmes que de 2% à 3%. Les prévalences de détresse psychologique, d'idéations suicidaires et les tentatives de suicide pourraient être réduites de 3,3%, 10,3% et 23,1% respectivement suivant une stratégie de modération du seuil maximal de consommation, alors qu'elles ne seraient réduites que d'au plus 1,5% suivant une modération de la fréquence ou du volume de consommation. Avec la modération de la fréquence des occasions de forte consommation, on pourrait s'attendre à des réductions de 18% à 25% dans les prévalences de problèmes sociaux liés à l'alcool, alors que les plus grandes réductions envisageables suivant une modération de la fréquence ou du volume de consommation sont de l'ordre de 3% à 7%.

Constat 3: *Les stratégies orientées vers la modération de la consommation chez les buveurs à risque entraînent de plus grandes réductions des problèmes de santé et de bien-être que les stratégies de réduction globale de la consommation auprès de tous les buveurs.*

On peut faire ce constat lorsque l'on compare les deux types de stratégies au niveau des plus grandes réductions prévues dans les prévalences de problèmes de santé et de bien-être. Par exemple, avec la stratégie de réduction globale de la consommation, la plus grande réduction prévue dans la prévalence de tentatives de suicide est de 12,3%. Avec la stratégie de modération de la consommation, la plus grande réduction prévue dans la prévalence de tentatives de suicide est de 23,1%, ce qui est nettement plus élevé. La même situation se reproduit pour chacun des problèmes.

On peut noter par ailleurs, quand on examine le rendement de ces deux types de stratégies en fonction des mesures de consommation, que la réduction de la fréquence et du volume de consommation entraîne de plus fortes baisses de problèmes lorsqu'il s'agit d'une stratégie de réduction globale chez tous les buveurs que lorsqu'il s'agit d'une stratégie de modération de la consommation chez les buveurs à risque, ce qui est tout à fait à l'opposé de ce qu'on observe pour les mesures basées sur les quantités consommées par occasion. Il demeure malgré cela que les plus grandes réductions de problèmes sont attendues avec les stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque.

***Constat 4:** La stratégie la plus efficace pour réduire les prévalences de problèmes de santé et de bien-être dans la population est une stratégie visant la modération de la fréquence des occasions de forte consommation et du seuil maximal de consommation chez les buveurs à risque.*

Ce constat découle naturellement des trois précédents. Mais il peut se vérifier aisément en examinant les réductions attendues dans les prévalences de problèmes suivant les différentes stratégies de réduction de la consommation.

Il est important de souligner ici que la stratégie de modération de la consommation chez les buveurs à risque ne concerne pas uniquement la petite proportion des grands buveurs à laquelle on réfère souvent lorsqu'on parle de " high risk strategy ", soit les buveurs qui consomment régulièrement de grands volumes de consommation. Ici, la consommation à risque est définie pour chacune des mesures de consommation et concerne en grande majorité des buveurs qui ne sont pas des grands buveurs au sens commun du terme. Ce sont par contre des buveurs à risque, c'est-à-dire qui ont un profil de consommation qui présente un risque accru pour la santé et les problèmes liés à la consommation d'alcool. Il découle de ceci qu'une stratégie visant la modération chez tous les buveurs qui ont un comportement de boire à risque pourrait tout aussi bien être comprise comme une stratégie visant la réduction des comportements de boire à risque dans l'ensemble de la population. Ce sont deux façons de dire la même chose.

***Constat 5:** Les stratégies de réduction de la consommation d'alcool ont des impacts différents dans les différents groupes sociaux de buveurs.*

Des écarts très marqués sont ressortis selon l'âge, le sexe et entre fumeurs et non-fumeurs dans la réduction des problèmes de santé et de bien-être suivant des stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque. Comme la relation entre la consommation d'alcool et les problèmes de santé et de bien-être reste la même dans tous les groupes de buveurs, ces écarts sont essentiellement attribuables aux profils de consommation différents dans ces groupes de buveurs. Ces stratégies de réduction de la consommation ont montré que les hommes, les plus jeunes buveurs et les fumeurs bénéficieraient davantage d'une modération de la consommation que les femmes, les buveurs plus âgés et les non-fumeurs. Malgré ces différences, des réductions substantielles dans les problèmes de santé et de bien-être sont néanmoins apparues dans chacun des groupes de buveurs.

6.2 Les facteurs en cause dans l'explication des résultats observés

Trois facteurs semblent concourir à l'explication du meilleur rendement des stratégies de réduction de la fréquence des occasions de forte consommation et seuil maximal de consommation sur les réductions de problèmes de santé et de bien-être (comparativement aux stratégies de réduction de la fréquence ou du volume de consommation): (1) une plus forte association avec les problèmes de

santé et de bien-être; (2) un plus grand nombre de buveurs ayant un comportement de consommation à risque; (3) un plus grand nombre de buveurs ayant un niveau de consommation particulièrement élevé.

Comme nous l'avons vu, les mesures basées sur les quantités consommées par occasion sont plus fortement associées aux divers problèmes de santé et de bien-être. Étant plus fortement associées, il va de soi que la réduction de ces aspects de la consommation entraîne de plus fortes baisses dans les prévalences de problèmes. C'est surtout ce facteur qui explique l'avantage qu'ont les stratégies de réduction des quantités par occasion sur les stratégies de réduction de la fréquence et des volumes de consommation, avec les stratégies globales de réduction de la consommation.

Pour ce qui est des stratégies de modération de la consommation chez les buveurs à risque, une bonne partie de l'explication du meilleur rendement des réductions des quantités par occasion réside, par contre, dans les plus grandes proportions de buveurs définis à risque avec ces mesures et sur qui s'appliquent les réductions de la consommation. Dans l'ESSQ-92, de 5% à 6% des buveurs ont une fréquence ou un volume de consommation présentant un risque accru pour la santé ou les problèmes liés à l'alcool; il s'agit de 16% et 21% des buveurs respectivement qui ont une fréquence d'occasions de forte consommation ou un seuil maximal de consommation présentant un risque accru pour la santé et les problèmes d'alcool. Comme les stratégies de modération de la consommation visent un plus grand nombre de buveurs à risque avec les mesures axées sur les quantités par occasion, il n'est pas étonnant que ces stratégies aient des impacts plus prononcés sur les problèmes de santé et de bien-être.

Notons par contre que, même lorsque l'on définit la consommation à risque sur une base purement empirique—de façon à ce qu'une même proportion de buveurs soient définis à risque avec chacune des mesures—les diminutions attendues dans les problèmes de santé et de bien-être restent toujours plus grandes avec les mesures basées sur les quantités par occasion qu'avec les mesures de fréquence et de volume de consommation. Même dans cette situation, la modération des quantités consommées par occasion entraîne des réductions des prévalences de problèmes deux fois plus grandes que celles suivant la modération dans la fréquence et le volume de consommation. Les proportions de buveurs à risque sur qui s'appliquaient les réductions de consommation n'est donc pas le seul facteur en cause pour expliquer le meilleur rendement des stratégies de réduction des quantités consommées par occasion.

Le troisième facteur explicatif concerne la distribution des mesures de consommation, et plus particulièrement la proportion de buveurs qui ont de très hauts niveaux de consommation. En effet, quand un grand nombre de buveurs ont des niveaux très élevés de consommation, la stratégie de modération de la consommation chez les buveurs à risque implique qu'un bon nombre de buveurs réduiront leur consommation de façon substantielle. De telles baisses dans les niveaux de consommation se traduisent évidemment par des baisses prononcées des risques pour ces buveurs,

ce qui se répercute sur les prévalences attendues de problèmes. C'est exactement ce qui se produit avec la fréquence de 5+. Par exemple, 3% de l'ensemble des buveurs consomment cinq verres et plus par occasion, 52 fois et plus par année; pour près de 2%, c'est 96 fois et plus par an.

Il faut signaler également que les relations que nous observons entre les problèmes de santé et de bien-être et les mesures de fréquences de 5+ et de seuil maximal de consommation s'expliquent très bien sur un plan théorique. On peut d'abord noter qu'une consommation de cinq verres et plus par occasion signale en soi un certain excès dans la consommation, et à plus forte raison, sa répétition fréquente. De même, on ne peut se méprendre sur la mesure de seuil maximal de consommation: un homme consommant huit verres et plus en une occasion ou une femme en consommant six ou plus font certainement acte d'excès. C'est cet aspect de la consommation qui n'est pas saisi par la mesure de fréquence de consommation, ou qui ne ressort que très peu avec la mesure de volume. Les données le montrent: plusieurs buveurs consomment souvent de grandes quantités d'alcool et constituent ainsi des buveurs à risque, sans que cela ne se traduise par de grands volumes de consommation ou une consommation nécessairement fréquente. Or, c'est l'excès dans la consommation qui constitue le principal risque de développer les problèmes associés à la consommation d'alcool. En ce sens, les mesures de forte consommation sont de meilleurs indicateurs de la consommation à risque que ne le sont la fréquence et le volume de consommation, et c'est pour cette raison qu'ils sont de meilleurs prédicteurs des problèmes de santé et de bien-être et que leur réduction a plus d'impact sur ces problèmes.

6.3 Les limites de l'étude

Cette étude n'est évidemment pas sans certaines limites qu'il serait pertinent ici de souligner. La première concerne la valeur prédictive des modèles proposés. Implicite à la démarche prédictive adoptée dans cette étude est l'assumption que les relations que nous observons entre la consommation et les problèmes liés à l'alcool sur un plan transversal sont de bons estimés des relations que nous observerions sur un plan longitudinal. Évidemment, pour valider parfaitement de tels modèles prédictifs, il faudrait mettre en application les stratégies de réduction de la consommation et vérifier les réductions effectives dans la consommation et les réductions escomptées dans les prévalences de problèmes. Une étude longitudinale pourrait aussi être conduite pour vérifier la façon dont les changements qui se font dans le temps, dans les profils de consommation des buveurs, se répercutent sur les risques de divers problèmes de santé. Une telle analyse pourrait également fournir des modèles similaires à ceux présentés ici, mais avec l'avantage que les relations entre la consommation d'alcool et les risques seraient établies dans le temps. Cependant, sans aller jusque-là, on peut déjà constater que les résultats de plusieurs grandes études longitudinales démontrent des relations entre la consommation d'alcool et les problèmes conséquents qui sont très similaires à celles observées dans notre étude (Edwards et al., 1994, pour une revue des études longitudinales). Les modèles que nous avons présentés confirment en fait ce que plusieurs autres auteurs ont présenté bien avant: la plus forte relation entre les problèmes de santé et de bien-être et les mesures basées sur les quantités par occasion, la plus grande prévalence de problèmes liés

à la consommation chez les hommes et chez les jeunes, la plus grande prévalence de détresse psychologique chez les femmes, de tentatives de suicide chez les jeunes, chez les buveurs qui ont un faible support social, etc. Les modèles proposés n'ont en fait rien de surprenant.

Dans la mesure où nous contrôlons l'influence des principaux facteurs associés à la consommation d'alcool et aux problèmes que nous mesurons, les risques sont minimisés que les associations que nous observons entre la consommation d'alcool et les problèmes conséquents puissent n'être que des artefacts d'une tierce variable. Nous pouvons être certains du moins que les relations que nous observons entre la consommation et les problèmes ne s'expliquent pas par les facteurs qui sont inclus et contrôlés dans nos modèles.

Une autre importante limite concerne la mesure des problèmes de santé physique. Il est clair que le but central de notre étude n'était pas d'évaluer l'impact des stratégies de réduction de la consommation sur des problèmes de santé spécifiques, comme les cirrhoses du foie ou les maladies cardio-vasculaires, ou encore moins d'évaluer le rôle de la consommation sur la mortalité. Les données sur la santé physique auxquelles nous avons eu accès dans l'ESSQ-92 et dans l'EDK-93 étaient nécessairement d'ordre plus général. Néanmoins, une de ces variables, celle évaluant l'occurrence de problèmes de santé physique directement liés à la consommation d'alcool, s'est avérée significativement associée à la consommation dans le sens attendu. Cette mesure s'est en outre montrée plus fortement associée aux mesures de quantités d'alcool consommées par occasion qu'aux mesures de fréquence ou de volume. Il est par contre possible que d'autres mesures de santé plus spécifiques auraient donné des résultats différents.

Enfin, il est clair que cette étude ne concerne que les conséquences potentielles de diverses stratégies de réduction de la consommation dans la population. Nous ne pouvons rien dire sur la façon dont ces stratégies de réductions pourraient s'appliquer dans les faits, leur faisabilité, les coûts engendrés, les implications politiques et sociales. Nous savons que les mesures de contrôle, telles que la taxation ou les restrictions légales dans l'accès à l'alcool, ont un impact démontré sur les volumes de consommation. La démonstration de l'applicabilité de mesures visant à réduire les quantités par occasion dans la population reste par contre toute entière.

Conclusion

Pour conclure, il est clair selon les résultats de cette étude que les politiques publiques en matière de réduction de la consommation d'alcool auraient tout avantage à considérer les risques amenés par les comportements de consommation à risque, et plus particulièrement ceux inhérents aux occasions de forte consommation. La réduction des volumes de consommation entraîne certes des réductions dans la prévalence des problèmes, mais la réduction des occasions de forte consommation et, plus généralement, la réduction des quantités consommées par occasion entraîneraient des réductions encore plus considérables dans les prévalences de problèmes.

Enfin, comme la consommation à risque est particulièrement fréquente dans certains groupes de buveurs - qu'on pense par exemple aux jeunes hommes de 15 à 24 ~ des stratégies préventives spécifiquement orientées vers ces groupes de buveurs seraient évidemment pertinentes. Cependant, comme tous les groupes de buveurs bénéficieraient d'une réduction de la consommation, et plus particulièrement de la consommation à risque, aucun groupe ne devrait être négligé à cet égard.

Références

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC.
- Andersen, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. (1993). The risk of alcohol. *Addiction*, 88, 1493-1508.
- Andreasson, S., Romelsjö, A. & Allebeck, P. (1988). Alcohol and mortality among young men. Longitudinal study of Swedish conscripts. *British Medical Journal*, 296, 1021-5.
- Ashley, M.J., Ferrence, R., Room, R., Rankin, J. et Single, E. (1994). Moderate drinking and Health: Report of an international symposium. *Canadian Medical Association Journal*, 151(6), 809-820.
- Beskow, J. (1979). Suicide and mental disorders in Swedish men. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum 277*, 1-138.
- Bondy, S. (1994). Alcohol consumption and self reports of alcohol-related consequences in the 1990 Ontario Health Survey, *Paper presented at the 20th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Rueshlikon, Switzerland, June 1994*.
- Buhl, J.M. & Warheit, G.J. (1982). Estimating the prevalence of problem drinking and alcoholism in the general population: An overview of epidemiological studies. *Alcohol & Health Research World*, 7(2), 11-21.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Makela, K., Pan, L., Popham R.E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O., Sulkunen, P. & Österberg, E. (1975). *Alcohol control policies in public health perspective*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Center of Alcohol Studies.
- Cahalan, D. & Cisin, I.H. (1968). American drinking practices: Summary of findings from a national probability sample. II. Measurement of massed versus spaced drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 29, 642-56.
- Clark, W.B. & Hilton, M.E. (Eds.) (1991). *Alcohol in America*. Albany, NY: State University of New York.
- Clark, W. & Midanik, L. (1982). Alcohol use and alcohol problems among U.S. adults: Results of the 1979 National Survey. *Alcohol and health monograph. 1, Alcohol consumption and related problems*, Publication No. (ADM) 82-1190, pp. 3-52. US Department of Health and Human Services, Rockville, MD.

- Demers, A. et Kishchuck, N. (1993). Représentation sociale du boire, réseaux d'influence et pratiques relatives à l'alcool: enquête exploratoire. Projet de recherche subventionné par le Conseil québécois de recherche sociale, Octobre, 1993.
- EDK-93 Voir: Demers et Kishchuk (1993).
- Edwards, G., Andersen, P., Babor, T.F., Casswell, S. et al. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.
- ESSQ-92 Voir: Santé Québec (1995).
- Fillmore, K.M., Golding, J.M., Leino, E.V., Motoyoshi, M., Ager, C.R. & Ferrer, H.P. (1992). Relationship of measures of alcohol consumption with alcohol-related problems in multiple studies: A research synthesis from the Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Study. Paper presented at the 18th Annual Meeting of the Kettil Bruun Society, *Alcohol Epidemiology Symposium*, June 1-5, Toronto.
- Grant, M. (Ed.) (1987). *La lutte contre l'alcoolisme*. Copenhague: OMS, Bureau régionale de l'Europe.
- Grant, B.F. & Harford, T.C. (1990). The relationship between ethanol intake and DSM-III-R alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 448-456.
- Greenfield, T.K. (1986). Quantity per occasion and consequences of drinking: A reconsideration and recommendation. *The International Journal of the Addictions*, 21, 1059-1079.
- Haberman, S. J. (1973). The analysis of residuals in cross-classified tables. *Biometrics*, 29, 205-220.
- Harford, T.C., Grant, B.F. & Hasin, D.S. (1991). The effect of average daily consumption and frequency of intoxication on the occurrence of dependence symptoms and alcohol-related problems. In W.B. Clark & M.E. Hilton (Eds.), *Alcohol in America. Drinking practices and problems*, pp. 213-237. State University of New York, Albany, NY.
- Hauge, R. & Irgens-Jensen, O. (1986). The relationship between alcohol consumption, alcohol intoxication and negative consequences of drinking in four Scandinavian countries. *British Journal of Addiction*, 81, 513-524.
- Hauge, R. & Irgens-Jensen, O. (1987). Age, alcohol consumption and the experiencing of negative consequences of drinking in four Scandinavian countries. *British Journal of Addiction*, 82, 1101-1110.
- Hawks, D. (1994). A review of current guidelines on moderate drinking for individual consumers. *Contemporary Drug Problems*, 21, 223-237.

- Heath, D.B. Anthropological and sociocultural perspectives on alcohol as a reinforcer. In: Cox, W.M. (Ed.) *Why people drink: Parameters of alcohol as a reinforcer*, New York: Gardner Press, 1990, pp. 263-290.
- Hilton, M.E. (1991). Demographic characteristics and the frequency of heavy drinking as predictors of self-reported drinking problems. In W.B. Clark & M.E. Hilton (Eds.), *Alcohol in America. Drinking practices and problems* (pp. 194-212). Albany, NY: State University of New York.
- Ifeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Ifeld, F.W. (1978). Psychological status of community residents along major demographic dimensions, *Archives of General Psychiatry*, 35, 716-724.
- Kendell, R. E. (1987). Drinking sensibility. *British Journal of Addiction*, 82, 1279-1288.
- Klingemann, H.K.H., Takala, J.-P. & Hunt, J. (Eds.) (1992). *Cure, Care or Control—Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. New York: State University of New York Press.
- Knupfer, G. (1966). Some methodological problems in the epidemiology of alcohol beverage usage: Definition of amount of intake. *American Journal of Public Health*, 56, 237-242.
- Knupfer, G. (1984). The risks of drunkenness (or ebrietas ressurecta): A comparison of frequent intoxication indices and of population sub-groups as to problem risks. *British Journal of Addiction*, 79, 185-196.
- Kreitman, N. (1986). Alcohol consumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction*, 81, 353-363.
- Kreitman, N. & Duffy, J. (1982). Beyond consumption: The effect of drinking patterns on the consequences of drinking. Paper presented at the 8th annual Meeting of the Kettil Bruun Society, *Alcohol Epidemiology Symposium*. Helsinki, Finland.
- Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Midanik, L., (1995). Alcohol consumption and social consequences, dependence, and positive benefits in general population surveys. In H.D. Holder & G. Edwards (Eds.), *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues* (pp. 62-81). Toronto: Oxford University Press.
- Midanik, E., Tarn, T., Greenfield, T. & Caetano, R. (1994). Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 U.S. national sample. Berkeley, CA: California Pacific Medical Center Research Institute, Alcohol Research Group.

- Ministère de la santé et des Services Sociaux. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: auteur.
- Murphy, G. & Wetzel, R. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-92.
- Mäkelä, K. (1978). Level of consumption and social consequences of drinking. In Y. Israel et al, *Research advances in alcohol and drug problems*, Vol. 4., pp. 303-48, Plenum, NY.
- Mäkelä, K. & Simpura, J. (1985). Experiences related to drinking as a function of annual alcohol intake and by sex and age. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 389-404.
- Moore, M.H. & Gerstein, D.R. (1981). *Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition*. Washington DC: National Academy Press.
- Nadeau, L, pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1995). Les enjeux sous-jacents à une future stratégie québécoise de lutte à la toxicomanie. Conférence d'ouverture au Congrès national en toxicomanie: Rond point 95. Montréal: avril.
- Pols, R. G. & Hawks, D.V. (1992). *Is there a safe level of daily consumption of alcohol for men and women? Recommendations regarding responsible drinking behavior*, 2nd ed. Canberra, National Health and Medical Research Council, Australian Government Publishing Service.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé-Québec*, Enquête Santé Québec 87, Les cahiers de recherche, no 7, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Roizen, J. (1982). Estimating alcohol involvement in serious events. In Alcohol consumption and related problems (Alcohol and Health Monograph No 1), pp. 179-219. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Washington, DC.
- Roizen, J. (1989). Alcohol and trauma. In N. Giesbrecht et al. (Eds.), *Drinking and casualties. Accidents, poisonings and violence in an international perspective*, pp.158-71. Routledge, New~York.
- Romelsjö, A. (1995). Alcohol consumption and social consequences, dependence, and positive benefits in general population surveys. In H.D. Holder & G. Edwards (Eds), *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues* (pp. 114-142). Toronto: Oxford University Press.
- Room, R. (1993). Epidemiological research on drinking patterns and problems. *Journal of Alcohol, Drugs and other Psychotropic substances*, 19, 195-217.
- Rootman, I. & Moser, J. (1984). *Guidelines for investigating alcohol problems and developing appropriate responses*. Genève: OMS.

- Rose, G. (1981). Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal*, 282, 1847-1851.
- Santé Québec. (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1. Québec: Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Secretary of Health and Human Services, (1990). *Seventh special report to the U. S. Congress on Alcohol and Health*. Rockville, Maryland: U. S. Department of Health and Human Services.
- Single, E. (1995). A harm reduction approach for alcohol: between the lines of *Alcohol Policy and the Public Good*. *Addiction*, Special edition edited by G. Edwards: " Alcohol Policy and the Public Good: An International Debate ".
- Single, E., Brewster, J., MacNeil, P. & Hatcher, J. (1994). *Alcohol and drug use: results from the General Social Survey of 1993*. Ottawa: Health Canada.
- Single, E., Giesbrecht, N. & Eakins, B. (Eds.) (1981). *Alcohol, society, and the state 2. A social history of control policy in seven countries*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Single, E. & Wortley, S. (1993). Drinking in various settings, findings from a national survey in Canada, *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 590-599.
- Skog, O. (1996). The prevention paradox revisited. Paper presented at the 22nd Annual Meeting of the Kettil Bruun Society, *Alcohol Epidemiology Symposium*, Edinburgh, June 3-7.
- Stockwell, T., Hawks, D. Lang, E. & Rydon, P. (1994). *Unraveling the prevention paradox*. Perth, Australia: National Center for Research into the Prevention of drug Abuse.

Appendice

Tableau A3.1 Distribution de la fréquence de consommation d'alcool selon le sexe et l'âge
(Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, ESSQ-92, N=18 407)

	Moins d'une fois par sem.	Une fois par semaine	2-3 fois par semaine	4-6 fois par semaine	Chaque jour
Sexe					
Hommes	39,7	22,5	21,9	9,0	6,9
Femmes	59,7	21,4	13,0	5,9	0,0
Âge					
15-24 ans	60,4	22,2	14,0	3,0	0,5
25-34 ans	50,8	23,9	18,4	5,8	1,2
35-54 ans	44,5	22,1	19,5	9,1	4,7
55 ans ou +	47,5	18,7	15,8	10,8	7,3
Hommes					
15-24 ans	51,9	23,4	19,4	4,3	1,0
25-34 ans	40,7	25,3	23,0	8,7	2,3
35-54 ans	34,9	21,9	23,6	10,4	9,2
55 ans ou +	36,8	19,1	19,2	11,1	13,8
Femmes					
15-24 ans	69,3	20,8	8,2	1,6	0,0
25-34 ans	61,3	22,6	13,5	2,7	0,0
35-54 ans	54,7	22,4	15,2	7,7	0,0
55 ans ou +	59,3	18,2	12,0	10,5	0,0
Tous	49,4	22,0	17,6	7,5	3,6

Tableau A3.2 Distribution du volume habituel de consommation (en verres / sem.) selon le sexe et l'âge (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, ESSQ-92, N=18407)

	0		8 à 14	15 à 21	22 ou +
Sexe					
Hommes	23,3	58,0	11,3	3,5	3,9
Femmes	42,8	52,5	3,6	1,2	0,0
Âge					
15-24 ans	38,5	52,3	6,2	2,0	1,0
25-34 ans	33,9	55,8	6,5	1,9	1,8
35-54 ans	29,3	56,1	9,0	3,0	2,6
55 ans ou +	32,3	56,0	7,6	2,0	2,1
Hommes					
15-24 ans	29,5	56,5	9,4	2,6	2,0
25-34 ans	23,9	59,4	10,5	2,8	3,4
35-54 ans	20,2	57,3	13,2	4,4	4,9
55 ans ou +	23,3	59,2	10,2	3,4	3,9
Femmes					
15-24 ans	48,4	47,7	2,6	1,2	0,0
25-34 ans	44,6	52,1	2,3	1,0	0,0
35-54 ans	39,2	54,9	4,4	1,5	0,0
55 ans ou +	42,6	52,3	4,6	0,5	0,0
Tous	32,6	55,4	7,6	2,4	2,0

Tableau A3.3 Distribution de la fréquence de forte consommation (5 verres et + par occ.)
selon le sexe et l'âge (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, ESSQ-92, N=18407)

	0	1-6	7-12	13-24	25-47	48+
Sexe						
Hommes	33,5	37,2	12,2	6,2	4,1	6,7
Femmes	57,6	32,7	5,1	2,0	1,2	1,4
Âge						
15-24 ans	26,1	43,5	12,0	7,6	4,8	6,0
25-34 ans	38,8	38,9	9,6	4,5	3,4	4,8
35-54 ans	47,2	34,6	8,6	3,8	2,2	3,6
55 ans ou +	69,4	21,5	4,8	1,3	0,6	2,4
Hommes						
15-24 ans	19,7	39,2	15,1	10,2	6,7	9,1
25-34 ans	26,0	40,5	13,4	6,9	5,5	7,7
35-54 ans	33,5	38,6	12,3	5,8	3,6	6,2
55 ans ou +	58,2	27,2	7,3	2,1	1,1	4,0
Femmes						
15-24 ans	33,0	48,1	8,7	4,7	2,8	2,7
25-34 ans	52,3	37,3	5,7	1,9	1,3	1,6
35-54 ans	61,9	30,3	4,5	1,6	0,8	0,9
55 ans ou +	82,5	14,7	1,9	0,2	0,1	0,5
Tous	45,1	35,1	8,8	4,2	2,7	4,1

Tableau A3.4 Distribution du seuil maximal de consommation (en verres / occasion) selon le sexe et l'âge (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, N = 18 407)

	0-4 verres	5-7 verres	8-11 verres	12-17 verres	18+ verres
Sexe					
Hommes	32,8	33,4	17,8	11,3	4,7
Femmes	56,8	34,6	6,2	2,0	0,4
Âge					
15-24 ans	25,6	34,4	18,5	14,4	7,2
25-34 ans	38,0	35,0	15,3	8,8	2,9
35-54 ans	46,6	36,3	11,1	4,6	1,4
55 ans ou +	68,1	26,1	3,9	1,4	0,5
Hommes					
15-24 ans	19,2	24,7	21,6	21,8	12,7
25-34 ans	25,6	31,8	22,2	15,0	5,3
35-54 ans	33,1	38,3	17,9	8,2	2,5
55 ans ou +	56,7	32,9	7,1	2,6	0,8
Femmes					
15-24 ans	32,5	44,8	15,0	6,4	1,3
25-34 ans	51,1	38,4	8,0	2,1	0,3
35-54 ans	61,4	34,1	3,6	0,8	0,2
55 ans ou +	81,6	18,1	0,2	0,0	0,1
Tous	44,3	33,9	12,3	6,9	2,6

Tableau A5.1 Taux attendus de problèmes de santé physique liés à l'alcool suivant une réduction de 15% des indices de consommation d'alcool, selon les facteurs sociaux*

	Taux observé	Taux attendus				Diminution relative			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qtémax.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qtémax.
Total	10,13%	9,50%	9,33%	9,24%	8,85%	-6,22%	-7,90%	-8,79%	-12,64%
Sexe									
Hommes	11,90%	11,17%	10,98%	10,89%	10,43%	-6,13%	-7,73%	-8,49%	-12,35%
Femmes	8,21%	7,68%	7,54%	7,46%	7,14%	-6,46%	-8,16%	-9,14%	-13,03%
Âge									
15-24 ans	11,88%	11,15%	10,95%	10,83%	10,39%	-6,14%	-7,83%	-8,84%	-12,54%
25-34 ans	13,19%	12,40%	12,18%	12,07%	11,59%	-5,99%	-7,66%	-8,49%	-12,13%
35-54 ans	8,99%	8,42%	8,27%	8,19%	7,83%	-6,34%	-8,01%	-8,90%	-12,90%
55 + ans	5,82%	5,44%	5,33%	5,29%	5,04%	-6,53%	-8,42%	-9,11%	-13,40%
Revenu									
Faible	18,19%	17,17%	16,91%	16,78%	16,14%	-5,61%	-7,04%	-7,75%	-11,27%
Moyen inférieur	8,52%	7,97%	7,82%	7,74%	7,41%	-6,46%	-8,22%	-9,15%	-13,03%
Moyen supérieur	7,96%	7,44%	7,29%	7,22%	6,90%	-6,53%	-8,42%	-9,30%	-13,32%
Supérieur	9,25%	8,65%	8,49%	8,40%	8,03%	-6,49%	-8,22%	-9,19%	-13,19%

* Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993 (EDK-93, N = 2 015)

Tableau A5.2 Taux attendus de détresse psychologique suivant une réduction de 15% des indices de consommation d'alcool selon les facteurs sociaux (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, N = 18 407)

	Taux observé	Taux attendus de détresse psychologique				Diminution relative de la détresse psychologique			
		Fréq.	Vol.hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol.hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	27,02%	26,80%	26,66%	26,52%	26,08%	-0,81%	-1,33%	-1,85%	-3,48%
Sexe									
Hommes	23,03%	22,82%	22,70%	22,57%	22,17%	-0,91%	-1,43%	-2,00%	-3,73%
Femmes	31,30%	31,05%	30,90%	30,75%	30,25%	-0,80%	-1,28%	-1,76%	-3,35%
Age									
15-24 ans	36,63%	36,36%	36,19%	36,02%	35,49%	-0,74%	-1,20%	-1,67%	-3,11%
25-34 ans	27,21%	26,99%	26,84%	26,70%	26,25%	-0,81%	-1,36%	-1,87%	-3,53%
35-54 ans	27,03%	26,80%	26,66%	26,52%	26,07%	-0,85%	-1,37%	-1,89%	-3,55%
55 + ans	16,25%	16,09%	15,99%	15,89%	15,58%	-0,98%	-1,60%	-2,22%	-4,12%
Revenu									
Faible	34,15%	33,90%	33,74%	33,59%	33,09%	-0,73%	-1,20%	-1,64%	-3,10%
Moyen inférieur	26,47%	26,25%	26,11%	25,97%	25,53%	-0,83%	-1,36%	-1,89%	-3,55%
Moyen supérieur	26,08%	25,86%	25,72%	25,59%	25,15%	-0,84%	-1,38%	-1,88%	-3,57%
Supérieur	23,43%	23,22%	23,09%	22,97%	22,55%	-0,90%	-1,45%	-1,96%	-3,76%
Support social									
Elevé	22,43%	22,23%	22,10%	21,97%	21,56%	-0,89%	-1,47%	-2,05%	-3,88%
Faible	46,55%	46,25%	46,07%	45,89%	45,30%	-0,64%	-1,03%	-1,42%	-2,69%
Tabagisme									
Non	25,08%	24,87%	24,74%	24,60%	24,17%	-0,84%	-1,36%	-1,91%	-3,63%
Oui	31,06%	30,82%	30,67%	30,52%	30,04%	-0,77%	-1,26%	-1,74%	-3,28%
Activité physique									
1+ / semaine	23,90%	23,69%	23,56%	23,43%	23,01%	-0,88%	-1,42%	-1,97%	-3,72%
<1/semaine	30,75%	30,51%	30,36%	30,21%	29,73%	-0,78%	-1,27%	-1,76%	-3,32%

Tableau A5.3 Taux attendus d'idéations suicidaires suivant une réduction de 15% des indices de consommation d'alcool selon les facteurs sociaux (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, N = 18 407)

	Taux observé	Taux attendus d'idéations suicidaires				Réduction relative des idéations suicidaires			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	4,57%	4,42%	4,42%	4,43%	4,21%	-3,28%	-3,28%	-3,06%	-7,88%
Sexe									
Hommes	4,43%	4,28%	4,28%	4,29%	4,08%	-3,39%	-3,39%	-3,16%	-7,90%
Femmes	4,73%	4,58% 4,57%	4,59%	4,36%	-3,17%	-3,38%	-2,96%	-7,82%
Âge									
15-24 ans	9,02%	8,74%	8,73%	8,76%	8,33%	-3,10%	-3,22%	-2,88%	-7,65%
25-34 ans	4,86%	4,70%	4,70%	4,71%	4,48%	-3,29%	-3,29%	-3,09%	-7,82%
35-54 ans	4,17%	4,03%	4,03%	4,04%	3,83%	-3,36%	-3,36%	-3,12%	-8,15%
55 + ans	0,72%	0,70%	0,70%	0,70%	0,66%	-2,78%	-2,78%	-2,78%	-8,33%
Revenu									
Faible	7,32%	7,09%	7,09%	7,11%	6,77%	-3,14%	-3,14%	-2,87%	-7,51%
Moyen inférieur	4,89%	4,73%	4,73%	4,74%	4,50%	-3,27%	-3,27%	-3,07%	-7,98%
Moyen supérieur	3,87%	3,74%	3,74%	3,75%	3,56%	-3,36%	-3,36%	-3,10%	-8,01%
Supérieur	3,19%	3,09%	3,09%	3,09%	2,93%	-3,13%	-3,13%	-3,13%	-8,15%
Support social									
Elevé	3,01%	2,91%	2,91%	2,91%	2,76%	-3,32%	-3,32%	-3,32%	-8,31%
Faible	11,52%	11,17%	11,17%	11,20%	10,68%	-3,04%	-3,04%	-2,78%	-7,29%
Tabagisme									
Non	3,75%	3,63%	3,62%	3,63%	3,45%	-3,20%	-3,47%	-3,20%	-8,00%
Oui	6,35%	6,15%	6,15%	6,17%	5,87%	-3,15%	-3,15%	-2,83%	-7,56%

Tableau A5.4 Taux attendus de tentatives de suicide suivant une réduction de 15% des indices de consommation d'alcool selon les facteurs sociaux (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, ESSQ-92, N = 18 407)

	Taux observé	Taux attendus de tentatives de suicide					Réduction relative des tentatives de suicide				
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.		
Total	0,65%	0,62%	0,62%	0,62%	0,57%	-4,62%	-4,62%	-4,62%	-12,31%		
Âge											
15-24 ans	1,85%	1,76%	1,75%	1,75%	1,62%	-4,86%	-5,41%	-5,41%	-12,43%		
25-34 ans	0,62%	0,59%	0,59%	0,59%	0,54%	-4,84%	-4,84%	-4,84%	-12,90%		
35-54 ans	0,45%	0,43%	0,42%	0,42%	0,39%	-4,44%	-6,67%	-6,67%	-13,33%		
55 + ans	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
Revenu											
Faible	1,82%	1,74%	1,73%	1,72%	1,60%	-4,40%	-4,95%	-5,49%	-12,09%		
Moyen inférieur	0,71%	0,68%	0,67%	0,67%	0,62%	-4,23%	-5,63%	-5,63%	-12,68%		
Moyen supérieur	0,42%	0,40%	0,40%	0,40%	0,37%	-4,76%	-4,76%	-4,76%	-11,90%		
Supérieur	0,07%	0,06%	0,06%	0,06%	0,06%	-14,29%	-14,29%	-14,29%	-14,29%		
Support social											
Elevé	0,43%	0,41%	0,41%	0,40%	0,37%	-4,65%	-4,65%	-6,98%	-13,95%		
Faible	1,74%	1,66%	1,65%	1,64%	1,52%	-4,60%	-5,17%	-5,75%	-12,64%		
Tabagisme											
Non	0,37%	0,35%	0,35%	0,35%	0,32%	-5,41%	-5,41%	-5,41%	-13,51%		
Oui	1,28%	1,23%	1,22%	1,21%	1,12%	-3,91%	-4,69%	-5,47%	-12,50%		

Tableau A5.5 Taux attendus de problèmes de relations sociales suivant une réduction de 15% des indices de consommation d'alcool selon les facteurs sociaux (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993, EDK-93, N = 2 015)

	Taux observé	Taux attendus				Diminution relative			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol.hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	4,55%	4,24%	4,11%	4,14%	4,05%	-6,81%	-9,67%	-9,01%	-10,99%
Sexe									
Hommes	7,11%	6,63%	6,43%	6,48%	6,34%	-6,75%	-9,56%	-8,86%	-10,83%
Femmes	1,78%	1,65%	1,59%	1,60%	1,57%	-7,30%	-10,67%	-10,11%	-11,80%
Âge									
15-24 ans	7,95%	7,43%	7,20%	7,24%	7,10%	-6,54%	-9,43%	-8,93%	-10,69%
25-34 ans	4,60%	4,28%	4,15%	4,18%	4,09%	-6,96%	-9,78%	-9,13%	-11,09%
35-54 ans	3,77%	3,51%	3,40%	3,43%	3,35%	-6,90%	-9,81%	-9,02%	-11,14%
55 + ans	3,32%	3,08%	2,98%	3,01%	2,94%	-7,23%	-10,24%	-9,34%	-11,45%
Revenu									
Faible	9,60%	8,99%	8,73%	8,80%	8,61%	-6,35%	-9,06%	-8,33%	-10,31%
Moyen inférieur	4,21%	3,91%	3,79%	3,82%	3,74%	-7,13%	-9,98%	-9,26%	-11,16%
Moyen supérieur	1,93%	1,79%	1,72%	1,74%	1,70%	-7,25%	-10,88%	-9,84%	-11,92%
Supérieur	4,32%	4,02%	3,88%	3,91%	3,83%	-6,94%	-10,19%	-9,49%	-11,34%

Tableau A5.6 Taux attendus de problèmes familiaux suivant une diminution de 15% des indices de consommation d'alcool selon les facteurs sociaux (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993, EDK-93, N = 2 015)

	Taux observé	Taux attendus				Diminution relative			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	4,46%	4,08%	3,96%	4,01%	3,88%	-8,52%	-11,21%	-10,09%	-13,00%
Sexe									
Hommes	6,07%	5,57%	5,40%	5,47%	5,29%	-8,24%	-11,04%	-9,88%	-12,85%
Femmes	2,72%	2,48%	2,39%	2,42%	2,35%	-8,82%	-12,13%	-11,03%	-13,60%
Âge									
15-24 ans	6,55%	6,01%	5,82%	5,88%	5,70%	-8,24%	-11,15%	-10,23%	-12,98%
25-34 ans	6,00%	5,51%	5,34%	5,40%	5,23%	-8,17%	-11,00%	-10,00%	-12,83%
35-54 ans	3,36%	3,07%	2,98%	3,02%	2,91%	-8,63%	-11,31%	-10,12%	-13,39%
55 + ans	2,50%	2,28%	2,20%	2,24%	2,15%	-8,80%	42,00%	-10,40%	-14,00%
Revenu									
Faible	9,58%	8,83%	8,58%	8,69%	8,40%	-7,83%	-10,44%	-9,29%	-12,32%
Moyen inférieur	4,74%	4,33%	4,20%	4,25%	4,11%	-8,65%	-11,39%	-10,34%	-13,29%
Moyen supérieur	2,36%	2,15%	2,08%	2,10%	2,03%	-8,90%	-11,86%	-11,02%	-13,98%
Supérieur	2,79%	2,55%	2,46%	2,49%	2,41%	-8,60%	-11,83%	-10,75%	-13,62%

Tableau A5.7 Taux attendus de problèmes au travail suivant une diminution de 15% des indices de consommation d'alcool selon les facteurs sociaux (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993, EDK-93, N = 2 015)

	Taux observé	Taux attendus				Diminution relative			
		Fréq.	Vol.hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol.hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	3,86%	3,64%	3,57%	3,53%	3,63%	-5,70%	-7,51%	-8,55%	-5,96%
Sexe									
Hommes	3,72%	3,51%	3,44%	3,40%	3,49%	-5,65%	-7,53%	-8,60%	-6,18%
Femmes	4,01%	3,79%	3,71%	3,67%	3,77%	-5,49%	-7,48%	-8,48%	-5,99%
Âge									
15-24 ans	8,64%	8,19%	8,02%	7,94%	8,15%	-5,21%	-7,18%	-8,10%	-5,67%
25-34 ans	5,01%	4,74%	4,64%	4,59%	4,71%	-5,39%	-7,39%	-8,38%	-5,99%
35-54 ans	2,31%	2,18%	2,13%	2,11%	2,16%	-5,63%	-7,79%	-8,66%	-6,49%
55 + ans	1,23%	1,15%	1,13%	1,12%	1,15%	-6,50%	-8,13%	-8,94%	-6,50%
Revenu									
Faible	11,23%	10,65%	10,45%	10,36%	10,60%	-5,16%	-6,95%	-7,75%	-5,61%
Moyen inférieur	3,26%	3,07%	3,00%	2,97%	3,06%	-5,83%	-7,98%	-8,90%	-6,13%
Moyen supérieur	1,85%	1,74%	1,70%	1,68%	1,74%	-5,95%	-8,11%	-9,19%	-5,95%
Supérieur	1,88%	1,77%	1,73%	1,71%	1,76%	-5,85%	-7,98%	-9,04%	-6,38%

Tableau A6.1 Taux attendus de problèmes de santé et de bien-être suivant une modération de la consommation chez les buveurs à risque, selon les facteurs sociaux (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993, EDK-93, N = 2 015)

	Taux observé	Taux attendus				Diminution relative			
		Fréq.	Vol hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol.hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	10,13%	9,97%	9,81%	8,48%	8,54%	-1,58%	-3,16%	-16,29%	-15,70%
Sexe									
Hommes	11,90%	11,65%	11,39%	9,52%	9,88%	-2,10%	-4,29%	-20,00%	-16,97%
Femmes	8,21%	8,14%	8,10%	7,36%	7,08%	-0,85%	-1,34%	-10,35%	-13,76%
Âge									
15-24 ans	11,88%	11,78%	11,54%	9,60%	8,46%	-0,84%	-2,86%	-19,19%	-28,79%
25-34 ans	13,19%	13,08%	12,96%	11,16%	10,98%	-0,83%	-1,74%	-15,39%	-16,76%
35-54 ans	8,99%	8,84%	8,63%	7,59%	8,10%	-1,67%	-4,00%	-15,57%	-9,90%
55 +ans	5,82%	5,51%	5,47%	4,85%	5,29%	-5,33%	-6,01%	-16,67%	-9,11%
Revenu									
Faible	18,19%	17,92%	17,56%	14,72%	15,04%	-3,48%	-3,46%	-19,08%	-17,32%
Moyen inférieur	8,52%	8,39%	8,26%	7,21%	7,04%	-1,53%	-3,05%	-15,38%	-17,37%
Moyen supérieur	7,96%	7,85%	7,77%	6,87%	6,90%	-1,38%	-2,39%	-13,69%	-13,32%
Supérieur	9,25%	9,06%	8,91%	7,79%	8,01%	-2,05%	-3,68%	-15,78%	-13,41%

Tableau A6.2 Taux attendus de détresse psychologique suivant une modération de la consommation chez les buveurs à risque, selon les facteurs sociaux (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, N = 18 407)

	Taux observé	Taux attendus					Diminution relative				
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.		
Total	27,02%	27,00%	26,97%	26,60%	26,14%	-0,07%	-0,19%	-1,55%	-3,26%		
Sexe											
Hommes	23,03%	22,99%	22,94%	22,45%	21,94%	-0,17%	-0,39%	-2,52%	-4,73%		
Femmes	31,30%	31,28%	31,27%	31,04%	30,63%	-0,06%	-0,10%	-0,83%	-2,14%		
Âge											
15-24 ans	36,63%	36,62%	36,59%	35,89%	34,57%	-0,03%	-0,11%	-2,02%	-5,62%		
25-34 ans	27,21%	27,20%	27,17%	26,73%	26,21%	-0,04%	-0,15%	-1,76%	-3,68%		
35-54 ans	27,03%	26,99%	26,95%	26,66%	26,44%	-0,15%	-0,30%	-1,37%	-2,18%		
55 + ans	16,25%	16,21%	16,20%	16,10%	16,11%	-0,25%	-0,31%	-0,92%	-0,86%		
Revenu											
Faible	34,15%	34,13%	34,07%	33,63%	32,93%	-0,06%	-0,23%	-1,52%	-3,57%		
Moyen inférieur	26,47%	26,45%	26,43%	26,08%	25,55%	-0,08%	-0,15%	-1,47%	-3,48%		
Moyen supérieur	26,08%	26,06%	26,03%	25,67%	25,30%	-0,08%	-0,19%	-1,57%	-2,99%		
Supérieur	23,43%	23,39%	23,36%	22,99%	22,70%	-0,17%	-0,30%	-1,88%	-3,12%		
Support social											
Elevé	22,43%	22,41%	22,39%	22,03%	21,60%	-0,09%	-0,18%	-1,78%	-3,70%		
Faible	46,55%	46,50%	46,45%	46,04%	45,47%	-0,11%	-0,21%	-1,10%	-2,32%		
Tabagisme											
Non	25,08%	25,06%	25,05%	24,79%	24,44%	-0,08%	-0,12%	-1,16%	-2,55%		
Oui	31,06%	31,03%	30,96%	30,37%	29,70%	-0,10%	-0,32%	-2,22%	-4,38%		
Activité physique											
1 +/- semaine	23,90%	23,88%	23,85%	23,49%	23,06%	-0,08%	-0,21%	-1,72%	-3,51%		
<1/semaine	30,75%	30,71%	30,68%	30,30%	29,82%	-0,13%	-0,23%	-1,46%	-3,02%		

Tableau A6.3 Taux attendus d'idéations suicidaires suivant une modération de la consommation chez les buveurs à risque, selon les facteurs sociaux (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, N = 18 407)

	Taux			Taux attendus				Réduction relative			
	Fréq.	Vol hab.	Fq. 5+	Fréq.	Vol hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	4,57%	4,54%	4,42%	4,55%	4,54%	4,42%	4,10%	-0,44%	-0,66%	-3,28%	-10,28%
Sexe											
Hommes	4,43%	4,38%	4,22%	4,40%	4,38%	4,22%	3,85%	-0,68%	-1,13%	-4,74%	-13,09%
Femmes	4,73%	4,71%	4,63%	4,72%	4,71%	4,63%	4,38%	-0,21%	-0,42%	-2,11%	-7,40%
Âge											
15-24 ans	9,02%	8,98%	8,65%	9,01%	8,98%	8,65%	7,66%	-0,11%	-0,44%	-4,10%	-15,08%
25-34 ans	4,86%	4,83%	4,69%	4,85%	4,83%	4,69%	4,36%	-0,21%	-0,62%	-3,50%	-10,29%
35-54 ans	4,17%	4,13%	4,06%	4,14%	4,13%	4,06%	3,91%	-0,72%	-0,96%	-2,64%	-6,24%
55 + ans	0,72%	0,71%	0,70%	0,71%	0,71%	0,70%	0,70%	-1,39%	-1,39%	-2,78%	-2,78%
Revenu											
Faible	7,32%	7,26%	7,07%	7,30%	7,26%	7,07%	6,46%	-0,27%	-0,82%	-3,42%	-11,75%
Moyen inférieur	4,89%	4,86%	4,73%	4,87%	4,86%	4,73%	4,35%	-0,41%	-0,61%	-3,27%	-11,04%
Moyen supérieur	3,87%	3,84%	3,74%	3,85%	3,84%	3,74%	3,53%	-0,52%	-0,78%	-3,36%	-8,79%
Supérieur	3,19%	3,16%	3,07%	3,17%	3,16%	3,07%	2,88%	-0,63%	-0,94%	-3,76%	-9,72%
Support social											
Elevé	3,01%	2,99%	2,89%	3,00%	2,99%	2,89%	2,67%	-0,33%	-0,66%	-3,99%	-11,30%
Faible	11,52%	11,44%	11,21%	11,47%	11,44%	11,21%	10,49%	-0,43%	-0,69%	-2,69%	-8,94%
Tabagisme											
Non	3,75%	3,73%	3,66%	3,74%	3,73%	3,66%	3,44%	-0,27%	-0,53%	-2,40%	-8,27%
Oui	6,35%	6,29%	6,07%	6,32%	6,29%	6,07%	5,54%	-0,47%	-0,94%	-4,41%	-12,76%

Tableau A6.4 Taux attendus de tentatives de suicide suivant une modération de la consommation chez les buveurs à risque, selon les facteurs sociaux (Buveurs de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993, N = 18 407)

	Taux observé	Taux attendus de tentatives de suicide				Réduction relative des tentatives de suicide			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qtémax.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qtémax.
Total	0,65%	0,65%	0,64%	0,59%	0,50%	0,00%	-1,54%	-9,23%	-23,08%
Âge									
15-24 ans	1,85%	1,85%	1,83%	1,64%	1,29%	0,00%	-1,08%	-11,35%	-30,27%
25-34 ans	0,62%	0,62%	0,61%	0,57%	0,48%	0,00%	-1,61%	-8,06%	-22,58%
35-54 ans	0,45%	0,44%	0,44%	0,41%	0,38%	-2,22%	-2,22%	-8,89%	-15,56%
55 + ans	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Revenu									
Faible	1,82%	1,81%	1,79%	1,65%	1,36%	-0,55%	-1,65%	-9,34%	-25,27%
Moyen inférieur	0,71%	0,70%	0,70%	0,64%	0,53%	-1,41%	-1,41%	-9,86%	-25,35%
Moyen supérieur	0,42%	0,42%	0,42%	0,38%	0,33%	0,00%	0,00%	-9,52%	-21,43%
Supérieur	0,07%	0,07%	0,07%	0,06%	0,05%	0,00%	0,00%	-14,29%	-28,57%
Support social									
Elevé	0,43%	0,43%	0,42%	0,38%	0,32%	0,00%	-2,33%	-11,63%	-25,58%
Faible	1,74%	1,73%	1,71%	1,59%	1,34%	-0,57%	-1,72%	-8,62%	-22,99%
Tabagisme									
Non	0,37%	0,37%	0,37%	0,34%	0,30%	0,00%	0,00%	-8,11%	-18,92%
Oui	1,28%	1,28%	1,26%	1,13%	0,94%	0,00%	-1,56%	-11,72%	-26,56%

Tableau A6.5 Taux attendus de problèmes de relations sociales suivant une modération de la consommation chez les buveurs à risque, selon les facteurs sociaux (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993, EDK-93, N = 2 015)

	Taux observé	Taux attendus				Diminution relative			
		Fréq.	Vol.hab.	Fq. 5+	Qté max.	Fréq.	Vol.hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	4,55%	4,44%	4,26%	3,56%	3,86%	-2,42%	-6,37%	-21,76%	-15,16%
Sexe									
Hommes	7,11%	6,93%	6,60%	5,45%	6,01%	-2,53%	-7,17%	-23,35%	-15,47%
Femmes	1,78%	1,75%	1,72%	1,51%	1,52%	-1,69%	-3,37%	-15,17%	-14,61%
Âge									
15-24 ans	7,95%	7,87%	7,58%	6,23%	6,05%	-1,01%	-4,65%	-21,64%	-23,90%
25-34 ans	4,60%	4,54%	4,41%	3,57%	3,81%	-1,30%	-4,13%	-22,39%	-17,17%
35-54 ans	3,77%	3,68%	3,45%	2,97%	3,41%	-2,39%	-8,49%	-21,22%	-9,55%
55 + ans	3,32%	3,07%	2,97%	2,60%	3,07%	-7,53%	-10,54%	-21,69%	-7,53%
Revenu									
Faible	9,60%	9,36%	8,95%	7,22%	8,07%	-2,50%	-6,77%	-24,79%	-15,94%
Moyen inférieur	4,21%	4,12%	3,96%	3,39%	3,50%	-2,14%	-5,94%	-19,48%	-16,86%
Moyen supérieur	1,93%	1,89%	1,80%	1,52%	1,70%	-2,07%	-6,74%	-21,24%	-11,92%
Supérieur	4,32%	4,21%	4,04%	3,42%	3,74%	-2,55%	-6,48%	-20,83%	-13,43%

Tableau A6.6 Taux attendus de problèmes familiaux suivant une modération de la consommation chez les buveurs à risque, selon les facteurs sociaux (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993, EDK-93, N = 2 015)

	Taux observé	Taux attendus				Diminution relative			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qtémax.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qté max.
Total	4,46%	4,33%	4,13%	3,35%	3,61%	-2,91%	-7,40%	-24, 89%	-19, 06%
Sexe									
Hommes	6,07%	5,87%	5,52%	4,37%	4,87%	-3,29%	-9,06%	-28, 01%	-19, 77%
Femmes	2,72%	2,67%	2,63%	2,25%	2,25%	-1,84%	-3,31%	-17, 28%	-17, 28%
Âge									
15-24 ans	6,55%	6,45%	6,20%	4,93%	4,60%	-1,53%	-5,34%	-24, 73%	-29, 77%
25-34 ans	6,00%	5,90%	5,74%	4,55%	4,81%	-1,67%	-4,33%	-24, 17%	-19, 83%
35-54 ans	3,36%	3,26%	3,00%	2,51%	2,93%	-2,98%	-10, 71%	-25, 30%	-12, 80%
55 + ans	2,50%	2,26%	2,17%	1,85%	2,24%	-9,60%	-13, 20%	-26, 00%	-10, 40%
Revenu									
Faible	9,58%	9,30%	8,83%	6,81%	7,61%	-2,92%	-7,83%	-28, 91%	-20, 56%
Moyen inférieur	4,74%	4,62%	4,42%	3,70%	3,80%	-2,53%	-6,75%	-21, 94%	-19, 83%
Moyen supérieur	2,36%	2,31%	2,19%	1,84%	2,00%	-2,12%	-7,20%	-22, 03%	-15, 25%
Supérieur	2,79%	2,70%	2,57%	2,11%	2,32%	-3,23%	-7,89%	-24, 37%	-16, 85%

Tableau A6.7 Taux attendus de problèmes au travail suivant une modération de la consommation chez les buveurs à risque, selon les facteurs sociaux (Buveurs adultes du Montréal métropolitain, 1993, EDK-93, N = 2 015)

	Taux observé	Taux attendus				Diminution relative			
		Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qtémax.	Fréq.	Vol. hab.	Fq. 5+	Qtémax.
Total	3,86%	3,81%	3,74%	3,18%	3,56%	-1,30%	-3,11%	-17,62%	-7,77%
Sexe									
Hommes	3,72%	3,66%	3,54%	2,87%	3,40%	-1,61%	-4,84%	-22,85%	-8,60%
Femmes	4,01%	3,98%	3,95%	3,53%	3,74%	-0,75%	-1,50%	-11,97%	-6,73%
Âge									
15-24 ans	8,64%	8,57%	8,46%	7,21%	7,65%	-0,81%	-2,08%	-16,55%	-11,46%
25-34 ans	5,01%	4,97%	4,91%	4,11%	4,67%	-0,80%	-2,00%	-17,96%	-6,79%
35-54 ans	2,31%	2,27%	2,19%	1,90%	2,21%	-1,73%	-5,19%	-17,75%	-4,33%
55 + ans	1,23%	1,18%	1,15%	1,00%	1,19%	-4,07%	-6,50%	-18,70%	-3,25%
Revenu									
Faible	11,23%	11,11%	10,88%	9,02%	10,30%	-1,07%	-3,12%	-19,68%	-8,28%
Moyen inférieur	3,26%	3,22%	3,17%	2,74%	3,02%	-1,23%	-2,76%	-15,95%	-7,36%
Moyen supérieur	1,85%	1,84%	1,81%	1,61%	1,74%	-0,54%	-2,16%	-12,97%	-5,95%
Supérieur	1,88%	1,85%	1,81%	1,58%	1,76%	-1,60%	-3,72%	-15,96%	-6,38%