

Bulletin sur la santé de la population publié par le Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Alcool et santé

Consommation d'alcool

Les habitudes de consommation d'alcool et les directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

La plupart des Canadiens boivent de l'alcool et la consommation par habitant au Canada dépasse celle de bon nombre de pays¹. En 2011, le Canada a élaboré des directives de consommation d'alcool à faible risque qui établissent le nombre maximal de consommations standards que les hommes et les femmes devraient consommer en une même occasion et sur une base hebdomadaire (Diagramme 1)². La consommation d'alcool n'est pas recommandée chez les femmes enceintes, les personnes qui prennent des médicaments interagissant avec l'alcool et celles qui s'adonnent à des activités à risque élevé comme la conduite d'un véhicule à moteur. Selon une enquête menée en 2012, environ un quart des Canadiens avaient entendu parler de ces directives³.

Parmi les Canadiens qui consomment de l'alcool, un nombre important d'entre eux en boit une quantité qui présente une augmentation du risque de subir des effets aigus ou chroniques sur la santé (Figure 1). Dans le cadre d'une enquête menée en 2012 par Santé Canada, au cours des sept jours précédant l'enquête, 14,2 pour cent des consommateurs d'alcool néo-brunswickois âgés de 15 ans et plus dépassaient la directive concernant les effets aigus (comparativement à 12,8 pour cent à l'échelle nationale), et 20,5 pour cent dépassaient la directive concernant les effets chroniques (comparativement à 18,6 pour cent à l'échelle nationale)³. Selon une enquête menée par Statistique Canada

Dans ce numéro :

- Consommation d'alcool
- Morbidité et mortalité attribuables à l'alcool
- Coûts socioéconomiques de l'alcool
- Stratégies pour réduire la consommation abusive d'alcool

Diagramme 1. Directives de consommation d'alcool à faible risque

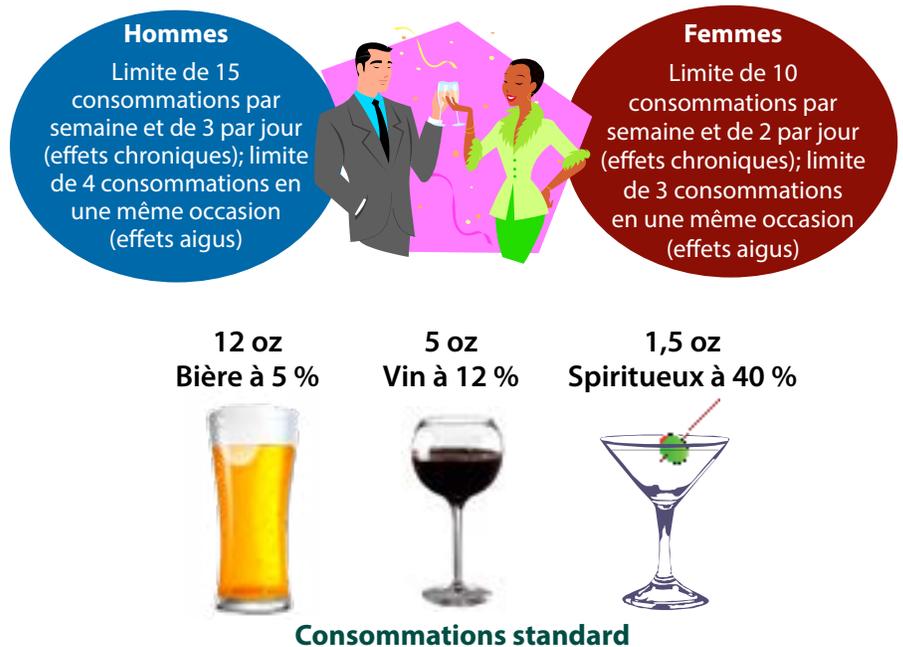
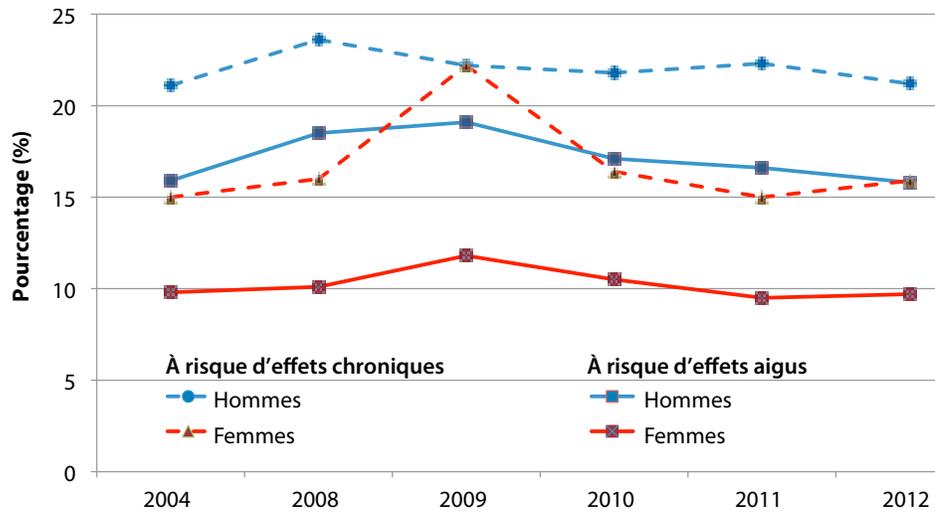


Figure 1. Pourcentage de consommateurs d'alcool de 15 ans et plus au Canada qui ont dépassé les niveaux de consommation d'alcool à faible risque d'effets aigus ou chroniques, selon le sexe, 2004-2012



Remarque : Les excédents des directives s'appliquent à la semaine précédant l'enquête

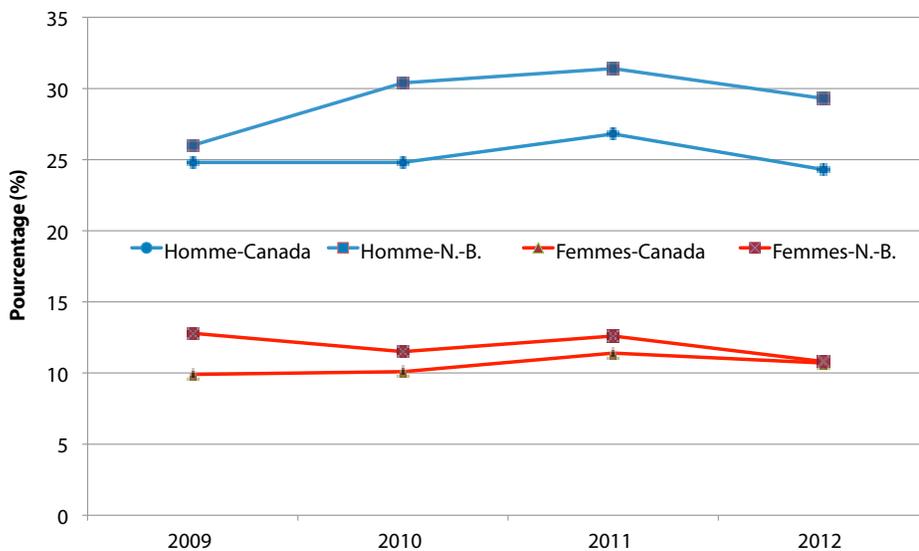
Source de données : Santé Canada, Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues

en 2012, environ 126 000 Néo-Brunswickois âgés de 12 ans et plus étaient des buveurs excessifs, ayant consommé cinq consommations ou plus en une même occasion, et ce, au moins une fois par mois au cours de la dernière année⁴. Les éditions de l'enquête menées entre 2009 et 2012 ont révélé qu'environ 30 pour cent des Néo-Brunswickois étaient des buveurs excessifs, comparativement à environ 10 pour

cent chez les Néo-Brunswickoises (Figure 2).

La beuverie express est une forme de consommation d'alcool excessive et abusive qui est plus courante chez les jeunes que chez les adultes^{3,5}. Comparativement aux autres pays, la prévalence de la beuverie express chez les jeunes Canadiens compte parmi les plus élevées au monde¹. Bien que la

Figure 2. Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui boit de façon excessive, selon le sexe, Nouveau-Brunswick et Canada, 2009-2012



Source de données : Statistique Canada, CANSIM, tableau 105-0501

vente d'alcool à des personnes d'âge mineur soit interdite au Canada, un important pourcentage en consomme. L'Enquête de 2012 sur la consommation de drogues chez les élèves du Nouveau-Brunswick, menée auprès des élèves de 7^e, 9^e, 10^e et 12^e année, a indiqué que 48 pour cent des élèves avaient bu de l'alcool au cours de la dernière année et que 12 pour cent d'entre eux en avaient bu sur une base hebdomadaire⁶. Contrairement au pourcentage associé à la consommation plus importante d'alcool, qui, dans la population en général, est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, le pourcentage d'élèves qui avaient bu de l'alcool était plus élevé chez les filles que chez les garçons. Un rapport canadien publié en 2011 sur la consommation d'alcool et de drogues des élèves ne montre aucune différence significative entre la proportion de garçons et de filles qui avaient bu cinq consommations ou plus en une même occasion au cours du dernier mois⁷. Le rapport indique également que 25,3 pour cent des élèves néo-brunswickois de 7^e, 9^e, 10^e et 12^e année s'étaient adonnés à la beuverie express au moins une fois au cours du dernier mois. Parmi les huit provinces qui ont posé la même question au sujet de la beuverie express, l'Alberta présentait le plus faible pourcentage d'élèves s'adonnant à la beuverie express (19,3 pour cent), et Terre-Neuve-et-Labrador, le plus élevé (29,7 pour cent). Au Nouveau-Brunswick, le pourcentage d'élèves s'adonnant à la beuverie express était le plus élevé en 12^e année (43,9 pour cent) et le plus faible, en 7^e année (3,4 pour cent)⁷.

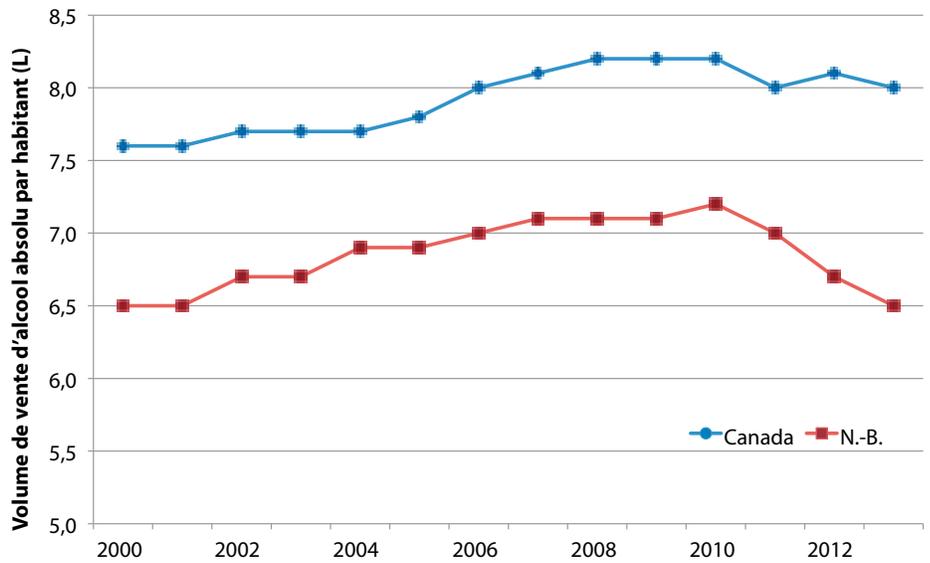
L'un des indicateurs de la consommation d'alcool au sein de la population est le volume de vente d'alcool par habitant.

Au Nouveau-Brunswick, les ventes d'alcool par habitant ont connu une hausse entre 2000 et 2010, puis ont décliné entre 2010 et 2013 (Figure 3). En 2013, les Néo-Brunswickois ont consommé en moyenne 6,5 litres d'alcool absolu (ou pur) par habitant, tandis que la moyenne nationale était de 8,0 litres par habitant⁸. Ces estimations ne tenaient pas compte de l'alcool acheté à l'extérieur de la province et des boissons alcooliques brassées de façon artisanale à base de produits naturels.

Morbidité et mortalité attribuables à l'alcool

À l'échelle mondiale, la consommation nocive d'alcool figure parmi les cinq principaux facteurs de risque de morbidité, d'incapacités et de mortalité, et elle constitue un facteur causal pour plus de 200 maladies et affections, dont les plus courantes sont la dépendance à l'alcool, la cirrhose du foie, le cancer et les blessures¹. L'alcool peut avoir un large éventail d'effets sur le bien-être physique, mental et social (Diagramme 2).

Figure 3. Tendance du volume de vente d'alcool au Canada et au Nouveau-Brunswick, 2000-2013

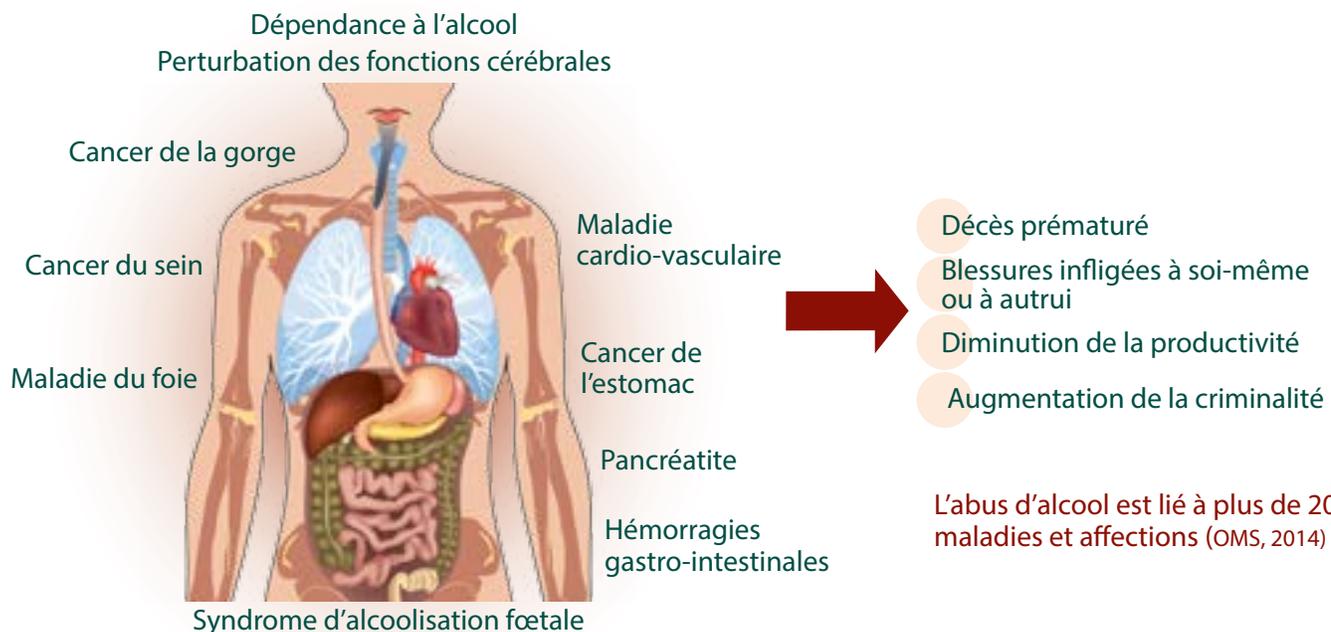


Remarque : Le volume de vente par habitant est fondé sur les Néo-Brunswickois de 15 ans et plus.
Source de données : Statistique Canada, CANSIM, tableau 183-0019

Certaines maladies et affections, comme le syndrome d'alcoolisation fœtale, sont entièrement attribuables à l'alcool, tandis que d'autres, comme certains cancers, le sont partiellement. En 2012, 5,1 pour cent du fardeau mondial total des maladies et des blessures était attribuable à l'alcool, ce qui équivaut à 139 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité

(AVCI). Le pourcentage le plus élevé d'AVCI attribuables à l'alcool (45 pour cent) comprenait les blessures non intentionnelles et les troubles neuropsychiatriques causés ou affectés par la consommation d'alcool, y compris les troubles liés à la consommation d'alcool (consommation nocive d'alcool, dépendance à l'alcool) et l'épilepsie (Figure 4)¹. Un bon nombre d'autres

Diagramme 2. Effets courants de l'abus d'alcool



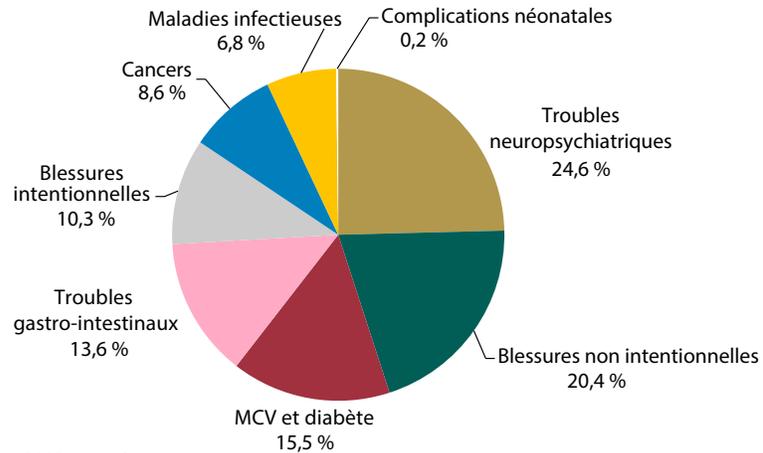
troubles neuropsychiatriques tels que la dépression et les troubles d'anxiété sont affectés par la consommation d'alcool. Cependant, la complexité des voies de ces liens ne permet pas de les inclure dans les estimations du fardeau des maladies attribuable à l'alcool.

Utilisation des ressources hospitalières

Les données d'hospitalisation peuvent servir à mesurer le fardeau de l'alcool sur le système de soins de santé. Au Nouveau-Brunswick, la durée moyenne du séjour (DMS) à l'hôpital pour des affections liées à l'alcool a augmenté de 29 pour cent entre 2003 et 2014, passant de dix à quatorze jours. Au cours de la même période, la durée totale du séjour (DTS) à l'hôpital a augmenté de 21 pour cent, passant de 12 737 jours à 16 203 jours (Figure 5). Pendant la même période, le nombre de patients traités pour des affections liées à l'alcool a diminué de 11 pour cent, passant de 1 278 à 1 138 patients. Il semblerait que les patients séjournent plus longtemps dans les hôpitaux en raison d'affections liées à l'alcool. En 2013-2014, le Nouveau-Brunswick a affiché la deuxième plus longue DMS à l'hôpital au pays pour les affections liées à l'alcool, soit 14,2 jours (Figure 6).

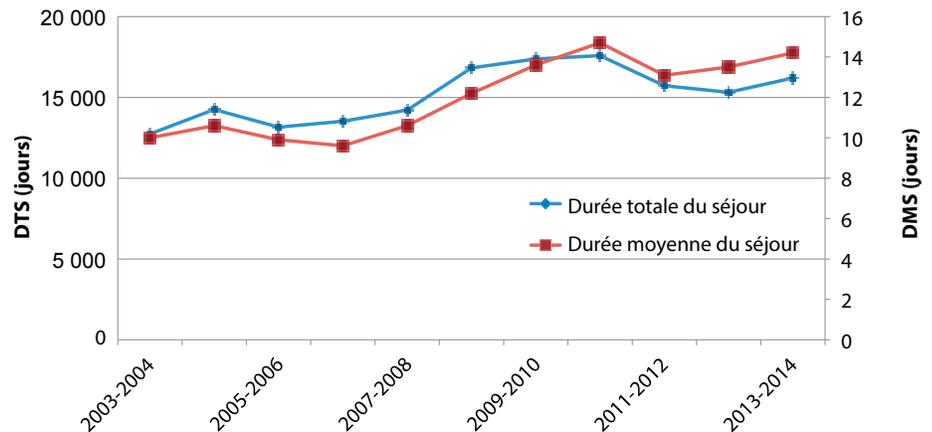
Le coût d'un séjour à l'hôpital varie en fonction du traitement prodigué au patient et de facteurs comme l'âge et les comorbidités⁹. En 2013-2014, le coût par jour d'hospitalisation pour les patients occupant un lit d'hôpital au Nouveau-Brunswick variait entre 609 \$ et 1 358 \$. Si l'on applique ces taux à la DTS pour l'ensemble des patients traités dans les hôpitaux de la province en 2013-2014 pour des causes liées à l'alcool, il en résulte un coût total se situant entre 10 et 22 millions de dollars.

Figure 4. Répartition en pourcentage des causes d'incapacités attribuables à l'alcool, en tant que pourcentage de l'ensemble des AVCI attribuables à l'alcool, 2012



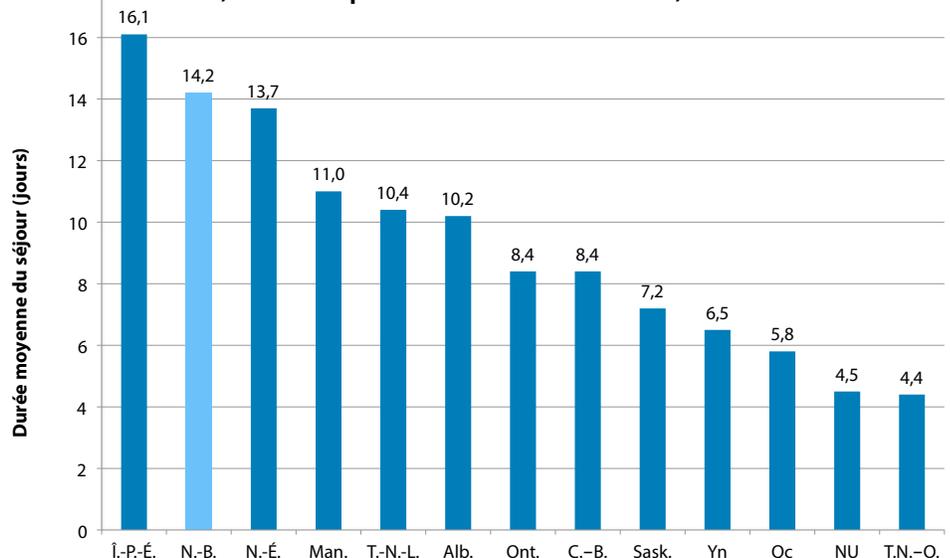
Source : OMS, 2014.¹

Figure 5. Soins hospitaliers relatifs à l'alcool, en tant que durée totale du séjour (DTS) et durée moyenne du séjour (DMS), Nouveau-Brunswick, 2003-2014



Source de données : Base de données sur les congés des patients. Unité de la gestion de l'information sur la santé, ministère de la Santé du N.-B.

Figure 6. Durée moyenne du séjour à l'hôpital pour les affections liées à l'alcool, selon les provinces et les territoires, 2013-2014



Source de données : Base de données sur les congés des patients. Unité de la gestion de l'information sur la santé, ministère de la Santé du N.-B.

Décès

À l'échelle mondiale, 5,9 pour cent du nombre total de décès survenus en 2012, soit 3,3 millions de décès, étaient attribuables à l'alcool¹. Les maladies cardio-vasculaires et le diabète représentaient le plus grand pourcentage (33,4 pour cent) de ces décès (Figure 7). Le pourcentage global de décès attribuables à l'alcool chez les hommes (7,6 pour cent) était presque le double de celui des femmes (4,0 pour cent).

La Colombie-Britannique rapporte régulièrement les décès liés à l'alcool par l'intermédiaire de sa direction des statistiques de l'état civil¹⁰. En 2011, environ 6,0 pour cent du nombre total de décès dans cette province étaient liés à l'alcool, un pourcentage semblable aux estimations à l'échelle mondiale (5,9 pour cent)¹. Si l'on transposait le pourcentage des décès liés à l'alcool en Colombie-Britannique au Nouveau-Brunswick, on obtiendrait 418 décès par année.

Maladie hépatique d'origine alcoolique

Les décès attribuables aux maladies chroniques du foie sont à la hausse au Canada. La Fondation canadienne du foie estime à 5 049 le nombre de décès causés par une maladie hépatique en 2007, une hausse de 27,9 pour cent depuis 2000 (3 964 décès). Les maladies hépatiques d'origine alcoolique comptent pour plus de 25 pour cent de ces décès¹¹. La consommation d'alcool est aussi un facteur de risque pour le cancer du foie¹².

Au Nouveau-Brunswick, entre 2002 et 2012, on a recensé 213 décès attribuables à une maladie hépatique d'origine alcoolique. Cela représente une moyenne de 20 décès par année. La plupart de ces décès étaient prématurés, survenant chez des personnes âgées de moins

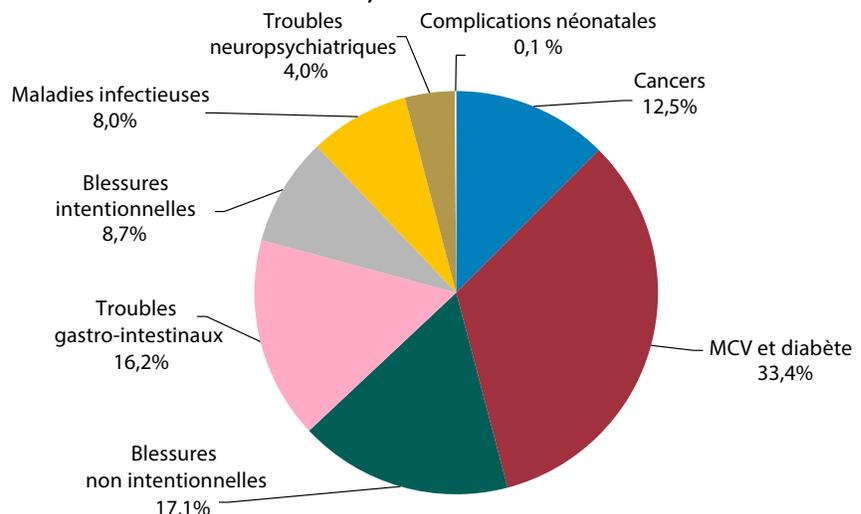
de 75 ans. Même si la majorité (84 pour cent) des décès attribuables à une maladie hépatique d'origine alcoolique se retrouvait chez les hommes, la répartition par âge était semblable chez les deux sexes. Le pourcentage le plus élevé était chez les 50 à 59 ans et les 60 à 69 ans (Figure 8).

Pendant la période comprise entre 2004 et 2008, on a enregistré 582 congés d'hôpital pour une maladie hépatique d'origine alcoolique au Nouveau-Brunswick, ce qui équivaut à 116 par année; 83 pour cent de ces congés concernaient des hommes. Comme les hommes

boivent davantage que les femmes, cela peut expliquer les pourcentages plus élevés de congés d'hôpital et de décès chez les hommes pour une maladie hépatique d'origine alcoolique. Les congés d'hôpital étaient plus élevés chez les groupes de 50 à 59 ans et de 60 à 69 ans (Figure 9).

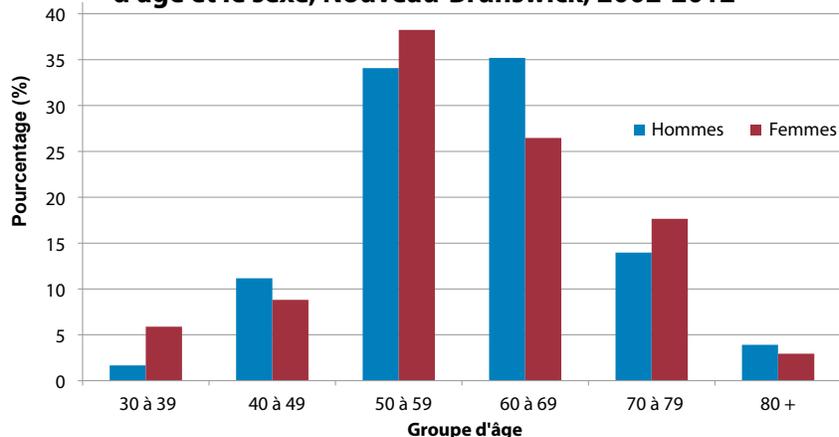
Au cours de cette même période de cinq ans, 7 860 jours de soins hospitaliers ont été nécessaires pour traiter les patients atteints d'une maladie hépatique d'origine alcoolique. En prenant l'année 2006 comme année de référence, le coût

Figure 7. Répartition en pourcentage des causes de décès attribuables à l'alcool, en tant que pourcentage de l'ensemble des décès attribuables à l'alcool, 2012



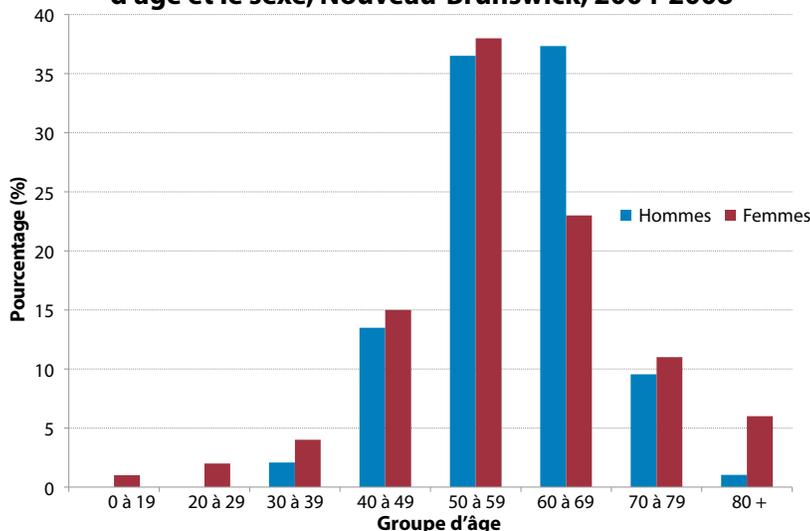
Source : OMS, 2014.¹

Figure 8. Répartition en pourcentage des décès attribuables à une maladie hépatique d'origine alcoolique, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2002-2012



Source de données : Statistiques de l'état civil, Service Nouveau-Brunswick, GNB

Figure 9. Répartition en pourcentage des congés d'hôpital attribuables à une maladie hépatique d'origine alcoolique, selon le groupe d'âge et le sexe, Nouveau-Brunswick, 2004-2008



Source de données : Base de données sur les congés des patients. Unité de la gestion de l'information sur la santé, ministère de la Santé du N.-B.

par jour-patient relatif à toutes les maladies et affections traitées dans les hôpitaux se situait entre 501 \$ et 1 055 \$. Si l'on applique ces taux à la DTS pour l'ensemble des patients traités pour une maladie hépatique d'origine alcoolique dans les hôpitaux de la province entre 2004 et 2008, il en résulte un coût total se situant entre 4 et 8 millions de dollars.

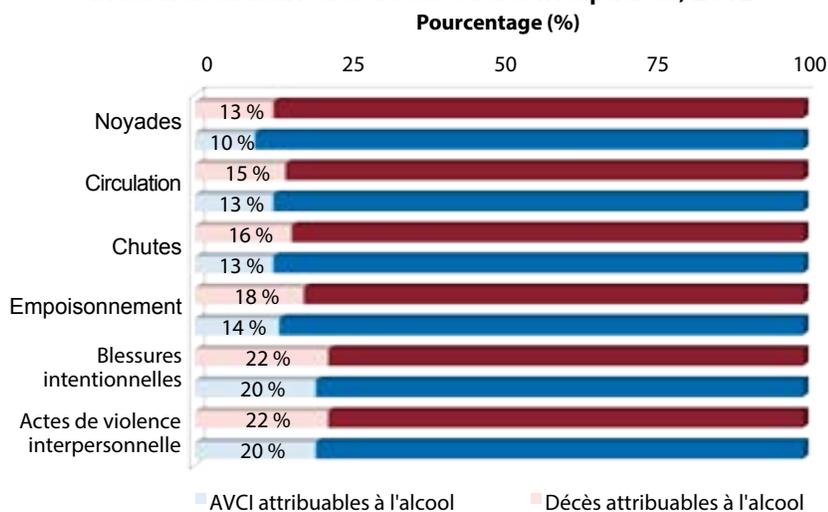
Blessures

À l'échelle mondiale, l'alcool contribue à un pourcentage important des blessures causant des incapacités ou la mort. En 2012, le pourcentage d'incapacités attribuables à l'alcool dans le cas de certaines blessures représentait : 20 pour cent de la violence interpersonnelle, 20 pour cent des cas d'automutilation, 14 pour

cent des cas d'empoisonnement, 13 pour cent des chutes, 13 pour cent des blessures de la route et 10 pour cent des noyades (Figure 10)¹. Tout comme pour les incapacités attribuables à l'alcool, un pourcentage important des blessures causant la mort était attribuable à l'alcool, soit 22 pour cent des décès survenus à la suite de violence interpersonnelle, 22 pour cent des cas d'automutilation, 18 pour cent des cas d'empoisonnement, 16 pour cent des chutes, 15 pour cent des blessures de la route et 13 pour cent des noyades¹. L'alcool est également un facteur de risque de dépression et d'autres troubles de santé qui peuvent entraîner l'automutilation. Entre 2000 et 2010, on a recensé en moyenne 94 suicides par année au Nouveau-Brunswick, soit 12,5 suicides par tranche de 100 000 habitants.

Au Canada, les blessures non intentionnelles ont coûté approximativement 16 milliards de dollars en 2004, et les blessures volontaires, 3,3 milliards¹³. Au Nouveau-Brunswick, durant cette même année, les blessures ont coûté approximativement 284 millions de dollars au système de soins de santé et représentaient un fardeau économique de 462 millions de dollars^{13,14}.

Figure 10. Pourcentages imputables à l'alcool pour certaines blessures causant des décès ou des incapacités, 2012



Source : OMS, 2014.¹

Collisions impliquant un véhicule à moteur

Le risque relatif de subir des blessures suites à une collision impliquant un véhicule à moteur ou non motorisé augmente de façon importante avec le nombre de verres d'alcool consommés (Tableau 1).

L'Organisation mondiale de la Santé estime que 15 pour cent des décès et 13 pour cent des incapacités causées par des collisions

Tableau 1. Risques relatifs de blessures impliquant ou non un véhicule motorisé, selon le nombre de verres canadiens standard consommés trois heures avant de se blesser

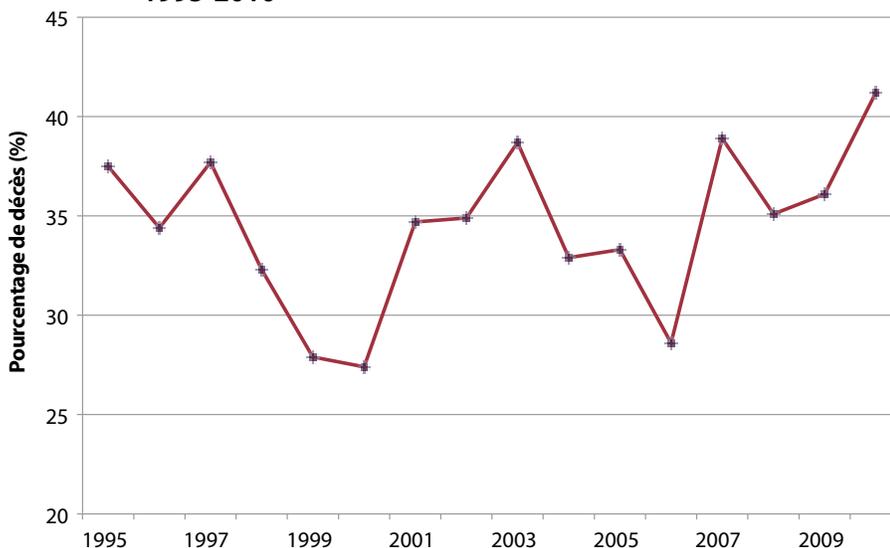
Nombre de consommations	Augmentation du risque (%)	
	Blessures impliquant un véhicule à moteur	Blessures impliquant un véhicule non motorisé
0	0	0
1	57	40
2	145	92
3	283	162
4	500	256
5	838	384
6	1369	557
7	2198	790
8	3496	1107
9	5528	1534

Source de données : Taylor et coll.; cité dans Butt et coll., L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque, 2011.²

impliquant un véhicule à moteur sont attribuables à l'alcool¹. Entre 1995 et 2010, on a dénombré 1 535 décès liés à l'utilisation d'un véhicule à moteur au Nouveau-Brunswick, et, de ce nombre, 528 (34,4 pour cent) impliquaient un conducteur ayant consommé de l'alcool (Figure 11)¹⁵.

En 2010, l'alcool était impliqué dans plus de 40 pour cent des collisions mortelles sur les routes du Nouveau-Brunswick. Par ailleurs, pendant cette même année, on a recensé 325 collisions de véhicule à moteur non mortelles mais graves, et 87 d'entre elles (soit 26,8 pour cent) étaient liées à l'alcool¹⁵.

Figure 11. Pourcentage de décès impliquant un véhicule à moteur liés à un conducteur ayant consommé de l'alcool, Nouveau-Brunswick, 1995-2010



Remarque : Décès sur les routes publiques pour les principaux types de véhicules. Estimations selon les données disponibles sur la consommation d'alcool.

Source de données : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 2013

L'alcool est aussi un facteur dans plus de 50 pour cent des décès qui surviennent hors route au Canada¹⁶. Cela est important compte tenu de la popularité de la motoneige et des véhicules tout-terrain (VTT) au Nouveau-Brunswick. En 2010, un total de 35 825 VTT étaient enregistrés dans cette province¹⁷.

Chutes

La consommation d'alcool fait également augmenter le risque de chute. À l'échelle mondiale, environ 13 pour cent des incapacités dues à des chutes et 16 pour cent des décès dus à des chutes sont attribuables à l'alcool¹. Au Canada, les blessures attribuables à des chutes ont augmenté d'environ 43 pour cent entre 2003 et 2010¹⁶. Les chutes demeurent la cause la plus fréquente d'hospitalisations pour blessures chez les personnes âgées et 20 à 30 pour cent d'entre elles font une chute une fois par année. En 2002, une enquête provinciale indiquait que près de la moitié des Néo-Brunswickois de 55 ans et plus avaient bu de l'alcool au cours de la dernière année et qu'un buveur sur dix en consommait tous les jours¹⁸.

Traumatismes attribuables à l'alcool

Au Nouveau-Brunswick, 504 cas d'agression ont été traités à l'hôpital régional de Saint John au cours de l'exercice financier 2008-2009 et 149 (30 pour cent) de ces cas étaient liés à l'alcool¹⁴. Entre 2011 et 2013, 233 victimes de traumatismes majeurs ont été traités à l'hôpital de Moncton et à l'hôpital régional de Saint John, et 21 des blessures (soit neuf pour cent) étaient liées à l'alcool¹⁹.

Coûts socioéconomiques de l'alcool

En plus des effets directs sur la santé, la consommation nocive d'alcool se traduit également par des coûts économiques et sociaux divers : perte de productivité en raison de l'absentéisme, chômage, perte d'années de travail en raison d'une cessation du travail ou d'un décès prématuré, hausse de la criminalité et dysfonction sociale^{1,20}. Les mesures des coûts sociaux de l'abus d'alcool sont grandement incomplètes en raison des lacunes dans les données disponibles¹. Selon une enquête menée en 2012 par Santé Canada, un Canadien sur sept dit avoir souffert d'une quelconque façon à cause de la consommation d'alcool d'une autre personne au cours de la dernière année³. Les habitudes de consommation d'alcool sont certainement associées à l'accessibilité à l'alcool. Les personnes qui jouissent d'un revenu ou d'un statut socioéconomique plus élevé ont tendance à consommer plus

d'alcool que d'autres groupes. En revanche, les gens qui ont un statut socioéconomique plus faible ont davantage tendance à subir les méfaits liés à l'alcool¹. Les enfants, les adolescents et les personnes âgées sont habituellement les plus vulnérables aux méfaits liés à l'alcool¹.

Selon les estimations, en 2002, l'abus d'alcool au Canada aurait coûté 14,6 milliards de dollars, soit 463 \$ par Canadien. Cela comprend 7,1 milliards de dollars en incapacités et en décès prématurés, 3,3 milliards de dollars en coûts directs relatifs aux soins de santé et 3,1 milliards de dollars en coûts directs relatifs à l'application de la loi^{21,22}. Pour la même année, les coûts associés à l'abus d'alcool au Nouveau-Brunswick, y compris les dépenses en matière de soins de santé, l'application de la loi et les coûts sociaux, s'élevaient à 597 \$ par habitant (Figure 12). Cela équivaut à un coût annuel total d'environ 448 millions de dollars. Les coûts directs en matière de soins de

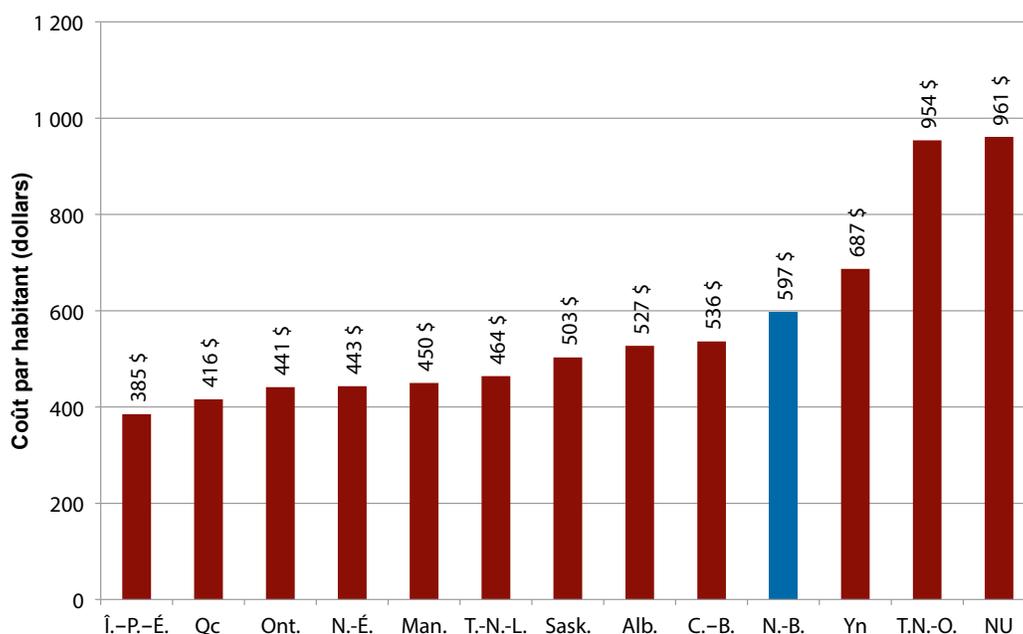
santé attribuables à l'alcool étaient évalués à 121 millions de dollars pour cette année-là²¹. En 2012-2013, la Société des alcools du Nouveau-Brunswick a déclaré avoir tiré un revenu net de 164 millions de dollars des ventes d'alcool²³.

Stratégies pour réduire la consommation abusive d'alcool

Diverses stratégies visant à réduire le fardeau de l'abus d'alcool sur les soins de santé et les autres coûts de cet abus pour la société voient le jour à l'échelle régionale, nationale et internationale. Le gouvernement du Canada et certaines administrations provinciales ont présentement des stratégies visant la réduction des effets néfastes de l'alcool en veillant principalement à sensibiliser le public au sujet des directives de consommation à faible risque, à restreindre la disponibilité de l'alcool et à faire de la publicité active sur les effets néfastes de l'alcool, notamment au moyen d'avertissements sur les étiquettes des bouteilles d'alcool^{24,25,26,27}. La plupart des politiques présentées dans la Stratégie nationale sur l'alcool du Canada font appel à la participation des administrations provinciales.

Dans un examen canadien des stratégies visant la réduction des coûts et des méfaits liés à l'alcool mené en 2013, le Nouveau-Brunswick se classait légèrement sous la moyenne nationale (Figure 13)²⁶. L'examen mettait l'accent sur dix dimensions relatives à l'alcool : fixation des prix; système de contrôle du commerce de l'alcool; accessibilité; alcool au volant; marketing et publicité; âge légal pour consommer de

Figure 12. Coût estimé de l'abus d'alcool par habitant, selon les provinces et les territoires, 2002



Remarque : Les coûts estimés comprennent les dépenses en matière de soins de santé, l'application de la loi et les coûts sociaux.

Source de données : J. Rehm et coll., 2006.²²

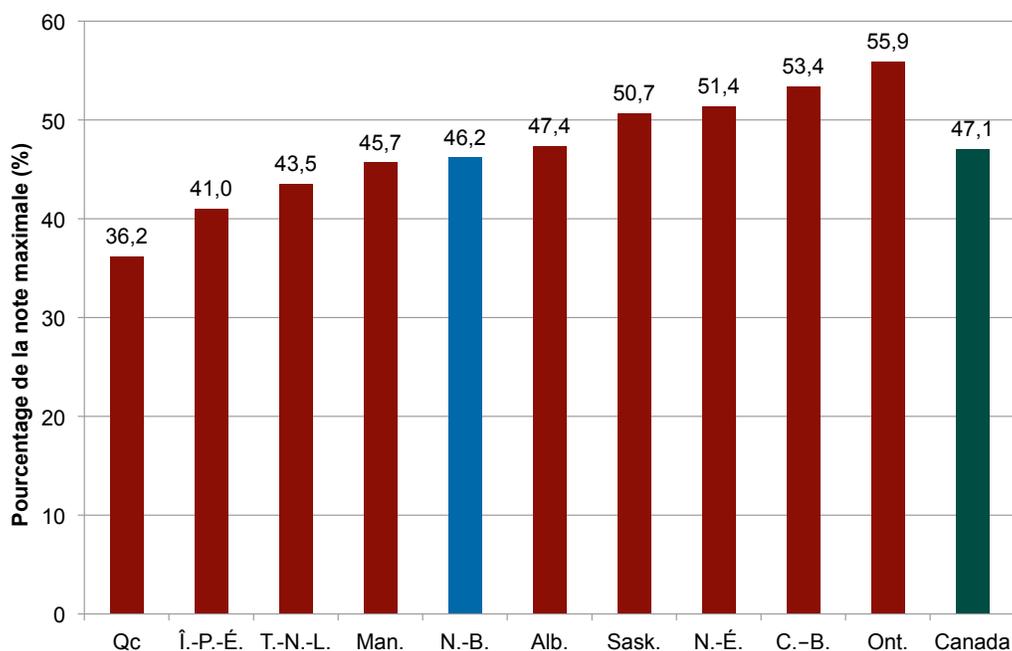
l'alcool; dépistage, intervention brève et orientation; formation des serveurs et programmes de contrôle et refus de vente; stratégies provinciales en matière d'alcool; étiquettes et affiches de mise en garde. Le Nouveau-Brunswick a obtenu une très bonne note en ce qui a trait au système de contrôle du commerce de l'alcool, puisque le gouvernement provincial détient le monopole des ventes d'alcool. Pour ce qui est des politiques sur l'âge minimal légal de consommation d'alcool, le Nouveau-Brunswick s'est classé sous la moyenne nationale, principalement en raison des règles qui sont assouplies lors de rassemblements sociaux où les mineurs sont autorisés à consommer de l'alcool. Le Nouveau-Brunswick était également l'une des trois provinces à ne pas avoir de programme de dépistage, intervention brève et orientation, ce qui lui a mérité une note de zéro pour cette dimension.

Pour déterminer la réussite des stratégies relatives à l'alcool au Canada, il faut établir des mesures uniformes de certains indicateurs de la santé liés à l'alcool dans l'ensemble des provinces et territoires. Le système de codage de la classification internationale des maladies ne permet pas d'inclure l'alcool comme principal facteur pour la plupart des maladies et affections liées à l'alcool. Ainsi, il est difficile de mesurer le poids de la preuve pour ce qui est des maladies liées à l'alcool et d'en rendre compte de façon uniforme. Certaines administrations provinciales, dont la Colombie-Britannique, ont adapté leurs bases de données sur la santé de la population pour mesurer les affections liées à l'alcool et en rendre compte régulièrement.

Le présent numéro du bulletin Indicateurs de la santé du Nouveau-Brunswick vise à mettre en évidence les dernières données probantes sur les effets de l'abus

d'alcool sur la santé. Cependant, il ne tient pas compte de toute l'étendue de la problématique et il y a encore beaucoup de travail à faire. De nombreux Néo-Brunswickois consomment des quantités d'alcool qui leur causent, à eux et à leur entourage, des préjudices à court terme et à vie. Le fardeau économique et social que représente l'abus d'alcool pour le système de soins de santé et la société est notable au Nouveau-Brunswick. Fournir des données probantes sur les coûts de l'abus d'alcool au Nouveau-Brunswick et de ses effets sur la santé sont des premiers pas importants afin de reconnaître ce problème et d'y remédier.

Figure 13. Note pondérée pour dix dimensions de politique liées à l'alcool, selon la province, 2013



Source de données : Giesbrecht et coll., 2013.²⁷

Glossaire

Alcool absolu : Alcool qui contient au moins 99 pour cent d'éthanol et qu'on appelle aussi alcool pur.

Années de vie corrigées de l'incapacité : Mesure en temps du fardeau total de la maladie dans une population donnée. Cette mesure est équivalente à la somme des années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée et des années perdues en raison d'incapacités.

Beuverie express : Forme excessive de consommation d'alcool où, en une même occasion, les hommes consomment cinq verres d'alcool ou plus et les femmes, quatre ou plus.

Consommation abusive d'alcool : Consommation de cinq verres d'alcool ou plus chez les hommes et de quatre verres ou plus chez les femmes en une même occasion, au moins une fois par mois.

Consommation abusive d'alcool épisodique : D'après l'Organisation mondiale de la Santé, une consommation de 60 grammes d'alcool pur (soit l'équivalent de six consommations standards dans la plupart des pays) en une même occasion, au moins une fois par mois.

Consommation nocive d'alcool : Habitude de consommation d'alcool qui entraîne des dommages pour la santé. Ces dommages peuvent être physiques (comme dans les cas de cirrhose du foie) ou mentaux (comme dans les cas d'épisodes dépressifs attribuables à la consommation abusive d'alcool).

Dépendance à l'alcool (ou alcoolisme ou syndrome de dépendance alcoolique) : Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'alcool, et typiquement associés à un désir puissant de prendre de l'alcool, une difficulté à en contrôler la consommation, une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives, un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de l'alcool, une tolérance accrue et parfois un syndrome de sevrage physiologique (définition de l'Organisation mondiale de la Santé).

Directive de consommation d'alcool à faible risque d'effets aigus : Quantité maximale d'alcool qui peut être consommée à tout moment qui minimise les méfaits à court terme de l'alcool, comme les blessures et les maladies aiguës, soit un maximum de trois consommations standards chez les femmes et de quatre chez les hommes en une même occasion.

Directive de consommation d'alcool à faible risque d'effets chroniques : Quantité maximale d'alcool qui peut être consommée qui minimise les méfaits à long terme de l'alcool, comme la cirrhose du foie ou la dépendance à l'alcool, soit un maximum de dix consommations standards par semaine chez les femmes - au plus deux verres par jour la plupart des jours, et de quinze consommations par semaine chez les hommes - au plus trois verres par jour la plupart des jours.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, *Global Status Report on Alcohol and Health, 2014* (en ligne), Genève, OMS, 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1.
2. P. Butt, D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell, *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque* (en ligne), Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011, <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>.
3. Santé Canada, *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : Sommaire des résultats pour 2012* (en ligne), Ottawa (Ont.), Santé Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2012/summary-sommaire-fra.php.
4. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012*, <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health80a-fra.htm>.
5. K. Flegel, N. MacDonald et P. C. Hébert, « Binge drinking: all too prevalent and hazardous », *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 183, no 4 (2011), p. 411.
6. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport de l'enquête de 2012 sur la consommation de drogues chez les élèves du Nouveau-Brunswick* (en ligne), Fredericton (N.-B.), le Ministère, 2012, <http://www.gnb.ca/0378/pdf/2013/9230f.pdf>.
7. M. M. Young, E. Saewyc, A. Boak, J. Jahrig, B. Anderson, Y. Doiron, S. Taylor, L. Pica, P. Laprise et H. Clark (Groupe de travail sur les enquêtes sur la consommation de drogues des élèves), *Rapport pancanadien sur la consommation d'alcool et de drogues des élèves : rapport technique* (en ligne), Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011, http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011_CCSA_Student_Alcohol_and_Drug_Use_fr.pdf.

8. Statistique Canada, Tableau 183-0019 *Volume en litres d'alcool absolu des ventes de boissons alcoolisées et par habitant 15 ans et plus, exercices financiers se terminant le 31 mars, annuel (litres) (tableau)*, CANSIM (base de données), 2014, <http://www5.statcan.gc.ca/cansim>.
9. Institut canadien d'information sur la santé, *Le coût des séjours à l'hôpital : D'où viennent les variations* (en ligne), Ottawa (Ont.), ICIS, 2008, https://secure.cihi.ca/free_products/2008hospcosts_report_f.pdf.
10. Colombie-Britannique, Vital Statistics Agency, *Alcohol related deaths by cause* (en ligne), 2014, <https://www.vs.gov.bc.ca/>.
11. Fondation canadienne du foie, *Les maladies du foie au Canada : une crise en devenir* (en ligne), Markham (Ont.), la Fondation, 2013, <http://www.liver.ca/fr>.
12. Société canadienne du cancer, Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013* (en ligne), Toronto (Ont.), Société du cancer, 2013, <http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/canadian-cancer-statistics-2013-FR.pdf>.
13. *Sauve-qui-pense, Le fardeau économique des blessures au Canada* (en ligne), Toronto (Ont.), Sauve-qui-pense, 2009, <http://www.parachutecanada.org/telechargez/recherche/rapports/EBI2009.pdf>.
14. Collaboration atlantique pour la prévention des blessures, *Alcool et blessures au Canada atlantique* (en ligne), 2010, <http://www.acip.ca/Document-Library/Alcohol%20And%20Injury/capb%20Alcool%20&%20blessures%20au%20Canada%20atlantique.pdf>.
15. Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Alcohol Crash Problem in Canada 2010* (en ligne), Ottawa (Ont.), Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé, 2013, http://www.tirf.ca/publications/PDF_publications/2010_Alcohol_Crash_Problem_Report_4_FINAL.pdf.
16. Agence de la santé publique du Canada, *Étude des blessures, Édition 2012*, Ottawa (Ont.), Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, 2012.
17. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Culture, du Tourisme et de la Vie saine, *L'impact économique du tourisme en VTT au Nouveau-Brunswick par les titulaires de permis de sentiers de la Fédération des véhicules tout-terrain du Nouveau-Brunswick – 2010-2011* (en ligne), Fredericton (N.-B.), 2012, http://nbatving.com/data/962-fvttnb_rapportimpactEconomiquesurltourismevt2011.pdf.
18. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé et du Mieux-être, *Sondage 2002 auprès des personnes âgées – Prévalence de la consommation d'alcool, des drogues et du jeu chez les adultes âgés de 55 ans et plus au Nouveau-Brunswick* (en ligne), enquêteurs principaux, T. Schellinck, T. Schrans, G. Walsh et J. Grace, Halifax (N.-É.), Focal Research Consultants, 2002, <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/fin/pdf/NBLGC-SLJNB/Sondage2002AupresDesPersonnesAgees.pdf>.
19. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, Données fournies par le programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick, Hôpital régional de Saint John, Saint John (N.-B.), 2014, <http://fr.horizonnb.ca/accueil/établissements-et-services/programmes-provinciaux/programme-de-traumatologie-du-n-b.aspx>.
20. Association canadienne de santé publique, *Un prix trop élevé : Une approche de santé publique aux politiques sur l'alcool au Canada*, Ottawa (Ont.), ACSP, 2011, version française intégrale du rapport non disponible en ligne.
21. J. Rehm, D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, S. Popova, A. Sarnocinska-Hart et B. Taylor, *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, en collaboration avec E. Adlaf, M. Recel et E. Single, Toronto (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006, non disponible en ligne.
22. Chantal Colin, *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : V. L'alcool et ses méfaits* (en ligne), Ottawa (Ont.), Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, 2006, <http://www.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb0620-f.pdf>.
23. Alcool NB, *Rapport annuel 2012-2013* (en ligne), Fredericton (N.-B.), Alcool NB, 2013, <http://www.gnb.ca/legis/business/currentsession/57/57-3/legdoc/fr/october2013/alcoolnb-ra2012-2013.pdf>.
24. T. Stockwell, J. Leng et J. Sturge, *Alcohol pricing and public health in Canada: Issues and Opportunities* (en ligne), Victoria (C.-B.), Centre for Addictions Research British Columbia, Université de Victoria, 2006, <http://www.carbc.ca/Portals/0/propertyagent/558/files/8/alcp pricing.pdf>.
25. M. Asbridge et C. Pauly, *Reducing alcohol related harms and costs in New Brunswick: A provincial summary report*, Halifax (N.-É.), Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, 2013.

26. N. Giesbrecht, A. Wettlaufer, N. April, M. Asbridge, S. Cukier, R. Mann, J. McAllister, A. Murie, L. Plamondon, T. Stockwell, G. Thomas, K. Thompson et K. Vallance, *Stratégies pour réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Canada : Une comparaison des politiques provinciales* (en ligne), Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013, http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/Strat%C3%A9gies%20pour%20R%C3%A9duire%20les%20M%C3%A9faits%20et%20les%20Co%C3%BBts%20Li%C3%A9s%20%C3%A0%20l%E2%80%99Alcool%202013.pdf.
27. A. Brown, S. Cukier, E. Findley, K. Finnigan, P. Helwig, A. Hudson, T. Leader, H. Macleod, M. MacNeil, S. Melanson, B. Miles et T. Payette, *Changing the Culture of Alcohol Use in Nova Scotia: An Alcohol Strategy to Prevent and Reduce the Burden of Alcohol-Related Harm in Nova Scotia* (en ligne), Halifax (N.-É.), Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse, Services de prévention et de traitement des dépendances, 2007, <http://www.novascotia.ca/dhw/addictions/documents/Changing-the-Culture-of-Alcohol-Use-in-Nova-Scotia-Strategy.pdf>.