Substances Psychoactives

RAPPORT DE SONDAGE

La consommation de cannabis et d'alcool chez les personnes de 50 ans et plus au Québec : habitudes, connaissances et perceptions

Novembre 2025

ASPQ
ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Autrice

Frédérique Maire, analyste-recherchiste en substances psychoactives à l'ASPQ

Contribution

Alexane Langevin, chargée de projet en substances psychoactives à l'ASPQ

Anne-Marie Morel, directrice de projets à l'ASPQ

Laurence Ruel, chargée de projet en substances psychoactives à l'ASPQ

Maude Dubois Mercier, chargée de projet en périnatalité à l'ASPQ

Natacha Papieau, analyste-recherchiste en santé et climat à l'ASPQ

Virginie Lacoste, agente de planification, de programmation et de recherche et répondante régionale substances psychoactives, Direction de santé publique de la Montérégie

Emilie Rousseau-Tremblay, agente de planification, de programmation et de recherche et répondante régionale vieillissement en santé, Direction de santé publique de la Montérégie

Christophe Huỳnh, chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Vincent Wagner, chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Remerciements

La réalisation de cette publication n'aurait pas été possible sans la contribution financière de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale et de la Direction de santé publique de la Montérégie. Les propos de ce rapport n'engagent pas leur responsabilité.

Mentions légales

Les reproductions à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation à des fins commerciales doit faire l'objet d'une autorisation écrite de l'Association pour la santé publique du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible sur le site web de l'Association pour la santé publique du Québec : **www.aspq.org**.

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

L'ASPQ est une association autonome regroupant citoyennes, citoyens et partenaires pour faire de la santé durable une priorité. La santé durable s'appuie sur une vision à long terme qui, tout en fournissant des soins à toutes et à tous, s'assure aussi de garder la population québécoise en santé par la prévention. Notre organisation conseille, enquête, sensibilise, mobilise des acteurs et émet des recommandations basées sur les données probantes, des consensus d'expert·es, l'expérience internationale et l'acceptabilité sociale.

ASPQ
ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

5455 avenue de Gaspé, bureau 200
Montréal (Québec) H2T 3B3
info@aspq.org | aspq.org

Table des matières

Synthèse et faits saillants 3

Introduction 4

Présentation du projet 4

Méthodologie 5

Principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon 5

Limites 8

Résultats du sondage 9

Précisions méthodologiques 9

Habitudes de consommation 10

Consommation au cours des 12 derniers mois 10

Fréquence 11

Quantité 12

Teneur 12

Produits et méthodes de consommation 13

Sources d'approvisionnement 15

Lieux de consommation 17

Pratiques de réduction des risques et comportements risqués 19

Pratiques de réduction des risques 19

Comportements à risque 22

Motifs de consommation 24

Croyances et connaissances 27

Stigmatisation et pression sociale 31

Sources d'information et de soutien 34

Types de questionnements 34

Les sources d'information consultées 35

Conversations sur la consommation initiées par les ressources 38

Conclusion 41

Références 42

Annexe 1 46

Caractéristiques sociodémographiques supplémentaires de l'échantillon 46

Annexe 2 48

Pratiques de réduction des risques : détails et données complètes 48

Comportements à risque : détails et données complètes 50

Annexe 3 52

Motifs de consommation non liés à des conditions de santé physique 52

Motifs de consommation liés à des conditions de santé physique 54

Synthèse et faits saillants

Afin de faciliter la lecture, le présent rapport propose, à la fin de chaque sous-section ou grande section thématique, des encadrés qui résument les principales données. Ces encadrés permettent de dégager les constats essentiels propres à chacun des thèmes abordés, qu'il s'agisse des habitudes et contextes de consommation, des pratiques de réduction des risques et comportements risqués, des motivations, des effets perçus, des croyances et connaissances, de la stigmatisation ou encore des sources d'information et de soutien.

Un document de synthèse de quelques pages qui présente les constats clés du sondage et les données les plus marquantes a été élaboré. Ce document vise à offrir une lecture plus concise et vulgarisée des résultats, pensé pour les personnes, les professionnelles et professionnels, ainsi que les organisations qui souhaitent saisir rapidement les faits saillants.

Cliquez ici pour consulter le document synthèse
« Consommation de cannabis et d'alcool chez les 50 ans et plus : faits saillants du sondage »

Introduction

Présentation du projet

Le projet « Cannabis et alcool : soutenir des choix éclairés chez les personnes aînées » vise à explorer les réalités liées à la consommation de ces substances chez les personnes de 50 ans et plus. Il s'intéresse aux effets du vieillissement et des transitions de vie sur les comportements, les perceptions et les enjeux associés au cannabis et à l'alcool. Les résultats du projet permettront de mieux soutenir les réflexions de celles et ceux qui en consomment ou envisagent de le faire. Des outils issus de ce projet s'adresseront aussi aux personnes à l'aube de cette période de la vie, marquée par des transitions importantes, telles que le passage à la retraite, ainsi qu'à celles œuvrant auprès de cette population, notamment les personnes proches aidantes et le personnel professionnel du milieu de la santé et des services sociaux.

Pour concevoir des outils pertinents, ancrés dans la réalité des personnes aînées québécoises qui consomment du cannabis ou de l'alcool, le projet intègre deux types d'activités de consultations : des sondages et des groupes de discussion.

Personnes aînées

Les définitions et critères pour délimiter cette période de la vie varient considérablement [1]. Les études gériatriques, par exemple, situent le début de la vieillesse à des âges différents : 50, 55, 65 ou encore 70 ans. Cette absence de consensus témoigne de l'hétérogénéité de cette population, qui regroupe des personnes aux parcours variés, tant sur le plan de la consommation que du vieillissement, de la précarité ou de la santé. En l'absence de consensus, un seuil d'âge de 50 ans et plus a été retenu pour ce sondage afin de comparer les comportements et expériences de consommation de cannabis et d'alcool selon les étapes du parcours de vie. Cette approche permet une lecture nuancée des effets de l'âge et des événements marquants qui jalonnent le vieillissement.

Un premier sondage, mené par la firme Léger, était destiné à la population ciblée par le projet, soit les personnes âgées de 50 ans et plus qui consomment du cannabis ou de l'alcool.

Les thématiques couvertes incluent :

- les habitudes et contextes de consommation,
- les pratiques de réduction des risques et comportements risqués,
- les motifs de consommation,
- les croyances et les connaissances,
- la stigmatisation et la pression sociale, et
- les sources d'information et de soutien.

Les résultats du sondage sont présentés dans ce rapport.

Un second sondage a été mené auprès d'organisations, de personnel professionnel et de personnes proches aidantes travaillant auprès de la population aînée. Ce sondage maison avait pour objectif de recueillir leur point de vue sur les besoins prioritaires en matière de prévention et de réduction des méfaits liés à la consommation de substances psychoactives chez les personnes aînées, notamment le cannabis et l'alcool.

En outre, afin d'approfondir les données issues du premier sondage, cinq groupes de discussion ont été réalisés auprès de personnes autonomes ou semi-autonomes âgées de 50 ans et plus. L'un de ces groupes s'est tenu en virtuel et quatre en présentiel, dans différentes régions du Québec.

Les résultats issus du sondage maison et des groupes de discussion sont présentés dans deux documents distincts[1].

1 Liens vers le rapport présentant les résultats du sondage auprès des organisations et vers le bilan des groupes de discussion.

Méthodologie

L'élaboration du sondage est le fruit d'une collaboration entre l'ASPQ, la firme Léger et le comité de projet. Ce comité est composé des Directions de la santé publique de la Capitale-Nationale et de la Montérégie ainsi que de l'Institut universitaire sur les dépendances. Le sondage a été diffusé sur une plateforme en ligne du 13 au 27 novembre 2024.

654 Québécoises et Québécois âgés de 50 ans et plus, pouvant s'exprimer en français ou en anglais et ayant consommé du cannabis et/ou de l'alcool au cours des 12 mois, ont complété le sondage. Parmi eux, 629 ont déclaré avoir consommé de l'alcool et 250, du cannabis au cours de cette période. Ces groupes ne sont pas mutuellement exclusifs : 225 personnes ont consommé les deux substances.

L'échantillon a été tiré du panel LEO, un panel en ligne constitué de personnes utilisatrices du Web profilées selon diverses caractéristiques sociodémographiques[2]. Les recherches quantitatives ont été menées par le biais d'enquêtes en ligne en utilisant la technologie Computer Aided Web Interviewing (CAWI). Les logiciels de statistiques IBM SPSS version 30.0 et Q Professional version 5.17.7.0 ont été utilisés pour le traitement des analyses statistiques et de la base de données.

Afin de refléter la population québécoise, les résultats ont été pondérés en fonction d'une variable combinant le sexe à la naissance et le genre déclaré[3], ainsi que l'âge, la région et le type de consommation. Les résultats présentés correspondent donc aux données pondérées, à moins d'indication contraire.

Les informations permettant d'identifier les personnes participantes ont été supprimées des données utilisées pour les analyses, conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, c. P-39.1) [7].

Les comparaisons selon l'âge, le sexe, le statut d'occupation et le revenu au sein des personnes qui consomment du cannabis, et au sein des personnes qui consomment de l'alcool, reposent sur des analyses descriptives, comprenant des analyses univariées et bivariées, accompagnées de tests de significativité simples réalisés par la firme Léger (niveau de confiance de 95 %) pour identifier les différences statistiquement significatives. Aucune analyse multivariée n'a été effectuée. Dans le présent rapport, seules les différences statistiquement significatives jugées pertinentes au regard des objectifs du projet ont été présentées.

Par ailleurs, les comparaisons entre les personnes répondantes qui consomment du cannabis et les personnes répondantes qui consomment de l'alcool sont présentées à titre indicatif, sans que des tests de significativité aient été appliqués entre ces deux groupes.

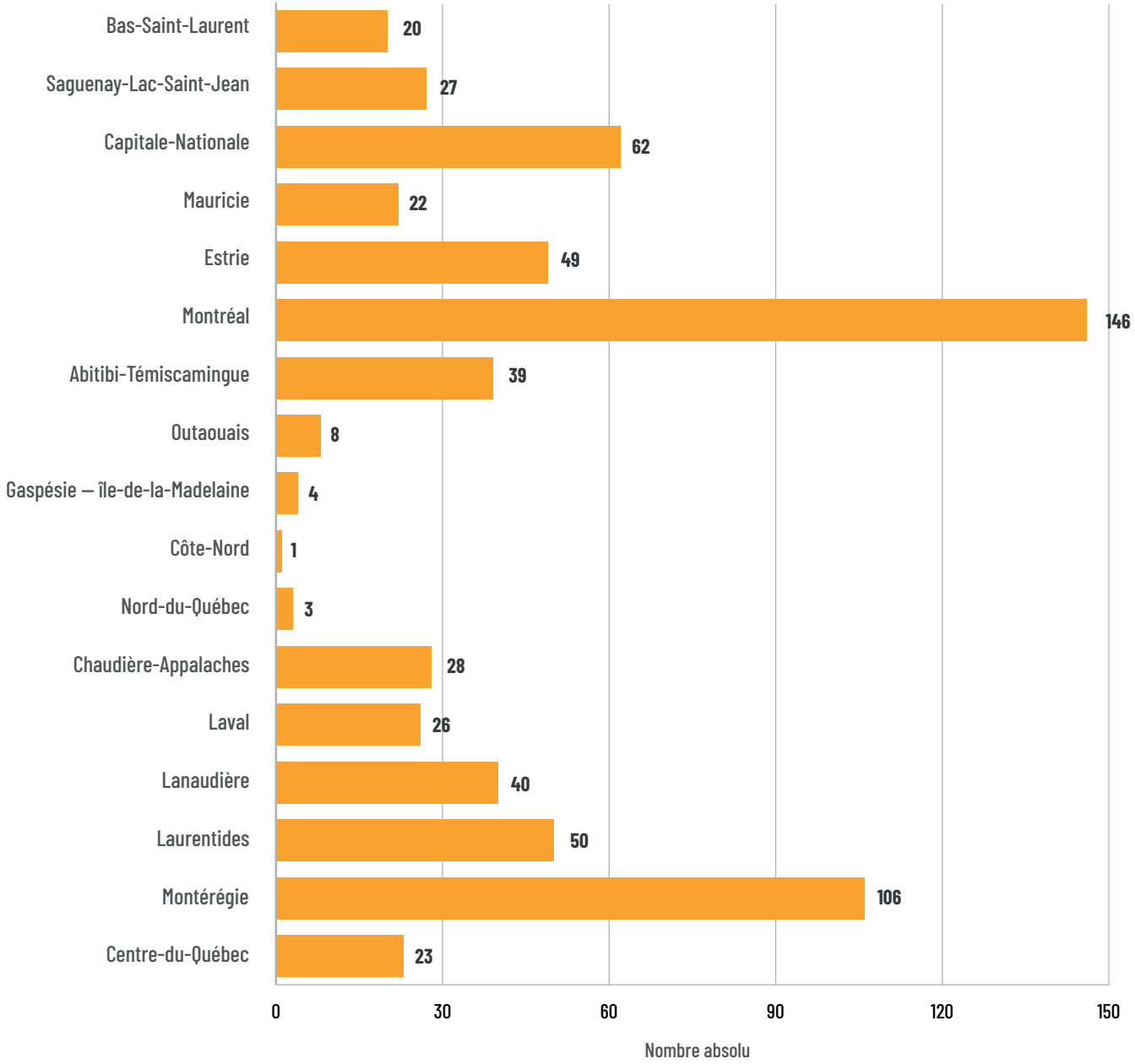
Principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Les graphiques suivants illustrent la répartition de l'échantillon selon la région, l'âge, le genre et le type de substances consommées. Des données supplémentaires, telles que la répartition selon le revenu annuel, la langue maternelle, le lieu de résidence et le statut d'occupation, sont présentées en Annexe 1. Les caractéristiques sociodémographiques sont présentées en nombre absolu (n) plutôt qu'en pourcentage afin de refléter la taille réelle des sous-groupes. Les résultats du sondage sont, quant à eux, présentés en pourcentages pondérés afin de refléter la population québécoise.

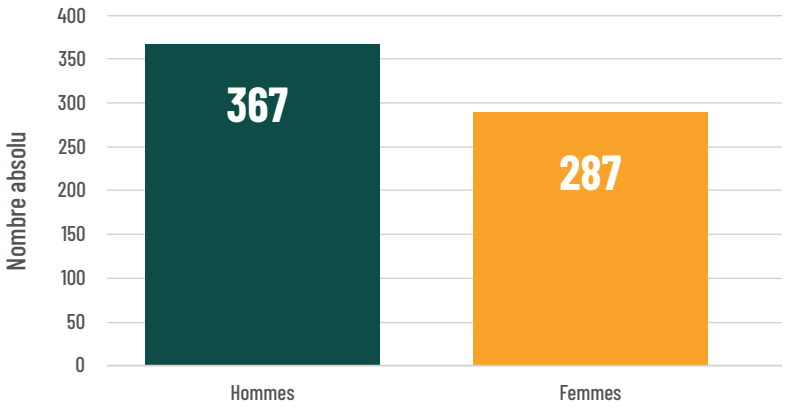
2 Léger Opinion (panel LEO) est un panel en ligne géré par la firme Léger. Ses membres sont principalement recrutés par le biais de canaux numériques et téléphoniques, et participent volontairement à des sondages en échange de points échangeables contre des récompenses. Tous les membres suivent un processus de double consentement (*double opt-in*) et sont soumis à des contrôles pour prévenir les doublons et les fraudes. Il s'agit d'un échantillon de convenance non probabiliste [2–4].

3 Dans ce rapport, le terme « genre », ainsi que les termes « hommes » et « femmes » qui y sont associés, renvoient à une variable combinée construite à partir du sexe à la naissance et du genre déclaré. En cas de divergence entre les deux, c'est le sexe à la naissance qui a été retenu, ce qui signifie que la classification ne reflète pas toujours l'identité de genre telle que déclarée par les personnes répondantes. Dans une perspective plus large, le terme « genre » se définit par l'ensemble des rôles, comportements, expressions et identités construits socialement [5], tandis que l'identité de genre renvoie à la perception qu'une personne a de son propre genre [6]. Cette identité peut différer du sexe assigné à la naissance (aussi appelé sexe biologique), c'est-à-dire l'ensemble des attributs biologiques, notamment les caractéristiques physiques, les hormones et l'anatomie [5].

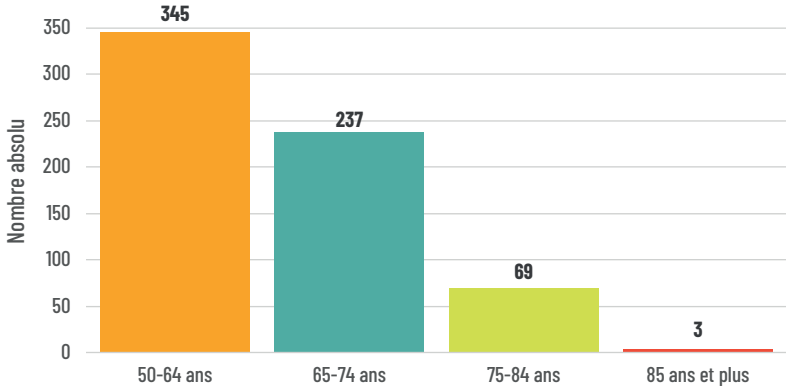
Graphique 1 : Répartion des personnes répondantes par région (n absolu)



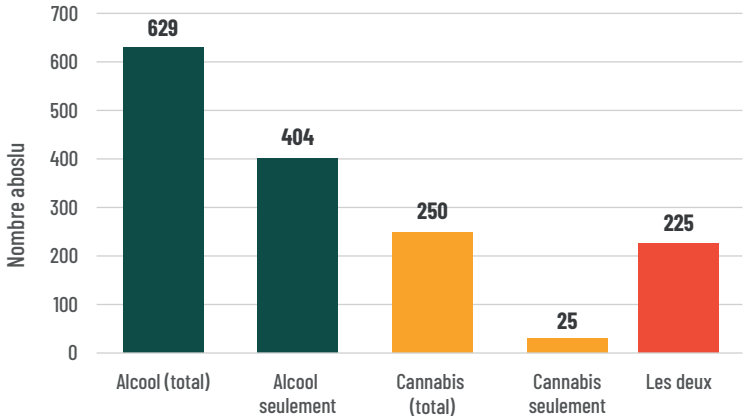
Graphique 3 : Répartition des personnes répondantes selon le genre (n absolu) [5]



Graphique 2 : Répartition des personnes répondantes selon le groupe d'âge (n absolu) [4]



Graphique 4 : Répartition des personnes répondantes selon le type de substance consommée (n absolu) [6]



4 Le groupe des 85 ans et plus ne comprend que 3 personnes répondantes. Ce chiffre est inclus ici pour décrire l'échantillon, mais ce groupe est trop petit pour permettre des analyses comparatives fiables.

5 Le terme « genre » correspond à la classification combinant le sexe à la naissance et le genre déclaré, telle que définie dans la méthodologie du rapport.

6 Les catégories « Total » regroupent toutes les personnes consommant la substance indiquée, incluant celles qui consomment également l'autre substance (alcool ou cannabis). Les catégories « Seulement » incluent uniquement les personnes consommant la substance indiquée sans consommer l'autre.

Limites

Le sondage a été mené à l'aide d'un panel de la firme Léger. Comme il s'agit d'un panel non probabiliste, il comporte une marge d'erreur. L'échantillon est composé uniquement de personnes âgées de 50 ans et plus consommant du cannabis ou de l'alcool, conformément aux objectifs du sondage. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés aux personnes plus jeunes ni à celles qui ne consomment pas ces substances. La diversité régionale y est également partiellement représentée, certaines régions étant sous-représentées. Enfin, avec un total 654 personnes répondantes, les expériences, motivations et perceptions recueillies ne sont pas exhaustives.

Dans cet échantillon, les personnes âgées de 75 ans et plus consommant du cannabis et/ou de l'alcool sont sous-représentées : les 75-84 ans représentent 11 % de l'échantillon alors qu'ils constituent 28,6 % de la population québécoise des 50 ans et plus [8]. Bien que l'échantillon comprenne uniquement des personnes consommatrices de cannabis et/ou d'alcool, alors que le pourcentage de la population générale inclut l'ensemble des personnes de cet âge, qu'elles consomment ou non, cette comparaison suggère tout de même une sous-représentation de ce groupe dans l'échantillon. Les résultats pour ce groupe d'âge doivent donc être interprétés avec prudence. Quant aux personnes de 85 ans et plus, seules trois personnes qui consomment du cannabis ou de l'alcool ont répondu au sondage. En raison de ce nombre insuffisant, leurs réponses ont été conservées dans l'échantillon global (n = 654), mais ne sont pas prises en compte dans les analyses par groupe d'âge. Le recours à une méthode de collecte en ligne, combiné à une moindre prévalence de consommation de substances [9][7] et à un poids démographique réduit [8], peut d'ailleurs expliquer cette faible représentation des personnes âgées de 85 ans et plus.

En effet, la passation d'un sondage en ligne constitue en soi une limite importante, particulièrement chez les personnes plus âgées [10]. Le manque d'accès à Internet, l'absence d'un appareil approprié et un niveau de littératie numérique plus faible peuvent freiner la participation [11]. Certaines personnes répondantes peuvent donc avoir sollicité de l'aide pour remplir le questionnaire. Ce besoin de soutien, en plus de représenter un frein potentiel à la participation, peut aussi soulever des enjeux de confidentialité et d'influence sur les réponses.

Ces éléments peuvent introduire un biais de sélection, en excluant certaines personnes, et ainsi influencer le profil sociodémographique des personnes répondantes. Il peut en résulter une surreprésentation de certaines caractéristiques, telles qu'un niveau d'éducation, un statut socioéconomique ou une autonomie plus élevée. En outre, un panel non probabiliste peut aussi entraîner des biais de représentation. Comme peu d'informations détaillées sont disponibles sur le profil des membres du panel, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure celui-ci reflète la diversité de la population ciblée.

Par ailleurs, peu de personnes répondantes résident en milieux de vie collectifs[8], ce qui limite la portée des résultats pour ces contextes. La consommation de cannabis ou d'alcool y étant parfois restreinte, voire interdite, le critère d'inclusion basé sur la consommation d'une ou des deux substances peut avoir freiné la participation de ce sous-groupe, contribuant ainsi à leur sous-représentation. En outre, le statut de proche aidant n'était pas proposé parmi les choix concernant l'occupation, et aucune question n'abordait la cohabitation — vivre seul ou avec d'autres personnes —, un facteur souvent lié à la solitude [12]. Ces éléments sont susceptibles d'influencer les habitudes de consommation de substances psychoactives [13–15].

Le niveau de littératie des personnes participantes a également pu affecter la compréhension de certains énoncés, particulièrement ceux formulés à la négative. Certains énoncés servant à évaluer les connaissances sont, en outre, formulés de manière volontairement erronée. Or, qu'une personne répondante soit en désaccord avec un énoncé incorrect ne permet pas de conclure qu'elle connaît la bonne réponse, mais seulement qu'elle ne souscrit pas à la formulation qui lui est proposée. L'énoncé « La prise de médicaments prescrits ou d'autres substances n'interagit pas avec les effets de l'alcool » illustre à la fois une formulation négative et une affirmation volontairement erronée. Ces éléments ont pu influencer les résultats.

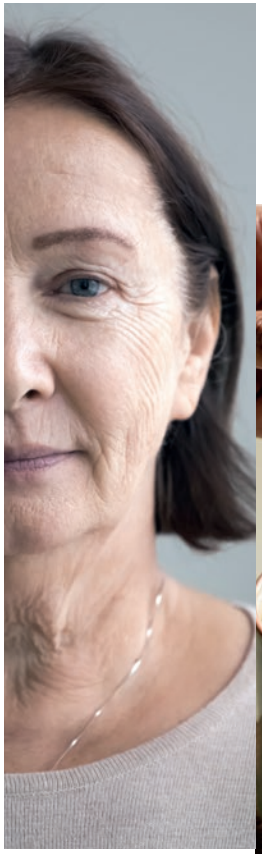
Enfin, en raison de la sensibilité du sujet, un biais de désirabilité sociale a pu orienter des choix de réponses dans le but de correspondre à ce qui est perçu comme socialement acceptable. Bien que l'anonymat ait contribué à atténuer ce biais, il demeure une limite importante à considérer dans l'analyse des données.

---

7 La source concernant la moindre prévalence de consommation de substances repose sur les données disponibles concernant l'alcool. Aucune source équivalente n'a été trouvée pour la consommation de cannabis chez les 85 ans et plus au Québec.

8 Dans le cadre de ce rapport, l'expression « milieux de vie collectifs » regroupe plusieurs catégories de réponse proposées aux personnes répondantes dans le sondage, soit : les résidences pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (milieux de vie attitrés par le réseau de la santé et des services sociaux), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou les maisons des aînés.

Résultats du sondage



Précisions méthodologiques

Les résultats liés au groupe des 75-84 ans doivent être interprétés avec prudence en raison de leur faible proportion dans l'échantillon, ce qui entraîne une marge d'erreur plus élevée. Quant aux personnes âgées de 85 ans et plus, leur nombre est trop limité pour permettre des estimations fiables ; aucune donnée propre à ce groupe d'âge n'est donc présentée. Leurs réponses sont tout de même incluses dans les résultats globaux.

À compter de la présente section, tous les résultats du sondage sont présentés en pourcentages pondérés afin de refléter au mieux la répartition de la population québécoise selon le sexe à la naissance et le genre déclaré, l'âge, la région et le type de substance consommée (cannabis ou alcool). Cette pondération permet de compenser les écarts éventuels entre l'échantillon et la population cible et d'améliorer la représentativité des estimations.

Les comparaisons sociodémographiques (âge, sexe, statut d'occupation, revenu) au sein de chaque groupe (personnes qui consomment de l'alcool et personnes qui consomment du cannabis) ont fait l'objet de tests de significativité. Seules les différences sociodémographiques statistiquement significatives sont présentées.

Les comparaisons entre les personnes qui consomment de l'alcool et celles qui consomment du cannabis sont présentées à titre indicatif, sans tests de significativité effectués.

Habitudes de consommation

Les habitudes de consommation de cannabis et d'alcool varient largement d'une personne à l'autre et peuvent être façonnées par une combinaison de facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Ceux-ci regroupent, entre autres, les préférences personnelles, l'accessibilité ainsi que les contextes et lieux de consommation [16,17]. Par ailleurs, la fréquence, la méthode, le produit consommé et la quantité, combinés au processus de vieillissement, influencent de manière significative les effets de ces substances – qu'ils soient bénéfiques ou indésirables – sur la santé et le bien-être des individus [18–20].

Consommation au cours des 12 derniers mois

Alcool

La quasi-totalité (99 %) des personnes répondantes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Cette prévalence est constante dans l'ensemble des tranches d'âge de l'échantillon.

Cannabis

Parmi les personnes répondantes, 13 % ont rapporté avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Cette consommation est plus répandue chez les hommes (17 %) que chez les femmes (8 %).

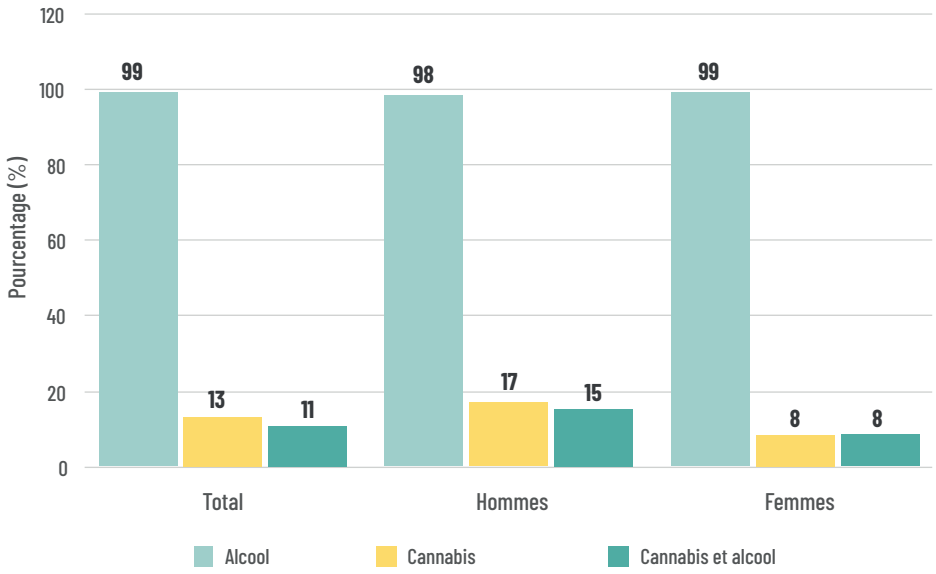
Les 50-64 ans constituent le groupe d'âge qui compte la plus grande proportion de personnes ayant rapporté consommer du cannabis (16 %), comparativement à 9 % chez les 65-74 ans et 11 % chez les 75-84 ans. Cette légère hausse chez les 75-84 ans pourrait s'expliquer par les spécificités méthodologiques du sondage, notamment la taille et la composition de l'échantillon (*voir section Limites*).

Cannabis et alcool

Un peu plus d'une personne répondante sur dix (11 %) a déclaré avoir consommé du cannabis et de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Les hommes (15%) sont près de deux fois plus nombreux que les femmes (8%) à avoir consommé ces deux substances pendant cette période.

La consommation de ces deux substances est également plus répandue chez les 50-64 ans, avec 14 %, contre 8 % chez les 65-74 ans et 10 % chez les 75-84 ans.

Graphique 5 : Consommation d'alcool et de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les personnes âgées de 50 ans et plus (% pondéré)



Une consommation d'alcool généralisée, un usage de cannabis plus ciblé

La consommation d'alcool est plus largement répandue dans l'échantillon que celle de cannabis, et ce, peu importe le groupe d'âge ou le genre, ce qui témoigne de la place bien établie de l'alcool dans les normes et habitudes sociales [21,22]. La consommation de cannabis est moins fréquente et davantage concentrée chez les personnes de 50 à 64 ans – les plus jeunes de l'échantillon – ainsi que chez les hommes.

Fréquence

Alcool

Les fréquences de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois varient considérablement parmi l'échantillon (*voir Graphique 6*). Les plus courantes chez les personnes âgées de 50 ans et plus qui en consomment sont : 2 à 3 jours par mois (19 %), 1 à 2 jours par semaine (27 %) et 3 à 4 jours par semaine (16 %).

La consommation quotidienne, soit tous les jours, est rapportée par 10 % des personnes répondantes. Cette fréquence est près de deux fois plus élevée chez les personnes retraitées (11 %) que chez celles en emploi (6 %).

La retraite, en modifiant les routines quotidiennes, pourrait influencer cette fréquence de consommation [23].

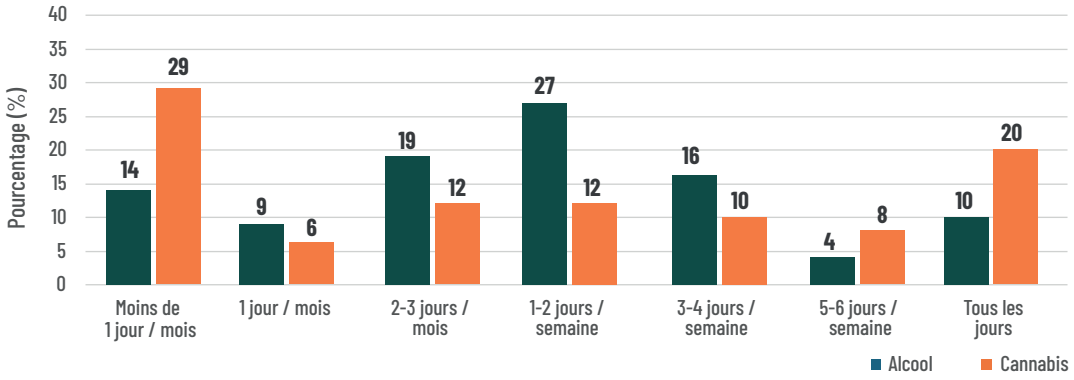
Cannabis

Comme pour l'alcool, les fréquences de consommation de cannabis sont diversifiées parmi les personnes âgées de 50 ans et plus qui en consomment (*voir Graphique 6*). Les plus courantes sont moins d'un jour par mois (29 %), tous les jours (20 %), 2 à 3 jours par mois (12 %) et 1 à 2 jours par semaine (12 %).

Alors que 10 % des personnes qui consomment de l'alcool le font tous les jours, cette proportion double pour le cannabis, atteignant 20 %. Cette fréquence est particulièrement élevée chez les personnes ayant un revenu annuel inférieur à 40 000 $ (32 %), soit la catégorie de revenu le plus faible dans ce sondage. À l'opposé, la fréquence la plus faible se retrouve chez les personnes ayant un revenu de 125 000 $ et plus (7 %), la catégorie de revenu la plus élevée. Pour les personnes dont le revenu annuel se situe entre ces deux seuils, cette proportion est de 22 % ou moins.

Il serait intéressant d'explorer la variation de l'acceptation sociale de l'usage de cannabis selon la situation sociale et économique d'une personne. Il serait également éclairant de croiser cette acceptation avec d'autres variables, comme le prix de la substance, afin d'en observer l'effet sur les habitudes de consommation.

Graphique 6 : Fréquences de consommation parmi les personnes âgées de 50 ans et plus qui ont déclaré avoir fait usage d'alcool ou de cannabis au cours des 12 derniers mois (% pondéré) [9]



Un usage quotidien du cannabis plus marqué

La consommation d'alcool est plus importante pour la majorité des rythmes de consommation. En revanche, la consommation quotidienne est davantage liée au cannabis, étant deux fois plus fréquente chez les personnes qui en consomment que chez celles qui boivent de l'alcool. C'est particulièrement le cas chez celles ayant un revenu plus bas. Pour l'alcool, la consommation quotidienne se retrouve surtout chez les personnes à la retraite, comparativement à celles ayant un emploi.

9 Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

Quantité

Alcool

En plus de la fréquence, les personnes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année ont été interrogées sur la quantité consommée chaque jour durant la semaine précédant le sondage. Les réponses recueillies sont calculées à partir de la mesure d'un verre standard telle que définie dans le questionnaire[10]. En moyenne, les personnes âgées de 50 ans et plus consomment 1,59 verre par jour, ce qui représente un total hebdomadaire moyen de 11,1 verres.

Cannabis

Étant donné l'absence d'une dose ou d'une unité de mesure standardisée pour quantifier la consommation de cannabis [25,26], d'autres aspects ont été sondés, notamment les types de cannabinoïdes (THC, CBD ou les deux) et produits consommés ainsi que les méthodes de consommation.

Teneur

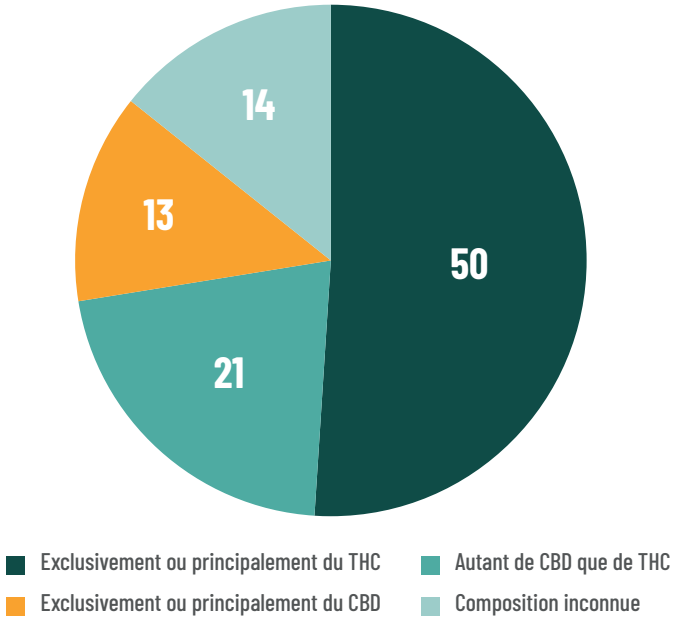
Cannabis

Parmi les personnes âgées de 50 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année, la moitié (50 %) privilégie des produits contenant principalement ou exclusivement du THC. Cette préférence est plus marquée chez les hommes (57 %) que chez les femmes (37 %). La consommation de produits contenant principalement ou exclusivement du CBD est, quant à elle, nettement moins répandue (13 %) et est davantage rapportée par les femmes (20 %) que par les hommes (10 %).

Un peu plus d'une personne sur cinq (21 %) déclare utiliser des produits combinant du THC et du CBD en proportions égales. Cette option est moins populaire chez les 75-84 ans (4 %) que chez les 50-64 ans (22 %) et les 65-74 ans (25 %). Cette différence pourrait refléter une méconnaissance des produits à teneur combinée, dont la commercialisation explicite est devenue plus importante avec le marché régulé [27–29], ou encore une préférence pour des composants spécifiques selon les effets recherchés.

Enfin, 13 % des personnes répondantes qui consomment du cannabis ne connaissent pas la composition exacte des produits qu'elles utilisent. Cette méconnaissance est plus de deux fois plus fréquente chez les femmes (22 %, contre 10 % des hommes). Ce résultat pourrait refléter, entre autres, des habitudes de consommation influencées par le genre. Dans le présent échantillon, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer s'approvisionner auprès de proches ou membres de la famille (19 %, contre 13 %), bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative. Le recours plus fréquent des femmes à des sources indirectes d'approvisionnement, également constaté dans des enquêtes provinciales [30,31], pourrait limiter leur connaissance du produit consommé ainsi que sa composition. Par ailleurs, l'achat de cannabis sur le marché non régulé pourrait aussi contribuer à cette méconnaissance de la composition des produits consommés [32].

Graphique 7 : Types de cannabis consommés chez les personnes âgées de 50 ans et plus (% pondéré) [11]



10 Au Canada, une consommation ou un verre standard équivaut à [24] :
- Une bouteille de bière (12 oz, 341 ml, 5 % d'alcool) * une pinte équivaut à un verre et demi (16 oz ou 475 ml)
- Une bouteille de cidre (12 oz, 341 ml ou 5 % d'alcool)
- Un verre de vin (5 oz, 142 ml, 12 % d'alcool)
- Un verre de spiritueux ou « cocktail » (1.5 oz, 43 ml, 40 % d'alcool)
- Un prêt-à-boire (cocktail prémixé ou « cooler ») (240 ml, 7 % d'alcool ou 355 ml, 5 % d'alcool)

Produits et méthodes de consommation

Cannabis

Parmi les personnes âgées de 50 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, les produits les plus fréquemment consommés sont les fleurs et feuilles séchées (38 %), souvent utilisées pour rouler soi-même des joints, mais aussi consommées par d'autres modes, tels que la pipe ou le vaporisateur. Elles sont suivies des extraits destinés à l'ingestion (18 %)[12] et des joints préroulés (17 %). Ces derniers sont prêts à la consommation immédiate, sans préparation. Les fleurs et feuilles séchées ainsi que les joints préroulés sont généralement fumés, ce qui correspond à la méthode de consommation la plus courante dans l'échantillon (63 %).

Le revenu et le statut d'occupation semblent jouer un rôle dans le choix des produits de cannabis. Les personnes au revenu annuel inférieur à 40 000 $ sont plus nombreuses à consommer des fleurs et feuilles séchées (51 %, contre 40 % ou moins chez celles ayant un revenu plus élevé). Les extraits pour ingestion sont davantage choisis par les personnes dont le revenu atteint 125 000 $ et plus (32 %, contre 17 % ou moins dans les autres groupes) et les personnes retraitées (24 %, contre 11 % chez celles en emploi). De leur côté, les joints préroulés sont davantage utilisés par les personnes en emploi (24 %, contre 13 % chez les retraitées).

Une préférence marquée pour les produits à teneur en THC

Chez les 50 ans et plus, les produits contenant principalement ou exclusivement du THC sont les plus consommés, alors que les produits à base de CBD ou ceux combinant THC-CBD sont moins utilisés. Par ailleurs, un grand nombre de personnes, particulièrement les femmes, ne connaissent pas la teneur exacte des produits de cannabis qu'elles utilisent.

Le recours à la combustion comme méthode de consommation varie aussi selon des caractéristiques sociodémographiques. Il diminue avec l'avancée en âge (68 % chez les 50-64 ans, 55 % chez les 65-74 ans, 49 % chez les 75-84 ans) et avec l'augmentation du revenu (76 % chez les personnes gagnant moins de 40 000 $, contre 50 % chez celles gagnant 125 000 $ et plus). Il diffère également selon le statut d'occupation (56 % chez les personnes retraitées, contre 69 % chez celles en emploi).

Ces écarts pourraient être associés à plusieurs facteurs : une attention accrue portée à la santé respiratoire avec l'âge [33], une moindre popularité du cannabis fumé chez les personnes en moins bonne santé [33], une réduction générale de la consommation avec le vieillissement [34], ou encore à des différences dans l'information reçue ou connue sur la réduction des risques [29]. De plus, des contraintes économiques pourraient jouer un rôle [35], certaines personnes privilégiant des produits plus abordables, comme les fleurs et feuilles séchées.

D'autres produits, tels que le haschich, les extraits liquides, les produits à usage topique, les produits alimentaires et les boissons, sont également consommés, mais en plus faibles proportions (*voir Graphique 8*). Les méthodes de consommation associées à ces produits sont elles aussi moins répandues, comme l'ingestion (par gouttes orales, pilules, capsules, aliments ou boissons), la vaporisation, l'application topique ou encore l'inhalation par tamponnage (*dabbing*)[13] (*voir Graphique 9*). Notons que les produits à usage topique ne sont pas offerts sur le marché récréatif réglementé au Québec [37].

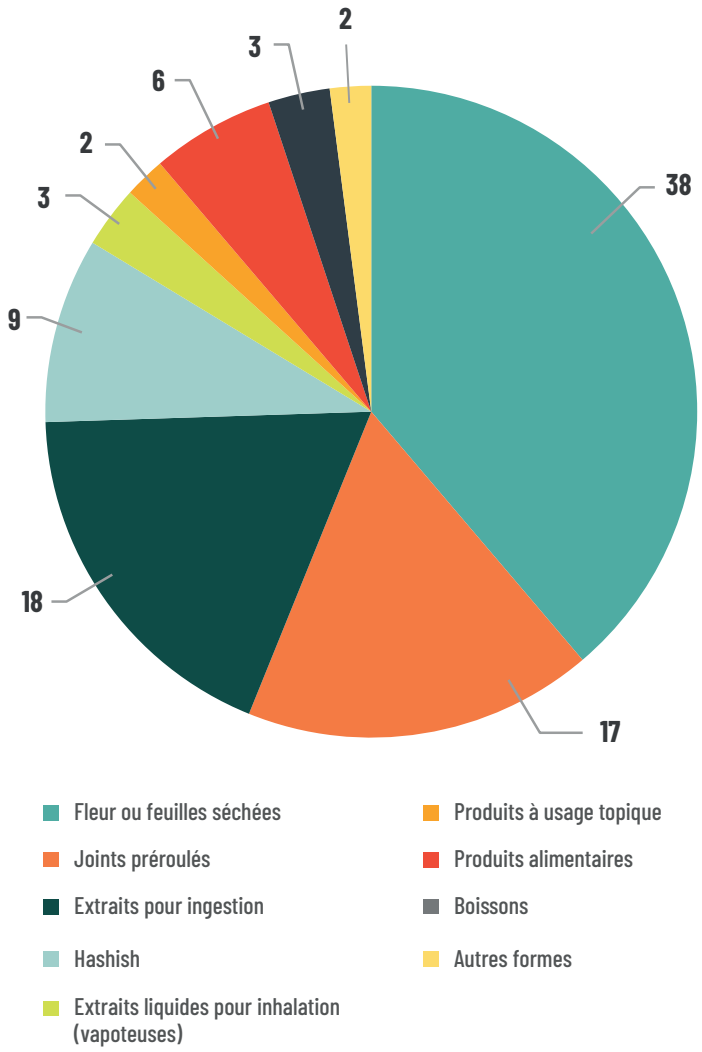
Le vapotage, bien que populaire chez d'autres tranches d'âge, notamment chez les jeunes âgés de 15 à 20 ans [34], n'est rapporté que par 5 % des personnes de 50 ans et plus, et est complètement absent chez les 75-84 ans (0 %). Ce faible recours au vapotage pourrait s'expliquer par une méconnaissance de cette méthode relativement nouvelle [38,39] et parfois complexe, nécessitant notamment l'entretien d'un appareil [39]. S'y ajoute une possible réticence liée à l'incertitude des effets sur la santé [39], ainsi qu'une offre restreinte de produits de ce type dans la province, puisque la Société québécoise du cannabis (SQDC) n'en vend pas actuellement [40].

11 Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

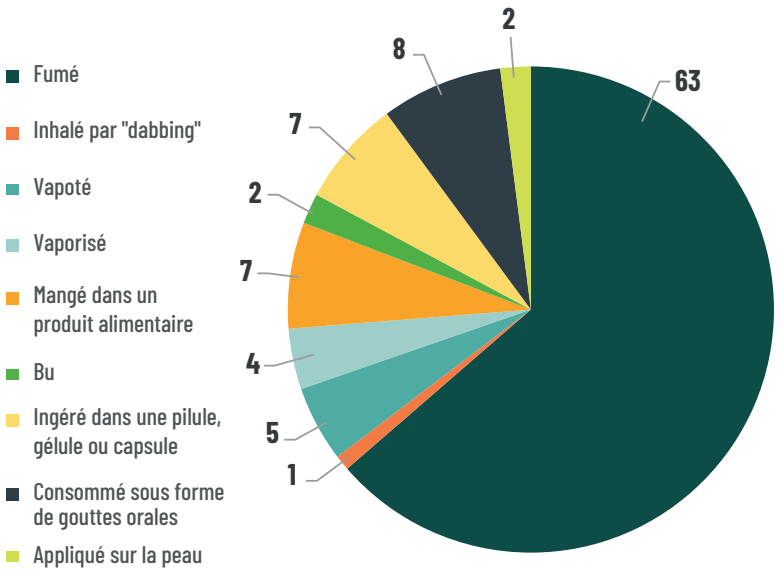
12 Dans le présent sondage, une distinction a été faite entre les extraits pour ingestion, qui comprennent les gélules, les huiles sublinguales (pipettes ou « spray »), les teintures, les timbres oraux et les bandes sublinguales, et les produits alimentaires, qui incluent les aliments comestibles infusés au cannabis, tels que les bonbons.

13 Le tamponnage, appelé « dabbing » en anglais, désigne une méthode de consommation de concentrés de cannabis (tels que la résine, la rosine ou les diamants) par inhalation de vapeur. Cette technique consiste à chauffer un extrait à très haute température pour le vaporiser sans combustion [36].

Graphique 8 : Principal produit de cannabis consommé chez les personnes âgées de 50 ans et plus (% pondéré) [14]



Graphique 9 : Principale méthode de consommation de cannabis utilisée chez les personnes âgées de 50 ans et plus (% pondéré) [15]



Consommation fumée et produits classiques privilégiés

Chez les personnes de 50 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année, les fleurs et feuilles séchées demeurent de loin les produits les plus utilisés, devant les extraits pour ingestion et les joints préroulés. Bien que la combustion soit une méthode de consommation associée à davantage de méfaits pour la santé cardio-respiratoire [41], la consommation par fumée reste la méthode la plus répandue, particulièrement chez les personnes plus jeunes, en emploi ou à revenu plus faible. Cette popularité pourrait refléter une plus grande familiarité avec cette méthode [34], une accessibilité accrue aux produits qui s'y prêtent [42], ou encore une méconnaissance des autres formes de consommation et des produits qui y sont associés [43,44].

14 Chaque personne répondante ne pouvait sélectionner qu'un seul produit, soit celui qu'elle consomme le plus fréquemment. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

15 Chaque personne répondante ne pouvait sélectionner qu'une seule méthode, soit celle qu'elle utilise le plus fréquemment. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

Sources d'approvisionnement

Alcool

Les personnes répondantes ont été sondées sur leurs sources d'approvisionnement. Les succursales de la Société des alcools du Québec (SAQ) constituent la source d'approvisionnement la plus fréquemment mentionnée par les personnes ayant consommé de l'alcool dans la dernière année (82 %). Cette proportion atteint 90 % chez celles dont le revenu annuel est de 125 000 $ et plus, mais reste élevée dans toutes les tranches de revenu (77 % à 81 % pour les revenus allant de moins de 40 000 $ à 124 000 $). Le fort recours aux succursales de la SAQ, et dans une moindre mesure à son site Web (6 %), en fait des lieux stratégiques pour rejoindre cette clientèle dans le cadre d'actions de prévention, à l'instar des initiatives de la SQDC en matière de cannabis.

Afin de refléter les différentes façons dont elles se procurent de l'alcool, les personnes répondantes pouvaient indiquer plusieurs sources d'approvisionnement. Ainsi, près de la moitié (45 %) des personnes répondantes déclarent s'approvisionner dans d'autres commerces que la SAQ (épiceries, dépanneurs, bars, restaurants et producteurs), une pratique plus courante chez les hommes (55 % contre 36 % des femmes). L'approvisionnement plus faible dans ces commerces pourrait refléter divers facteurs, tels que les préférences personnelles, les produits recherchés, les contextes de consommation, la proximité des commerces, la fréquentation de plusieurs sources d'approvisionnement, ainsi que le rôle central de la SAQ dans la distribution d'alcool au Québec [45].

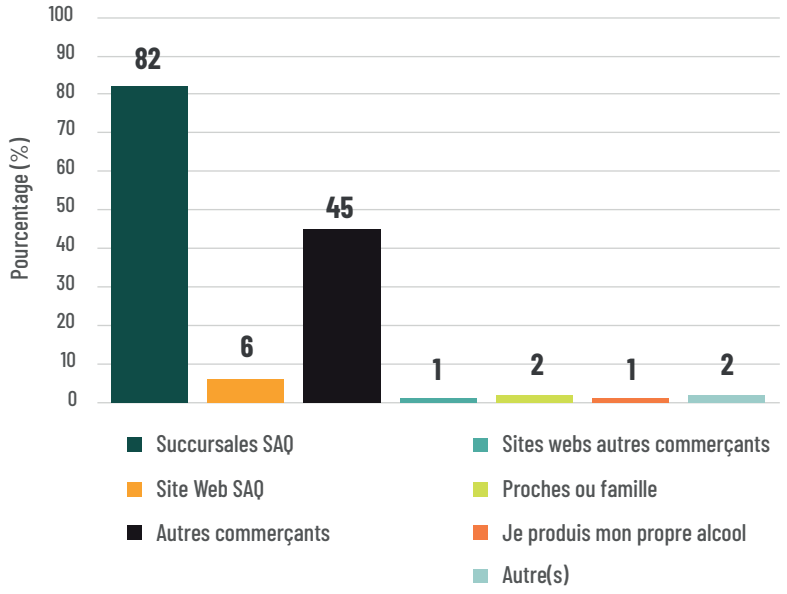
D'autres sources sont également utilisées, mais dans des proportions beaucoup plus faibles (*voir Graphique 10*), tandis qu'aucune personne n'a indiqué que le personnel de leur milieu de vie[16] achetait de l'alcool pour elle.

Cannabis

Les sources d'approvisionnement en cannabis chez les personnes âgées de 50 ans et plus sont plus diversifiées que pour l'alcool. Toutefois, comme pour l'alcool, l'instance gouvernementale, la SQDC, demeure la source la plus fréquemment mentionnée : 46 % s'y approvisionnent en succursale et 25 % par l'intermédiaire du site Web. Cependant, la proportion d'approvisionnement en succursale chute à 23 % chez les 75-84 ans, comparativement à 49 % chez les 50-64 ans et les 65-74 ans. Cet écart observé chez les personnes plus âgées pourrait s'expliquer par une combinaison de facteurs, comme des habitudes d'approvisionnement établies avant la légalisation [46], une crainte de jugement [29,47], ou encore des enjeux d'accessibilité physique, tels que des limitations de mobilité ou de transport. Ces derniers sont susceptibles de toucher les personnes de 50 ans et plus en général, mais d'autant plus celles âgées de 75-84 ans [48–50].

En effet, la popularité plus marquée du site Web de la SQDC (25 %) parmi les personnes consommant du cannabis, comparativement à celle du site de la SAQ chez les personnes qui consomment de l'alcool (6 %), pourrait témoigner d'une préférence pour un mode d'approvisionnement plus discret. Cette recherche de discrétion pourrait s'expliquer par une acceptabilité sociale encore limitée de la consommation de cannabis [51]. Cette dernière reste

Graphique 10 : Sources d'approvisionnement en alcool chez les personnes de 50 ans et plus (% pondéré) [17,18]



16 Ce résultat doit être considéré avec prudence, car la très faible proportion de personnes vivant en milieux collectifs au sein de l'échantillon (environ 1 %, principalement en résidences privées pour aînés — RPA) limite sa représentativité. Aucune personne répondante ne vivait en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en ressource intermédiaire ou en maison des aînés, ce qui empêche d'évaluer d'éventuelles différences selon le type de milieu collectif

17 Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs réponses. La somme des pourcentages peut dépasser 100 %.

18 La catégorie « Autre(s) » regroupe les modes d'approvisionnement en alcool non spécifiquement énumérés parmi les choix proposés dans le questionnaire. Ce choix n'étant pas ouvert, les personnes répondantes ne pouvaient pas préciser leur réponse. Faute de définition précise, cette catégorie inclut donc des modalités diverses.

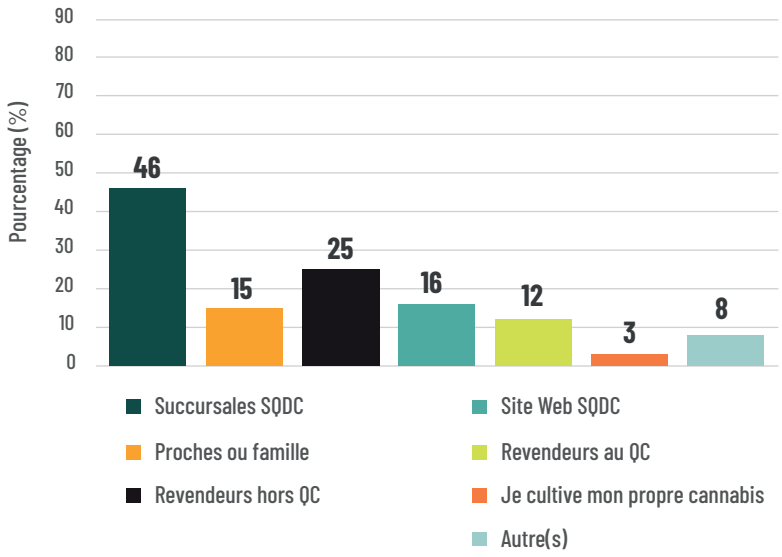
parfois associée à un certain malaise ou à des jugements, qu'ils viennent de l'extérieur ou soient intériorisés, liés autant à l'usage de la substance qu'à l'âgisme [51–53]. Cette préférence pourrait aussi résulter de l'accès facilité qu'offre la plateforme en ligne en proposant notamment la livraison le jour même [54], un service que la SAQ ne propose pas encore [55]. À cela s'ajoutent le nombre plus restreint de succursales de la SQDC [56,57] et de possibles habitudes d'achat en magasin plus enracinées pour l'alcool [57,58].

Bien que l'approvisionnement en succursale soit significativement plus faible chez les 75-84 ans, leur recours au site Web de la SQDC (17 %) n'est pas plus élevé que chez les 50-64 ans (25 %) et les 65-74 ans (28 %), ces différences n'étant pas statistiquement significatives[19]. Le site Web ne semble donc pas compenser cette moindre fréquentation des succursales dans ce groupe.

Les autres sources d'approvisionnement les plus courantes sont : les revendeurs autres que la SQDC se trouvant hors de la province du Québec[20] (16 %), plus souvent citée par les hommes (21 %, contre 6 % chez les femmes), les proches ou les membres de la famille (15 %), ainsi que les revendeurs autres que la SQDC situés au Québec[21] (12 %). La culture personnelle de cannabis, bien qu'interdite au Québec [59], ainsi que le choix de réponse « autres »[22] ont également été sélectionnés, mais dans des proportions beaucoup plus faibles *(voir Graphique 11)*.

Enfin, comme pour l'alcool, aucune personne répondante ne signale obtenir du cannabis par l'intermédiaire du personnel de son milieu d'hébergement[24].

Graphique 11 : Sources d'approvisionnement en cannabis chez les personnes âgées de 50 ans et plus (% pondéré) [24]



De la SAQ à la SQDC : les voies d'approvisionnement en alcool et cannabis

Bien que les sources d'approvisionnement en cannabis soient plus diversifiées que celles pour l'alcool, dans les deux cas, l'approvisionnement provient principalement d'organisations gouvernementales, c'est-à-dire la SAQ et la SQDC.

Aucune personne répondante n'a indiqué que le personnel de son milieu de vie collectif a acheté ces substances pour elle. Ce résultat pourrait refléter les pratiques d'encadrement de la consommation de substances psychoactives dans ces milieux [60,61], qui peuvent notamment influencer la capacité ou la volonté du personnel à effectuer ce type de commission, ou encore le faible nombre de personnes vivant en milieu collectif au sein de l'échantillon. D'autant plus que les rares personnes répondantes vivant en milieu collectif résident uniquement en RPA, ce qui ne permet pas d'observer d'éventuelles différences selon le type de milieu. Ce résultat pourrait aussi découler d'une réticence des personnes résidentes à formuler une telle demande, possiblement par crainte qu'elle dépasse le cadre des soins, par peur d'être jugées, ou par désir de discrétion sur leur consommation [51,60,61].

19 Les différences entre groupes d'âge ont été testées à l'aide de tests de significativité (niveau de confiance de 95 %), et aucune différence n'a été jugée statistiquement significative pour le recours au site Web de la SQDC ($p \geq 0,05$).

20 Cette catégorie comprend à la fois des sources légales (boutiques dans d'autres provinces) et non légales (marché non régulé ou « illicite ») », sans que ces deux types de sources aient été distingués dans le questionnaire. La formulation de ce choix de réponse visait à éviter de nommer explicitement les sources illégales, afin de limiter les freins à la sélection de cette option.

21 Cette catégorie visait à désigner des sources non légales situées au Québec, sans les nommer explicitement, afin de limiter les freins à la sélection de cette option.

22 La catégorie « Autre(s) » regroupe les modes d'approvisionnement en cannabis non spécifiquement énumérés parmi les choix proposés dans le questionnaire. Ce choix n'étant pas ouvert, les personnes répondantes ne pouvaient pas préciser leur réponse. Faute de définition précise, cette catégorie inclut donc des modalités diverses.

23 Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs réponses. La somme des pourcentages peut dépasser 100

24 Ce résultat doit être considéré avec prudence, car la très faible proportion de personnes vivant en milieux collectifs au sein de l'échantillon (environ 1 %, principalement en résidences privées pour aînés – RPA) limite sa représentativité. Aucune personne répondante ne vivait en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), en ressource intermédiaire ou en maison des aînés, ce qui empêche d'évaluer d'éventuelles différences selon le type de milieu collectif.

Lieux de consommation

Alcool

La grande majorité (84 %) des personnes répondantes ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois le font à l'intérieur de leur domicile, qu'il s'agisse d'une maison, d'un logement ou d'un milieu de vie collectif. Plus de la moitié le font aussi chez des proches (58 % pour la famille, 57 % pour les amies et amis) ou dans les bars et restaurants (51 %).

Moins fréquemment, 23 % consomment sur le terrain extérieur de leur lieu de résidence[25]. Bien que certaines municipalités québécoises permettent la consommation d'alcool dans certains parcs, à condition qu'elle soit accompagnée d'un repas [62], cette pratique reste marginale au sein de l'échantillon : seulement 1 % rapporte boire dans des lieux publics comme les parcs ou les rues. Enfin, aucune personne répondante n'a mentionné consommer de l'alcool dans leur voiture ou ailleurs que dans les lieux proposés par le sondage.

Cannabis

Comme pour l'alcool, bien que dans une proportion moindre, le lieu le plus fréquent pour la consommation de cannabis sous forme inhalée (joints, pipes, vaporisateurs, vapoteuses), est l'intérieur du domicile (43 %). Cette habitude diminue avec le revenu, passant de 53 % chez celles dont le revenu annuel est inférieur à 40 000 $ à 28 % chez celles gagnant 125 000 $ ou plus. Cet écart pourrait refléter l'influence de facteurs liés au revenu, notamment des conditions résidentielles différentes, comme l'accès à un terrain privé ou à des espaces extérieurs. Chez les personnes ayant un revenu annuel de 125 000 $ ou plus, le lieu de consommation le plus rapporté pour le cannabis inhalé est d'ailleurs le terrain extérieur de leur lieu de résidence (37 %). D'autres facteurs pourraient aussi influencer ces différences, comme des préférences de consommation dans des contextes sociaux hors du domicile.

Parmi toutes les personnes consommant du cannabis au sein de l'échantillon, le deuxième lieu le plus fréquent pour la consommation de cannabis inhalé est le terrain extérieur du lieu de résidence[26] (41 %). Suivent les résidences d'amies et amis (27 %) et les lieux publics, tels que les parcs et les voies publiques (18 %), malgré l'interdiction d'y consommer [37].

Contrairement à l'alcool, les résidences des membres de la famille sont peu citées comme lieu de consommation de cannabis inhalé (12 %, contre 58 % pour l'alcool). Cette différence pourrait témoigner d'une moindre acceptation sociale et d'une moindre normalisation de son usage, d'où peut découler une crainte d'être jugé, notamment par les membres de la famille [51]. Par ailleurs, la crainte d'incommoder les personnes qui ne consomment pas de cannabis, à l'instar du tabac, pourrait réduire la volonté d'en consommer dans ces contextes. Enfin, comparativement à l'alcool, la consommation de cannabis est moins souvent associée aux événements sociaux, tels que les célébrations et rites de passage (mariages, anniversaires, etc.), ce qui pourrait aussi être une raison de sa moindre consommation dans ces lieux[63,64].

Bien que minoritaire, la consommation de cannabis inhalé dans la voiture est rapportée contrairement à celle d'alcool (8 % contre 0 % pour l'alcool). Il est possible que cette situation soit liée aux restrictions encadrant la consommation de cannabis, particulièrement sous forme inhalée, dans les lieux publics ainsi que dans certains logements et milieux de vie [59]. Ces règles, en limitant les espaces accessibles, pourraient inciter certaines personnes à chercher des alternatives en termes de lieux de consommation.

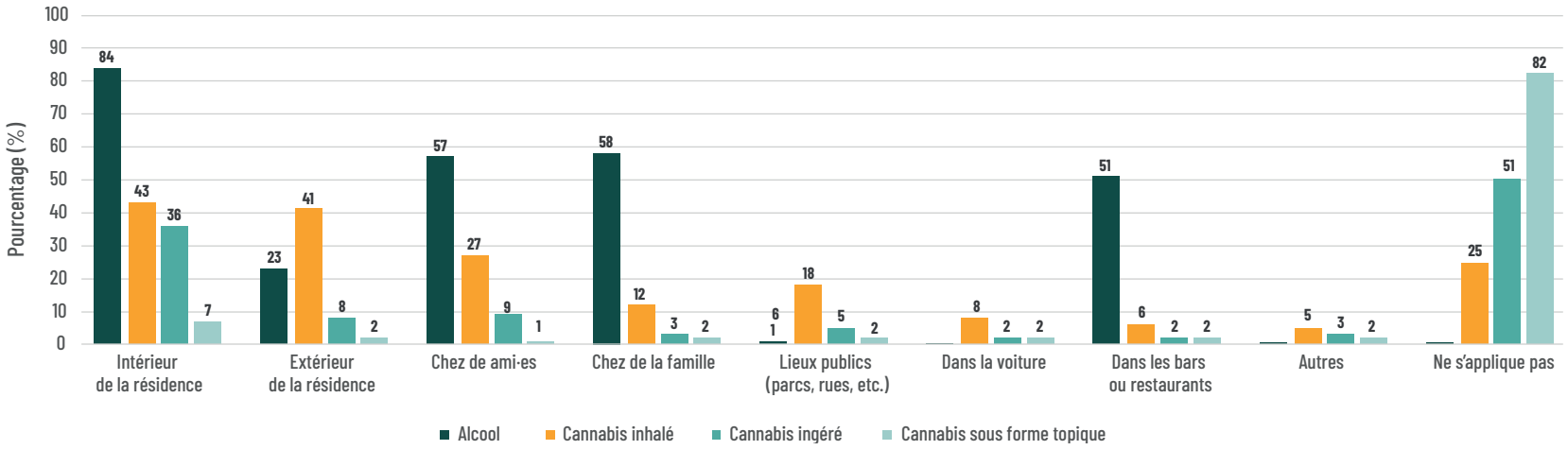
La consommation de cannabis sous forme inhalée dans les bars et restaurants est rapportée par 6 % des personnes répondantes qui en ont consommé dans la dernière année. Cette proportion peut sembler élevée au regard des restrictions légales qui en interdisent la consommation dans un rayon de 9 mètres des établissements [37]. Il est possible que certaines personnes aient interprété la question de façon plus large et ont associé leur consommation à l'occasion d'une sortie au restaurant ou dans un bar, même si elle a eu lieu à l'extérieur. Enfin, 5 % des personnes répondantes qui consomment du cannabis ont sélectionné le choix de réponse « autres »[27].

25 Dans le questionnaire, cette catégorie était formulée ainsi : « sur le terrain extérieur de mon lieu de résidence », sans précision supplémentaire. Selon les contextes de logement, cela peut inclure des espaces comme la cour, le jardin, la terrasse ou le balcon.

26 Voir note de bas de page n°25.

27 La catégorie « Autre(s) » regroupe des lieux de consommation non spécifiquement énumérés parmi les choix proposés dans le questionnaire. Ce choix n'étant pas ouvert, les personnes répondantes ne pouvaient pas préciser leur réponse. Faute de définition précise, cette catégorie inclut donc des lieux divers.

Graphique 12 : Lieux de consommation d'alcool et de cannabis chez les 50 ans et plus (% pondéré) [28] [29] [30] [31]



Les lieux de consommation rapportés pour le cannabis ingéré (produits alimentaires, boissons, pilules, huiles, teintures) ou à usage topique (crèmes, lotions) affichent des proportions plus faibles que ceux associés au cannabis inhalé (*voir graphique 12*). Cette différence s'explique par le fait qu'un nombre plus restreint de personnes consomment du cannabis sous forme ingérée ou topique au sein de l'échantillon. Les proportions reposent sur l'ensemble des personnes ayant consommé du cannabis dans la dernière année, quelle que soit la forme utilisée. Ainsi, les proportions plus faibles pour le cannabis ingéré ou à usage topique ne reflètent pas nécessairement une moindre fréquentation de ces lieux par les personnes qui en font usage. Dans tous les cas, quel que soit le mode de consommation, l'intérieur du lieu de résidence demeure l'endroit le plus fréquemment mentionné.

Des résidences privées au grand air : portrait des lieux de consommation

Chez les personnes âgées de 50 ans et plus, la consommation d'alcool s'inscrit majoritairement dans des contextes privés ou sociaux bien établis, comme le domicile, celui de leurs proches ou les bars et restaurants. La consommation de cannabis, en revanche, se manifeste dans un éventail plus large de lieux. Si elle se déroule principalement au domicile, elle s'étend aussi à des espaces moins conventionnels comme les lieux publics (parcs, rues, etc.) ou la voiture, contrairement à l'alcool. Cette répartition plus dispersée pourrait refléter les effets conjugués d'un encadrement plus strict, tant légal que réglementaire [59], et d'une acceptation sociale moins établie [51], qui peuvent restreindre les options de consommation en orientant son usage vers des contextes plus discrets ou improvisés.

28 Réponses multiples : Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs réponses pour chaque type de substance consommée (alcool, cannabis sous forme inhalée, cannabis sous forme ingérée et cannabis sous forme topique). La somme des pourcentages pour un même type de substance peut donc dépasser 100 %.

29 Dénominateur pour le cannabis : Les proportions par type de cannabis consommé sont calculées à partir de l'ensemble des personnes ayant consommé du cannabis dans la dernière année, et non uniquement à partir de celles qui consomment spécifiquement l'une ou l'autre des formes. Cela signifie que, pour les formes moins répandues (ingérée, topique), une part importante de personnes répondantes a sélectionné « Ne s'applique pas ».

30 La catégorie « Ne s'applique pas » correspond aux personnes pour qui cette forme de cannabis ne s'applique pas, ce qui inclut probablement celles qui ne consomment pas cette forme spécifique. Il n'est toutefois pas possible de l'affirmer avec certitude, car le choix de réponse était « Ne s'applique pas » et non « Je ne consomme pas cette forme ».

31 L'absence d'une barre pour certaines modalités (ex. : « dans ma voiture » pour l'alcool) signifie qu'aucune personne répondante n'a déclaré avoir consommé cette substance dans ce lieu ; la valeur correspond donc à 0 %.

Pratiques de réduction des risques et comportements risqués

Les façons de consommer du cannabis et de l'alcool varient d'une personne à l'autre. Certaines pratiques peuvent en réduire les risques, tandis que d'autres peuvent les accentuer. La consommation de cannabis et d'alcool n'entraîne pas les mêmes niveaux de risque. D'après les données disponibles, l'alcool cause davantage de problèmes de santé, et sa consommation seule peut entraîner la mort [65].

Pratiques de réduction des risques

Alcool

Plusieurs comportements pouvant réduire les risques liés à la consommation d'alcool ont été fréquemment adoptés par une majorité ou une grande proportion des personnes répondantes âgées de 50 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Parmi ceux-ci : boire de l'eau ou une boisson non alcoolisée entre chaque verre d'alcool, limiter ou planifier la quantité d'alcool, manger avant ou pendant la consommation, éviter l'alcool avant une activité physique, et consommer en présence d'une autre personne.

Les pratiques de réduction des risques diffèrent toutefois selon la tranche d'âge. Chez les 75-84 ans, 43 % déclarent éviter souvent ou parfois de conduire après avoir bu, comparativement à 74 % des 50-64 ans et 63 % des 65-74 ans. Cet écart reflète, du moins en partie, le fait qu'une proportion importante des personnes plus âgées de l'échantillon a indiqué que cet énoncé ne s'applique pas à leur situation (28 % chez les 65-74 ans et 38 % chez les 75-84 ans, contre 19 % chez les 50-64 ans), ce qui laisse supposer qu'elles n'ont pas accès à un véhicule ou ne détiennent pas de permis de conduire, une situation courante avec l'avancement en âge [49,50]. Pour l'évitement de la consommation d'alcool en même temps que d'autres substances, y compris les médicaments contre-indiqués, les proportions sont aussi plus faibles chez les 75-84 ans (22 %, contre 47 % chez les 50-

64 ans et 44 % chez les 65-74 ans). L'écart pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la prise plus fréquente de médicaments prescrits chez les personnes plus âgées [66].

Par ailleurs, des comportements sont moins adoptés au sein de l'échantillon. Plus du tiers (36 %) des personnes répondantes ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois déclarent qu'elles évitent rarement ou jamais de consommer de l'alcool lorsqu'elles vivent des émotions négatives. Les hommes sont plus nombreux à répondre ne jamais adopter ce comportement (26 % contre 18 % chez les femmes). Les personnes ayant un revenu annuel inférieur à 40 000 $ sont également plus nombreuses à déclarer ne jamais éviter la consommation d'alcool dans ce contexte (35 %) comparativement à celles dont le revenu annuel est plus élevé (23 % ou moins dans les tranches de revenu allant de 40 000 $ à 125 000 $ et plus). Ces écarts pourraient s'expliquer, en partie, par un accès plus limité à des services de soutien psychologique ou de santé mentale chez les personnes à plus faible revenu [67], ou encore par une exposition plus fréquente à des conditions de vie stressantes liées à la précarité financière [68], deux facteurs susceptibles de favoriser un recours à l'alcool comme stratégie d'adaptation [69,70].

46 % rapportent rarement ou ne jamais s'informer sur l'alcool, ses effets et ses risques.

Près de la moitié des personnes consommant de l'alcool (46 %) rapportent rarement ou ne jamais s'informer sur l'alcool, ses effets et ses risques. Ce comportement est plus répandu chez les 75-84 ans, dont 60 % rapportent rarement ou ne jamais s'informer, comparativement à 46 % chez les 50-64 ans et 43 % chez les 65-74 ans.

De plus, 63 % déclarent rarement ou ne jamais solliciter, en cas de besoin, le soutien de leur entourage (amies et amis, famille) concernant leur consommation d'alcool, tandis que seuls 6 % le font souvent ou parfois. Les personnes actives professionnellement sont moins nombreuses à répondre ne pas solliciter ce soutien (56 %) comparativement aux personnes retraitées (66 %). 32 % des personnes qui ont consommé de l'alcool dans la dernière année ont toutefois indiqué que cet énoncé ne s'applique pas à leur situation, ce qui laisse entendre qu'elles n'ont probablement pas ressenti le besoin de solliciter de l'aide jusqu'à maintenant.

De manière similaire, 66 % ne sollicitent rarement ou jamais de soutien professionnel lorsqu'elles en ressentent le besoin, tandis que seuls 2 % le font souvent ou parfois. Ici aussi, 32 % ont répondu que cet énoncé ne s'applique pas à leur situation.

Ces résultats suggèrent qu'une grande proportion de personnes qui consomment de l'alcool au sein de l'échantillon ne sollicitent pas de soutien, parce qu'elles n'en ressentent pas le besoin ou ne considèrent pas leur consommation comme problématique. Cependant, parmi celles ayant ressenti ce besoin, le recours à de l'aide professionnelle ou de la part de leurs proches demeure rare. Cela souligne la nécessité de mieux comprendre les obstacles à la recherche de soutien, qui pourraient inclure des enjeux d'accessibilité, des expériences passées négatives, l'isolement social, la stigmatisation ou la méconnaissance des ressources [71,72], afin de développer des interventions mieux adaptées aux besoins des personnes de 50 ans et plus, particulièrement celles qui sont retraitées.

L'ensemble des comportements de réduction des risques liés à la consommation d'alcool ayant fait l'objet du sondage, ainsi que les données correspondantes, sont présentés en détail au tableau 1 de l'Annexe 2.

Cannabis

Comme pour l'alcool, une majorité ou une grande proportion des personnes répondantes ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année adoptent divers comportements visant à réduire les risques associés à cette consommation. Ces comportements incluent, notamment, planifier et contrôler la quantité consommée, éviter la consommation simultanée d'autres substances (y compris des médicaments prescrits), ne pas consommer avant de pratiquer une activité physique, ainsi que s'informer sur le cannabis, ses effets et ses risques.

L'abstention de conduire un véhicule après avoir consommé du cannabis est un comportement adopté souvent ou parfois par un peu plus des deux tiers des personnes répondantes qui consomment du cannabis (67 %), tandis que 25 % indiquent que cet énoncé ne s'applique pas à leur situation. Ce comportement – éviter souvent ou parfois de conduire après avoir consommé du cannabis – est toutefois moins fréquent chez les personnes retraitées (62 %), comparativement à celles sur le marché du travail (77 %), et chez les personnes ayant un revenu annuel de moins de 40 000 $ (54 %), par rapport à celles disposant d'un revenu plus élevé (67 % ou plus parmi celles gagnant entre 40 000 $ et 125 000 $ ou plus par année). Ces différences pourraient être dues, du moins en partie, au fait que les personnes retraitées et celles ayant un revenu annuel inférieur à 40 000 $ ont davantage répondu que cet

énoncé ne s'appliquait pas à leur situation (respectivement 33 % et 40 %), alors que ces proportions étaient plus faibles chez les personnes en emploi (15 %) ou celles gagnant 40 000 $ ou plus (21 % parmi celles gagnant entre 40 000 $ et 79 000 $, 24 % entre 80 000 $ et 124 000 $, et 13 % pour 125 000 $ ou plus). Il est plausible que les personnes ayant répondu « Non applicable » n'aient pas de permis de conduire ou d'accès à un véhicule, ce qui pourrait concerner davantage les personnes retraitées [73,74] ou celles ayant un revenu plus faible [75], mais cela ne peut être affirmé avec certitude.

Éviter souvent ou parfois de consommer du cannabis en même temps que d'autres substances, y compris des médicaments prescrits, est une pratique citée par 53 % des personnes répondantes qui consomment du cannabis. Néanmoins, près du tiers d'entre elles (32 %) affirment rarement ou ne jamais éviter ce type de combinaison, une proportion nettement plus élevée que chez les personnes qui consomment de l'alcool (14 %).

Des comportements sont toutefois moins adoptés. Plus de la moitié (55 %) affirme rarement ou ne jamais s'assurer qu'une personne soit présente lors de la consommation, en particulier les hommes (60 %, contre 45 % chez les femmes). En comparaison, cette proportion est nettement plus faible chez les personnes qui consomment de l'alcool (29 %). Cette différence pourrait refléter une consommation de cannabis dans un cadre plus individuel, liée notamment à des normes sociales différentes ou à une crainte de jugement [51], comparativement à la consommation d'alcool, plus normalisée et souvent associée à des contextes sociaux [63].

Près de la moitié (47 %) rapporte rarement ou ne jamais manger avant ou pendant la consommation de cannabis pour réduire les risques associés, un comportement plus fréquent chez les hommes (53 %, contre 35 % chez les femmes). De plus, 44 % des personnes qui consomment du cannabis déclarent rarement ou ne jamais éviter de consommer lorsqu'elles vivent des émotions négatives. Cette proportion est plus élevée chez les 50 à 64 ans (50 %) que chez les personnes plus âgées (29 % chez les 65-74 ans et 43 % chez les 75-84 ans).

Comme pour l'alcool, une majorité (73 %) ne sollicite jamais ou rarement le soutien de leur entourage en lien avec leur consommation de cannabis lorsqu'elles en ressentent le besoin. Cette tendance se remarque davantage chez les hommes (80 %, contre 57 % chez les femmes) et les personnes actives professionnellement (81 % contre 67 % chez les personnes retraitées). Seuls 8 % des personnes qui consomment du cannabis consultent leur entourage souvent ou parfois lorsqu'elles en ressentent le besoin. Le recours à un soutien professionnel en cas de besoin est également peu fréquent : 7 % le font souvent ou parfois, tandis que les trois quarts (76 %) déclarent rarement ou ne jamais y avoir recours, cette proportion étant plus élevée chez les hommes (82 %, contre 66 % chez les femmes).

La part de personnes ayant choisi l'option « Non applicable », signe qu'elles n'estiment pas avoir besoin de soutien, est légèrement moindre pour le cannabis que pour l'alcool (18 % pour le soutien de l'entourage et 17 % pour le soutien professionnel, contre 32 % dans les deux cas pour l'alcool). Cet écart ne permet toutefois pas de conclure à une demande plus forte de soutien pour le cannabis. Il pourrait aussi refléter des variations dans la perception de ce besoin selon la substance ou des caractéristiques propres à l'échantillon, comme l'expérience de consommation ou la fréquence d'usage.

L'ensemble des comportements de réduction des risques liés à la consommation de cannabis ayant fait l'objet du sondage, ainsi que les données correspondantes, sont présentés en détail au tableau 2 de l'Annexe 2.

Comportements de réduction des risques : entre vigilance et réticence

Plusieurs comportements de réduction des risques, comme planifier ou contrôler la quantité consommée, s'abstenir de conduire après avoir consommé ou éviter de consommer simultanément d'autres substances, y compris les médicaments prescrits, sont adoptés par une grande proportion de personnes répondantes, tant pour l'alcool que pour le cannabis. En revanche, le recours à du soutien professionnel ou de la part de proches demeure peu fréquent pour les deux substances.

Cette faible sollicitation pourrait refléter le fait que des personnes ne ressentent pas le besoin de recourir à de l'aide, ou ne reconnaissent pas en avoir besoin. Cette réticence chez celles qui ressentent le besoin sans toutefois y recourir pourrait être liée à la crainte d'être jugée, dans un contexte où la consommation de substances peut être stigmatisée, particulièrement chez les personnes plus âgées [76]. Pour le cannabis, sa consommation est généralement moins normalisée que celle de l'alcool [51,63] et pourrait donc être source de réserves à la recherche de soutien [77].

Comportements à risque

Alcool

La plupart des personnes qui ont consommé de l'alcool dans la dernière année n'adoptent pas de comportements jugés risqués. Néanmoins, certains de ces comportements sont plus fréquents que d'autres. La conduite automobile est l'un d'eux : 6 % déclarent avoir souvent ou parfois pris le volant après avoir consommé deux verres ou plus d'alcool dans les deux heures précédentes. Cette pratique est plus fréquente chez les hommes (10 %) que chez les femmes (2 %).

Par ailleurs, 15 % rapportent avoir souvent ou parfois consommé une grande quantité d'alcool en une même occasion au cours des 12 derniers mois, soit quatre verres ou plus pour les femmes et cinq verres ou plus pour les hommes. Ce comportement est deux fois plus fréquent chez les personnes actives sur le marché du travail (22 %) que chez les personnes retraitées (11 %). C'est aussi le cas chez les personnes âgées de 50 à 64 ans (18 %) ou de 65 à 74 ans (15 %) que chez celles âgées de 75 à 84 ans (5 %). Chez les personnes en emploi, cette différence pourrait être liée à plus d'occasions de socialisation [63,78,79]. Le recul de ce comportement avec l'âge pourrait, quant à lui, s'expliquer par une baisse des interactions sociales [78], une sensibilité accrue aux effets de l'alcool [80], une consommation plus fréquente de médicaments [66] ou une prévalence plus élevée de problèmes de santé [81] incitant à limiter l'alcool.

Enfin, une personne sur cinq (20 %) mentionne avoir souvent ou parfois consommé de l'alcool le même jour que des médicaments prescrits. Cette prévalence pourrait, en partie, s'expliquer par une consommation de médicaments prescrits plus répandue chez les personnes âgées [66].

L'ensemble des comportements risqués liés à la consommation d'alcool ayant fait l'objet du sondage, ainsi que les données détaillées, sont présentés au tableau 3 de l'Annexe 2.

Cannabis

À l'instar de l'alcool, de nombreux comportements risqués liés à la consommation de cannabis sont rarement adoptés par la majorité des personnes qui en consomment. Toutefois, la prévalence de pratique de certains comportements se distinguent par une adoption plus fréquente.

La consommation simultanée de cannabis et d'alcool représente l'un de ces comportements plus fréquemment rapportés. Près de la moitié (48 %) des personnes qui consomment du cannabis indiquent avoir souvent ou parfois consommé de l'alcool en même temps. Ce comportement est plus fréquent chez les personnes en emploi (57 %) que celles retraitées (42 %). Ce résultat pourrait refléter des différences dans les habitudes et contextes de consommation selon le statut d'occupation [78,82,83]. Il est également plus répandu chez les 50 à 64 ans (55 %) que chez les individus plus âgés (36 % chez les 65-74 ans et 32 % chez les 75-84 ans). En outre, au sein du présent échantillon, les personnes qui consomment du cannabis sont plus susceptibles de boire de l'alcool simultanément, tandis qu'une majorité des personnes qui consomment de l'alcool ne consomment pas de cannabis, que ce soit de manière simultanée ou non.

La consommation de cannabis en grande quantité[32] est également notable. Une personne sur dix (10 %) ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois rapporte avoir consommé une grande quantité lors d'une même occasion, souvent ou parfois. Ce comportement est davantage déclaré chez les 50-64 ans (14 %) comparativement aux personnes plus âgées (2 % chez les 65-74 ans et 4 % chez les 75-84 ans). Il est toutefois possible que les personnes répondantes qui consomment du cannabis aient trouvé plus difficile d'estimer ce qui constitue une « grande quantité », en raison de l'absence d'une unité de consommation standard pour le cannabis [26].

Un autre comportement à risque plus fréquemment rapporté est la consommation, au cours d'une même journée, de cannabis et de médicaments prescrits. 45 % des personnes qui consomment du cannabis ont rapporté l'avoir fait souvent ou parfois. Cette pratique est beaucoup plus courante que pour l'alcool, où environ 20 % de ceux qui en consomment ont rapporté le faire souvent ou parfois. La consommation concomitante est davantage observée chez les personnes âgées de 75-84 ans (68 %) que chez les plus jeunes (42 % chez les 50-64 ans et 41 % chez les 65-74 ans). Elle est également plus fréquente chez les personnes retraitées (58 %) que chez celles actives professionnellement (43 %).

Les personnes retraitées au sein de l'échantillon pourraient être plus âgées [74] et avoir davantage de conditions de santé nécessitant une prise plus fréquente de médicaments prescrits [66,81], ce qui pourrait expliquer leur propension à consommer ces médicaments le même jour que du cannabis. De manière plus générale, des personnes, quel que soit leur statut

32 La notion de « grande quantité de cannabis » a été laissée à l'appréciation des personnes répondantes en raison de la diversité des modes de consommation, des concentrations en THC des produits et de l'absence de définition partagée dans la littérature [26].

professionnel, pourraient combiner cannabis et médicaments prescrits dans le but d'atténuer certains effets secondaires ou de moduler l'effet d'un traitement médical [43], ce qui pourrait expliquer pourquoi ce comportement est plus courant qu'avec l'alcool.

Ces données soulignent la nécessité d'étudier davantage ces pratiques. Contrairement à l'alcool, les connaissances sur les interactions possibles d'une consommation combinée de cannabis et de médicaments prescrits demeurent limitées [84]. Le cannabis et l'alcool se métabolisent différemment, ce qui peut influencer leurs interactions et leurs effets [85]. Ces constats mettent aussi en évidence l'importance d'une sensibilisation spécifique à ce sujet, tant auprès des personnes qui consomment du cannabis que du personnel professionnel de la santé qui les accompagne.

Par ailleurs, 18 % des personnes qui consomment du cannabis indiquent avoir souvent ou parfois expérimenté un nouveau mode de consommation (fumer, vapoter, vaporiser, manger, boire) sans ajuster la quantité. Ce comportement est plus fréquent chez les hommes (21 %) que chez les femmes (11 %). Ces données pourraient refléter un manque d'information sur les différents effets du cannabis selon le mode de consommation, ainsi que sur l'importance d'adapter la quantité afin de limiter les effets indésirables [86].

Enfin, 10 % des personnes qui consomment du cannabis mentionnent avoir conduit souvent ou parfois un véhicule dans les deux heures suivant leur consommation de cannabis, un comportement légèrement plus fréquent que pour l'alcool (6 %).

L'ensemble des comportements risqués liés à la consommation de cannabis ayant fait l'objet du sondage, ainsi que les données détaillées, sont présentés au *tableau 4 de l'Annexe 2*.

Cannabis : Des comportements risqués plus courants qu'avec l'alcool

Bien que les niveaux de risque varient selon la substance consommée [65], un plus grand nombre de comportements considérés risqués ont été rapportés avec la consommation de cannabis qu'avec l'alcool. Cet écart pourrait s'expliquer par des habitudes de consommation et des contextes d'usage propres à chaque substance [29,87], mais aussi par une perception moins marquée des risques associés au cannabis [29]. Un manque d'information et de connaissances est aussi probable, contrairement à l'alcool dont les risques sont largement documentés [65] et possiblement mieux intégrés dans les pratiques sociales et de consommation [22,63].

18 % des personnes qui consomment du cannabis indiquent avoir souvent ou parfois expérimenté un nouveau mode de consommation sans ajuster la quantité.

Motifs de consommation

Les motifs de consommation de cannabis et d'alcool sont variés et peuvent être liés à des enjeux de santé physique, mais aussi à d'autres considérations, telles que le bien-être mental et social, et le plaisir [29,43,87,88]. Il est également fréquent que des personnes consomment pour plusieurs raisons à la fois [29,87].

Alcool

Parmi les personnes ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, la consommation est principalement motivée par des raisons qui ne sont pas liées à des conditions de santé physique. Les motifs les plus fréquemment mentionnés sont le plaisir (71 %), le goût (48 %) et la détente (34 %). Par ailleurs, 15 % des personnes répondantes consomment de l'alcool par habitude ou parce que cela fait partie des coutumes ou traditions, et 12 % le font pour favoriser les interactions sociales (p. ex. : engager la conversation, se sentir moins timide et plus à l'aise, avoir le sentiment d'appartenir à un groupe).

Des raisons davantage liées à la santé mentale, telles que la consommation d'alcool pour apaiser le stress ou l'anxiété (6 %), ou pour contrer la déprime, l'ennui ou l'isolement (3 %), ont également été rapportées, mais dans des proportions moindres.

Bien que l'alcool soit généralement peu consommé en raison de problèmes ou de conditions de santé physique dans l'échantillon, certaines motivations d'ordre physique sont tout de même rapportées. Ainsi, 3 % des personnes âgées de 50 ans et plus ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois rapportent en consommer pour stimuler leur appétit, 3 % pour les aider à dormir, 2 % pour apaiser la douleur chronique ou l'inconfort lié à une condition de santé, et 1 % pour remplacer l'utilisation de médicaments.

La consommation d'alcool chez les personnes répondantes semble donc surtout motivée par la convivialité et le plaisir, plutôt que par des raisons liées à la santé ou au bien-être physique.

Les données détaillées sur l'ensemble des motivations de consommation d'alcool non liées à des conditions de santé physique sont présentées au tableau 1 de l'Annexe 3, tandis que celles associées à la santé physique se trouvent au tableau 2 de la même annexe.

Cannabis

Les personnes âgées de 50 ans et plus ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois invoquent à la fois des motivations de consommation liées à des conditions de santé physique et d'autres sans lien avec celles-ci. Néanmoins, à l'instar de l'alcool, ces dernières prédominent.

Parmi les personnes consommant du cannabis contenant principalement ou exclusivement du THC, les principales motivations non liées à des conditions de santé physique sont le plaisir (49 %), la détente (45 %) et l'apaisement du stress ou de l'anxiété (26 %). Ces mêmes motifs dominent aussi pour les autres types de cannabis (celui contenant principalement ou exclusivement du CBD, celui à teneur égale en THC et CBD et celui dont la composition est inconnue), mais dans des proportions moindres (*voir tableau 1 de l'Annexe 3*).

Le cannabis contenant principalement ou exclusivement du THC est d'ailleurs plus souvent associé à des motifs non liés à la santé physique. Seuls 17 % des personnes répondantes disent ne pas l'utiliser pour des motifs liés à la santé physique, contre 33 % pour le cannabis à teneur égale en THC et CBD, 39 % pour le cannabis principalement composé de CBD et 41 % pour le cannabis dont la composition est inconnue.

Les principales motivations de consommation de cannabis non liées à des conditions de santé physique rejoignent ainsi celles observées pour l'alcool.

Au-delà de ces similarités, des différences entre les substances se dégagent. L'usage du cannabis pour contrer la déprime, l'ennui ou l'isolement est plus fréquent que pour l'alcool. Selon la composition, la proportion de personnes qui l'utilisent à ces fins varie de 6 % (composition inconnue) à 20 % (principalement ou exclusivement du THC), comparativement à 3 % pour l'alcool. De plus, une proportion plus élevée de personnes consomme du cannabis à teneur principale ou exclusive en THC pour se détendre (45 % contre 34 % pour l'alcool).

Pour apaiser le stress ou l'anxiété, l'usage de cannabis varie de 9 % (composition inconnue) à 26 % (principalement ou exclusivement du THC), comparativement à 6 % pour l'alcool. Le cannabis, surtout lorsqu'il contient principalement ou exclusivement du THC, est également plus souvent mentionné pour faciliter les rapprochements intimes, intensifier certaines expériences ou moduler les effets d'autres substances (*voir tableau 1 de l'Annexe 3*).

Les principales motivations de consommation de cannabis non liées à des conditions de santé physique rejoignent celles observées pour l'alcool.

Ces résultats pourraient indiquer que l'usage de cannabis présente une plus grande diversité de motifs de consommation et semble davantage lié à la gestion du bien-être psychologique et à l'atténuation d'états émotionnels difficiles, tandis que l'alcool semble plutôt associé à des contextes sociaux et récréatifs. Cette diversité des motifs associés au cannabis pourrait toutefois refléter une réflexion plus explicite sur ses usages, alors que certaines motivations liées à l'alcool restent peut-être moins reconnues et exprimées, en raison de sa forte intégration sociale et de la normalisation de sa consommation [22,63,87,89].

Bien que les motivations de cannabis non liées à des conditions de santé physique soient plus fréquentes, le cannabis est plus souvent consommé dans un objectif de santé physique que l'alcool. Pour les deux substances, les motifs principaux demeurent toutefois similaires.

Ainsi, les trois raisons les plus évoquées sont : favoriser le sommeil (entre 14 % et 31 %, selon la composition), apaiser la douleur chronique ou l'inconfort lié à une condition de santé (entre 8 % et 23 %), et soulager une douleur physique temporaire (entre 6 % et 16 %). Ces proportions sont plus élevées pour le cannabis contenant principalement ou exclusivement du THC.

Deux autres motifs concernant la santé physique, bien que moins fréquents, sont également rapportés pour l'ensemble des types de cannabis : le remplacement de médicaments (6 % à 9 %) et la stimulation de l'appétit (3 % à 8 %). Enfin, entre 11 % et 16 % des personnes mentionnent d'autres raisons liées à la santé physique non listées dans le sondage, selon le type de cannabis consommé.

27% des personnes déclarent ne pas consommer de cannabis à dominante THC pour des raisons de santé physique, alors que cette proportion atteint 39 % pour celui contenant principalement du CBD.

Bien que le CBD soit souvent associé à des usages thérapeutiques, notamment pour soulager la douleur grâce à ses effets pouvant être perçus comme apaisants [90,91], les résultats indiquent une préférence marquée pour les produits contenant du THC. En effet, 27 % des personnes déclarent ne pas consommer de cannabis à dominante THC pour des raisons de santé physique, alors que cette proportion atteint 38 % pour le cannabis contenant à parts égales du THC et du CBD, et 39 % pour celui contenant principalement du CBD. Cette préférence pourrait, entre autres, être liée à la perception selon laquelle ses effets psychoactifs [19], possiblement jugés comme plus puissants, le rendent plus efficace pour répondre à des besoins de santé physique.

Les données détaillées sur l'ensemble des motivations de consommation de cannabis non liées à des conditions de santé physique sont présentées au tableau 1 de l'Annexe 3, tandis que celles associées à la santé physique se trouvent au tableau 2 de la même annexe.

Des motifs de consommation qui se distinguent selon la substance

Chez les 50 ans et plus, l'alcool est surtout consommé pour le plaisir et la détente, rarement pour des raisons liées à des conditions de santé physique. Le cannabis est aussi utilisé principalement pour le plaisir et la détente, mais il est plus souvent associé que l'alcool à des objectifs de bien-être émotionnel ou de santé physique, comme la gestion du stress, du sommeil ou de la douleur. De façon générale, le cannabis à teneur principale ou exclusive en THC est privilégié, que ce soit pour des raisons physiques ou non. La consommation de cannabis répond aussi à une plus grande variété de motivations que celle de l'alcool. Il est toutefois possible que les motivations liées à l'alcool soient moins souvent reconnues ou exprimées, puisque sa consommation est plus largement normalisée, voire banalisée [22,63,87,89].

Croyances et connaissances

Les croyances et les connaissances sur le cannabis et l'alcool évoluent au fil du temps, influencées par les échanges sociaux [92,93], les contextes culturels [94], les messages médiatiques [95] ainsi que le cadre légal [96,97]. Qu'elles reposent sur des données scientifiques ou des idées reçues, elles façonnent la manière dont la consommation de substances est perçue et comprise [98–100]. Bien qu'en constant changement, ces représentations demeurent marquées par les normes sociales actuelles ou passées [101], orientant les connaissances liées à leur usage. La légalisation favorise, par ailleurs, la production de connaissances scientifiques en facilitant la recherche [84,102–104]. L'alcool, pour sa part, bénéficie d'une longue histoire d'usage léga [105] et de recherche [106], ce qui en fait une substance psychoactive largement documentée. Cela ne se traduit toutefois pas nécessairement par une meilleure connaissance des risques associés à sa consommation au sein de la population générale [107].

Alcool

Les personnes âgées de 50 ans et plus consommant de l'alcool au sein de l'échantillon semblent bien informées sur certains risques associés à cette substance. Cela pourrait s'expliquer, en partie, par l'ancrage historique et culturel de l'alcool dans la société ayant permis l'accumulation d'un vaste répertoire de croyances et de connaissances à son sujet [108]. Son long statut légal a également pu faciliter la recherche et ainsi permettre l'émergence de données plus fiables et une sensibilisation évoluant avec l'avancée des connaissances [106]. Une grande majorité est d'accord avec des énoncés indiquant que la consommation d'alcool peut comporter des risques importants pour la santé physique et mentale (88 %), entraîner davantage d'accidents et de chutes (95 %), présenter un risque d'intoxication (86 %) et augmenter le risque de dépendance lorsque sa consommation est régulière ou élevée (93 %).

Des énoncés incorrects ont été glissés dans le questionnaire afin d'explorer les connaissances et croyances des personnes répondantes sans orienter leurs réponses[33]. Les résultats suggèrent une méconnaissance sur des effets possibles de l'alcool. Ce constat peut mettre en évidence un besoin de sensibilisation et d'éducation au sein de cette population.

33 Le désaccord avec un énoncé intentionnellement erroné ne garantit pas que la personne répondante connaisse la réponse correcte, mais indique uniquement qu'elle rejette la formulation proposée.

Ainsi, plus de la moitié (60 %) des personnes ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois ont exprimé leur désaccord avec l'affirmation selon laquelle le vieillissement accélère l'élimination de l'alcool dans le corps, tandis que 27 % n'ont pas su ou ont préféré ne pas répondre. De même, bien que la majorité (77 %) soit en désaccord avec l'affirmation selon laquelle la prise de médicaments prescrits ou d'autres substances n'interagit pas avec les effets de l'alcool, une personne sur cinq (19 %) est en accord. De façon similaire, 77 % ont exprimé leur désaccord avec l'énoncé stipulant que la consommation d'alcool améliore les facultés mentales à court terme (ex. : concentration, mémoire, prise de décision, temps de réaction), tandis que 12 % sont en accord et 11 % déclarent ne pas savoir ou préfèrent ne pas répondre.

Enfin, bien que des recherches récentes aient infirmé l'idée que la consommation de vin rouge comporte des bienfaits pour le cœur [109,110], cette croyance persiste chez près de la moitié des personnes répondantes qui consomment de l'alcool (48 %). En comparaison, 27 % se disent en désaccord et 25 % ne savent pas ou préfèrent ne pas répondre.

Les erreurs ou incertitudes dans les réponses peuvent toutefois refléter autre chose qu'un manque de connaissances : par exemple, un manque d'attention, une réponse donnée à la hâte ou une difficulté à comprendre certains énoncés, en particulier ceux formulés de manière négative ou volontairement erronée.

48 % des personnes qui consomment de l'alcool maintiennent la croyance que le vin rouge est bénéfique pour le cœur.

TABLEAU 1 : Connaissances et croyances sur les effets de la consommation d'alcool chez les personnes de 50 ans et plus qui consomment cette substance [34]

Énoncés[35]	**Totalement + plutôt en accord**	**Totalement + plutôt en désaccord**	**Ne sait pas/ Préfère ne pas répondre**
La consommation d'alcool peut présenter des risques importants pour la santé physique et mentale.	88 %	7 %	5 %
La consommation d'alcool peut occasionner davantage d'accidents et de chutes.	95 %	3 %	2 %
Il existe un risque d'intoxication à l'alcool (ex. : coma éthylique, arrêt cardiorespiratoire, décès).	86 %	5 %	9 %
Une consommation régulière ou élevée d'alcool peut augmenter le risque de développer une dépendance.	93 %	5 %	2 %
Énoncés erronés[36]			
Le vieillissement accélère l'élimination de l'alcool dans le corps, entraînant des effets moins intenses et écourtés.	14 %	60 %	27 %
La prise de médicaments prescrits ou d'autres substances n'interagit pas avec les effets de l'alcool.	19 %	77 %	4 %
La consommation d'alcool peut améliorer les facultés mentales à court terme (ex. : concentration, mémoire, prise de décision, temps de réaction).	12 %	77 %	11 %
Boire du vin est bon pour le cœur.	48 %	27 %	25 %

34 Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

35 Certains énoncés formulés à la forme négative ont pu entraîner des difficultés de compréhension chez certaines personnes répondantes, ce qui peut affecter la validité des réponses.

36 Les énoncés erronés sont des affirmations fausses incluses dans le questionnaire pour évaluer les connaissances sans orienter les réponses.

Cannabis

Les personnes de 50 ans et plus consommant du cannabis au sein de l'échantillon semblent moins bien informées sur ses effets que celles qui consomment de l'alcool à propos de l'alcool. Cette différence pourrait s'expliquer notamment par la légalisation récente du cannabis [111] et une normalisation sociale plus faible de sa consommation comparativement à l'alcool [112]. Par ailleurs, les connaissances issues de la recherche sur le cannabis sont limitées et peu généralisables en raison de la diversité des produits, de leur composition (THC, CBD) et des modes de consommation[113,114], ce qui pourrait contribuer à cette différence en rendant les informations disponibles au public plus variables et moins accessibles.

Une majorité reconnaît tout de même que la consommation de cannabis peut affaiblir les facultés mentales (78 %). Les proportions chutent toutefois lorsqu'il est question de la plus forte teneur en THC des produits actuels comparativement à ceux disponibles il y a plusieurs années (53 %), des risques pour la santé physique et mentale que peut comporter la consommation de cannabis (54 %) ou encore de la possibilité d'un lien avec une hausse des accidents et des chutes (56 %).

Une proportion notable des personnes interrogées qui consomment du cannabis (30 %) a indiqué ne pas savoir ou ne pas vouloir se prononcer sur l'augmentation de la teneur en THC des produits de cannabis au fil des années, plus particulièrement les 75-84 ans (51 %, contre 28 % ou moins chez les 50-74 ans). Outre un niveau plus faible de connaissance concernant cet énoncé, cette incertitude peut également refléter le fait que certaines personnes s'intéressent peu aux variations historiques du THC ou que, avec la disponibilité actuelle de produits aux teneurs variables via la SQDC [42,115], la comparaison avec les niveaux passés est moins claire ou moins pertinente. Par ailleurs, une part significative n'est pas en accord avec l'énoncé relatif aux risques que peut présenter la consommation de cannabis pour la santé physique et mentale (36 %), cette proportion étant plus élevée chez les 75-84 ans (59 %, contre 33 % chez les 50-74 ans). Il en va de même pour les risques accrus d'accidents (29 %), avec un écart similaire selon l'âge (59 % chez les 75-84 ans contre 33 % chez les 50-74 ans).

Les effets de la légalisation et du nouvel encadrement légal du cannabis pourraient avoir influencé les croyances et les connaissances des personnes répondantes [96,116]. Les produits disponibles par l'intermédiaire de la SQDC, par exemple, pourraient être associés à un plus grand sentiment de sécurité que ceux disponibles actuellement ou par le passé sur le marché non régulé [29]. Il n'est toutefois pas possible d'identifier les sources influençant les perceptions actuelles des personnes âgées de plus de 50 ans à partir de ce sondage, celles-ci ayant été exposées à une grande diversité de messages sur le cannabis au fil de leur vie [117–119].

À l'instar de l'alcool, certains énoncés portant sur le cannabis ont été intentionnellement formulés de manière incorrecte[37]. Les résultats laissent entrevoir des lacunes dans les connaissances entourant le cannabis chez les personnes âgées de 50 ans et plus qui en consomment : le taux de bonnes réponses est plutôt faible, tandis que celui d'incertitude ou de non-réponse est élevé.

Encore ici, les erreurs ou incertitudes dans les réponses peuvent toutefois refléter autre chose qu'un manque de connaissances : par exemple, un manque d'attention, une réponse donnée à la hâte ou une difficulté à comprendre certains énoncés, en particulier ceux formulés de manière négative ou volontairement erronée.

58 % ne savent pas ou préfèrent ne pas se prononcer sur l'affirmation selon laquelle le vieillissement accélère l'élimination du cannabis dans le corps. L'incertitude est aussi présente pour d'autres énoncés : 25 % concernant l'absence d'interaction entre le cannabis et les médicaments prescrits ou d'autres substances, et 39 % à propos de l'idée que consommer du cannabis sans le fumer augmente les risques pour la santé respiratoire.

De plus, 35 % se sont dit incertains ou n'ont pas répondu à l'affirmation voulant que l'ingestion du cannabis entraîne des effets plus rapides et d'une plus courte durée. Ce taux est particulièrement plus élevé chez les groupes plus âgés (45 % chez les 65-74 ans et 56 % chez les 75-84 ans, comparativement à 28 % chez les 50-64 ans), ainsi que chez les personnes retraitées (41 %, contre 27 % chez les personnes qui travaillent). Ces différences reflètent possiblement une expérience plus limitée de l'ingestion de cannabis [43] ainsi qu'un manque de prévention ciblée réduisant l'accès à de l'information adaptée et à jour sur le sujet [29].

Par ailleurs, certaines affirmations erronées ont recueilli un taux d'adhésion digne de mention : 22 % des personnes répondantes qui consomment du cannabis estiment qu'il n'est pas possible de s'intoxiquer au cannabis, et 26 % croient qu'une consommation régulière ou élevée n'augmente pas le risque de dépendance.

37 Le désaccord avec un énoncé intentionnellement erroné ne garantit pas que la personne répondante connaisse la réponse correcte, mais indique uniquement qu'elle rejette la formulation proposée.

TABLEAU 2 : Connaissances et croyances sur les effets de la consommation de cannabis chez les personnes de 50 ans et plus qui consomment cette substance [38]

Énoncés [39]	Totalement + plutôt en accord	Totalement + plutôt en désaccord	Ne sait pas / Préfère ne pas répondre
Les produits de cannabis disponibles aujourd'hui ont une teneur en THC plus élevée que celle des produits disponibles il y a plusieurs années.	53 %	18 %	30 %
La consommation de cannabis peut présenter des risques importants pour la santé physique et mentale.	54 %	36 %	11 %
La consommation de cannabis peut occasionner davantage d'accidents et de chutes.	56 %	29 %	15 %
La consommation de cannabis peut affaiblir les facultés mentales (ex. : concentration, mémoire, prise de décision, temps de réaction)	78 %	14 %	8 %
Énoncés erronés [40]			
Une consommation régulière ou élevée de cannabis n'augmente pas le risque de développer une dépendance.	26 %	63 %	10 %
Le vieillissement accélère l'élimination du cannabis dans le corps, entraînant des effets moins intenses et écourtés.	13 %	29 %	58 %
La prise de médicaments prescrits ou d'autres substances n'interagit pas avec les effets du cannabis.	21 %	54 %	25 %
Il n'est pas possible de s'intoxiquer au cannabis.	22 %	61 %	17 %
L'apparition des effets est plus courte lorsqu'on mange du cannabis et les effets durent moins longtemps.	17 %	48 %	35 %
Consommer du cannabis sans le fumer (ex. : vaporiser ou ingérer) augmente les risques pour la santé respiratoire.	19 %	42 %	39 %

Dans le premier cas, l'interprétation du terme « s'intoxiquer » a pu varier d'une personne à l'autre, certaines l'associant simplement à l'état d'être sous les effets du cannabis, d'autres l'interprétant comme une surdose entraînant des effets indésirables importants. De même, la perception du risque de dépendance peut différer selon les personnes répondantes : certaines peuvent, entre autres, considérer qu'il est impossible de développer une dépendance au cannabis, la limitent à des usages extrêmes, ou la relativisent en comparaison à d'autres substances psychoactives. Ces nuances d'interprétation peuvent avoir influencé le niveau d'adhésion observé.

Croyances et connaissances : entre perception des risques et zones d'ombre

Les résultats montrent que les personnes de 50 ans et plus qui consomment de l'alcool connaissent assez bien les risques associés à cette substance, comme ceux liés à la santé physique, à la dépendance et aux accidents. Toutefois, certaines idées fausses demeurent, notamment la croyance selon laquelle le vin rouge a des effets bénéfiques sur la santé cardiovasculaire.

En comparaison, les personnes du même âge qui consomment du cannabis semblent moins bien informées sur les effets de cette substance. Beaucoup, surtout chez les 75 ans et plus, expriment de l'incertitude ou adhère à des affirmations erronées concernant ses effets, ses modes de consommation, les risques d'intoxication ou de dépendance, ainsi que les interactions possibles avec d'autres substances.

Ces constats mettent en évidence un besoin de sensibilisation et d'éducation sur le cannabis, notamment sur ses effets et leurs conséquences, et ce, particulièrement auprès des personnes plus âgées.

38 Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

39 Certains énoncés formulés à la forme négative ont pu entraîner des difficultés de compréhension chez certaines personnes répondantes, ce qui peut affecter la validité des réponses.

40 Les énoncés erronés sont des affirmations fausses incluses dans le questionnaire pour évaluer les connaissances sans orienter les réponses.

Stigmatisation et pression sociale

La stigmatisation et la pression sociale découlent des normes culturelles, sociales et médiatiques qui influencent les comportements individuels et collectifs [120]. Elles marquent notamment la consommation de substances psychoactives et la manière dont les individus se perçoivent eux-mêmes et les autres [47,121]. Alors que certaines personnes ressentent une pression à se conformer aux attentes collectives, d'autres peuvent éprouver un sentiment de honte ou de rejet lié à leur consommation. Ce jugement social peut être intériorisé et mener à voir négativement sa propre consommation ou celle des autres, même lorsqu'on consomme nous-mêmes [121]. Dans certains cas, cette perception négative amène à cacher sa consommation, ce qui peut freiner la recherche d'aide ou l'accès à des ressources appropriées [47,122]. Ces phénomènes peuvent aussi mener à de la discrimination [47,121]. Combinée à des préjugés liés à l'âge, la stigmatisation associée à la consommation de substances peut être encore plus marquée chez les personnes âgées.

Alcool

Les résultats du sondage révèlent que la stigmatisation et la pression sociale entourant la consommation d'alcool sont généralement peu ressenties par les personnes qui en consomment au sein de l'échantillon. La grande majorité se dit en désaccord avec les énoncés proposés : 90 % affirment ne pas ressentir de jugement de la part des autres lorsqu'elles consomment de l'alcool, 89 % déclarent ne pas éprouver de malaise à parler ouvertement de leur consommation et 94 % ne se sentent pas soumis à une pression à consommer ou à se conformer aux comportements des autres. De même,

90 % sont en désaccord avec l'énoncé selon lequel elles éprouvent de la culpabilité au sujet de leur consommation.

En outre, 95 % se disent en désaccord avec l'énoncé selon lequel elles ont déjà vécu un traitement injuste ou de la discrimination en raison de leur consommation. La proportion de personnes en désaccord augmente à mesure que le revenu annuel croît : 84 % pour les revenus inférieurs à 40 000 $, 95 % pour les revenus entre 40 000 $ et 79 000 $, 96 % entre 80 000 $ et 124 000 $, et 97 % pour les personnes gagnant 125 000 $ et plus. Autrement dit, plus le revenu est élevé, moins les personnes répondantes rapportent avoir vécu ce type de situation.

Dans l'ensemble, les proportions de personnes en accord avec les énoncés demeurent très faibles (voir tableau 3). Notons toutefois que près d'une personne sur cinq (18 %) se dit en accord avec l'affirmation : « J'éprouve du jugement envers les personnes qui consomment de l'alcool ». Ce résultat pourrait refléter une intériorisation de la stigmatisation associée à la

consommation, possiblement influencée par les normes sociales au Québec, ainsi que par des normes spécifiques à des communautés culturelles, religieuses ou locales [123]. Il pourrait également témoigner d'une valorisation de la modération, voire de l'abstinence, dans plusieurs discours publics et médiatiques [124,125], même si la consommation d'alcool demeure largement répandue dans la population [22]. Il est toutefois possible que ce jugement ne vise pas la consommation d'alcool en soi, mais plutôt certaines pratiques jugées excessives ou inappropriées, selon les expériences et repères de chaque personne répondante.

TABLEAU 3 : Perceptions de stigmatisation et de pression sociale liées à la consommation d'alcool chez les 50 ans et plus

Énoncés	Totalement + plutôt en accord	Totalement + plutôt en désaccord	Ne sait pas / Préfère ne pas répondre
Je ressens du jugement des autres lorsque je consomme de l'alcool.	6 %	90 %	4 %
Je me sens coupable lorsque je consomme de l'alcool.	8 %	90 %	2 %
J'éprouve un malaise à parler ouvertement de ma consommation d'alcool.	8 %	89 %	3 %
J'éprouve du jugement envers les personnes qui consomment de l'alcool.	18 %	78 %	4 %
Je ressens de la pression à consommer ou une pression à faire comme les autres.	4 %	94 %	2 %
J'ai déjà vécu un traitement injuste ou de la discrimination à cause de ma consommation d'alcool.	1 %	95 %	4 %

Cannabis

Les expériences de stigmatisation et de pression sociale entourant la consommation de cannabis apparaissent plus courantes que celles associées à la consommation d'alcool au sein de l'échantillon. Ce sont notamment 24 % des personnes ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année qui rapportent ressentir du jugement de la part des autres, soit quatre fois plus que pour l'alcool (6 %). Ce sentiment est plus fréquent chez les 50-64 ans (30 %), comparativement à 16 % ou moins chez les 65 ans et plus. De même, 26 % indiquent éprouver un malaise à parler ouvertement de leur consommation de cannabis, une proportion plus élevée chez les 50-64 ans (32 %) que chez les 65-84 ans (23 % ou moins), alors qu'elle n'est que de 8 % pour l'alcool. Ce résultat reflète un écart de normalisation sociale entre le cannabis et l'alcool, possiblement en raison de sa prohibition prolongée jusqu'en 2017 [111], de l'encadrement strict de sa consommation dans la sphère publique [59], de sa distribution limitée par une société d'État [37], et du fait que l'alcool demeure consommé par une proportion nettement plus grande de la population québécoise, même si le cannabis occupe la deuxième position [22]. D'autres facteurs pourraient aussi contribuer à réduire la visibilité et la place du cannabis dans les discussions quotidiennes.

De façon similaire à ce qui est observé pour l'alcool, 90 % des personnes qui consomment du cannabis déclarent ne pas se sentir coupables lorsqu'elles en consomment, et 94 % rapportent ne pas ressentir une pression à consommer ou à se conformer aux comportements des autres.

Au sujet du jugement envers autrui, 89 % des personnes qui consomment du cannabis disent ne pas en éprouver envers d'autres qui en consomment, alors que 9 % en éprouvent, soit une proportion deux fois moins élevée que celle observée pour l'alcool (18 %). Ce jugement est toutefois plus répandu chez les 50-64 ans (12 %) que chez les 65-84 ans (4 % ou moins). Ces résultats suggèrent ainsi que les personnes âgées de 50 à 64 ans sont non seulement plus enclines à se sentir jugées pour leur propre consommation de cannabis, mais aussi à porter un jugement sur celle des autres. Comme dans le cas de l'alcool, il est important de noter la possibilité que les personnes répondantes n'aient pas interprété l'énoncé comme un jugement sur la consommation de cannabis en soi, mais plutôt comme un jugement sur des pratiques de consommation perçues comme excessives ou dérangeantes.

Enfin, bien que 87 % des personnes qui consomment du cannabis rapportent être en désaccord avec l'énoncé voulant qu'elles aient vécu des traitements injustes ou de la discrimination en raison de leur consommation de cannabis, 8 % rapportent avoir vécu ce genre de situation, une proportion huit fois plus élevée que pour l'alcool (1 %). Ce type d'expérience est davantage mentionné

par les hommes (11 %) que par les femmes (3 %), ainsi que par les 50-64 ans (10 %), comparativement aux groupes plus âgés (7 % chez les 65-74 ans et 0 % chez les 75-84 ans). Ce contraste entre les deux substances pourrait s'expliquer à la fois par la forte intégration de l'alcool dans la société [22,63,87] et par la persistance d'une perception sociale stigmatisante à l'égard du cannabis, en raison de sa légalisation récente [126].

8 % des personnes qui consomment du cannabis rapportent avoir vécu des traitements injustes ou de la discrimination en raison de leur consommation, comparativement à 1 % pour l'alcool.

Pressions sociales et jugements : un écart entre le cannabis et l'alcool

Bien que les expériences de stigmatisation et de pression sociale liées à la consommation demeurent généralement peu fréquentes au sein de l'échantillon, elles sont nettement plus marquées chez les personnes âgées de 50 ans et plus qui consomment du cannabis que chez celles qui consomment de l'alcool. Cette différence est particulièrement notable chez les 50-64 ans, qui rapportent davantage de jugement, de malaise et de discrimination liés à leur consommation. Ces résultats pourraient traduire l'impact persistant des normes sociales et des perceptions négatives encore attachées au cannabis et aux personnes qui en consomment, dans un contexte de légalisation relativement récente [126], alors que l'alcool bénéficie d'une longue histoire d'intégration sociale et de normalisation, voire de banalisation [22,63,112].

Tableau 4 : Perceptions de stigmatisation et de pression sociale liées à la consommation de cannabis chez les 50 ans et plus[41]

Énoncés	Totalement + plutôt en accord	Totalement + plutôt en désaccord	Ne sait pas / Préfère ne pas répondre
Je ressens du jugement des autres si je consomme du cannabis.	24 %	71 %	5 %
Je me sens coupable quand je consomme du cannabis.	7 %	90 %	2 %
J'éprouve un malaise à parler ouvertement de ma consommation de cannabis.	26 %	72 %	2 %
J'éprouve du jugement envers les personnes qui consomment du cannabis.	9 %	89 %	3 %
Je ressens de la pression à consommer ou une pression à faire comme les autres.	3 %	94 %	2 %
J'ai déjà été traité·e injustement ou discriminé·e à cause de ma consommation de cannabis.	8 %	87 %	5 %

41 Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

Sources d'information et de soutien

La nature des sources d'information vers lesquelles se tourne une personne qui s'interroge sur ses habitudes de consommation peut avoir des effets variés sur sa réflexion et ses comportements [127,128]. Qu'il s'agisse de proches, du personnel professionnel ou de services spécialisés, ces sources peuvent offrir repères, écoute et accompagnement. Par ailleurs, le fait que la consommation soit abordée par d'autres pourrait également encourager la réflexion personnelle et orienter la perception qu'une personne a de ses propres comportements [129].

Types de questionnements

Alcool

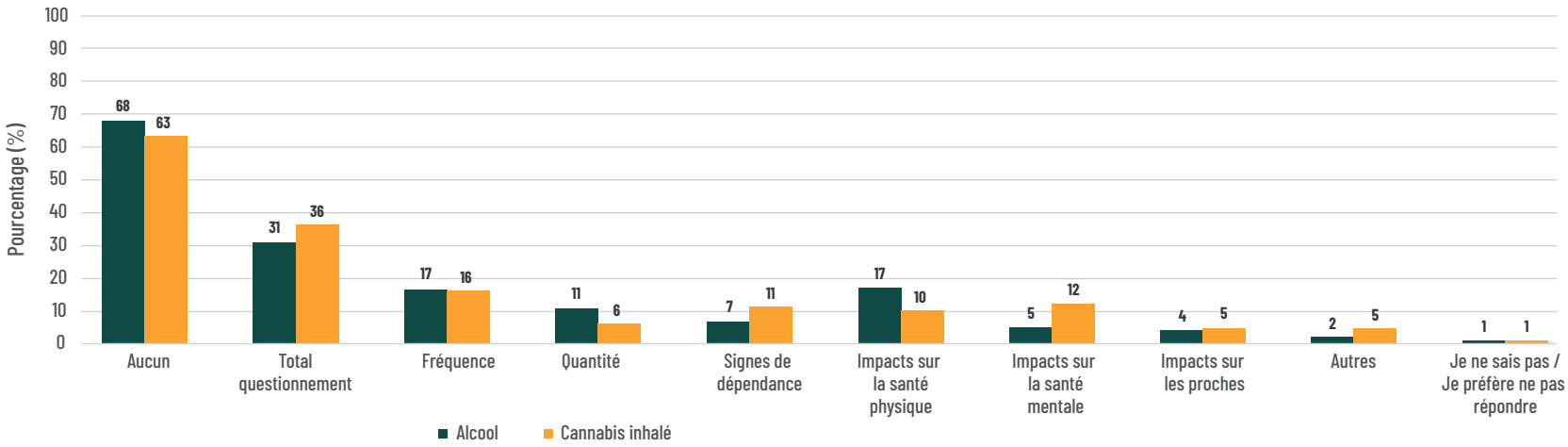
Parmi les personnes ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 31 % indiquent s'être déjà questionnées sur leurs habitudes de consommation. Les préoccupations les plus souvent évoquées sont : boire trop fréquemment (17 %) ou en trop grande quantité (11 %), et les impacts sur la santé physique (17 %). Un peu moins de personnes mentionnent la présence de signes de dépendance (7 %) ou les effets de leur consommation sur leur santé mentale (5 %). Cette dernière préoccupation est davantage rapportée par les personnes en emploi (10 %) que par les personnes retraitées (2 %). Enfin, 4 % des personnes répondantes disent s'être interrogées sur les impacts de leur consommation sur leurs proches.

En revanche, 68 % n'ont jamais remis en question leur consommation. Cette proportion atteint 83 % chez les 75-84 ans, 66 % chez les 50-64 ans et 65 % chez les 65-74 ans. Ces différences pourraient être liées au contexte sociétal dans lequel les personnes plus âgées ont grandi, à une époque où les impacts de l'alcool sur la santé étaient moins connus [130] ce qui a possiblement limité la sensibilisation à ses effets et favorisé une certaine banalisation de sa consommation [131].

Cannabis

Plus du tiers (36 %) des personnes ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois indiquent s'être déjà questionnées sur leurs habitudes de consommation. C'est particulièrement le cas pour les personnes âgées de 50 à 64 ans (42 %, contre 27 % ou moins chez les 65-84 ans) et celles toujours en emploi (44 %, contre 31 % chez les personnes retraitées). La moyenne d'âge de la prise de retraite au Québec étant de 64,7 ans en 2023 [74], ces résultats peuvent laisser supposer que les individus plus jeunes de l'échantillon, possiblement encore sur le marché du travail, pourraient être davantage exposés à des messages de sensibilisation sur le cannabis dans leur milieu professionnel [132]. Les responsabilités professionnelles pourraient également les amener à porter une attention accrue aux impacts de la consommation sur leurs obligations quotidiennes [133].

Graphique 13 : questionnements liés à la consommation d'alcool et de cannabis chez les personnes âgées de 50 ans en ayant consommé au cours des 12 derniers mois (% pondéré) [42] [43]



Les préoccupations les plus fréquentes sont : consommer trop fréquemment (16 %) et les impacts sur la santé mentale (12 %). Une personne sur dix s'est déjà questionnée sur la présence de signes de dépendance (11 %) ou s'est interrogée sur les effets de sa consommation sur sa santé physique (10 %). 6 % ont déclaré s'être interrogés sur la quantité consommée, tandis que 5 % ont rapporté s'être questionné sur les impacts de leur consommation sur leurs proches.

Enfin, 63 % ont affirmé ne s'être jamais questionnées sur leur consommation. Cette proportion est plus élevée chez les personnes âgées de 75 à 84 ans (79 %, contre 58 % chez les 50-64 ans et 71 % chez les 65-74 ans).

Des préoccupations qui varient selon la substance

Un nombre comparable de personnes qui consomment de cannabis et d'alcool se questionnent sur leurs habitudes de consommation. Pour les deux substances, les personnes âgées de 75 à 84 ans le font moins souvent. La fréquence de consommation est une préoccupation commune, mais les autres enjeux diffèrent selon la substance : la santé physique est plus souvent évoquée avec l'alcool, tandis que la santé mentale ressort davantage pour le cannabis.

Les sources d'information consultées

Les questionnements recensés dans le sondage couvrent un large éventail. Certains portent sur une recherche d'information factuelle, comme les impacts possibles de la consommation sur la santé, tandis que d'autres portent sur des aspects pouvant être perçus comme préoccupants ou problématiques, tels que la fréquence et la quantité consommées ou des signes de dépendance. Selon la perception propre à chaque personne répondante, ces questionnements peuvent être considérés comme une recherche d'information ou comme une démarche de recherche d'aide. En conséquence, les sources consultées pour y répondre peuvent varier. Dans le présent rapport, ces démarches sont regroupées sous l'appellation générale de « recherche d'information », tout en reconnaissant que certaines peuvent également s'apparenter à une recherche d'aide.

Une certaine prudence est de mise dans l'interprétation de ces données, puisque toutes les personnes répondantes n'ont pas le même accès à ces sources d'information. Par exemple, certaines peuvent ne pas avoir de réseau familial ou social, vivre en milieux collectifs avec présence de personnel, ou résider de façon autonome sans accès direct à des conseils ou à un accompagnement.

42 Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs réponses. La somme des pourcentages peut dépasser 100 %.

43 « Total questionnement » correspond à la proportion de personnes ayant eu au moins un questionnement concernant leur consommation, peu importe le type. Il ne s'agit pas de la somme des catégories.

Alcool

Parmi les 31 % de personnes se questionnant quant à leur consommation d'alcool, 55 % n'ont entrepris aucune démarche d'information, alors que 45 % ont consulté une ou plusieurs sources d'information, sans différence significative selon le sexe, l'âge, le revenu ou le statut d'occupation.

Ainsi, 15 % se sont tournés vers leurs amies et amis ou leurs proches pour répondre à leur questionnement et 12 % vers leur famille. C'est aussi 12 % qui se sont adressées à des médecins ou des infirmières et infirmiers. Toutefois, aucune personne âgée de 75 à 84 ans ne l'a fait (0 %), contrairement aux groupes plus jeunes (15 % chez les 50-64 ans et 9 % chez les 65-74 ans). Bien que les personnes plus âgées aient généralement davantage recours aux services de santé [134,135], il s'agit ici d'une recherche d'information spécifique à la consommation d'alcool. Dans ce contexte, cette différence pourrait refléter, au moins en partie, une réticence des personnes plus âgées à aborder le sujet avec des prestataires de soins, celui-ci étant possiblement perçu comme privé ou tabou, ou encore la crainte que leur consommation d'alcool à un âge plus avancé entraîne des jugements de valeurs [136].

Enfin, 12 % ont cherché des réponses auprès de sources non-gouvernementales disponibles en ligne. Celles-ci sont moins consultées par les personnes ayant un revenu annuel inférieur à 40 000 $ (0 %, contre 7 % ou plus dans les autres tranches) et par les personnes âgées de 75 à 84 ans (0 %, contre 11 % ou plus chez les plus jeunes). De même, bien que 5 % aient consulté des sites officiels du gouvernement, aucune personne de 75-84 ans ne l'a fait (0 %, contre 5 % chez les 50-74 ans). Ce non-recours à des sources en ligne, qu'elles soient gouvernementales ou non, chez les personnes les plus âgées pourrait s'expliquer par des facteurs générationnels liés aux pratiques numériques [10,137]. Parmi ceux susceptibles d'entrer en jeu figurent : une habitude moins ancrée à consulter Internet pour répondre à des questionnements, un accès limité aux ressources disponibles en ligne et une moindre familiarité avec celles-ci, ou encore une plus grande confiance envers les informations reçues en personne [137–139].

D'autres sources d'information ont également été mentionnées, mais dans une moindre mesure (voir graphique 14). 3 % des personnes se questionnant sur leur consommation se sont tournées vers des pharmaciennes et pharmaciens et 2 % vers d'autres professionnelles et professionnels du réseau de la santé, comme des travailleuses et travailleurs sociaux ou des psychologues. Puisqu'il s'agit d'une recherche d'informations et non d'une demande d'aide, il est probable que les personnes aînées se tournent moins spontanément vers le réseau de la santé pour répondre à leurs interrogations. Enfin, aucune personne n'a rapporté avoir sollicité des lignes d'écoute (0 %), des organismes communautaires (0 %) ou le personnel de leur milieu d'hébergement (0 %).

Cannabis

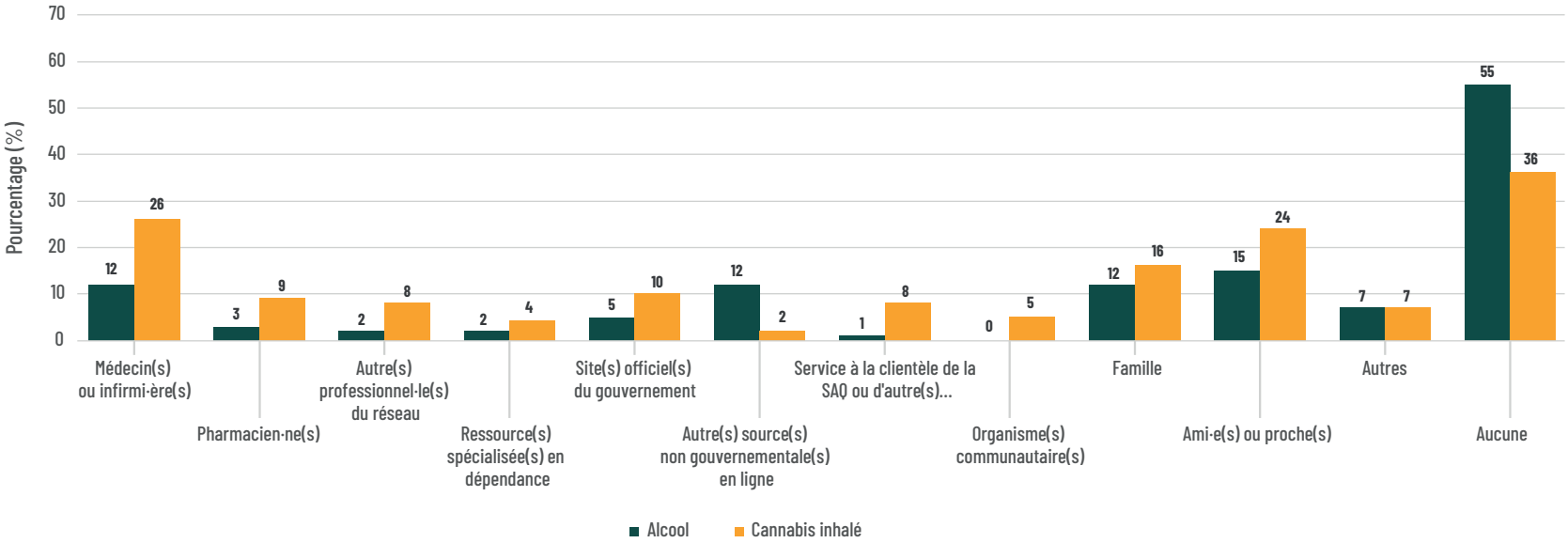
Plus du deux tiers (64 %) des personnes qui se questionnent sur leur consommation de cannabis ont consulté au moins une source d'information pour y répondre. Les hommes (71 %) sont nettement plus nombreux à entreprendre de telles démarches que les femmes (49 %).

Parmi les personnes répondantes s'interrogeant sur leur consommation de cannabis, le groupe des 75-84 ans est le plus enclin à consulter des sources d'informations (100 %, contre 64 % chez les 50-64 ans et 53 % chez les 65-74 ans). Ce résultat pourrait refléter une perception de risques plus élevés associés à la consommation de cannabis à un âge avancé, ce qui motiverait une recherche d'informations [140,141].

Les médecins ainsi que les infirmières et infirmiers représentent la source d'information la plus consultée (26 %), suivis des amies et amis et des proches (24 %), puis de la famille (16 %). Les personnes de 50 à 64 ans recherchent davantage de l'information auprès de leur entourage (amies et amis et proches : 28 % ; famille : 18 %), alors que celles âgées de 75 à 84 ans ne mentionnent ni la famille ni les proches à titre de sources d'informations (0 % dans les deux cas). Ces dernières privilégient plutôt le personnel professionnel de la santé, notamment les médecins ou le personnel infirmier (45 %, contre 25 % ou moins chez les 50-74 ans). Il est intéressant de souligner que, contrairement aux préférences observées des 75-84 ans qui consomment du cannabis, aucune personne du même âge qui consomme de l'alcool ne déclare avoir recherché des informations auprès de ces sources (0 % pour les médecins ou les infirmières et infirmiers).

Le recours aux sites gouvernementaux (10 %) et aux pharmaciennes et pharmaciens (9 %) est également rapporté. D'autres sources, telles que le personnel professionnel du réseau de la santé œuvrant dans les CLSC ou les hôpitaux (p. ex. : travailleuses et travailleurs sociaux, psychologues), ainsi que le personnel de la SQDC, sont toutes deux mentionnées par 8 % des personnes. Contrairement à la SAQ ou à d'autres commerces qui vendent de l'alcool, la SQDC détient un mandat explicitement social, axé sur la sensibilisation et la réduction des méfaits [142]. Sa mission pourrait contribuer à expliquer le recours plus fréquent à son personnel pour répondre à des questionnements. Toutefois, ce personnel est peu ou pas consulté par les personnes âgées de 75 à 84 ans (0 %), comparativement à 6 % des 50-64 ans et 16 % des 65-74 ans.

Graphique 14 : Sources d'information consultées par les personnes âgées de 50 ans et plus ayant consommé du cannabis ou de l'alcool au cours des 12 derniers mois (% pondéré) [44] [45]



Un questionnement comparable, des démarches qui divergent

Si une proportion comparable de personnes âgées de 50 ans et plus se questionnent sur leur consommation de cannabis et d'alcool, celles qui consomment du cannabis consultent plus fréquemment des sources d'information pour répondre à leurs interrogations, et ce, auprès d'un éventail plus diversifié. Elles se tournent davantage vers le personnel professionnel de la santé et des services sociaux et leur entourage. Quant à elles, les personnes qui consomment de l'alcool privilégient aussi les proches, mais dans une moindre mesure. Les sites non gouvernementaux sont plus souvent mentionnés par ces dernières. Les organismes communautaires, les ressources en dépendance et les lignes d'écoute demeurent peu utilisés, peu importe la substance. Ces résultats témoignent, entre autres, de la nécessité de mieux faire connaître ces ressources, en revoyant les canaux d'information et les moyens d'orientation afin de favoriser leur accessibilité et leur utilisation.

À l'instar de l'alcool, les organismes communautaires (5 %) et les ressources spécialisées en dépendance (4 %) demeurent peu consultés (*voir graphique 14*), et aucune personne n'a rapporté avoir consulté des lignes d'écoute (0 %) ou le personnel de son milieu d'hébergement (0 %). Dans un contexte de recherche d'information et non de demande d'aide, il est probable que les personnes aînées ne perçoivent pas spontanément ces ressources comme des lieux où s'informer, mais plutôt comme des points de référence lorsqu'un besoin de soutien se fait sentir. L'absence de recours au personnel des milieux d'hébergement pour s'informer, autant chez les personnes qui consomment du cannabis que de l'alcool, pourrait s'expliquer, au moins en partie, par le faible nombre de personnes répondantes résidant en milieu collectif.

44 Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs réponses. La somme des pourcentages peut dépasser 100 %.

45 Les sources d'information suivantes ne figurent pas dans le graphique, car elles n'ont obtenu aucun pourcentage de réponses, ni pour le cannabis ni pour l'alcool : « Personnel du milieu d'hébergement », « Lignes d'écoute » et « Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre ».

Conversations sur la consommation initiées par les ressources

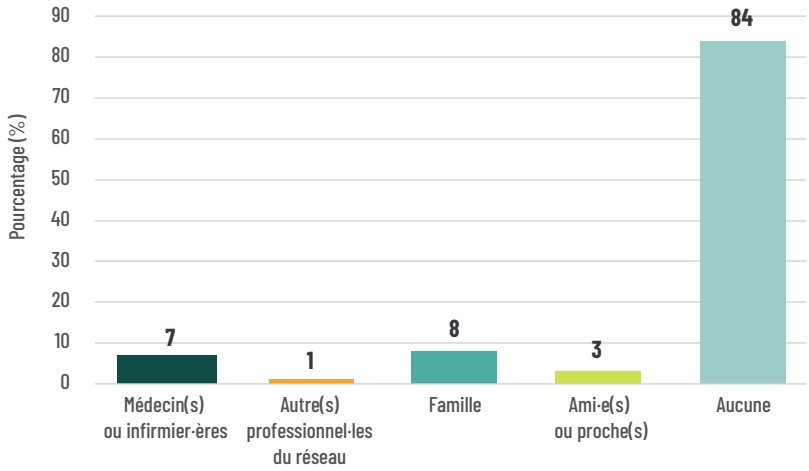
Les personnes âgées de 50 ans et plus peuvent être interpellées à propos de leur consommation par diverses ressources ou membres de leur entourage. La probabilité que cela se produise dépend du contexte de vie, des habitudes et du réseau social de chaque personne répondante. Par exemple, une personne peut voir régulièrement sa pharmacienne ou son pharmacien, mais ne jamais fréquenter un organisme communautaire, ce qui influence les proportions observées.

Alcool

84 % des personnes répondantes qui consomment de l'alcool ont indiqué qu'aucune personne ni ressource n'a abordé leur consommation d'alcool avec elles. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (90 %, contre 78 % des hommes). Cette différence pourrait s'expliquer, au moins en partie, par des perceptions sociales selon lesquelles la consommation d'alcool est traditionnellement associée à la masculinité, tandis que les femmes — et particulièrement les femmes âgées — en consomment moins ou en ont davantage le contrôle [143,144]. Ce double standard, à l'intersection du genre et de l'âge, pourrait renforcer une invisibilisation de la consommation des femmes, amenant l'entourage et le personnel professionnel de la santé à moins aborder ce sujet avec elles [145,146].

Aucune des personnes répondantes n'indique qu'une pharmacienne ou un pharmacien a abordé leur consommation d'alcool avec elles.

Graphique 15 : Ressources ayant abordé la consommation d'alcool auprès de personnes âgées de 50 ans et plus (% pondéré) [46] [47]



Parmi les 16 % ayant indiqué qu'une discussion à ce sujet a été amorcée par autrui, la famille constitue la principale source (8 %), surtout chez les hommes (13 % contre 4 % chez les femmes). Les médecins et les infirmières et infirmiers sont mentionnés par 7 % des personnes répondantes, tandis que les amies et amis ou autres proches le sont par 3 %. Aucune personne âgée de 75 à 84 ans n'indique que des amies, amis ou autres proches ont abordé la question avec elles (0 %), contre 4 % chez les 50 à 64 ans et 2 % chez les 65 à 74 ans. Cela pourrait refléter des cercles sociaux plus restreints avec l'avancée en âge [147], ou réticence de la part de l'entourage à aborder le sujet, par inconfort ou par crainte de paraître infantilisant [143]. Ces résultats pourraient également être liés à des préjugés, qu'ils soient implicites ou explicites, conduisant à sous-estimer ou minimiser la consommation d'alcool chez les personnes plus âgées [148].

De manière surprenante, seulement 1 % des personnes répondantes mentionnent que d'autres membres du réseau de la santé œuvrant dans les CLSC ou les hôpitaux (p. ex. : travailleuses et travailleurs sociaux, psychologues) ont initié une discussion sur leur consommation d'alcool. Aucune n'indique le service à la clientèle de la SAQ (0 %), des organismes communautaires (0 %), le personnel de leur milieu d'hébergement (0 %) ou leur pharmacienne ou pharmacien (0 %) ont abordé ce sujet.

46 Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs réponses. La somme des pourcentages peut dépasser 100 %.

47 Les sources suivantes ne figurent pas dans le graphique, car elles n'ont obtenu aucun pourcentage de réponses : « Pharmaciennes et pharmaciens », « Service à la clientèle de la SAQ ou d'autres commerçants », « Personnel du milieu d'hébergement », « Organismes communautaires » et « Autres ».

L'absence de conversations initiées par le personnel de la SAQ n'est pas étonnante si l'on considère son mandat. La SAQ a principalement une mission commerciale centrée sur la vente d'alcool, avec peu ou pas de formation ni d'obligation en matière de prévention auprès de sa clientèle [45]. Cela contraste avec le mandat de la SQDC, qui inclut un volet social englobant la prévention, l'éducation et la formation du personnel à la sensibilisation aux risques liés à la consommation de cannabis [142]. Le manque de références au personnel des milieux d'hébergement peut s'expliquer par le faible nombre de personnes vivant en milieux collectifs dans l'échantillon. En revanche, l'absence de discussions initiées par les pharmaciennes et pharmaciens étonne davantage, compte tenu de leur rôle de première ligne dans le réseau de la santé [149,150], de leurs contacts réguliers avec la patientèle [151] et des nombreuses contre-indications entre l'alcool et certains médicaments [152].

Le faible taux de discussions amorcées par l'entourage ou le personnel professionnel du réseau de la santé et des services sociaux pourrait refléter un manque de sensibilisation et de formation sur la consommation de substances psychoactives chez les personnes aînées [153], une absence de balises claires pour aborder le sujet avec ce public [153], et, plus largement, une banalisation de l'alcool dans la société [63].

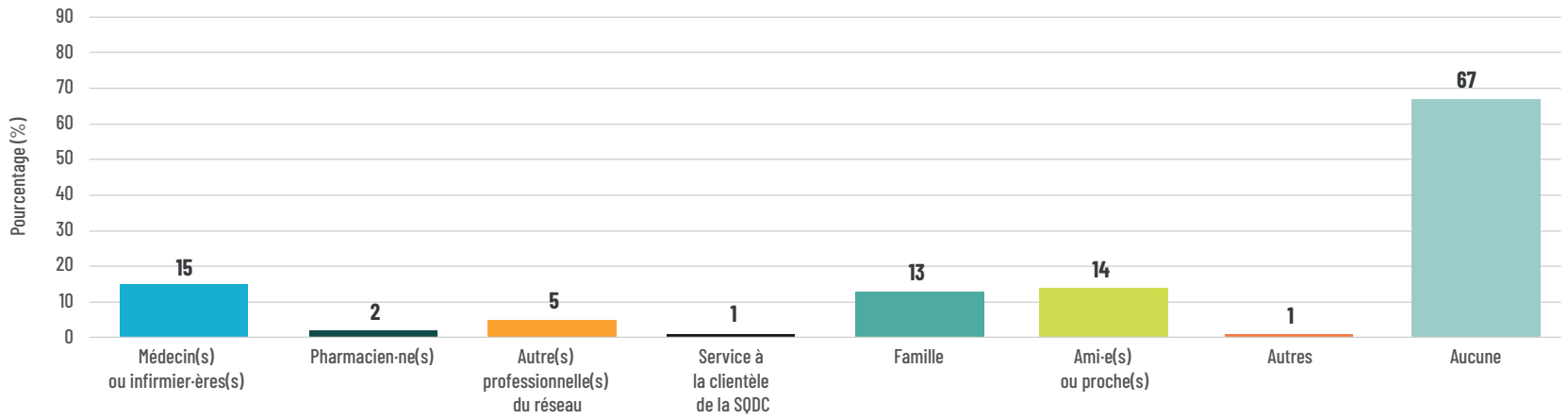
Cannabis

Deux personnes sur trois (67 %) ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois rapportent qu'aucune personne ou ressource n'a abordé leur consommation avec elles.

Parmi les 33 % ayant indiqué qu'au moins une personne ou ressource a amorcé une discussion à ce sujet, les amies et amis ainsi que les proches (14 %) et la famille (13 %) figurent parmi les sources les plus fréquemment mentionnées. Les amies, amis et les proches sont plus souvent nommés par les 50-64 ans (17 %) que par les 65-74 ans (5 %) et les 75-84 ans (12 %). C'est aussi le cas chez les personnes sur le marché de l'emploi (19 %) comparativement aux personnes retraitées (10 %). Ces résultats pourraient refléter un cercle social plus élargi chez ces groupes [154]. La famille est, quant à elle, davantage citée par les hommes (17 %) que par les femmes (4 %).

Les médecins ainsi que le personnel infirmier sont les plus souvent cités (15 %), alors que les pharmaciennes, pharmaciens et les autres intervenantes et intervenants du réseau (p. ex. : travailleuses et travailleurs sociaux, psychologues) le sont beaucoup moins (respectivement 2 % et 5 %). Ces dernières et derniers sont particulièrement peu rapportés par les 65-74 ans (0 %), comparativement aux 50-64 ans (7 %) et aux 75-84 ans (8 %). Bien

Graphique 16 : Ressources ayant abordé la consommation de cannabis auprès de personnes âgées de 50 ans et plus (% pondéré) [48] [49]



48 Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs réponses. La somme des pourcentages peut dépasser 100 %.

49 Les sources suivantes ne figurent pas dans le tableau, car elles n'ont obtenu aucun pourcentage de réponses : « Personnel du milieu d'hébergement » et « Organismes communautaires ».

que le sujet puisse être évoqué dans un cadre médical, il reste peu discuté, ce qui pourrait être dû à un manque d'intérêt, de connaissances, de repères cliniques ou de formation chez les prestataires de soins concernant la consommation de cannabis chez les personnes âgées [155,156]. Cette faible fréquence de discussion pourrait aussi s'expliquer par le fait que les personnes aînées représentent le groupe où la consommation de cannabis est la moins répandue au Québec [22,43], et que toutes les personnes sondées n'ont pas nécessairement de contact avec ces différents prestataires de soins.

Le personnel de la SQDC est également rarement mentionné (1 %). Bien que la SQDC joue un rôle de prévention par le biais de sensibilisation et l'éducation de la clientèle et forme son personnel à ces fins [142,157], les interventions auprès des personnes répondantes semblent se limiter à des réponses sur demande, plutôt qu'à des démarches proactives. Rappelons que son mandat n'inclut pas les conseils médicaux ni des recommandations personnalisées en matière de santé. Le personnel est tenu d'orienter la clientèle vers le personnel professionnel compétent le cas échéant [142]. Par ailleurs, le fait que des personnes répondantes s'approvisionnent auprès d'autres sources, comme le marché non régulé, contribue probablement à ce résultat.

Enfin, aucune personne n'a mentionné avoir été interpellée par le personnel d'organismes communautaires (0 %) ou de son milieu d'hébergement (0 %). Ce faible recours pourrait s'expliquer, encore une fois, par une faible fréquentation de ces milieux par les personnes de l'échantillon, ou par le fait que ces ressources ne rejoignent pas cette population. Par ailleurs, une réticence de ces ressources à aborder le sujet pourrait également jouer un rôle, résultant possiblement d'un manque de directives claires ou, au contraire, de balises strictes, d'interdictions explicites ou d'une désapprobation manifeste concernant la consommation des personnes aînées dans ces environnements [60].

Des discussions rares, particulièrement en contexte professionnel

La majorité des personnes âgées de 50 ans et plus ayant consommé du cannabis ou de l'alcool au cours de la dernière année rapportent que leur consommation n'a été abordée par aucune personne ou ressource. Lorsqu'elles ont lieu, ces conversations sont davantage initiées par le cercle social immédiat que par le réseau professionnel. Cette situation pourrait refléter un manque de formation et de sensibilisation à la consommation de substances psychoactives chez les personnes aînées [155,156], ainsi qu'une absence de balises claires — ou l'existence de balises restrictives — influençant la capacité et l'aisance à aborder ce thème avec cette population [60].

La consommation de cannabis semble toutefois être évoquée un peu plus souvent, ce qui pourrait refléter le statut récent de sa légalisation [111], ayant possiblement suscité davantage de questionnements et de discussions dans les cercles sociaux et avec les prestataires de soins, ainsi qu'une plus grande vigilance à son égard, et, à l'inverse, la normalisation, voire une certaine banalisation, de la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 50 ans et plus [22,63].

Conclusion

Ce sondage offre un éclairage inédit sur les habitudes de consommation de cannabis et d'alcool chez les personnes âgées de 50 ans et plus au Québec. Il met en évidence non seulement la diversité des comportements et des motivations, mais aussi la variété des contextes dans lesquels s'inscrivent ces pratiques. Loin de l'image homogène que l'on associe parfois aux générations plus âgées, les résultats révèlent des parcours et des représentations multiples, où se côtoient normalisation, questionnements, inquiétudes et zones de méconnaissance.

Bien que l'analyse repose principalement sur une approche descriptive, cette étape demeure incontournable. Elle permet de brosser un portrait global et nuancé, qui servira de fondement à des recherches plus approfondies. Celles-ci pourront explorer, entre autres, les liens entre les habitudes de consommation et différents déterminants sociaux, les trajectoires de vie, la santé physique et mentale, ou encore le rôle des réseaux sociaux et familiaux.

Les résultats soulignent l'ancrage social de l'alcool dans la vie des personnes aînées. Sa consommation apparaît comme largement normalisée, tant sur le plan des représentations que des pratiques. Cette normalisation ne signifie toutefois pas l'absence de conscience des risques. Plusieurs personnes participantes démontrent une connaissance des effets et conséquences possibles, traduisant une sensibilisation aux enjeux liés à l'alcool. En comparaison, les connaissances sur les impacts du cannabis restent limitées et ses usages sont plus souvent associés à des comportements jugés risqués. Ces différences s'expliquent en partie par le contraste entre une longue tradition culturelle de consommation d'alcool et la légalisation beaucoup plus récente du cannabis, qui s'accompagne d'une visibilité médiatique et sociale encore inégale.

Un autre constat majeur concerne le rapport aux questionnements et à l'information. Si la majorité des personnes répondantes tend à peu s'interroger sur leurs pratiques, celles qui utilisent le cannabis expriment néanmoins davantage de préoccupations à ce sujet. Pourtant, même lorsqu'il existe des interrogations, peu de démarches actives sont entreprises pour obtenir de l'information ou du soutien. Cette situation suggère un double enjeu : d'une part, l'existence d'un accès limité à des ressources adaptées aux besoins des personnes aînées ; d'autre part, une hésitation à aborder ouvertement ces préoccupations dans leur entourage ou auprès du personnel professionnel de la santé et des services sociaux.

Le sondage met également en évidence plusieurs angles morts. Les milieux de soins et de vie, tout comme des services de première ligne, semblent accorder peu d'attention à la consommation de substances chez les personnes de 50 ans et plus. Par ailleurs, des expériences de stigmatisation sont rapportées, particulièrement chez celles qui consomment du cannabis, ce qui peut accentuer le silence et la réticence à demander du soutien. Enfin, des inégalités d'accès à l'information et aux ressources semblent se dessiner, en fonction de l'âge, du genre, du revenu ou du statut d'occupation.

Ces constats appellent à une réflexion collective sur la manière d'intégrer les enjeux liés à la consommation dans une perspective de vieillissement. Ils rappellent que les pratiques, expériences et représentations des personnes aînées sont loin d'être monolithiques et exigent des approches différenciées. Le développement de stratégies de sensibilisation, de soutien et d'accompagnement adaptées à la réalité des personnes de 50 ans et plus est essentiel. Ces stratégies doivent inclure leurs proches, leurs milieux de vie ainsi que les professionnelles et professionnels appelés à les accompagner, afin d'assurer une compréhension commune et cohérente des enjeux.

En définitive, ce sondage met en lumière la nécessité d'outiller les divers acteurs concernés pour mieux comprendre et répondre aux besoins spécifiques des personnes aînées en matière de consommation de cannabis et d'alcool. Il ouvre ainsi la voie à une reconnaissance plus fine et à des interventions mieux adaptées, dans une perspective de santé publique inclusive et sensible au vieillissement.

RÉFÉRENCES

1. Menecier P, Menecier-Ossia L, Fernandez L, et al. (2020) Conduites addictives du sujet âgé. *Rev Gériatrie* 45: 589–602.
2. Léger (2022) Frequently asked questions about working with the Leger Opinion team.
3. Léger (s.d.) Foire Aux Questions - LEO. Available from: http://www.legeropinion.com/fr/questions-frequentes/.
4. Léger (s.d.) Services Léger Opinion. Available from: https://leger360.com/fr/leger-opinion/.
5. Instituts de recherche en santé du Canada (2014) Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? Available from: https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html.
6. Andrea Eidinger (2020) Encyclopédie Canadienne, Identité de genre. Available from: https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/identite-de-genre.
7. Assemblée nationale du Québec (s.d.) Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.
8. Institut de la statistique du Québec (2024) Effectifs et proportions de différents groupes d'âge. Available from: https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/population/effectifs-proportions-groupes-age.
9. Poussart B, Julien D (2023) Portrait des personnes aînées au Québec, Institut de la statistique du Québec.
10. Institut de la statistique du Québec (2024) Utilisation d'Internet à des fins personnelles. Available from: https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/mode-vie/utilisation-internet-fins-personnelles.
11. Gouvernement du Canada (2019) Évolution de l'utilisation d'Internet chez les aînés canadiens. Available from: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2019015-fra.htm.
12. Snell KDM (2017) The rise of living alone and loneliness in history. Soc Hist 42: 2–28.
13. Gutkind S, Gorfinkel LR, Hasin DS (2022) Prospective Effects of Loneliness on Frequency of Alcohol and Marijuana Use. *Addict Behav* 124: 107115.
14. Czeisler MÉ, Drane A, Winnay SS, et al. (2021) Mental health, substance use, and suicidal ideation among unpaid caregivers of adults in the United States during the COVID-19 pandemic: Relationships to age, race/ethnicity, employment, and caregiver intensity. J *Affect Disord* 295: 1259–1268.
15. Timko C, Lor MC, Rossi F, et al. (2022) Caregivers of people with substance use or mental health disorders in the US. *Subst Abuse* 43: 1268–1276.
16. Dessureault M, Morel A-M, Roy S (2022) L'alcool au Québec: une consommation soutenue par une norme sociale favorable, Association pour la santé publique du Québec.
17. Agence de la santé publique du Canada (2022) Guide d'évaluation pour appuyer les interventions communautaires visant à prévenir les méfaits liés à la consommastion de substances chez les jeunes, Gouvernement du Canada.
18. Institut national de santé publique du Québec Alcool : substance psychoactive. Available from: https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-effets-psychoactifs.
19. Institut national de santé publique du Québec (2017) (s.d.) Cannabis : effets psychoactifs. Available from: https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/cannabis/cannabis-effets-psychoactifs.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2022) Loi de l'effet. Available from: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-804-01F.pdf.
21. World Health Organization (2024) Alcohol. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol.
22. Institut de la statistique du Québec (2023) Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021.
23. Spini D, Ehsan A (2020) Événements critiques de la vie et comportements à risque liés à la santé à l'âge adulte : une revue narrative de la littérature, Institut des Sciences Sociales et Centre Suisse de Compétences en Recherche sur les Parcours de Vie et les Vulnérabilités (Centre LIVES).
24. Canada S (2021) Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Available from: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/alcool/directives-consommation-alcool-faible-risque-canada.html.
25. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2023) Unité standard de THC et son intérêt pour la recherche sur le cannabis, la sensibilisation du public et la réglementation au Canada.
26. Gabrys R, Wood S (2024) Une unité standard de THC au Canada : recommandations pour la mise en oeuvre, Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
27. Hammond D, Goodman S (2022) Knowledge of Tetrahydrocannabinol and Cannabidiol Levels Among Cannabis Consumers in the United States and Canada. *Cannabis Cannabinoid Res* 7: 345–354.
28. Simei JLQ, Souza JDR, Pedrazzi JF, et al. (2024) Research and Clinical Practice Involving the Use of Cannabis Products, with Emphasis on Cannabidiol: A Narrative Review. *Pharmaceuticals* 17: 1644.
29. Narrative Research (2023) Consommation de cannabis chez les personnes âgées au Canada : exploration des perspectives et des expériences à la suite de la légalisation du cannabis, Santé Canada.
30. Institut de la statistique du Québec (2022) Enquête québécoise sur le cannabis 2021 : La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois. Portrait et évolution de 2018 à 2021.
31. Conus F, Davison A (2024) Enquête québécoise sur le cannabis 2023, Institut de la statistique du Québec.
32. Drouin S, Kaur N, Rizkallah É, et al. Association entre la source d'approvisionnement et les marqueurs de vulnérabilité aux méfaits du cannabis: une étude transversale.
33. Justine Renard (2020) Dissipier la fumée entourant le cannabis, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
34. Institut de la statistique du Québec (2025) Enquête québécoise sur le cannabis 2024 : survol des principaux résultats. Available from: https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2024-survol-des-principaux-resultats.
35. Kamwa Nge A, Chassagneux L, Giguère K (2025) Effets du prix du cannabis sur sa consommation, Institut national de santé publique du Québec.
36. Société québécoise du cannabis (s.d.) Comment fumer du cannabis avec une pipe à eau. Available from: https://www.sqdc.ca/fr-CA/connaitre-le-cannabis/modes-de-consommation/comment-fumer-du-cannabis-avec-une-pipe-a-eau.
37. Gouvernement du Québec (2024) Loi encadrant le cannabis. Available from: https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/cannabis/encadrement-cannabis-quebec/loi-encadrant-cannabis.
38. Lasnier B, Tremblay M (2022) Le vapotage chez les Québécois : données de l'Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage 2020, Institut national de santé publique du Québec.
39. Institut national de santé publique du Québec (2022) Vapotage de nicotine et de cannabis : identifier et comprendre les risques pour la santé. Available from: https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/cannabis/vapotage.
40. Morissette N (2024) Des produits de vapotage de cannabis sur les rayons. *La Presse*.

41. Santé Canada (2020) Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque. Available from: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/ressources/recommendations-usage-cannabis-moindre-risque.html.

42. Société québécoise du cannabis (2024) Produits. Available from: https://www.sqdc.ca/fr-CA/Rechercher

43. Conus F, Gonzalez-Sicilia D (2025) Enquête québécoise sur le cannabis 2024, Institut de la statistique du Québec.

44. Fournier A, Brisson J, Marchand A (2025) Les méthodes de consommation du cannabis, Institut national de santé publique du Québec.

45. Assemblée nationale du Québec (s.d.) Loi sur la Société des alcools du Québec.

46. Pacheco K, Reynolds J, Renard J (2024) Comprendre l'usage de cannabis au Canada : ce que nous avons entendu des consommateurs fréquents de cannabis, Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

47. Dahlke S, Butler JI, Hunter KF, et al. (2024) The Effects of Stigma: Older Persons and Medicinal Cannabis. *Qual Health Res* 10497323241227419.

48. Gouvernement du Canada (2022) Federal Disability Report 2011 - Section 1: Defining seniors with disabilities. Available from: https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/disability/arc/federal-report2011/section1.html.

49. Gauthier A, Gervais M-J (2023) Exploration de mesures pour favoriser la mobilité des personnes aînées. Institut de la statistique du Québec.

50. Institut de la statistique du Québec (2024) Permis de conduire. Available from: https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/mode-vie/permis-conduire.

51. Winfield-Ward L, Hammond D (2024) Social Norms for Cannabis Use After Nonmedical Legalization in Canada. *Am J Prev Med* 66: 809–818.

52. La Grande interaction pour rompre avec l'âgisme (s.d.) L'âgisme envers soi-même. Available from: https://rompreaveclagisme.ca/lagisme-envers-soi-meme%e2%80%8b/.

53. Sahil S, Maltais M, Gagné D (2024) Représentations des personnes vieillissantes et du vieillissement dans les médias écrits d'information, Institut national de santé publique du Québec.

54. Société québécoise du cannabis (s.d.) Livraison de cannabis partout au Québec. Available from: https://www.sqdc.ca/fr-CA/a-propos/information-sur-les-achats/livraison-express.

55. Société des alcools du Québec (s.d.) Informations utiles. Available from: https://www.saq.com/fr/informations-utiles.

56. Société québécoise du cannabis (2025) Rapport annuel 2025.

57. Société des alcools du Québec (2025) Rapport annuel 2025.

58. Société des alcools du Québec (s.d.) Histoire. Available from: https://www.saq.com/fr/histoire.

59. Assemblée nationale du Québec (s.d.) Loi encadrant le cannabis (C-5.3).

60. Beaujoin C, Bergeron-Longpré M, Bleau L-P, et al. (2023) Consommation de substances psychoactives chez les résident(e)s fréquentant des milieux d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées en perte d'autonomie : une revue de la portée sur les pratiques d'intervention. *Santé Ment Au Qué* 48: 257–294.

61. Balneaves LG, Alraja AA, Thompson G, et al. (2024) Cannabis use in a Canadian long-term care facility: a case study. *BMC Geriatr* 24: 467.

62. Éducaloi (2021) Pique-niques au parc : qu'ai-je le droit de faire? Available from: https://educaloi.qc.ca/actualites-juridiques/pique-niques-au-parc-quai-je-le-droit-de-faire/.

63. Ruel L (2025) État des lieux sur la banalisation de l'alcool au Québec, Association pour la santé publique du Québec.

64. Gilson MS, Cadigan JM, Fleming CB, et al. (2022) Young adult birthday celebrations as windows of risk for alcohol and cannabis use: 21st birthdays compared to other young adult birthdays. *Psychol Addict Behav* 36: 798–803.

65. Institut national de santé publique du Québec (s.d.) Est-ce que la consommation d'alcool est plus dangereuse que la consommation de cannabis? Available from: https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/est-que-consommation-d-alcool-est-plus-dangereuse-que-consommation-cannabis.

66. Gosselin E, Simard M, Dubé M, et al. (2020) Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois entre 2000 et 2016, Institut national de santé publique du Québec.

67. Lowe L, Fearon D, Adenwala A, et al. (2024) L'état de la santé mentale au Canada 2024 : Portrait de la situation en matière de santé mentale, de dépendances et de santé liée à l'utilisation de substances, Toronto (Ontario), Association canadienne pour la santé mentale.

68. Statistique Canada (2015) Rapports sur la santé : Revenu et détresse psychologique : le rôle de l'environnement social : Résultats, Gouvernement du Canada.

69. Stallman HM, Beaudequin D, Hermens DF, et al. (2021) Modelling the relationship between healthy and unhealthy coping strategies to understand overwhelming distress: A Bayesian network approach. *J Affect Disord Rep* 3: 100054.

70. Association des intervenants en dépendance du Québec AIDQ, (s.d.) L'automédication et les troubles concomitants. Available from: https://www.aidq.org/fr/automedication.

71. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN (2014) Treatment use, perceived need, and barriers to seeking treatment for substance abuse and mental health problems among older adults compared to younger adults. Drug Alcohol Depend 145: 113–120.

72. Alkholy R, Lovell K, Bee P, et al. (2022) Barriers and enablers to help-seeking behaviour for mental health reasons among community dwelling older adults with anxiety: Mixed-methods systematic review. J Affect Disord Rep 10: 100440.

73. Société de l'assurance automobile du Québec (2023) Données et statistiques 2022.

74. Institut de la statistique du Québec (2024) Âge à la prise de la retraite. Available from: https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillissement/themes/travail-retraite/age-prise-retraite.

75. Boucher G (2025) En panne de mobilité: les inégalités en matière de transport, Observatoire québécois des inégalités.

76. Thandi MKG, Browne AJ (2019) The social context of substance use among older adults: Implications for nursing practice. *Nurs Open* 6: 1299–1306.

77. Ahad AA, Sanchez-Gonzalez M, Junquera P (2023) Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review. *Cureus* 15.

78. GREŠ A, SPASIĆ N, STAVER D (2025) Loneliness in Retirement. *Medeni Med J* 40: 53–60.

79. Tucker JS, Pollard MS, Green HD (2021) Associations of social capital with binge drinking in a national sample of adults: The importance of neighborhoods and networks. Health Place 69: 102545.

80. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2023) Le vieillissement et l'alcool : repensez votre consommation.

81. Public Health Agency of Canada (2020) Aging and chronic diseases: A profile of Canadian seniors. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/aging-chronic-diseases-profile-canadian-seniors-report.html.

82. Teixidó-Compañó E, Espelt A, Sordo L, et al. (2018) Differences between men and women in substance use: the role of educational level and employment status. Gac Sanit 32: 41–47.

83. Subbaraman MS, Kerr WC (2015) Simultaneous Versus Concurrent Use of Alcohol and Cannabis in the National Alcohol Survey. *Alcohol Clin Exp Res* 39: 872–879.

84. Nachnani R, Knehans A, Neighbors JD, et al. (2024) Systematic review of drug-drug interactions of delta-9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol, and Cannabis. *Front Pharmacol* 15.

85. Caicedo DA, Pérez-Mañá C, Farré M, et al. (2025) An Overview of the Potential for Pharmacokinetic Interactions Between Drugs and Cannabis Products in Humans. *Pharmaceutics* 17: 319.

86. Drogue aide et référence (s.d.) La loi de l'effet. Available from: https://www.aidedrogue.ca/la-loi-de-leffet/.

87. Canham SL, Humphries J, Kupferschmidt AL, et al. (2021) Updated Understanding of the Experiences and Perceptions of Alcohol Use in Later Life. Can *J Aging Rev Can Vieil* 40: 424–435.

88. Baumbusch J, Sloan Yip I (2021) Exploring New Use of Cannabis among Older Adults. *Clin Gerontol* 44: 25–31.

89. Sudhinaraset M, Wigglesworth C, Takeuchi DT (2016) Social and Cultural Contexts of Alcohol Use. *Alcohol Res Curr Rev* 38: 35–45.

90. Sholler DJ, Schoene L, Spindle TR (2020) Therapeutic Efficacy of Cannabidiol (CBD): A Review of the Evidence from Clinical Trials and Human Laboratory Studies. *Curr Addict Rep* 7: 405–412.

91. Spinella TC, Bartholomeusz J, Stewart SH, et al. (2023) Perceptions about THC and CBD effects among adults with and without prior cannabis experience. *Addict Behav* 137: 107508.

92. UNICEF (2021) Social norms : Understanding, leveraging and adressing unwritten rules.

93. Moussaïd M, Kämmer JE, Analytis PP, et al. (2013) Social Influence and the Collective Dynamics of Opinion Formation. *PLoS ONE* 8: e78433.

94. Science Direct (2024) Cultural Influence. Available from: https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/cultural-influence.

95. Happer C, Philo G (2013) The Role of the Media in the Construction of Public Belief and Social Change. *J Soc Polit Psychol* 1: 321–336.

96. Doggett A, Belisario KL, McDonald AJ, et al. (2025) Changes in cannabis attitudes and perceptions in the five years following recreational legalization in Canada: Findings from an observational cohort study of community adults. *Int J Drug Policy* 140: 104782.

97. EBSCO Research (2021) EBSCO, Sociology and the Law, 2021. Available from: https://www.ebsco.com.

98. Leclair V, Bergeron C, April N, et al. (2020) Les croyances entourant la consommation d'alcool dans la population générale : une étude de portée. *Drogue Santé Société* 18: 1–38.

99. Harrison ME, Kanbur N, Canton K, et al. (2024) Adolescents' Cannabis Knowledge and Risk Perception: A Systematic Review. *J Adolesc Health* 74: 402–440.

100. Rowe EC, Donnan JR, Drakes DH, et al. (2024) A Cannabis Crossroads: The Impact of Risk Interpretation on Cannabis-Related Behaviors Among Canadian Youth. *J Adolesc Res* 07435584241280274.

101. Vriens E, Andrighetto G (2025) Why social norms may fail us when we need them most. *Curr Opin Psychol* 62: 101975.

102. Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda, Board on Population Health and Public Health Practice, Health and Medicine Division, et al. (2017) The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research, Washington, D.C., National Academies Press.

103. Sahlem GL, Tomko RL, Sherman BJ, et al. (2018) Impact of cannabis legalization on treatment and research priorities for Cannabis Use Disorder. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl* 30: 216–225.

104. Zwicky R, Jesseman R, Kübler D, et al. (2021) La recherche sur le cannabis à l'ère de la légalisation : ce qui est au programme, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

105. Hallowell G (2013) Prohibition au Canada. *Encycoplédie Can.*

106. Castro FG, Barrera M, Mena LA, et al. (2014) Culture and Alcohol Use: Historical and Sociocultural Themes From 75 Years of Alcohol Research. *J Stud Alcohol Drugs Suppl* 75: 36–49.

107. Agence de la santé publique du Canada (2024) Sondage sur la sensibilisation du public aux méfaits liés à l'alcool 2023. Available from: https://www.canada.ca/en.html.

108. Obadia L (2021) Alcool, cultures et espaces. *Cah D'Outre-Mer Rev Géographie Bordx* LXXIV: 27–43.

109. Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME, et al. (2022) Association of Habitual Alcohol Intake With Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA Netw Open* 5: e223849.

110. Arora M, ElSayed A, Beger B, et al. (2022) The impact of alcohol consumption on cardiovascular health : myths and measures.

111. Tattrie J (2016) Légalisation du cannabis au Canada. *Encycoplédie Can.*

112. Health Canada (2024) Canadian Cannabis Survey 2023: Summary. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2023-summary.html.

113. Fournier A, Marchand A, Brisson J (2025) La plante de cannabis, ses composants et leur rôle sur les effets recherchés, Institut national de santé publique du Québec.

114. Andriamasinoro S, Marchand A, Brisson J (2025) Les effets du cannabis sur la santé physique, mentale et cognitive et à court et à long terme, Institut national de santé publique du Québec.

115. Giguère K, Duplessis N, Kamwa Nge A (2025) Analyse comparative de l'offre et des prix de vente au détail des produits du cannabis au Québec, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, Institut national de santé publique du Québec.

116. Tong W, Hammond D (2025) Knowledge about the health effects of cannabis before and after 'recreational' cannabis legalization in Canada: Findings from the International Cannabis Policy Study, 2018 – 2024.

117. Costes J-M, Wellenstein A (2014) Les campagnes de communication sur les drogues sont-elles efficaces et utiles ? *Psychotropes* 20: 55–78.

118. Coalition canadienne des politiques sur les drogues (s.d.) L'histoire des politiques sur les drogues au Canada. Available from: https://drugpolicy.ca/fr/about/lhistoire-des-politiques-sur-les-drogues-au-canada/.

119. Brochu S, Orsi M (2008) Les substances psychoactives au Canada:Historique de leur criminalisation et développements récents. *Déviance Société* 32: 363–376.

120. Simon A (2021) Maëlle Bazin, Frédéric Lambert, Giuseppina Sapio (dirs), Stigmatiser. Discours médiatiques et normes sociales:Lormont, Éd. Le Bord de l'eau, 2020, 311 pages. *Quest Commun* 39: 509–510.

121. Santé Canada (2018) Stigmatisation de la consommation de drogues. Available from: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html.

122. Santé Canada (2018) Stigmatisation de la consommation de drogues. Available from: https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html.

123. Milan L, Varescon I (2022) Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature. *Psychol Fr* 67: 99–128.

124. Élyse Allard (2024) Radio-Canada, « Maintenant, on a plein de choix » : les jeunes boivent plus de boissons sans alcool. Available from: https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2128785/boissons-sans-alcool-saq-jeunes-gen-z.

125. Le Journal de Montréal (2023) La pause de consommation d'alcool prend plusieurs formes et gagne en popularité chaque année. Available from: https://www.journaldemontreal.com/2023/02/03/la-pause-de-consommation-dalcool-prend-plusieurs-formes-et-gagne-en-popularite-chaque-annee.

126. Rowe EC, Coles ARL, Harris-Lane LM, et al. (2025) Exploring cannabis consumption stigma in Canada with consideration of age and gender differences. *Addict Behav Rep* 21: 100608.

127. Dutta-Bergman MJ (2004) Primary Sources of Health Information: Comparisons in the Domain of Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors. *Health Commun* 16: 273–288.

128. Redmond N (2011) Sources d'information et comportements de santé : quels liens? Équation Nutrition. *Aprifel*.

129. Health Canada (2014) How to talk to a family member or friend about their drug or alcohol use. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/talking-about-drugs/help-friend.html.

130. Steedley S, Thomas J (2024) Cheers to Change: How Gen-Z is Redefining Drinking Culture.

131. Kauppila E, Hellman M (2018) The role of alcohol in baby boomers' biographical accounts. *J Aging Stud* 46: 37–44.

132. Andersen LL (2024) Health Promotion and Chronic Disease Prevention at the Workplace. *Annu Rev Public Health* 45: 337–357.

133. De Sio S, Tittarelli R, Di Martino G, et al. (2020) Alcohol consumption and employment: a cross-sectional study of office workers and unemployed people. *PeerJ* 8: e8774.

134. Statistique Canada (2024) Access to specialized health care services among older Canadians. Available from: https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2024003/article/00002-eng.htm.

135. Laporte A, Nauenberg E, Shen L (2008) Aging, social capital, and health care utilization in Canada. *Health Econ Policy Law* 3: 393–411.

136. Hammarlund R, Crapanzano K, Luce L, et al. (2018) Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Subst Abuse Rehabil* 9: 115–136.

137. Davidson J, Schimmele C (2019) Evolving Internet Use Among Canadian Seniors, Statistique Canada.

138. Chaudhuri S, Le T, White C, et al. (2013) Examining health information-seeking behaviors of older adults. *Comput Inform Nurs CIN* 31: 547–553.

139. Waterworth S, Honey M (2018) On-line health seeking activity of older adults: an integrative review of the literature. *Geriatr Nur (Lond)* 39: 310–317.

140. Bolt J, Movold J, Fenton M, et al. (2025) Cannabis Use and Perceptions of Cannabis Safety, Effectiveness, and Stigma amongst older Canadians: A Cross-Sectional Survey. *Cannabis Albuq NM* 8: 1–17.

141. Bolt J, Movold J, Behm M, et al. (2024) Older Canadians' Perceptions of the Safety, Effectiveness and Accessibility of Cannabis for Medicinal Purposes: A Cross-Sectional Analysis. *Drugs Aging* 41: 329–337.

142. Société québécoise du cannabis (s.d.) Notre mandat et mission. Available from: https://www.sqdc.ca/fr-CA/a-propos/la-sqdc.

143. Bareham BK, Kaner E, Spencer L, et al. (2020) Health and social care providers' perspectives of older people's drinking: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Age Ageing* 49: 453–467.

144. Dare J, Wilkinson C, Traumer L, et al. (2020) "Women of my age tend to drink": the social construction of alcohol use by Australian and Danish women aged 50–70 years. *Sociol Health Illn* 42: 35–49.

145. Centre for Addiction and Mental Health (2022) Alcohol Use: Screening for harmful alcohol use in women. Available from: https://www.camh.ca/en/professionals/treating-conditions-and-disorders/alcohol-use/alcohol-use---screening/au-screening---screening-for-harmful-alcohol-use-in-women.

146. Blow FC, Barry KL (2002) Use and Misuse of Alcohol Among Older Women. *Alcohol Res Health* 26: 308–315.

147. Bruine de Bruin W, Parker AM, Strough J (2020) Age differences in reported social networks and well-being. *Psychol Aging* 35: 159–168.

148. Fernández Castro I, Marcos Martín M, Novo Veleiro I (2024) Alcohol consumption in elderly people. What is the real magnitude of the problem? *Rev Clínica Esp Engl Ed* 224: 537–545.

149. Khaira M, Mathers A, Benny Gerard N, et al. (2020) The Evolving Role and Impact of Integrating Pharmacists into Primary Care Teams: Experience from Ontario, Canada. *Pharm J Pharm Educ Pract* 8: 234.

150. Gogo T (2024) Canadian Pharmacists Association, Strengthening primary care: Elevating the role of pharmacists in Canada's health-care future. Available from: https://www.pharmacists.ca/news-events/news/strengthening-primary-care-elevating-the-role-of-pharmacists-in-canada-s-health-care-future/.

151. Raiche T, Pammett R, Dattani S, et al. (2020) Community pharmacists' evolving role in Canadian primary health care: a vision of harmonization in a patchwork system. *Pharm Pract* 18: 2171.

152. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (s.d.) Alcohol-Medication Interactions: Potentially Dangerous Mixes. Available from: https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/alcohol-medication-interactions-potentially-dangerous-mixes.

153. Conn D, Rabheru K, Checkland C, et al. (2019) Introduction sur les lignes directrices sur les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les personnes âgées de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CSSMPA), Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.

154. Kauppi M, Virtanen M, Pentti J, et al. (2021) Social network ties before and after retirement: a cohort study. *Eur J Ageing* 18: 503–512.

155. Attonito J, Freeman K, Bone MK, et al. Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Medical Cannabis Among Patients and Providers in Florida's Long-Term Care Facilities. *Cureus* 16: e66115.

156. Elbready AW, Warner-Maron I, Glicksman A, et al. (2024) Primary Care Providers' Communication About Medical Cannabis With Older Adults: A Cross-Sectional Survey. *J Prim Care Community Health* 15: 21501319241295922.

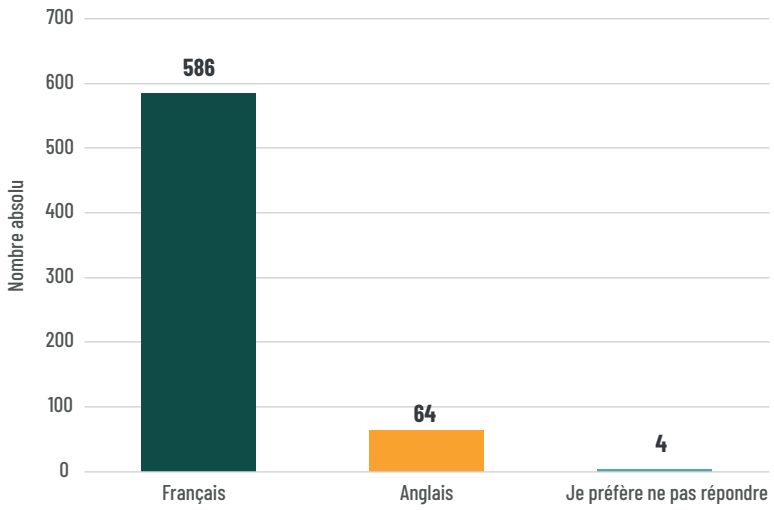
157. Beaudoin F (2024) Plan de responsabilité sociale 2024-2026, Société québécoise du cannabis.

Annexe 1

Caractéristiques sociodémographiques supplémentaires de l'échantillon

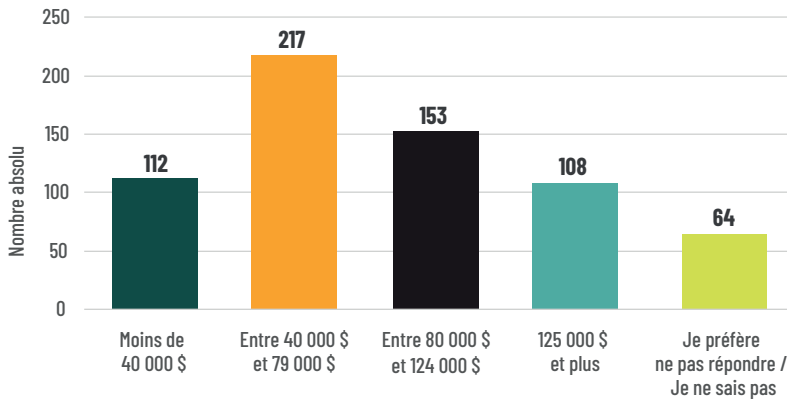
Langue maternelle

Graphique 1 : Répartition des personnes répondantes selon la langue maternelle (n absolu) [50]



Revenu annuel

Graphique 2 : Répartition des personnes répondantes selon le revenu annuel (n absolu) [51]

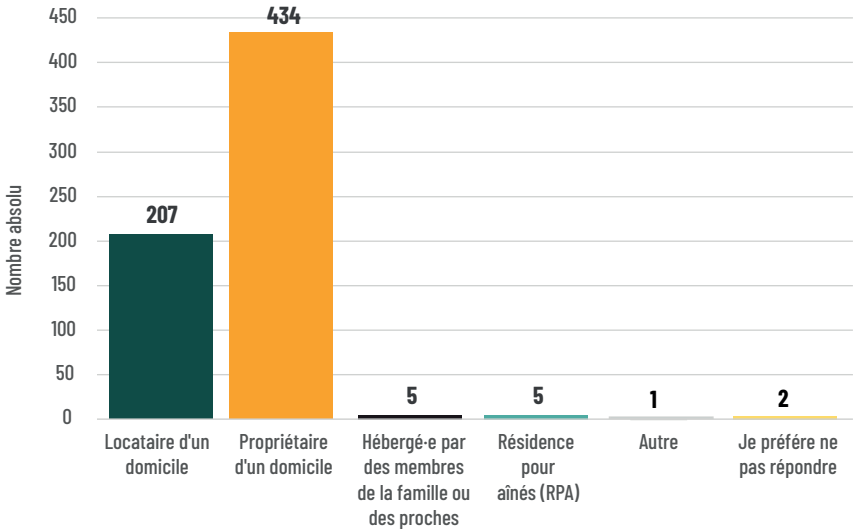


50 Les valeurs présentées correspondent au nombre de personnes répondantes (n) selon la langue maternelle. Aucune pondération n'a été appliquée. Par « langue maternelle », on entend la langue apprise en premier à la maison durant l'enfance et qui est toujours comprise aujourd'hui.

51 Les valeurs présentées correspondent au nombre de personnes répondantes (n) selon le revenu annuel. Aucune pondération n'a été appliquée. Par « revenu annuel », on entend le revenu total avant impôt de tous membres du foyer pour l'année 2023.

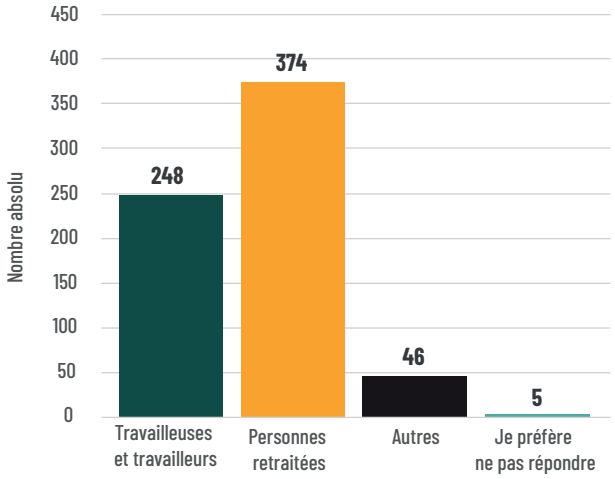
Lieu de résidence

Graphique 3 : Répartition des personnes répondantes selon le lieu de résidence (n absolu) [53]



Statut d'occupation

Graphique 3 : Répartition des personnes répondantes selon le statut d'occupation (n absolu) [52]



52 Les valeurs présentées correspondent au nombre de personnes répondantes (n) selon le statut d'occupation. Aucune pondération n'a été appliquée. Le statut d'occupation « Autres » comprend les personnes étudiantes, au chômage, sur l'aide sociale, proches aidantes, en recherche de travail, bénévoles et déclarées inaptes au travail pour des raisons de santé ou autres. Comme les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs statuts d'occupation, le total des réponses dépasse le nombre total de personnes répondantes (n = 654)

53 Les valeurs présentées correspondent au nombre de personnes répondantes (n) selon le lieu de résidence. Aucune pondération n'a été appliquée. Les catégories « Ressource intermédiaire (milieu de vie attitré par le réseau de la santé et des services sociaux) », « Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) » et « Maisons des aînés » faisaient partie des choix proposés, mais n'ont été sélectionnées par aucune personne répondante. Elles ne figurent donc pas dans le graphique.

Annexe 2

Pratiques de réduction des risques : détails et données complètes

Alcool

TABLEAU 1 : Pratiques de réduction des risques associées à la consommation d'alcool
(Fréquence d'adoption au cours des 12 derniers mois, % pondéré)

Énoncés du questionnaire	Souvent + Parfois	Rarement + Jamais	Ne s'applique pas	Je préfère ne pas répondre
J'ai mangé avant et/ou pendant que je consommais de l'alcool pour réduire les risques associés à sa consommation.	72 %	17 %	11 %	0 %
J'ai contrôlé la quantité ou le nombre de verres que je consommais en une occasion.	69 %	18 %	13 %	0 %
J'ai évité de conduire un véhicule après avoir consommé de l'alcool.	66 %	8 %	25 %	0 %
Pour chaque verre d'alcool consommé, j'ai bu de l'eau ou une boisson alcoolisée.	62 %	30 %	8 %	0 %
J'ai prévu la quantité ou le nombre de verres que je consommais en une occasion.	57 %	32 %	11 %	0 %
Je me suis assuré·e qu'une personne était présente avec moi lorsque je consommais de l'alcool.	48 %	29 %	23 %	0 %
J'ai évité de consommer de l'alcool avant de pratiquer une activité physique.	47 %	15 %	38 %	0 %
J'ai évité de consommer d'autres substances simultanément à l'alcool pour éviter des effets indésirables (y compris les médicaments contre-indiqués avec l'alcool).	42 %	14 %	44 %	0 %
Je me suis informé·e sur l'alcool, ses effets et ses risques.	37 %	46 %	17 %	0 %
J'ai évité de consommer de l'alcool lorsque que je vivais des émotions négatives.	33 %	36 %	31 %	0 %
Au besoin, j'ai sollicité le soutien de mon entourage (ex. : ami·es, famille) concernant ma consommation d'alcool.	6 %	63 %	32 %	0 %
Au besoin, j'ai sollicité le soutien de professionnel·les (ex. : pharmacien·ne, médecin, infirmier·e, travailleur·se social·e, psychologue) concernant ma consommation d'alcool.	2 %	66 %	32 %	0 %

Cannabis

TABLEAU 2 : Pratiques de réduction des risques associées à la consommation de cannabis
(Fréquence d'adoption au cours des 12 derniers mois, % pondéré)

Énoncés du questionnaire	Souvent + Parfois	Rarement + Jamais	Ne s'applique pas	Je préfère ne pas répondre
Je me suis procuré·e mon cannabis sur le marché légal afin de connaitre sa composition (ex. : le taux de THC et le taux de CBD).	84 %	10 %	5 %	1 %
J'ai contrôlé la quantité de cannabis que je consommais en une occasion.	78 %	16 %	6 %	0 %
J'ai évité de conduire un véhicule après avoir consommé du cannabis.	67 %	7 %	25 %	0 %
J'ai prévu la quantité de cannabis que je consommais en une occasion.	63 %	27 %	9 %	1 %
Je me suis informé·e sur le cannabis, ses effets et ses risques.	59 %	32 %	9 %	1 %
J'ai évité de consommer d'autres substances simultanément au cannabis pour éviter des effets indésirables (y compris les médicaments prescrits).	53 %	32 %	15 %	0 %
J'ai évité de consommer du cannabis avant de pratiquer une activité physique.	48 %	30 %	22 %	0 %
J'ai mangé avant et/ou pendant que je consommais du cannabis pour réduire les risques associés à sa consommation.	38 %	47 %	14 %	0 %
Je me suis assuré·e qu'une personne était présente avec moi lorsque je consommais.	34 %	55 %	10 %	1 %
J'ai évité de consommer du cannabis lorsque je vivais des émotions négatives.	33 %	44 %	23 %	0 %
Au besoin, j'ai sollicité le soutien de mon entourage (ex. : ami·es, famille) concernant ma consommation de cannabis.	8 %	73 %	18 %	1 %
Au besoin, j'ai sollicité le soutien de de professionnel·les (ex. : pharmacien·ne, médecin, infirmier·e, travailleur·se social·e, psychologue) concernant ma consommation d'alcool.	7 %	76 %	17 %	0 %

Comportements à risque : détails et données complètes

Alcool

TABLEAU 3 : Comportements à risque associés à la consommation d'alcool
(Fréquence d'adoption au cours des 12 derniers mois, % pondéré)[54]

Énoncés du questionnaire	Souvent + Parfois	Rarement + Jamais	Je préfère ne pas
Quand j'ai consommé de l'alcool, j'ai également consommé du cannabis.	0 %	99 %	0 %
Quand j'ai consommé de l'alcool, j'ai également consommé d'autres drogues (excluant le cannabis et les médicaments prescrits).	1 %	99 %	0 %
J'ai causé des torts ou fait usage de violence (physique, verbale ou psychologique, à caractère sexuel) à l'égard d'une autre personne à la suite de ma consommation d'alcool.	1 %	99 %	0 %
J'ai vécu des torts ou de la violence (physique, verbale ou psychologique, à caractère sexuel) à la suite de ma consommation d'alcool.	1 %	99 %	1 %
Je me suis blessé·e ou j'ai chuté après avoir consommé de l'alcool.	1 %	99 %	0 %
J'ai moins mangé avant de boire de l'alcool pour ressentir davantage les effets.	3 %	97 %	0 %
J'ai eu l'impression de perdre le contrôle de ma consommation d'alcool (ex. : avoir consommé une plus grande quantité que prévu, avoir ressenti le besoin de boire même lorsque je n'en avais pas envie, avoir de la difficulté à gérer mes responsabilités ou mes engagements à cause de ma consommation, etc.).	4 %	95 %	0 %
J'ai conduit un véhicule après avoir consommé 2 verres ou plus d'alcool dans les 2 heures qui précédaient.	6 %	94 %	0 %
J'ai consommé une grande quantité d'alcool en une même occasion (plus de 4 verres pour une femmes ou 5 verres pour un homme).	15 %	85 %	0 %
J'ai consommé de l'alcool et des médicaments prescrits dans la même journée.	20 %	80 %	0 %

54 Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

Cannabis

TABLEAU 4 : Comportements à risque associés à la consommation de cannabis
(Fréquence d'adoption au cours des 12 derniers mois, % pondéré)[55]

Énoncés du questionnaire	Souvent + Parfois	Rarement + Jamais	Je préfère ne pas répondre
J'ai vécu des torts ou de la violence (physique, verbale ou psychologique, à caractère sexuel) à la suite de ma consommation de cannabis.	0 %	100 %	0 %
Je me suis blessé·e ou j'ai chuté après avoir consommé du cannabis.	1 %	99 %	0 %
J'ai causé des torts ou fait usage de violence (physique, verbale ou psychologique, à caractère sexuel) à l'égard d'une autre personne suite à ma consommation de cannabis.	1 %	98 %	0 %
J'ai eu l'impression de perdre le contrôle de ma consommation de cannabis (ex. : avoir consommé plus que prévu, avoir ressenti le besoin de consommer même lorsque je n'en avais pas envie, avoir de la difficulté à gérer mes responsabilités ou mes engagements à cause de ma consommation, etc.).	5 %	95 %	0 %
Quand j'ai consommé du cannabis, j'ai également consommé d'autres drogues (excluant l'alcool et les médicaments prescrits).	9 %	90 %	0 %
J'ai conduit un véhicule dans les 2 heures suivant ma consommation de cannabis.	10 %	90 %	1 %
J'ai consommé une grande quantité de cannabis en une occasion.	10 %	90 %	0 %
J'ai moins mangé avant de consommer du cannabis pour ressentir davantage les effets.	11 %	89 %	0 %
J'ai essayé un nouveau moyen de consommer du cannabis (ex. : fumer, vapoter, vaporiser, manger, boire, etc.) avec la même quantité de cannabis que mon moyen de consommation habituel.	18 %	81 %	1 %
J'ai consommé du cannabis et des médicaments prescrits dans la même journée.	45 %	55 %	0 %
Quand j'ai consommé du cannabis, j'ai également consommé de l'alcool.	48 %	52 %	0 %

55 Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de l'arrondissement des valeurs.

Annexe 3

Motifs de consommation non liés à des conditions de santé physique

TABLEAU 1 : Motifs de consommation non liés à des conditions de santé physique chez les personnes de 50 ans et plus (% pondéré)[56]

Motif	Substance				
	Alcool	Cannabis : Exclusivement ou principalement du THC	Cannabis : Exclusivement ou principalement du CBD	Cannabis : Autant de CBD que de THC	Cannabis, mais ne connait pas sa composition
Pour apaiser les manifestations de stress ou d'anxiété.	6 %	26 %	14 %	12 %	9 %
Pour contrer la déprime, l'ennui ou l'isolement.	3 %	20 %	7 %	9 %	6 %
Pour faciliter les rapprochements intimes.	1 %	13 %	5 %	8 %	3 %
Pour favoriser les interactions sociales (ex. : engager la conversation, se sentir moins gêné et plus à l'aise, se sentir partie d'un groupe).	12 %	14 %	5 %	7 %	6 %
Par habitude ou parce que ça fait partie des coutumes ou traditions.	15 %	21 %	6 %	7 %	8 %
Pour le plaisir.	71 %	49 %	13 %	24 %	19 %
Pour se détendre.	34 %	45 %	27 %	31 %	19 %
Pour le goût.	48 %	15 %	6 %	10 %	7 %
Pour rendre mes émotions ou mes expériences plus intenses (ex. : pour que les événements soient plus joyeux ou festifs).	3 %	17 %	8 %	9 %	6 %

56 Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs motifs pour chaque substance ou type de substance. La somme des pourcentages associés à chaque catégorie peut donc dépasser 100 %.

SUITE TABLEAU 1

TABLEAU 1 : Motifs de consommation non liés à des conditions de santé physique chez les personnes de 50 ans et plus (% pondéré)[56]

Motif	Substance				
	Alcool	Cannabis : Exclusivement ou principalement du THC	Cannabis : Exclusivement ou principalement du CBD	Cannabis : Autant de CBD que de THC	Cannabis, mais ne connait pas sa composition
Pour accentuer ou atténuer les effets d'autres substances consommées (sauf les médicaments prescrits).	0 %	12 %	5 %	6 %	6 %
Pour accompagner un repas[57].	2 %	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
Autre(s)	0 %	13 %	12 %	10 %	8 %
Aucun / Je ne consomme pas cette substance pour des raisons non liées à des conditions de santé physique[58].	1 %	17 %	39 %	33 %	41 %
Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre	3 %	7 %	11 %	11 %	13 %

57 Ce choix de réponse était proposé uniquement aux personnes consommant de l'alcool; il ne figurait pas parmi les options offertes pour la consommation de cannabis.

58 La formulation de la réponse différait selon la substance. Pour l'alcool, les personnes répondantes pouvaient répondre à la question « En excluant les motifs liés à la santé physique, pour quelles raisons parmi les suivantes consommez-vous de l'alcool ? » en sélectionnant l'option « Aucune ». Pour le cannabis, la question était posée séparément pour chacun des quatre types de cannabis, et l'option correspondante était « Je ne consomme pas cette substance ». Dans le tableau, ces deux libellés ont été regroupés sous l'intitulé « Aucun / Je ne consomme pas cette substance pour des raisons non liées à des conditions de santé physique » afin d'en faciliter la lecture.

Motifs de consommation liés à des conditions de santé physique

TABLEAU 2 : Motifs de consommation liés à des conditions de santé physique chez les personnes de 50 ans et plus (% pondéré) [59]

Motif	Substance				
	Alcool	Cannabis : Exclusivement ou principalement du THC	Cannabis : Exclusivement ou principalement du CBD	Cannabis : Autant de CBD que de THC	Cannabis, mais ne connait pas sa composition
Pour apaiser la douleur chronique ou l'inconfort dû à une condition de santé.	2 %	23 %	15 %	15 %	8 %
Pour apaiser la douleur physique temporaire (ex. : chute, accident).	0 %	16 %	11 %	12 %	6 %
Pour aider à dormir.	3 %	31 %	22 %	21 %	14 %
Pour stimuler l'appétit.	3 %	8 %	3 %	6 %	4 %
Pour gérer les migraines et les maux de tête.	0 %	6 %	4 %	6 %	4 %
Pour faire face aux nausées ou les réduire.	0 %	6 %	4 %	3 %	5 %
Pour gérer les effets secondaires d'un traitement ou de médicaments.	0 %	5 %	4 %	5 %	3 %
Pour remplacer l'utilisation de médicaments.	1 %	9 %	6 %	7 %	6 %
Pour gérer ou réduire les convulsions ou les tremblements.	0 %	6 %	5 %	4 %	5 %
Autre(s)	0 %	16 %	11 %	11 %	14 %
Aucun / Je ne consomme pas cette substance pour des raisons liées à des conditions	22 %	27 %	39 %	38 %	47 %
Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre	9 %	14 %	18 %	17 %	19 %

59 Les personnes répondantes pouvaient sélectionner plusieurs motifs pour chaque substance ou type de substance. La somme des pourcentages associés à chaque catégorie peut donc dépasser 100 %.

Substances
Psychoactives

ASPQ
Association pour la santé
publique du Québec