



# ERS

ENQUÊTE RÉGIONALE  
SUR LA SANTÉ  
DES PREMIÈRES NATIONS  
DU QUÉBEC



COMMISSION DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX  
DES PREMIÈRES NATIONS  
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

## CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES, CYBERDÉPENDANCE ET PROBLÈMES LIÉS AUX JEUX DE HASARD

### Faits saillants

#### Alcool

- Les tendances en matière de consommation excessive d'alcool sont restées plutôt stables depuis l'ERS 2002.
- Plus de la moitié des adolescents et des aînés ne boivent pas d'alcool, mais un adolescent sur quatre a des habitudes de consommation excessive.
- Environ deux adultes de 18 à 64 ans sur trois boivent de l'alcool. La moitié des jeunes adultes (18-34 ans) boivent de manière excessive.

#### Drogues

- Le cannabis est la drogue la plus consommée dans tous les groupes d'âge.
- Le cannabis tend à être consommé plus régulièrement par les hommes que par les femmes et par les adultes que par les adolescents.
- La plupart des consommateurs de drogues se limitent au cannabis, à l'exception des jeunes adultes (18-34 ans). Chez ces derniers, une personne sur cinq consomme des stimulants.



## Cyberdépendance

- Environ 30 % des adolescents et 20 % des jeunes adultes affichent des signes de cyberdépendance. Il s'agit d'un problème émergent – en particulier chez les jeunes.

## Jeux de hasard

- Un adulte sur dix s'étant adonné à des jeux de hasard au cours de la dernière année montre des signes de problèmes liés aux jeux de hasard.

## MISE EN CONTEXTE

Ce feuillet dresse un portrait de quatre comportements pouvant entraîner la dépendance : la consommation d'alcool, la consommation de drogues, l'utilisation d'Internet et la participation aux jeux de hasard. Ces comportements peuvent avoir de graves répercussions sur la santé physique et mentale, non seulement pour les personnes qui s'y adonnent, mais aussi pour leurs proches. Par exemple, à long terme, les personnes présentant une consommation excessive d'alcool peuvent développer une cirrhose du foie, les fumeurs de cannabis peuvent développer un cancer du poumon et les joueurs pathologiques peuvent souffrir de dépression majeure. Comme le questionnaire de l'ERS ne permet pas d'aborder ces enjeux, le présent feuillet se concentrera avant tout sur les trois grandes questions suivantes :

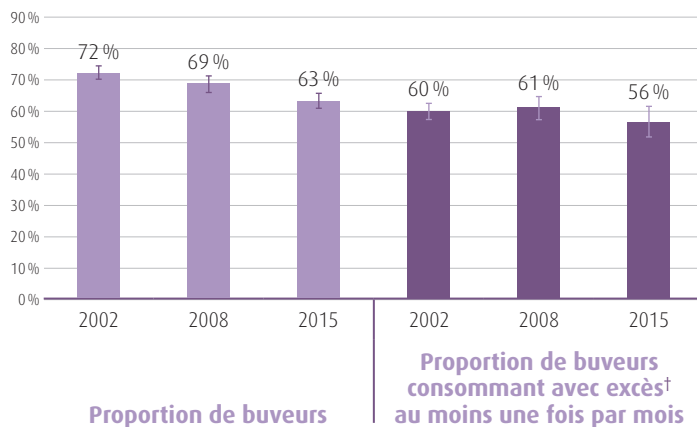
- 1 Comment le portrait de ces habitudes a-t-il évolué au cours des dernières années?
- 2 Quel est le portrait actuel de ces habitudes?
- 3 Comment ce portrait diffère-t-il en fonction des différentes caractéristiques de la population (p. ex. selon le sexe, l'âge ou la zone)?

## CONSOMMATION D'ALCOOL

La FIGURE 1 montre l'évolution des habitudes de consommation d'alcool depuis l'ERS 2002, révélant une modeste diminution de la proportion de buveurs, mais aucune variation significative de la proportion de buveurs consommant avec excès au moins une fois par mois.



**FIGURE 1**  
Évolution de la consommation d'alcool chez les 12 ans et plus depuis l'ERS 2002



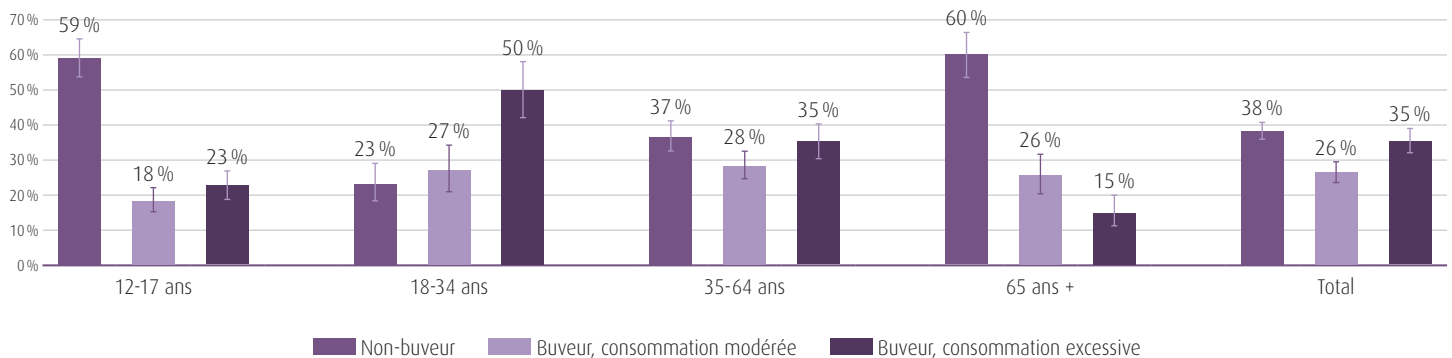
† Buveurs consommant avec excès = Personnes ayant bu une quantité excessive d'alcool lors de la même occasion (quatre verres ou plus pour les femmes, cinq verres ou plus pour les hommes).

**ENCADRÉ 1****Consommation excessive d'alcool**

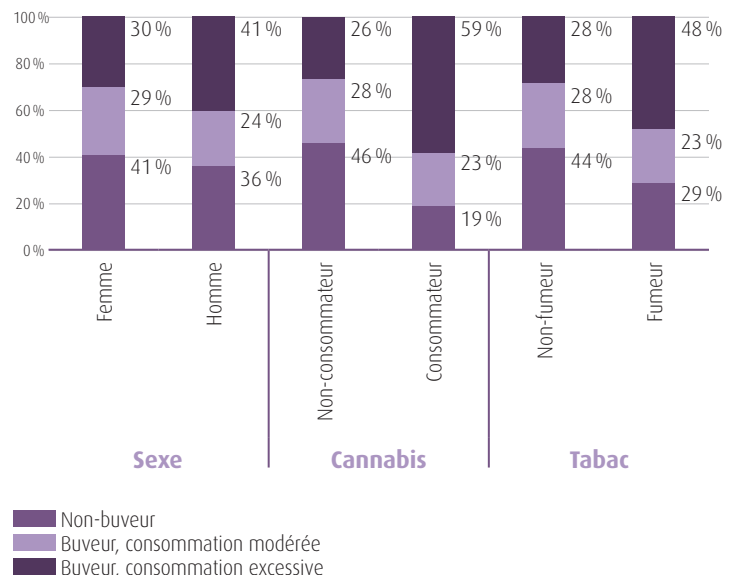
La consommation excessive d'alcool est associée à plusieurs problèmes de santé comme la cirrhose du foie, la pancréatite, les problèmes cardiovasculaires et le cancer<sup>[1-2]</sup>. Dans l'ERS, la consommation excessive est définie de la façon suivante :

- 1 Boire quatre verres ou plus pour les femmes ou cinq verres ou plus pour les hommes lors d'une même occasion, au moins une fois par mois.
- 2 Consommer de l'alcool à plus de cinq occasions au cours d'une même semaine. Dans le questionnaire de l'ERS, cela correspond aux personnes buvant de l'alcool sur une base quotidienne.

La FIGURE 2 montre que les habitudes de consommation d'alcool varient beaucoup d'un groupe d'âge à l'autre. La majorité des adultes de 18 à 64 ans sont buveurs, alors que la majorité des adolescents et des aînés ne boivent pas. Bien qu'un tiers de la population présente des habitudes de consommation excessive, le phénomène est plus répandu chez les adultes de 18 à 34 ans. Dans ce groupe d'âge, une personne sur deux a une consommation excessive d'alcool.

**FIGURE 2****Consommation d'alcool chez les personnes âgées de 12 ans et plus, selon la catégorie d'âge****Facteurs de risque de consommation excessive d'alcool**

Selon la littérature scientifique, la consommation excessive d'alcool serait plus répandue chez les hommes que chez les femmes et chez les consommateurs de tabac ou de drogues<sup>[1-2]</sup>. Comme l'illustre la FIGURE 3, on peut effectivement observer de telles tendances chez les 12 ans et plus.

**FIGURE 3****Consommation d'alcool chez les personnes âgées de 12 ans et plus, selon le sexe, la consommation de cannabis et la consommation de tabac**

## CONSOMMATION DE DROGUES

### ENCADRÉ 2

#### Consommation de drogues<sup>[3-4]</sup>

La consommation de drogues peut se répercuter sur plusieurs sphères de la vie, y compris la santé physique et mentale. Elle peut affecter la cognition et nuire aux performances à l'école ou au travail. Elle peut aussi entraîner des problèmes financiers, interpersonnels, psychologiques et judiciaires. Même consommée sur une base occasionnelle, elle peut fausser le jugement et augmenter les risques de relations sexuelles non protégées. Enfin, une personne qui se procure une drogue illicite n'obtient pas toujours le produit pour lequel elle a payé. D'ordre général, les consommateurs de drogues s'exposent donc à une multitude de risques, quel que soit le produit consommé. Le tableau ci-dessous résume l'effet des différents types de drogues sur le système nerveux central :

|  | Perturbateurs et hallucinogènes  | Dépresseurs   | Stimulants   |
|--|--|---|--|
| <b>Types de drogues</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Cannabis</li> <li>— Champignons</li> <li>— Kétamine (spécial K)</li> <li>— LSD (p. ex. buvard, acide)</li> <li>— MDMA (ecstasy)</li> <li>— PCP (mescaline)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Alcool</li> <li>— GHB (p. ex. drogue du viol)</li> <li>— Opioïdes (p. ex. héroïne, fentanyl)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Amphétamines (p. ex. speed, peanut, etc.)</li> <li>— Méthamphétamines (p. ex. crystal meth)</li> <li>— Cocaine (poudre ou crack)</li> </ul> |
| <b>Effets généraux (à court terme)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Modifient le fonctionnement des sens</li> <li>— Caused la désorientation</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Peuvent induire de la confusion, affecter la coordination et le fonctionnement du corps</li> <li>— Peuvent déformer les perceptions</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Caused de l'excitation et de l'agitation</li> </ul>   |

Certaines de ces catégories de drogues comprennent des médicaments disponibles sur ordonnance, comme les analgésiques et les opioïdes (p. ex. fentanyl, codéine), utilisés pour traiter la douleur et l'anxiété, ou les stimulants (p. ex. Ritalin), utilisés pour traiter les troubles déficitaires de l'attention. Ces médicaments peuvent faire l'objet de dépendances et conduire à des problèmes similaires à ceux liés aux drogues illicites, comme l'illustre l'alarmante augmentation du nombre de décès causés par des surdoses de fentanyl au Canada.

La FIGURE 4 montre l'évolution des comportements liés à la consommation de drogues depuis l'ERS 2002. Malgré une modeste diminution de la proportion de consommateurs, les tendances sont plutôt stables, en particulier en ce qui concerne la consommation de cannabis.

**FIGURE 4**  
Évolution de la consommation de cannabis et d'autres drogues chez les 12 ans et plus depuis l'ERS 2002

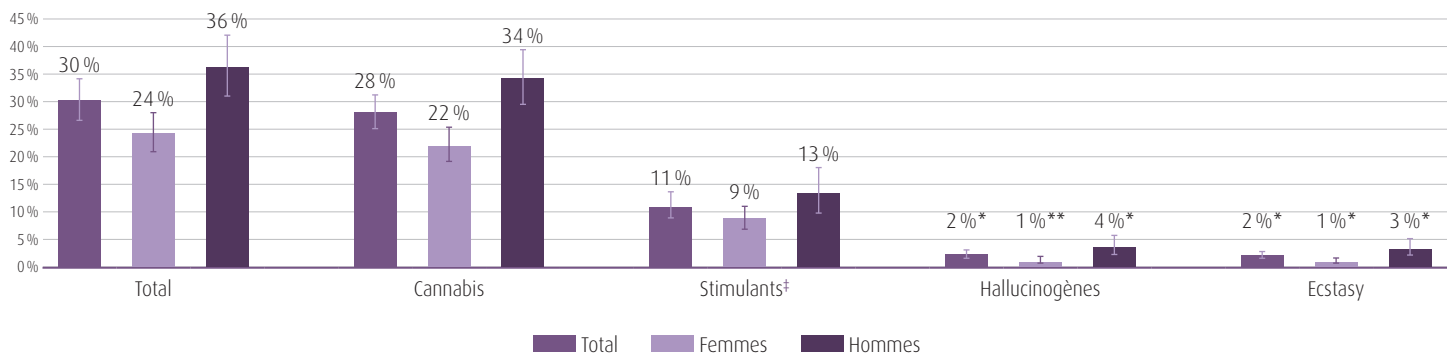


■ Proportion de personnes ayant pris au moins une drogue (y compris le cannabis) au cours de la dernière année  
 ■ Proportion de personnes ayant pris du cannabis au cours de la dernière année



La FIGURE 5 indique les principales drogues consommées chez les 12 ans et plus en fonction du sexe. Deux grandes tendances se dégagent. Premièrement, les drogues les plus souvent consommées sont le cannabis et les stimulants (la plupart du temps de la cocaïne ou des amphétamines). Deuxièmement, les hommes sont plus susceptibles de consommer des drogues que les femmes.

**FIGURE 5**  
Consommation de drogues<sup>†</sup> chez les personnes âgées de 12 ans et plus, selon le sexe



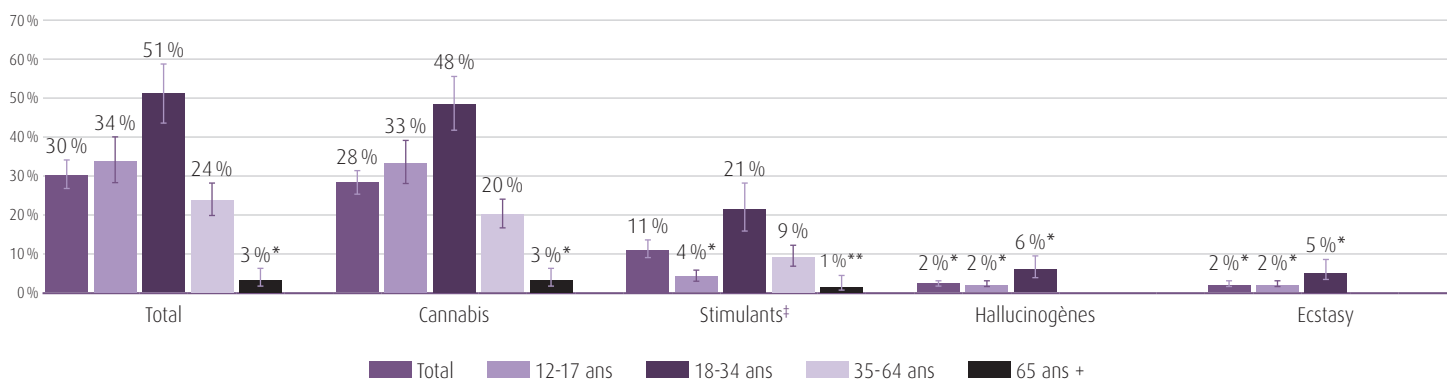
<sup>†</sup>Cette figure n'inclut que les drogues consommées par au moins un pour cent des 12 ans et plus.

<sup>‡</sup> Les stimulants incluent la cocaïne, les amphétamines et les méthamphétamines.

La FIGURE 6 montre les principales drogues consommées chez les 12 ans et plus en fonction de la catégorie d'âge. D'abord, un adolescent sur trois a consommé de la drogue au cours de la dernière année, et la plupart du temps, il s'agissait de cannabis. Chez les jeunes adultes (18 à 34 ans), la consommation de drogues est à la fois plus fréquente et plus

diversifiée : une personne sur deux a consommé du cannabis et une sur cinq a consommé des stimulants. La proportion de consommateurs et la diversité des drogues consommées diminuent d'un stade de l'âge adulte à l'autre, de sorte que chez les 65 ans et plus, la proportion de consommateurs est infime et inclut presque exclusivement des consommateurs de cannabis.

**FIGURE 6**  
Consommation de drogues<sup>†</sup> chez les personnes âgées de 12 ans et plus, selon la catégorie d'âge



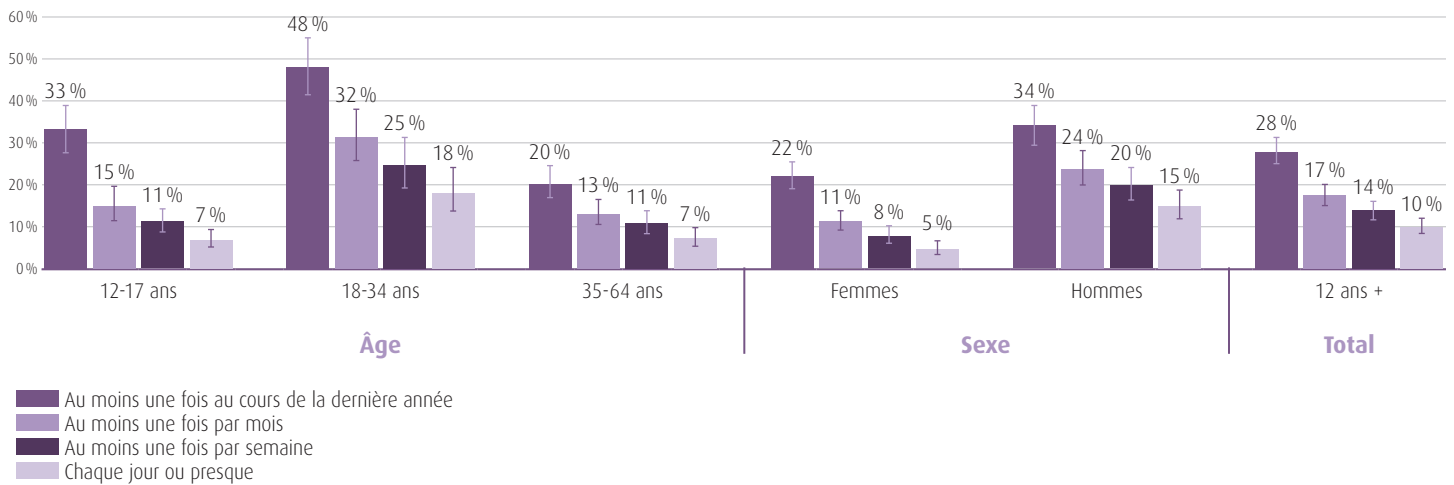
<sup>†</sup>Cette figure n'inclut que les drogues consommées par au moins un pour cent des 12 ans et plus.

<sup>‡</sup> Les stimulants incluent la cocaïne, les amphétamines et les méthamphétamines.

### Consommation de cannabis

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée dans l'ensemble de la population. Lorsqu'il est fumé, il tend à augmenter les risques de développer des problèmes respiratoires<sup>[5]</sup>. De plus, la consommation de cannabis est souvent associée à des problèmes de santé mentale (sans forcément les déclencher), comme la dépression, l'anxiété et les événements psychotiques. Plus une personne consomme de cannabis, plus elle est susceptible de présenter ces problèmes. Enfin, la consommation chronique de cannabis peut nuire aux performances à l'école ou au travail et entraîner des problèmes financiers, interpersonnels, psychologiques ou judiciaires.

**FIGURE 7**  
Fréquence de la consommation de cannabis chez les personnes ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année, selon la catégorie d'âge et le sexe



La FIGURE 7 montre les habitudes de consommation de cannabis selon l'âge. Elle révèle que les hommes sont plus susceptibles de consommer du cannabis que les femmes et, par surcroît, qu'ils tendent à le faire sur une base plus régulière. Trois fois plus d'hommes que de femmes consomment du cannabis au quotidien. Par ailleurs, la consommation régulière de cannabis est plus répandue chez les jeunes adultes que dans les autres groupes d'âge.

### Consommation de médicaments d'ordonnance

Environ 19% (17%-22%) des personnes âgées de 12 ans et plus affirment avoir consommé des médicaments d'ordonnance au cours de la dernière année. Parmi l'ensemble des consommateurs de médicaments sur ordonnance, 31% (24%-38%) n'ont pas reçu d'ordonnance pour tous les médicaments d'ordonnance consommés et 7%\* (4%-13%) ont modifié le produit avant de le consommer. Parmi l'ensemble des consommateurs ayant reçu une ordonnance, 13%\* (8%-19%) n'ont pas respecté le dosage ou ont consommé le médicament plus longtemps que prévu.

## CYBERDÉPENDANCE

### ENCADRÉ 3

#### Cyberdépendance<sup>[6-9]</sup>

La « cyberdépendance » (ou « dépendance à Internet ») se manifeste par plusieurs signes, comme la difficulté à contrôler son utilisation d'Internet. Après avoir quitté Internet, une personne cyberdépendante anticipera rapidement le moment de sa prochaine connexion – parfois de manière obsessionnelle. Cette situation peut amener les personnes cyberdépendantes à négliger certaines facettes de leur vie (p. ex. professionnelle ou sociale). L'objet précis de la dépendance peut varier d'une personne à l'autre, mais il touche généralement au moins l'une des catégories suivantes<sup>[6-7]</sup> :

- 1 Pornographie
- 2 Interactions sociales (p. ex. réseaux sociaux, clavardage)
- 3 Activités liées à l'argent (p. ex. jeux de hasard en ligne, magasinage et transactions en ligne)
- 4 Recherche d'information (p. ex. naviguer de manière compulsive sur des pages Web, multiplier les recherches au sein de bases de données)
- 5 Jeux en ligne (p. ex. *World of Warcraft*)

Les personnes cyberdépendantes tendent à présenter des risques accrus d'insomnie, d'anxiété, de dépression et de stress. Leur dépendance peut également conduire à une diminution de l'estime de soi<sup>[7]</sup>. D'autres problèmes peuvent s'ajouter selon l'objet précis de la dépendance<sup>[7-9]</sup>.

Environ 84 % (82 %-87 %) des personnes âgées de 12 ans et plus affirmaient utiliser Internet au moment de l'enquête. Au sein de ce groupe, les personnes montrant des signes de cyberdépendance ont été reconnues à l'aide de sept questions (TABLEAU 1) tirées d'un outil de dépistage éprouvé<sup>[7]</sup>. Selon les

données recueillies, il semble que certains comportements associés à la cyberdépendance soient présents, mais le problème demeure marginal, du moins lorsqu'on se concentre sur l'ensemble des utilisateurs d'Internet âgés de 12 ans et plus.

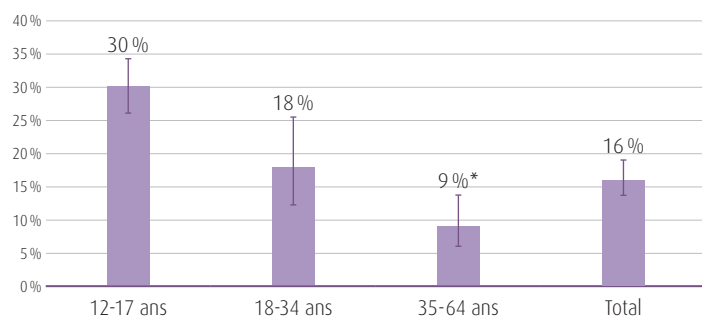
TABLEAU 1

#### Résultats du questionnaire sur la cyberdépendance soumis aux utilisateurs d'Internet

| Comportements associés à de la cyberdépendance   | Proportion de réponses positives (IC 95 %) |                    |
|--|--|--------------------|
| 1 Restez-vous sur Internet plus longtemps que prévu ?  | 35 %                                       | [32 %-39 %]        |
| 2 Utilisez-vous Internet comme un moyen de vous évader de vos problèmes quotidiens ou pour échapper à des sentiments négatifs (p. ex. culpabilité, anxiété, déprime, solitude) ? | 20 %                                       | [17 %-24 %]        |
| 3 Vous sentez-vous préoccupé ou obsédé par Internet (en pensant à votre dernière connexion ou en anticipant la prochaine) ?  | 19 %                                       | [16 %-22 %]        |
| 4 Avez-vous tenté à plusieurs reprises et sans succès de limiter ou de contrôler votre temps passé sur Internet ?  | 16 %                                       | [13 %-19 %]        |
| 5 Avez-vous déjà menti à votre famille ou à d'autres personnes afin de pouvoir disposer de plus de temps sur Internet ?  | 7 %  | [5 %-9 %]          |
| 6 Votre utilisation d'Internet a-t-elle déjà mis en danger une relation, un emploi ou une possibilité de carrière ?  | 7 %  | [5 %-9 %]          |
| 7 Vous sentez-vous épuisé, déprimé ou irritable lorsque vous essayez de limiter ou d'arrêter votre usage d'Internet ?  | 6 %  | [4 %-8 %]          |
| <b>Utilisateurs d'Internet à risque de cyberdépendance (3-4 réponses positives)</b>  | <b>12 %</b>                                | <b>[10 %-15 %]</b> |
| <b>Utilisateurs d'Internet présentant des signes de cyberdépendance (5-7 réponses positives)</b>   | <b>4 %</b>                                 | <b>[3 %-5 %]</b>   |

Les risques de cyberdépendance n'apparaissent plus aussi marginaux lorsqu'on tient compte de l'âge. Comme l'illustre la **FIGURE 8**, la proportion d'internautes présentant des risques ou des signes clairs de cyberdépendance avoisine 30 % chez les adolescents, 20 % chez les 18 à 34 ans et 10 % chez les 35 à 64 ans. Les 65 ans et plus ne sont pas présentés dans cette figure, car aucun ne présente de signes clairs de cyberdépendance et un seul peut être considéré comme « à risque ». Par ailleurs, aucune différence statistiquement significative n'a été dégagée selon le sexe ou la zone géographique.

**FIGURE 8**  
**Proportion d'utilisateurs d'Internet présentant des risques ou des signes clairs de cyberdépendance, selon la catégorie d'âge**



## PROBLÈMES ASSOCIÉS AUX JEUX DE HASARD

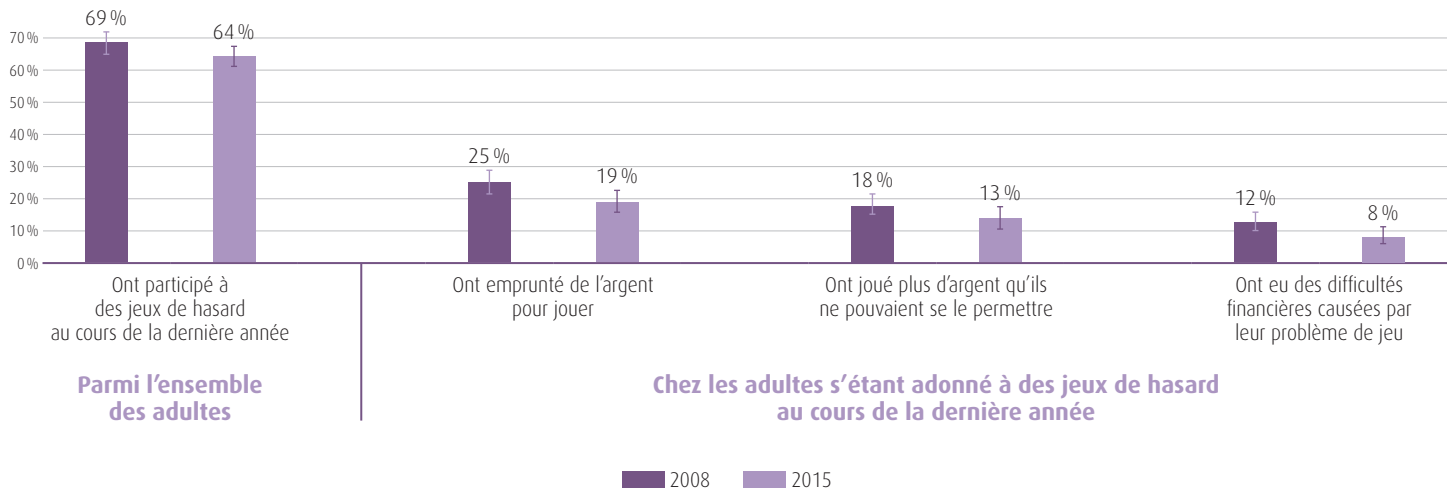
### ENCADRÉ 4 **Problèmes de jeux de hasard (jeu pathologique)<sup>[5-8]</sup>**

Les « jeux de hasard » réfèrent à une multitude d'activités comme le bingo, les jeux de cartes ou de dés, les paris sportifs, les « machines à sous », les loteries, etc. Pour certaines personnes, la pratique de jeux de hasard conduit à de graves problèmes personnels, familiaux, financiers, etc. Les joueurs pathologiques présentent généralement certaines des caractéristiques suivantes :

- Se sentent continuellement préoccupés par le jeu;
- Jouent plus d'argent qu'ils ne peuvent se le permettre (parfois, s'endettent ou vendent leurs biens afin d'obtenir de l'argent pour jouer);
- Veulent arrêter de jouer, mais en sont incapables;
- Après avoir perdu au jeu, retournent jouer afin de regagner leurs pertes;
- Prétendent gagner de l'argent alors qu'ils en perdent;
- S'efforcent de dissimuler leurs problèmes de jeu face à leurs proches;
- Reçoivent des critiques de leurs proches par rapport à leurs problèmes de jeu;
- Se sentent coupables de jouer;
- Se disputent au sujet de leurs problèmes de jeu;
- Négligent leur travail ou leurs études pour jouer;
- Empruntent de l'argent à leurs proches (amis, familles) afin de jouer.

La FIGURE 9 montre l'évolution des comportements liés aux jeux de hasard depuis l'ERS 2008. En général, les tendances demeurent stables.

**FIGURE 9**  
**Évolution des comportements associés aux jeux de hasard depuis l'ERS 2008**



Le questionnaire de l'ERS 2015 comprenait également des questions tirées du South Oaks Gambling Screen<sup>[10]</sup>, un outil de dépistage permettant de reconnaître les personnes susceptibles de présenter des problèmes de jeu. Selon les réponses recueillies au moment de l'enquête, environ un joueur sur dix serait à risque de présenter ou de développer un problème associé aux jeux de hasard. Aucune différence statistiquement significative ne se dégage selon l'âge, le sexe ou la zone géographique.



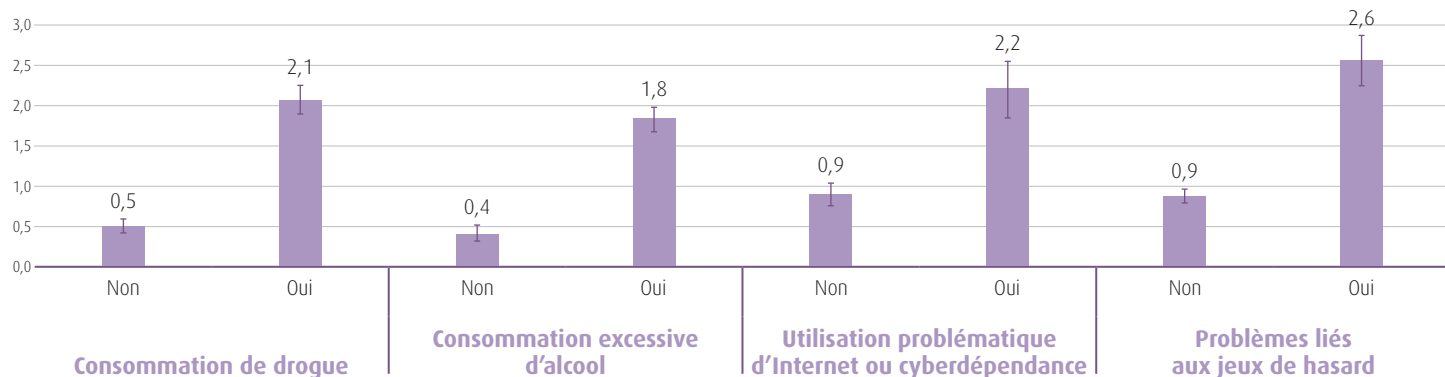
**TABLEAU 2**  
**Résultats du questionnaire sur les problèmes de jeu**

| Comportements associés aux problèmes de jeu   | Proportion de réponses positives (IC 95 %) |                   |
|---|--|-------------------|
| 1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous joué plus que vous en aviez l'intention ?  | 13 %                                       | [9 %-18 %]        |
| 2 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dit avoir gagné de l'argent au jeu quand en fait vous n'en aviez pas réellement gagné ?                  | 4 %*                                       | [2 %-8 %]         |
| 3 Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti coupable à cause de vos habitudes de jeu ou de ce qui se passe quand vous jouez ?             | 9 %*                                       | [6 %-14 %]        |
| 4 Au cours des 12 derniers mois, des gens ont-ils critiqué vos habitudes de jeu ?   | 6 %*                                       | [4 %-11 %]        |
| 5 Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous déjà disputé au sujet de l'argent et ces disputes étaient-elles centrées sur vos habitudes de jeu ? | 4 %*                                       | [2 %-7 %]         |
| 6 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu l'impression que vous deviez persister jusqu'à ce que vous gagniez ?                                  | 11 %*                                      | [7 %-17 %]        |
| <b>Risquent de développer un problème de jeu (2 réponses positives)</b>   | <b>4 %*</b>                                | <b>[2 %-7 %]</b>  |
| <b>Semblent présenter un problème de jeu (3-6 réponses positives)</b>   | <b>7 %*</b>                                | <b>[4 %-12 %]</b> |

## DÉPENDANCES ET DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

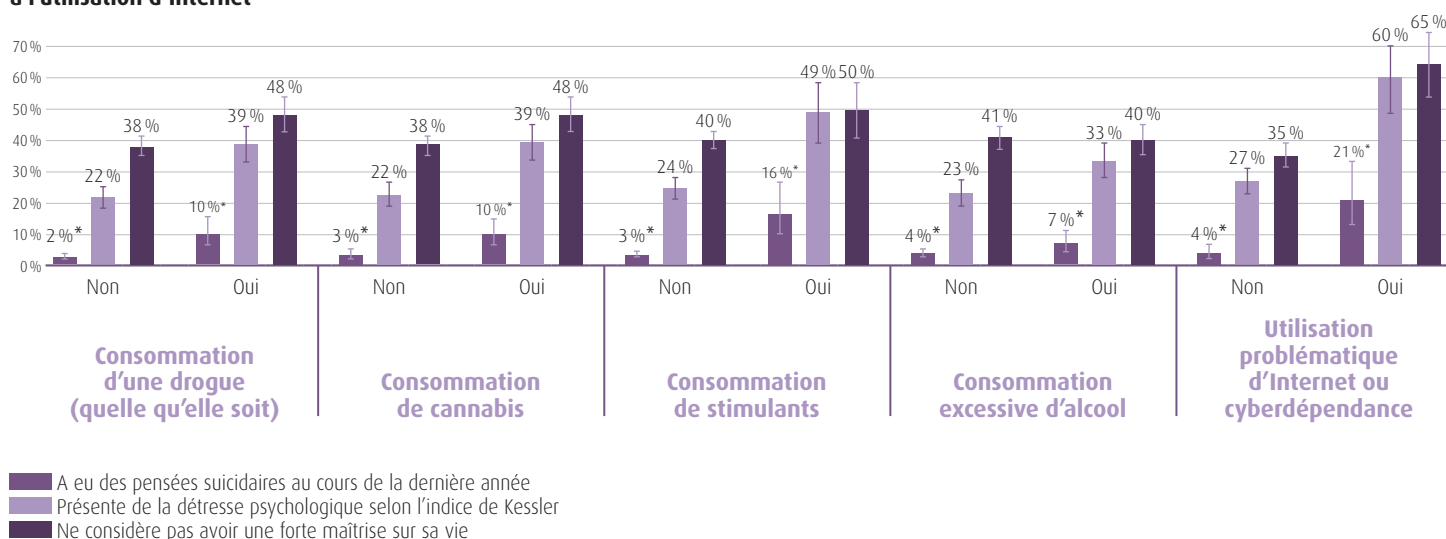
Bien que les prévalences des différents problèmes faisant l'objet de ce feuillet aient été présentées séparément, les problèmes tendent à se conjuguer entre eux. Notamment, les personnes présentant des comportements associés au jeu pathologique auraient en moyenne 2,6 problèmes parmi les quatre problèmes abordés dans ce feuillet (FIGURE 10). Ce résultat n'est pas surprenant : les problèmes liés aux jeux de hasard s'accompagnent souvent d'un problème de consommation d'alcool ou de drogues.

**FIGURE 10**  
**Nombre moyen de comportements à risque chez les personnes ayant des problèmes liés aux drogues, à l'alcool, à Internet ou aux jeux de hasard**



La FIGURE 11 montre que, au moment de l'ERS 2015, la prévalence d'indicateurs de détresse psychologique était plus élevée chez les personnes présentant des comportements à risque liés à la consommation d'alcool et de drogues ou à l'utilisation d'Internet. Faut d'effectifs, les jeux de hasard n'ont pas été traités dans cette figure.

**FIGURE 11**  
**Prévalences d'indicateurs de détresse psychologique, selon les habitudes liées à la consommation d'alcool ou de drogues et à l'utilisation d'Internet†**



† L'indicateur de détresse psychologique a été estimé à l'aide de l'échelle de détresse psychologique de Kessler (la K10) et la « maîtrise sur sa vie » a été estimée à partir de l'échelle du « locus de contrôle ». La consommation excessive d'alcool est définie dans l'**encadré 1**; la consommation de drogues, de cannabis et de stimulants est définie dans l'**encadré 2**; l'utilisation problématique d'Internet ou la cyberdépendance est définie dans l'**encadré 3**.

Ces résultats n'impliquent pas une association causale entre ces comportements et la détresse psychologique. On ne pourrait pas conclure, par exemple, que la consommation de cannabis « cause » les pensées suicidaires, dès lors que certaines personnes étaient déjà « déprimées » avant de consommer du cannabis – qui leur a servi d'exutoire. De manière similaire, l'alcool est à la fois un déprimeur et un moyen d'apaiser temporairement les symptômes de dépression. Parmi les comportements cyberdépendants présentés dans le **TABLEAU 1**, le deuxième comportement le plus fréquent consistait à *utiliser Internet pour s'évader de ses problèmes ou échapper à des sentiments négatifs*. Dans ce cas précis, le comportement cyberdépendant n'apparaissait pas comme la cause, mais bien comme la conséquence d'une détresse psychologique.

Rappelons par ailleurs que la prévalence d'indicateurs de détresse psychologique est présentée séparément pour chaque comportement à risque, mais que la plupart des personnes ayant des comportements à risque en ont plus d'un. Par exemple, une importante proportion des consommateurs de stimulants consomment également du cannabis ou des quantités excessives d'alcool.

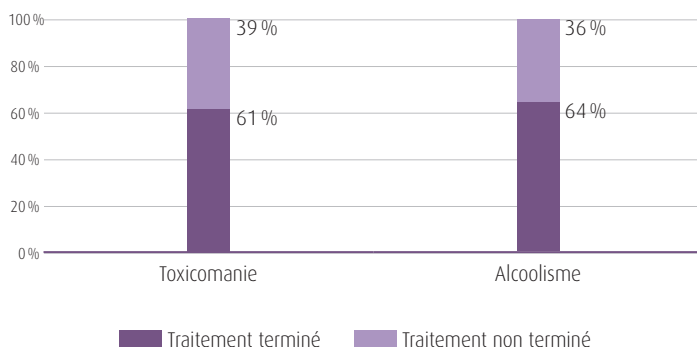
### TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE

Au cours de l'année précédant l'enquête, 7 % (5 %-10 %) des personnes ayant bu de l'alcool ont pris part à un traitement contre l'alcoolisme, tandis que 8 % (6 %-12 %) des personnes ayant consommé de la drogue ont pris part à un traitement contre la toxicomanie. Parmi ces personnes, environ trois sur cinq ont suivi leur traitement jusqu'à la fin (FIGURE 12). Ces résultats sont encourageants, mais montrent que les efforts déployés dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) doivent se poursuivre (ENCADRÉ 5).

#### ENCADRÉ 5

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones On compte présentement six centres de traitement PNLAADA au Québec. Les services sont disponibles en anglais et en français dans tous les centres, ainsi qu'en innu dans un centre. Un centre s'adresse exclusivement aux jeunes, et les cinq autres, aux adultes. Outre les centres, des services supplémentaires sont offerts par des agents PNLAADA dans les communautés (en moyenne, deux agents par communauté). Ces professionnels sont tenus de suivre de la formation continue sur les dépendances et la santé mentale.

FIGURE 12  
Proportion de participants à des traitements contre l'alcoolisme ou la toxicomanie ayant terminé leur traitement



## CONCLUSION

Les habitudes de consommation d'alcool ou de drogues sont restées sensiblement les mêmes depuis l'ERS 2002, alors que le problème de cyberdépendance s'apparente à un problème émergent chez les adolescents et les jeunes adultes. Enfin, peu de gens sont touchés par les problèmes liés aux jeux de hasard, mais ceux qui le sont composent généralement avec au moins un autre problème de dépendance. D'ordre général, on associe l'adoption d'un des comportements problématiques abordés dans ce feuillet à un plus haut degré de détresse psychologique. La prévalence des problèmes abordés dans ce feuillet est généralement plus élevée chez les 18 à 34 ans que dans tout autre groupe d'âge, en particulier en ce qui concerne la consommation d'alcool et de drogues. Concernant les drogues, la consommation de cannabis est présente dans presque toutes les strates de la population, alors que la consommation de stimulants (généralement de la cocaïne ou des amphétamines) est surtout répandue chez les jeunes adultes (18-34 ans) – environ un sur cinq aurait consommé des stimulants au cours de la dernière année.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut national de santé publique du Québec (2015). *Portrait de la consommation d'alcool au Québec de 2000 à 2015*. Accessible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2137\\_consommation\\_alcool\\_quebec.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2137_consommation_alcool_quebec.pdf) (Consulté en mars 2018).
- [2] Institut national de santé publique du Québec (2015). *La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois : déterminants et problèmes liés*. Accessible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2023\\_Consommation\\_Excessive\\_Alcool.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2023_Consommation_Excessive_Alcool.pdf) (Consulté en mars 2018).
- [3] Gouvernement du Québec. *Portrait santé mieux-être. Connaître les drogues et leurs effets*. Accessible en ligne : <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/connaître-les-drogues-et-leurs-effets/liste-des-drogues-et-de-leurs-effets/> (Consulté le 16 mars 2018).
- [4] Gouvernement du Canada. *Les drogues. Parlez-en. Risques liés à l'usage de drogues*. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/alt/pdf/healthy-living-vie-saine/substance-abuse-toxicomanie/talking-parle/risks-drugs-risques-drogues-fra.pdf> (Consulté le 19 mars 2018).
- [5] Martinasek, M. P., McGrogan, J. B., et A. Maysonet. « A Systematic Review of the Respiratory Effects of Inhalational Marijuana », *Respiratory Care*, vol. 61, n° 11, novembre 2016, p. 1543-1551.
- [6] Widyanto, L., et M. McMurrin. « The Psychometric Properties of the Internet Addiction Test », *CyberPsychology & Behavior*, vol. 7, n° 4, août 2004, p. 443-450.
- [7] Young, K. Pistner, M., O'Mara, J., et J. Buchanan. « Cyber Disorders: The Mental Health Concern for the New Millennium », *CyberPsychology & Behavior*, vol. 2, n° 5, octobre 1999, p. 475-479.
- [8] Younes, F., Halawi, G., Jabbour, H., El Osta, N., Karam, L., Hajj, A., et L. R. Khabbaz. « Internet Addiction and Relationships with Insomnia, Anxiety, Depression, Stress and Self-Esteem in University Students: A Cross-Sectional Designed Study », *PLOS ONE*, vol. 11, n° 9, septembre 2016.
- [9] Park, B. Y., Wilson, G., Berger, J., Christman, M., Reina, B., Bishop, F., Klam, W. P., et A. P. Doan. « Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports », *Behavioral Sciences*, vol. 6, n° 3, août 2016.
- [10] Petry, N. M., et C. Armentano. « Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review », *Psychiatric Services*, vol. 50, n° 8, août 1999, p. 1021-1027.

## MÉTHODOLOGIE EN BREF

La troisième vague de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) chez les Premières Nations vise à décrire l'état de santé de la population au sein des communautés des Premières Nations au Québec. Elle a été réalisée de février 2015 à mai 2016 dans 21 communautés issues de huit nations et a permis de joindre 3 261 personnes (825 enfants de 0 à 11 ans, 769 adolescents de 12 à 17 ans et 1 667 adultes de 18 ans et plus) qui ont répondu à un questionnaire électronique soumis par des agents de terrain.

Les données suivies du signe «\*» ont un coefficient de variation de 16,6% à 33,3% et doivent être interprétées avec prudence. Le signe «\*\*» indique un coefficient de variation supérieur à 33,3%. Ces données ne sont pas publiées, à l'exception des estimations inférieures à 5%. Ces dernières doivent être interprétées avec prudence. Les traits présentés dans les diagrammes à bâtons ou à barres correspondent aux intervalles de confiance calculés selon un niveau de confiance de 95%.

Dans certains cas, les données sont présentées selon la zone géographique de la communauté des répondants. Ces zones se définissent comme suit<sup>1</sup> :

- Zone 1 (urbaine) : moins de 50 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 2 (rurale) : entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 3 (isolée) : plus de 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 4 (difficile d'accès) : pas de route.

Centre de services : la localité la plus proche pour accéder aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

Dans le cadre de l'ERS, le terme « communauté » est utilisé pour représenter les « réserves indiennes ».

Pour plus de détails, veuillez consulter le feuillet *Méthodologie* de l'ERS.

Le rapport de l'ERS est constitué de 20 feuillets thématiques. L'ensemble des feuillets peut être consulté au centre de documentation de la CSSSPNQL : <https://centredoc.cssspnql.com>.

<sup>1</sup> AANC <http://fnp-ppn.aandc-aadnc.gc.ca/fnp/main/Definitions.aspx?lang=fra#Geography> [consulté le 2018-01-03].



## Rédaction

Nicolas Couët, analyste de données,  
Commission de la santé et des services sociaux  
des Premières Nations du Québec et du Labrador

## Comité consultatif régional

André Simpson, épidémiologiste, Institut national de santé  
publique du Québec

Françoise Gédéon, coordonnatrice des services sociaux,  
familles d'accueil, Gesgapegiag

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,  
Commission de la santé et des services sociaux  
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Martine Awashish, coordonnatrice – programme de prévention  
du suicide, Services de santé d'Opitciwan

Oumar Ba, gestionnaire régional, Direction générale de la santé  
des Premières nations et des Inuits

Serge Rock, Danny Robertson, coordonnateur régional jeunesse,  
Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

Sony Diabo, aîné de Kahnawake

## Révision du contenu

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,  
Commission de la santé et des services sociaux  
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Natascha Hervieux, conseillère en mieux-être et prévention  
des dépendances, Commission de la santé et des services  
sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Sophie Pelletier, conseillère en dépendances,  
Commission de la santé et des services sociaux  
des Premières Nations du Québec et du Labrador

## Relecteurs

Faisca Richer, Secteur Santé des Autochtones,  
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données,  
Commission de la santé et des services sociaux des  
Premières Nations du Québec et du Labrador

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la  
recherche, Commission de la santé et des services sociaux  
des Premières Nations du Québec et du Labrador

## Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques,  
CSSSPNQL

Vicky Viens

## Graphisme et mise en page

Patricia Carignan, designer graphique

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement  
à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être  
téléchargé à partir du site Web de la CSSSPNQL :  
<https://centredoc.cssspnql.com>.

Crédits photos : Manon Dumas, Marc Tremblay et Thinkstock.

## Citation suggérée :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières  
Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale  
sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 :  
Consommation d'alcool et de drogues, cyberdépendance et  
problèmes liés aux jeux de hasard*. Wendake : CSSSPNQL.

ISBN : 978-1-77315-154-0

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /  
Bibliothèque et Archives Canada

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL

© CSSSPNQL – 2018