

CADRE STRATÉGIQUE SUR L'ALCOOL

30 septembre 2019

camh

Centre de toxicomanie et de santé mentale
1001, rue Queen Ouest
Toronto (Ontario)
Canada M6J 1H4
Tél.: 416 535-8501
www.camh.ca/fr

TABLE DES MATIÈRES

À PROPOS DE CAMH.....	1
À PROPOS DE CE DOCUMENT	2
POURQUOI UN CADRE STRATÉGIQUE SUR L'ALCOOL EST IMPORTANT.....	2
Ce que nous savons	3
La majorité des Ontariens consomment de l'alcool	3
La consommation d'alcool est associée à divers méfaits	5
Plus l'alcool est accessible, plus sa consommation est élevée et plus ses méfaits sont fréquents	9
La privatisation tend à accroître les méfaits liés à la consommation d'alcool	10
Ce que nous pouvons faire.....	11
Renforcer le contrôle par le gouvernement du système de vente au détail.....	13
Ajuster le système de tarification de l'alcool de l'Ontario	14
Maintenir et élargir les contrôles officiels de l'accessibilité de l'alcool.....	16
Limiter le marketing de l'alcool (publicités, commandites et promotions)	17
Poursuivre les mesures visant la conduite avec facultés affaiblies.....	18
Réduire les risques dans les établissements autorisés.....	19
Renforcer les capacités de traitement en Ontario	20
Stimuler les efforts de sensibilisation et de promotion de la santé	22
Élaborer et mettre en œuvre une stratégie provinciale sur l'alcool en Ontario	24
CONCLUSION	25
ANNEXE A	26
ANNEXE B	27
CITATION SUGGÉRÉE, REMERCIEMENTS, POUR EN SAVOIR PLUS.....	28
RÉFÉRENCES	29

À PROPOS DE CAMH

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) est le plus grand hôpital d'enseignement dans le domaine de la santé mentale au Canada, ainsi que l'un des principaux centres de recherche au monde dans ce domaine. CAMH mène des travaux de recherche novateurs, offre des formations spécialisées aux scientifiques et aux professionnels de soins de la santé, élabore des stratégies innovantes de promotion de la santé et de prévention en matière de santé, et se prononce sur des problèmes de politiques publiques à tous les niveaux du gouvernement.

Le plan stratégique de CAMH, *Vision 2020 : demain. dès aujourd'hui*, a réaffirmé notre volonté de défendre des politiques publiques qui répondent aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes liés à la consommation de substances et de santé mentale. Vu que l'une des six pierres angulaires de son plan est de « promouvoir le changement social », CAMH joue un rôle de chef de file dans l'évolution de la compréhension par la société de la maladie mentale et de l'utilisation des substances psychotropes. L'objectif de CAMH est d'être un champion en équité dans le domaine de la santé, de la justice sociale et de l'inclusion. Pour contribuer à l'accomplissement de ces objectifs, CAMH délivre des conseils de politique fondés sur des données probantes aux intervenants et aux décideurs politiques.

En matière de prise de substances, CAMH a pour mandat de fournir des traitements, de réaliser des travaux de recherche, d'offrir des initiatives de prévention et de proposer des conseils en matière de politiques pour réduire les problèmes connexes. Depuis des décennies, CAMH joue un rôle important et unique, en particulier dans le domaine des politiques en matière d'alcool. Ses travaux incluent les activités suivantes :

- documenter les habitudes de consommation d'alcool, ainsi que les mentalités sociétales envers l'alcool ;
- étudier les liens entre la consommation d'alcool et les maladies chroniques, les blessures et les problèmes sociaux ;
- évaluer les répercussions de la consommation d'alcool sur la morbidité et la mortalité ;
- examiner l'impact des initiatives réglementaires et des politiques publiques sur les problèmes liés à la consommation d'alcool ;
- travailler avec le gouvernement provincial, les organismes non gouvernementaux et les collectivités pour élaborer des politiques efficaces concernant l'alcool, qui optimisent la promotion de la santé et atténuent les méfaits liés à l'alcool.

À PROPOS DE CE DOCUMENT

Ce rapport s'inscrit dans un ensemble de documents relatifs à un cadre stratégique, qui examinent les données probantes, résument le contexte actuel, et proposent des principes éclairés par des données scientifiques pour orienter les politiques publiques en Ontario*. Il actualise le Cadre stratégique sur l'alcool de CAMH, paru en 2013, pour faire ressortir les nouvelles données probantes et l'évolution récente des politiques. Son double objectif est de fournir un modèle pour des politiques en matière d'alcool qui répondent efficacement aux méfaits sociaux et aux conséquences nocives pour la santé accompagnant souvent la consommation d'alcool, et d'éclairer les initiatives provinciales et locales en ce domaine.

POURQUOI UN CADRE STRATÉGIQUE SUR L'ALCOOL EST IMPORTANT

La consommation d'alcool est une cause majeure de morbidité et de mortalité au Canada. Près de 15 000 décès par an peuvent être attribués à l'alcool, et celui-ci entraîne un plus grand nombre d'hospitalisations que les crises cardiaques¹. Si cette réalité est en partie imputable à la consommation très répandue d'alcool, des données probantes mettent en évidence que cette consommation s'accompagne de risques importants à court et long termes, même à des doses faibles et même si on les compare à la plupart des drogues illégales². Bien qu'il soit largement accepté dans notre société, il est évident que l'alcool n'est pas un produit ordinaire³.

Il existe un consensus scientifique quant à la manière de réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool⁴. Les contrôles de son prix, de l'accessibilité des produits d'alcool et du marketing le concernant ont un impact particulièrement fort ; ils ont également un bon rapport coût-efficacité et sont faciles à mettre en œuvre⁵.

Il est traditionnellement admis en Ontario que la réglementation de l'alcool par le gouvernement est nécessaire pour réduire les problèmes qui sont liés à sa consommation. Cette réalité est illustrée par le système actuel de vente d'alcool au détail - un modèle mixte public-privé dans lequel les ventes, la tarification et le marketing sont réglementés. Cependant, les garde-fous concernant l'alcool se sont peu à peu effrités ces deux dernières décennies, et cette tendance s'est accélérée ces cinq dernières années. Bien que l'expansion actuelle des ventes d'alcool à de nouveaux circuits de vente au détail, comme les épiceries, puisse sembler sans conséquence, des données probantes récentes laissent penser que cette expansion a déjà conduit à une augmentation du nombre d'hospitalisations⁶. La vente d'alcool dans les dépanneurs qui, après avoir été envisagée, avait finalement été rejetée par les gouvernements ontariens successifs, est en cours de planification au moment même de la rédaction de ce document. Il existe des données extrêmement probantes semblant indiquer que, si ce type de vente est mis en œuvre, il entraînera une augmentation de la consommation d'alcool et de ses méfaits connexes.

Tenant compte de cette réalité, ce document offre des recommandations pour une approche en matière d'alcool éclairée par des données probantes, soit une politique qui reconnaisse l'importance sociale et économique de l'alcool dans notre société tout en donnant la priorité à la santé et à la sécurité publiques, ainsi qu'à l'atténuation des méfaits.

* Les autres cadres stratégiques de CAMH concernent le cannabis, le logement, la santé mentale et la justice pénale, les opioïdes sur ordonnance, les soins primaires et le jeu problématique. On peut les trouver sur la page <https://www.camh.ca/fr/agent-du-changement/declarations-de-politique-publique-de-camh>

Ce que nous savons

La majorité des Ontariens consomment de l'alcool

Pris dans leur ensemble, les Canadiens boivent environ 50 % de plus que la moyenne mondiale⁷. Environ 78 % des adultes canadiens indiquent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois⁸. La prévalence est à peu près la même en Ontario (voir le tableau 1), avec des taux de consommation sur les 12 derniers mois relativement stables au cours des 40 dernières années⁹. Les hommes boivent plus que les femmes et les jeunes adultes sont plus susceptibles que les adultes plus âgés d'avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois.

La consommation d'alcool est courante chez les jeunes Ontariens. Presque la moitié (43 %) des élèves du secondaire de la province ont indiqué en 2017 avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois (voir le tableau 2), comparativement à 63 % en 1999¹⁰. De la même manière, la prévalence de la consommation d'alcool sur les 12 mois précédents croît selon les années pour passer de 11 % chez les élèves de 7^e année à 68 % chez ceux de 12^e année. Par ailleurs, tandis que les garçons sont traditionnellement plus susceptibles que les filles de consommer de l'alcool, cet écart s'est réduit ; parmi les élèves du secondaire, les garçons et les filles ont maintenant la même susceptibilité de consommer des boissons alcoolisées¹¹.

En Ontario, une minorité de la population adulte adopte des pratiques de consommation d'alcool à haut risque, 16 % indiquant ne pas avoir respecté les Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) du Canada au cours des 12 mois précédents, 7 % buvant de l'alcool tous les jours et 7 % indiquant un épisode hebdomadaire de consommation excessive d'alcool (appelé familièrement « calage d'alcool » et défini ici comme la consommation de 5 verres d'alcool ou plus en une même occasion) (voir l'annexe A pour des renseignements supplémentaires sur les DCAFR). Plus que tout autre groupe d'âge, celui des jeunes adultes est enclin à avoir une consommation d'alcool à haut risque¹².

Il faut également noter que ces chiffres sont probablement sous-estimés : ils sont en effet indiqués par les consommateurs, et les travaux de recherche laissent penser que les adultes qui répondent aux enquêtes sous-estiment jusqu'à 53 % de leur quantité d'alcool consommée¹³.

Tableau 1 : Consommation d'alcool en Ontario par les adultes (18 ans ou plus), 2017¹⁴

	CONSUMMATION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS*	EXCÈDE LES LIMITES DES DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE **	« CALAGE D'ALCOOL » HEBDOMADAIRE***	CONSUMMATION JOURNALIÈRE	CONSUMMATION DANGEREUSE OU NOCIVE****
Tous adultes confondus	79,5 %	16,4 %	6,9 %	7,1 %	12,5 %
Tendance depuis 1996	Pas de modification importante	Diminution importante (données disponibles depuis 2003)	Diminution importante	Augmentation importante	Pas de modification importante
Selon le sexe					
Hommes	82,5 %	21,3 %	10,0 %	9,3 %	18,6 %
Femmes	76,8 %	11,9 %	3,9 %	5,2 %	6,9 %

Tableau 2 : Consommation d'alcool en Ontario par les élèves du secondaire (7^e à 12^e années), 2017¹⁵

	CONSUMMATION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS*	« CALAGE D'ALCOOL » MENSUEL ***	CONSUMMATION DANGEREUSE OU NOCIVE ****
Tous élèves confondus	42,5 %	16,9 %	14,1 %
Tendance depuis 1999	Diminution importante	Diminution importante	Diminution importante
Selon le sexe			
Garçons	42,7 %	17,6 %	14,2 %
Filles	42,2 %	16,1 %	14,1 %

* A consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 derniers mois

** N'a pas respecté les DCAFR du Canada (voir annexe A) au moins une fois au cours des 12 derniers mois (chiffres de 2016)

*** Défini dans cette étude comme la consommation de cinq verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion

**** Fait référence à des habitudes de consommation d'alcool qui augmentent la probabilité de méfaits (p. ex. une maladie chronique) ou entraînent déjà des méfaits (p. ex. des blessures liées à la consommation d'alcool), tels qu'envisagés dans l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ; n'inclut que les élèves de 9^e à 12^e années.

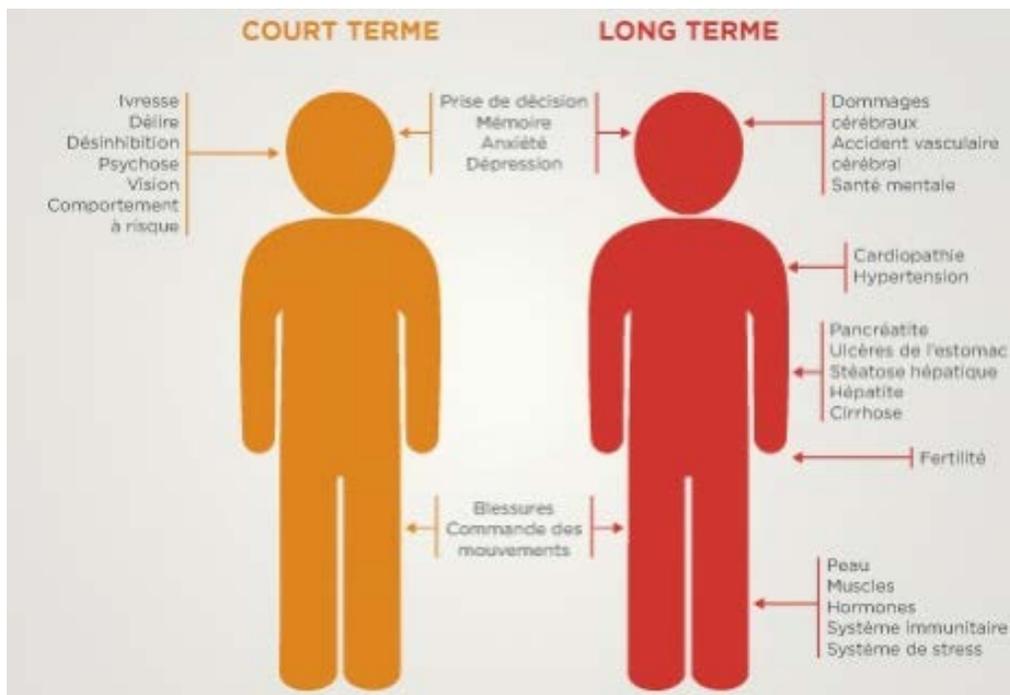
La consommation d'alcool est associée à divers méfaits

RISQUES ET MÉFAITS POUR LES CONSOMMATEURS

Quand une personne consomme de l'alcool, ce n'est pas immédiatement qu'elle en ressent les méfaits ou qu'elle est la cause de méfaits envers autrui. Il peut y avoir des avantages sociaux à boire¹⁶ ; de plus, l'industrie de l'alcool et ses secteurs connexes, comme l'agriculture, sont importants en Ontario sur le plan économique. Il faut être conscient de ces avantages et de ces bénéfices, tout en reconnaissant qu'à bien des égards ils sont neutralisés par les coûts connexes.

La consommation d'alcool est associée à divers méfaits sur la santé qui peuvent être aigus ou chroniques. L'alcool est connu pour être la cause de plus de 200 maladies et traumatismes¹⁷. La figure 1 en offre des exemples. Comme l'illustre la figure 2, il existe une relation dose-réponse entre l'alcool et ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité, ce qui signifie que le niveau de risque est directement lié à la quantité consommée : plus une personne boit, plus le risque est élevé¹⁸ (inversement, moins elle boit, plus le risque est faible).

Figure 1
Exemples d'effets potentiels sur la santé



© Tous droits réservés. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada de 2015 de l'administrateur en chef de la santé publique : La consommation d'alcool au Canada. Agence de la santé publique du Canada. Adapté et reproduit avec l'autorisation du ministre de la Santé, 2019.

Figure 2
Effets sur la santé liés à la dose d'alcool consommée



Aperçu des effets sur la santé et le comportement liés à la dose d'alcool consommée

EFFETS DIRECTS	MALADIES ET AFFECTIONS	FONCTIONS ET SYSTÈMES	COMPORTEMENT
<p>Les habitudes de consommation à risque peuvent causer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles de l'usage de l'alcool • Amnésie (p. ex. psychose de Korsakoff) • Perte de mémoire et évanouissements • Délire dû à une forme grave de retrait • Ensemble des troubles du causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) 	<p>La consommation d'alcool est liée aux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles liés à la consommation d'autres drogues • Lésions cérébrales • Maladies hépatiques • Divers cancers • Pancréatite • Troubles de santé mentale • Suicide • Ulcères d'estomac • Hypertension • Accident vasculaire cérébral • Maladies cardiovasculaires • Diabète • Infections transmises sexuellement 	<p>La consommation d'alcool peut nuire aux systèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Système immunitaire • Stress • Mémoire, cognition • Digestion • Cœur, sang, poumons • Cerveau • Hormones • Muscles • Fertilité • Peau • Développement 	<p>Les habitudes de consommation à risque peuvent entraîner les effets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportements à risque • Impulsivité • Violence • Blessures • Mémoire défaillante • Prise de décisions mal avisées • Manque de coordination • Mauvais résultats scolaires • Fonctionnement social et professionnel défaillant

© Tous droits réservés. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada de 2015 de l'administrateur en chef de la santé publique : La consommation d'alcool au Canada. Agence de la santé publique du Canada. Adapté et reproduit avec l'autorisation du ministre de la Santé, 2019.

Des données probantes récentes laissent penser que les soi-disant avantages de l'alcool pour la santé ont été surévalués¹⁹. De surcroît, il est de plus en plus évident que, chez la plupart des adultes, l'alcool entraîne plus de risques pour la santé que le cannabis et de nombreuses drogues illégales²⁰ (pour des informations plus détaillées, voir l'annexe B). Il est également évident que le public n'est, pour sa majeure partie, pas conscient de l'éventail et de l'étendue des risques posés par l'alcool. Par exemple, l'alcool est classé comme carcinogène de groupe 1 par le Centre international de recherche sur le cancer, ce qui signifie qu'il est connu pour favoriser l'apparition de cancers chez l'homme²¹. Des études épidémiologiques ont montré que même des niveaux faibles de consommation augmentent le risque d'être atteint de certains cancers²². En revanche, une enquête réalisée en 2015 semble indiquer que, si neuf Ontariens sur 10 sont conscients que le tabac est un carcinogène et si la majorité associe la consommation d'alcool au diabète et à des problèmes cardiaques et hépatiques, plus de la moitié pensent que la consommation d'alcool n'a aucune répercussion sur le risque d'être atteint d'un cancer²³. Dans cette même étude, 51 % des répondants ontariens affirment qu'ils réduiraient leur consommation d'alcool s'ils savaient qu'il augmentait le risque de cancer, mais presque 40 % indiquent qu'ils consomment actuellement une plus grande

quantité d'alcool que celle qu'ils pensent être sans risque, ce qui illustre un autre facteur important : dans la société canadienne, les gens semblent prêts à accepter un risque plus important relativement à la consommation d'alcool qu'ils ne le sont pour d'autres activités à risque²⁴.

Pour chaque buveur, ce ne sont pas seulement les niveaux de consommation globale qui comptent, mais aussi les habitudes de consommation. Citons des pratiques de consommation à risque élevé :

- la consommation régulière et à long terme de quantités importantes d'alcool ;
- la consommation de grandes quantités d'alcool en une seule et même occasion (p. ex. épisodes de consommation excessive ou « calage d'alcool ») ;
- la combinaison d'une prise d'alcool et d'activités qui nécessitent de la vigilance, du jugement et une coordination physique, comme la conduite d'une voiture ou d'un bateau ;
- la consommation d'alcool associée à celle d'autres drogues ou de médicaments, particulièrement ceux à effets déprimeurs, comme les opioïdes ou les benzodiazépines.

En 2010, 7 % des buveurs canadiens indiquaient qu'au cours des 12 mois précédents, ils avaient fait l'expérience de méfaits résultant de leur propre consommation d'alcool²⁵. Mais les risques relatifs à l'alcool ne sont pas limités à ceux qui le consomment. Une enquête réalisée en 2012 indique qu'environ 14 % des adultes canadiens ont subi, les 12 mois précédents, des méfaits résultant d'une consommation d'alcool par autrui²⁶. Les méfaits envers autrui vont des nuisances mineures, comme l'insomnie, à une perturbation sociale (p. ex. familiale, professionnelle), voire aux violences physiques entraînant des décès²⁷. Il a été estimé que presque 20 % des crimes violents commis au Canada peuvent être imputés à la consommation d'alcool²⁸.

Consommé par une femme enceinte, l'alcool peut perturber le développement normal du fœtus, entraînant des lésions physiques et des lésions du système nerveux qui se répercutent sur la santé tout au long de la vie. Ces lésions irréversibles sont à l'origine d'un trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), expression générique utilisée pour caractériser les personnes présentant une incapacité à la suite d'une exposition prénatale à l'alcool. Dans de nombreux cas, les personnes présentant un TSAF ont besoin d'être assistées toute leur vie pour une large gamme de services, raison pour laquelle un TSAF a des répercussions économiques importantes sur la société. En Amérique du Nord, on a estimé que pour certains cas de TSAF, le coût sur l'ensemble de la vie est supérieur à 1 million de dollars canadiens²⁹. Une étude récente indiquait que, dans la région du Grand Toronto, 2 à 3 % des élèves d'écoles élémentaires âgés de 7 à 9 ans pourraient présenter un TSAF³⁰.

Des données probantes concordantes mettent également en évidence un lien fort entre l'alcool et la violence - y compris les agressions sexuelles³¹. Environ 59 % des femmes étudiant dans une université canadienne ont indiqué avoir subi des agressions sexuelles depuis l'âge de 14 ans³², dont la moitié au moins impliquaient une consommation d'alcool par la victime, par l'agresseur, ou par les deux³³. Les femmes subissent souvent des contacts sexuels non voulus ou du harcèlement sexuel dans les bars, les clubs et les restaurants. Dans une étude réalisée par CAMH, plus de 50 % des jeunes femmes interviewées dans un quartier de bars à Windsor (en Ontario) ont indiqué avoir subi des attouchements sexuels non désirés ou des avances sexuelles persistantes lors d'une sortie le soir en célibataire³⁴.

Les méfaits de l'alcool sur la santé concernent de manière disproportionnée les personnes au faible statut socio-économique ; en d'autres termes, quel que soient leurs habitudes de consommation d'alcool, les personnes dont le statut socio-économique est faible subissent un plus grand nombre de méfaits liés à leur consommation³⁵. Les facteurs déterminant ce phénomène ne sont pas parfaitement élucidés, mais cela laisse penser qu'un cadre stratégique sur l'alcool fondé sur des données probantes doit pouvoir améliorer l'équité en matière de santé³⁶.

MÉFAITS AU NIVEAU DE LA POPULATION

La consommation d'alcool est associée à des méfaits importants au niveau de la population. L'alcool est en effet, par ordre d'importance, le troisième facteur de risque mondial de maladies et d'incapacités³⁷, et plus de 5 % des décès mondiaux peuvent lui être imputés³⁸. Au Canada, près de 15 000 décès par an peuvent être attribués à l'alcool³⁹. Il y a également un plus grand nombre d'hospitalisations exclusivement dues à l'alcool (à l'exclusion des hospitalisations indirectement causées par l'alcool, comme celle dues à la conduite avec des facultés affaiblies) que d'hospitalisations exclusivement dues à une crise cardiaque⁴⁰.

Une proportion relativement faible de buveurs sont responsables de la majeure partie de la consommation d'alcool, et la consommation à risque contribue de manière importante au fardeau global de maladies et d'incapacités. Cependant, puisque les buveurs modérés sont beaucoup plus nombreux que les buveurs excessifs, ils contribuent eux aussi à une part importante des problèmes relatifs à l'alcool⁴¹.

Ces méfaits peuvent être quantifiés. Une étude récente a mis en évidence qu'en 2014, le coût lié à l'alcool dans l'économie canadienne atteignait presque 15 milliards de dollars en soins de santé, en pertes de productivité, en frais de justice pénale et autres coûts directs^{42*}. Ces coûts ont été estimés à plus de 5 milliards de dollars pour le seul Ontario - soit nettement plus que le bénéfice net tiré par le gouvernement provincial des ventes d'alcool cette année-là (3,9 milliards de dollars)⁴³. Enfin, au Canada, les coûts annuels relatifs aux TSAF en termes de soins de la santé, d'éducation spécialisée, de services sociaux, de placements d'enfants en établissement, d'application de la loi, et de pertes de productivité en raison de la morbidité et de la mortalité prématurée ont été estimés à 1,8 milliard de dollars⁴⁴.

* En comparaison, la même étude a trouvé que le tabac, les opioïdes et le cannabis coûtent respectivement à l'économie 12 milliards \$, 3,5 milliards \$ et 2,8 milliards \$.

Plus l'alcool est accessible, plus sa consommation est élevée et plus ses méfaits sont fréquents

Au niveau de la population, les facteurs déterminant les méfaits liés à la consommation d'alcool sont bien connus. Des travaux de recherche internationaux d'envergure ont démontré que la facilité avec laquelle l'alcool peut être obtenu - où, quand et par qui - a un impact sur les niveaux de consommation ; puis les niveaux de consommation d'alcool sont eux-mêmes corrélés aux méfaits au niveau de la population⁴⁵. Les travaux de recherche concernant le Canada sont arrivés aux mêmes conclusions⁴⁶.

L'accessibilité de l'alcool comporte plusieurs dimensions. Aux fins de cette analyse, l'accessibilité englobe les composantes suivantes : le prix de l'alcool, le nombre et l'emplacement des points de vente où l'alcool peut être vendu et/ou consommé, et les horaires de vente et de service dans ces points de vente. Toutes ces composantes ont un lien avec les habitudes de consommation d'alcool et ses méfaits connexes.

- **Prix** : les diminutions du prix de l'alcool sont associées à des augmentations de morbidité⁴⁷ et de mortalité⁴⁸ imputables à l'alcool, à une moindre espérance de vie⁴⁹ et à une augmentation de la conduite avec facultés affaiblies et des traumatismes et décès qui lui sont liés⁵⁰.
- En comparaison, la même étude a trouvé que le tabac, les opioïdes et le cannabis coûtent respectivement à l'économie 12 milliards \$, 3,5 milliards \$ et 2,8 milliards \$.
- **Emplacements (densité des points de vente)** : le nombre de points de vente d'alcool dans une zone géographique donnée ou par habitant est souvent appelé densité des points de vente ; des études ont mis en évidence des associations entre l'augmentation de densité des points de vente et l'augmentation des taux de consommation d'alcool par les jeunes, des crimes contre les biens, des traumatismes, des crimes et des agressions violentes, des homicides et des décès par conduite avec facultés affaiblies⁵¹ ; l'expansion en 2015 des ventes de bière et de vin aux épiceries de l'Ontario a déjà été associée à une augmentation des consultations imputables à l'alcool dans les urgences des hôpitaux⁵².
- **Horaires de vente** : la prolongation des horaires au cours desquels l'alcool peut être vendu (ventes sur place ou ventes à emporter) est associée à une augmentation des accidents de véhicules motorisés, des agressions, des crimes violents et des hospitalisations⁵³. Il a été observé qu'une prolongation aussi minime qu'une ou deux heures de vente entraîne ces méfaits⁵⁴.

Globalement, il est évident qu'accroître l'accès à l'alcool, que ce soit en baissant son prix ou en augmentant l'accessibilité des produits d'alcool, conduit à une augmentation importante des méfaits envers les personnes et envers la société.

La privatisation tend à accroître les méfaits liés à la consommation d'alcool

Les travaux de recherche montrent que les systèmes privés de vente d'alcool au détail sont associés à des effets négatifs en matière de santé, comparativement aux systèmes de vente au détail du gouvernement. Il a été observé au plan mondial que la privatisation des ventes d'alcool a pour conséquence une très forte augmentation du nombre de magasins par habitant, une prolongation des heures de vente et une moindre attention aux protocoles de contestation et de refus (c.-à-d. empêcher les ventes aux mineurs et aux adultes en état d'ivresse) - l'ensemble s'accompagnant d'une augmentation accrue de la consommation d'alcool et de ses méfaits connexes⁵⁵. Cette tendance a également été observée au Canada :

- En Colombie-Britannique, la privatisation partielle des ventes d'alcool et l'augmentation de la densité des points de vente au détail qui a suivi ont été associées à des augmentations locales importantes des taux de mortalité liés à la consommation d'alcool ; pour chaque augmentation de 20 % de la densité des points de vente, les décès liés à la consommation d'alcool se sont accrus de 3,25 %⁵⁶.
- En Alberta, la privatisation des ventes d'alcool a entraîné des taux plus élevés de mortalité par suicide⁵⁷.
- En Colombie-Britannique et en Alberta, des études ont mis en évidence que les vendeurs au détail du système privé sont moins susceptibles que les vendeurs au détail gouvernementaux de demander une pièce d'identité aux jeunes qui semblent être mineurs⁵⁸.
- Il a été estimé que la privatisation des ventes d'alcool dans toutes les provinces entraînerait une augmentation importante du fardeau des maladies imputables à l'alcool au Canada, y compris des décès prématurés supplémentaires et une augmentation annuelle des coûts directs et indirects associés comprise entre 828 millions de dollars et 1,6 milliard de dollars⁵⁹. Citons l'estimation des coûts minimaux :
 - des coûts directs de soins de santé (p. ex. les hospitalisations en soins actifs et les hospitalisations psychiatriques, le traitement spécialisé de patients externes ou hospitalisés, les soins ambulatoires, les consultations de médecin de famille) pour un montant d'environ 468 millions de dollars ;
 - des pertes de productivité dues à la mortalité prématurée et aux incapacités à court et long termes (c.-à-d. absentéisme et réduction de la productivité au travail) pour un montant d'environ 258 millions de dollars ;
 - des coûts directs relatifs à la criminalité (p. ex. conduite avec facultés affaiblies, homicides imputables à l'alcool et autres crimes violents) pour un montant d'environ 102 millions de dollars.

Ce que nous pouvons faire

Tandis que le chapitre précédent ciblait les facteurs déterminant les méfaits liés à la consommation d'alcool, ce chapitre met l'accent sur les mesures connues pour **réduire** ces méfaits. Les travaux de recherche ont confirmé l'efficacité des interventions qui suivent⁶⁰.

Au niveau de la population :

- **Maintien ou augmentation du prix de l'alcool** : l'augmentation du prix d'un verre standard* s'accompagne d'une diminution de la consommation et des méfaits, y compris chez les buveurs excessifs.
- **Restriction de l'accessibilité de l'alcool** : le contrôle des ventes au détail par le gouvernement, un âge minimum légal pour la consommation d'alcool, des restrictions concernant les emplacements et la densité des points de vente, et des limites quant aux horaires et aux jours de vente constituent des interventions toutes associées à la réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool.
- **Limitation du marketing de l'alcool** : restreindre l'exposition aux publicités, les commandites et la promotion peut réduire la consommation d'alcool, particulièrement chez les jeunes.

Au niveau individuel :

- **Contre-mesures visant la conduite avec facultés affaiblies** : la mesure obligatoire de l'alcoolémie, l'abaissement des limites du taux d'alcoolémie (TA), un permis de conduire progressif pour les conducteurs débutants et des programmes de suspension administrative des permis de conduire sont des interventions toutes efficaces.
- **Traitement** : les services de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation délivrés aux buveurs à risque peut contribuer à prévenir et à atténuer les méfaits liés à la consommation d'alcool ; le trouble de l'usage de l'alcool (TUA) peut être traité ; qu'ils soient cognitivo-comportementaux ou pharmacologiques, les traitements peuvent être efficaces.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) limite sa liste de politiques optimales à trois interventions qui ont fait la preuve de leur impact élevé et de leur bon rapport coût-efficacité, et qui sont simples à mettre en œuvre (pour autant qu'il y ait une volonté politique) : l'augmentation des taxes sur l'alcool, les restrictions quant à son accessibilité et les interdictions de toute publicité le concernant⁶¹.

La suite de ce document détaille ces points et donne un aperçu des recommandations éclairées par des données probantes et concernant les politiques sur l'alcool que CAMH préconise à tous les niveaux du gouvernement. Étant donné d'une part la nature des politiques sur l'alcool, d'autre part la nature fédérale du système au Canada, la plupart de ces recommandations s'adressent au gouvernement provincial de l'Ontario. Nous sommes conscients qu'il existe des facteurs autres que les facteurs concernant la santé qui déterminent l'élaboration de politiques sur l'alcool. Certaines politiques, dont il est particulièrement évident qu'elles seraient bénéfiques, peuvent ne pas être politiquement réalisables à court terme et, pour cette raison, ne sont pas recommandées dans ce document**. Les recommandations qui suivent sont équilibrées, raisonnables, réalisables, et elles amélioreraient la santé et la sécurité publiques en Ontario.

* Un « verre standard » contient 13,6 g d'alcool, ce qui équivaut approximativement à 12 onces de bière ou de cidre (5 % d'alcool), 5 onces de vin (12 % d'alcool), ou 1,5 once de spiritueux (40 % d'alcool).

** Les exemples incluent le report à 21 ans de l'âge minimum autorisé pour la consommation d'alcool et la mise en œuvre d'une interdiction complète de la publicité sur l'alcool. Pour une discussion sur les références quant aux politiques en matière d'alcool dans le contexte canadien, se reporter au site de l'Équipe canadienne d'évaluation des politiques sur l'alcool (CAPE) : <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/active/projects/canadian-alcohol-policy-evaluation.php>

Points saillants des recommandations du cadre stratégique de CAMH

Renforcer le contrôle du gouvernement sur le système de vente au détail	<ul style="list-style-type: none">• Instaurer et maintenir un moratoire sur la privatisation
Ajuster le système de tarification de l'alcool de l'Ontario	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place des taxes d'accise volumétriques et une tarification volumétrique, quels que soient le type de boisson et la teneur en alcool• Augmenter progressivement les prix minimaux et verrouiller leur application• Garantir l'ajustement automatique et continu sur l'inflation des taxes d'accise et des prix minimaux
Maintenir et élargir les contrôles officiels sur l'accessibilité de l'alcool	<ul style="list-style-type: none">• Maintenir les heures de vente et la densité des points de vente aux niveaux actuels• Permettre aux municipalités d'émettre des restrictions sur la densité des points de vente et sur les horaires/jours de vente, si elles le désirent
Limiter le marketing de l'alcool	<ul style="list-style-type: none">• Actualiser le Code du CRTC pour qu'il s'applique à tous les médias (y compris numériques), ainsi qu'à l'emballage et à l'étiquetage des produits• Établir des restrictions sur la quantité et l'emplacement des publicités• Exiger un processus indépendant d'examen préliminaire de toutes les publicités sur l'alcool
Continuer à lutter contre la conduite avec facultés affaiblies	<ul style="list-style-type: none">• Ramener la limite légale de concentration d'alcool dans le sang à 0,05 %
Réduire les risques dans les établissements autorisés	<ul style="list-style-type: none">• Encourager les points de ventes sur place à adopter des politiques et des procédures éclairées par des données probantes afin de réduire la violence physique, le harcèlement sexuel et les agressions sexuelles• Accorder des permis selon les risques et faire appliquer la loi dans tous les points de vente à emporter• Améliorer la surveillance et l'application des règlements sur l'alcool
Renforcer les capacités de traitement en Ontario	<ul style="list-style-type: none">• Élargir l'accès :<ul style="list-style-type: none">– au dépistage du trouble de l'usage de l'alcool, à l'intervention rapide et à l'orientation– au traitement, y compris les médicaments approuvés pour le trouble de l'usage de l'alcool– aux programmes de gestion de la consommation d'alcool
Stimuler les efforts de sensibilisation et de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none">• Exiger des fabricants qu'ils affichent, sur toutes les étiquettes de boissons alcoolisées, des informations sur :<ul style="list-style-type: none">– les verres standards– les directives de consommation à faible risque– les risques pour la santé et la sécurité associés à la consommation d'alcool
Mettre en œuvre une stratégie provinciale sur l'alcool en Ontario	<ul style="list-style-type: none">• Élaborer une stratégie provinciale sur l'alcool et créer, ou désigner, une entité pour la coordonner et la mettre en œuvre• Consacrer à la prévention et au traitement une partie des revenus générés par l'alcool• Investir dans la surveillance et les travaux de recherche

Renforcer le contrôle par le gouvernement du système de vente au détail

Comme il a été mentionné ci-dessus, les travaux de recherche montrent que les systèmes privés de vente d'alcool au détail sont associés à des effets négatifs sur la santé. Inversement, de nombreux moyens d'action politique clés visant à atténuer les méfaits liés à la consommation d'alcool, comme un âge minimum légal pour en consommer, le contrôle de la tarification et des restrictions quant au nombre de points de vente et aux horaires et jours de vente, sont plus susceptibles d'être mis en œuvre et pérennisés dans un système de vente au détail dont le gouvernement est le propriétaire et l'exploitant⁶². Étant donné que les gouvernements sont motivés d'augmenter leurs revenus, le contrôle par le gouvernement du système de vente d'alcool au détail ne garantit pas des effets positifs sur la santé des consommateurs. Mais contrairement aux commerces privés, les priorités des gouvernements comportent aussi la nécessité d'équilibrer les revenus de l'alcool avec les coûts connexes et, plus généralement, de protéger la santé et la sécurité publiques. Selon les termes de Room : « Un monopole sur l'alcool bien géré par le gouvernement devient non seulement un moyen d'optimiser les revenus gouvernementaux tirés de l'alcool, mais aussi d'optimiser la protection de la société vis-à-vis des dommages causés par la consommation d'alcool.⁶³ »

Au moment de la rédaction de ce document, l'Ontario possède un système mixte de vente au détail, soit public (Régie des alcools de l'Ontario [LCBO]) et privé (p. ex. The Beer Store, Wine Rack), surveillé et réglementé par le gouvernement provincial par le biais de la Commission des alcools et des jeux de l'Ontario (CAJO). Une partie du mandat de la LCBO est de vendre de l'alcool d'une manière socialement responsable. Le personnel de la LCBO est formé aux ventes responsables et aux protocoles de contestation et de refus. Les initiatives de responsabilité sociale de la LCBO, menées en partenariat avec Les mères contre l'alcool au volant (MADD Canada), Meilleur départ et autres intervenants, attirent l'attention sur les risques liés à une consommation excessive d'alcool, à la consommation d'alcool au cours de la grossesse, à la conduite avec facultés affaiblies, et autres problèmes liés à la consommation d'alcool. La LCBO est également un partenaire majeur de la distribution de matériels éducatifs sur les DCAFR du Canada. Elle joue ainsi un rôle important dans la réduction des coûts évitables liés à la consommation d'alcool. Mais la composante publique de ce système se dégrade depuis plusieurs années, notamment depuis l'introduction en 2015 de nouveaux circuits privés de vente au détail de l'alcool, comme les épiceries et les marchés fermiers. Plus récemment, en 2019, le gouvernement provincial a annoncé des plans de privatisation partielle des points de vente au détail et un élargissement important des emplacements et des plages horaires permettant l'achat et la consommation d'alcool⁶⁴.

Finalement, le contrôle par le gouvernement de la vente au détail de l'alcool permet une réglementation ajustée des facteurs connus pour être associés aux méfaits, soit principalement le prix de l'alcool et son accessibilité. Pour le dire simplement, nous pouvons nous attendre, avec la privatisation accrue, à un plus grand nombre de points de vente au détail de l'alcool et à une moindre attention à la santé et la sécurité, et donc à une augmentation de la consommation, des méfaits et des coûts connexes. Conscients des différences entre les systèmes public et privés de ventes au détail et de l'importance de politiques en matière d'alcool qui soient efficaces et centrées sur la santé, nous recommandons fortement que le gouvernement provincial :

- **instaure et maintienne un moratoire sur la privatisation**, garantissant qu'il n'y aura ni privatisation supplémentaire du système de distribution existant ni élargissement des circuits privés existants de vente au détail.

Si le gouvernement de l'Ontario décide d'entreprendre une privatisation, il devrait également, afin d'atténuer les risques :

- **évaluer, avant toute mise en œuvre, toute proposition d'élargissement** des ventes d'alcool par le système privé quant à ses répercussions en matière de santé et de sécurité ;
- **garantir que la distribution en gros se déroule exclusivement sous la supervision de la LCBO** (rôle semblable à celui de la Société ontarienne du cannabis) ;
- **autoriser la CAJO à surveiller et à réglementer** la portée, l'échelle et les activités du système privé de vente d'alcool au détail ;
- **donner aux municipalités la capacité à ne plus** autoriser les dépanneurs* à vendre de l'alcool dans leur collectivité (comme l'a fait la province pour les points de vente au détail de cannabis).

Ajuster le système de tarification de l'alcool en Ontario

Le prix de l'alcool influence directement le niveau de consommation ; par conséquent, les augmentations de prix de l'alcool sont associées à des réductions des méfaits liés à la consommation d'alcool au niveau de la population. En fait, la politique de tarification peut être le moyen d'action le plus efficace de réduire ces méfaits⁶⁵. L'augmentation des prix de l'alcool et les taxes connexes entraînent une diminution des décès, des actes violents et des crimes liés à sa consommation, ainsi que des gains importants en matière de santé et d'espérance de vie⁶⁶. Pour ces raisons, une politique de tarification constitue une approche de bon rapport coût-efficacité pour prévenir les méfaits et améliorer la santé au niveau de la population. L'OMS recommande d'augmenter les prix dans le cadre de sa Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool⁶⁷ et, au Canada, la Stratégie nationale sur l'alcool cite également la tarification comme un outil clé de réduction des méfaits⁶⁸.

Au niveau des ventes au détail, un système solide de tarification de l'alcool repose sur trois composantes :

1. **Des prix minimaux**, qui garantissent que les prix de l'alcool ne tombent pas en dessous d'un certain seuil ; ces prix sont associés à des diminutions importantes de la consommation d'alcool et à des réductions des méfaits aigus et chroniques liés à cette consommation ; dans la Saskatchewan et en Colombie-Britannique, l'augmentation des prix minimaux a entraîné des réductions importantes de la morbidité⁶⁹, de la mortalité⁷⁰, des consultations dans les services d'urgence⁷¹, des infractions routières⁷² et des activités criminelles⁷³ imputables à l'alcool.
2. **Un ajustement des prix selon la teneur en alcool**, ce que l'on appelle parfois la tarification volumétrique, qui garantit que le prix d'un produit est à peu près proportionnel à la quantité d'alcool qu'il contient ; la tarification selon la teneur en alcool incite les consommateurs à acheter des produits à moindre teneur en alcool, ce qui peut réduire la consommation d'alcool globale et les méfaits sur l'ensemble de la population⁷⁴.

* Y compris les comptoirs express de la LCBO

3. **Un ajustement automatique des prix sur l'inflation** pérennise ces politiques tarifaires dans leur intégralité en garantissant que l'alcool ne devient pas moins cher au fil du temps relativement à d'autres produits.

De telles politiques peuvent avoir un effet modeste sur les prix de l'alcool, mais être très bénéfiques à la santé publique. Elles génèrent également des revenus pour les gouvernements fédéral et provinciaux, tout en entraînant des économies pour les gouvernements provinciaux sous la forme de moindres coûts en matière de soins de santé, d'application de la loi, de détention, et d'autres questions liées à l'alcool. Grâce aux augmentations du prix de l'alcool, les consommateurs d'alcool en excès sont susceptibles de diminuer leur exposition à l'alcool et de présenter des taux de morbidité et de mortalité considérablement réduits⁷⁵.

La taxe d'accise est l'un des mécanismes les plus efficaces et efficaces pour influencer le prix final de l'alcool, car c'est la première taxe à être ajoutée au prix de gros de l'alcool, et que les marges et les taxes de vente au détail multiplient ses effets. L'ajustement de la taxe d'accise mis en place par le gouvernement fédéral en 2018 - avec indexation sur l'inflation - est un excellent exemple de politique en matière d'alcool qui peut être bénéfique sur le plan des revenus du gouvernement comme sur celui de la santé publique⁷⁶.

Au niveau provincial, l'Ontario dispose traditionnellement d'un solide système de tarification de l'alcool, avec des prix minimaux indexés tous les ans sur l'inflation pour toutes les boissons alcoolisées. Récemment cependant, le gouvernement provincial a réduit les prix minimaux de la bière. Ce qui s'est passé dans d'autres provinces à la suite d'une telle mesure indique que celle-ci entraînera une augmentation des méfaits⁷⁷.

Étant donné l'importance de la politique tarifaire, nous recommandons les actions suivantes :

- Le gouvernement fédéral devrait **mettre en place des taxes d'accise volumétriques, quels que soient le type de boissons et leur teneur en alcool.**
- La province de l'Ontario devrait :
 - **augmenter progressivement les prix minimaux** ; les travaux de recherche semblent indiquer que les prix suivants (en dollars canadiens de 2019) seraient probablement efficaces pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool : 1,75 \$ par verre standard pour les ventes d'alcool à emporter et 3,50 \$ par verre standard pour les ventes d'alcool à consommer sur place^{78*} ;
 - **verrouiller les prix minimaux en supprimant toute échappatoire possible** (p. ex. les rabais sur les chèques-cadeaux et sur les produits retirés de la liste), les prix minimaux s'appliquant à tous les types de boissons et à tous les circuits de distribution ;
 - **adopter la tarification volumétrique, quels que soient le type de boissons et leur teneur en alcool**, afin de stimuler l'achat de produits à moindre teneur en alcool plutôt que celui de produits présentant une teneur en alcool plus élevée.
- Les deux niveaux du gouvernement devraient **garantir que les taxes d'accise et les prix minimaux s'ajustent sur l'inflation de manière permanente et automatique.**

* Au moment de la rédaction de ce document, les prix minimaux par verre standard en Ontario se situent approximativement entre 1,17 \$ et 1,49 \$ pour les ventes à emporter, et entre 1,43 \$ et 2,94 \$ pour celles à consommer sur place. Pour des détails supplémentaires, se reporter à l'aperçu pour l'Ontario de l'Équipe canadienne d'évaluation des politiques sur l'alcool (CAPE) : <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-cape-on-en.pdf>.

Maintenir et élargir les contrôles officiels de l'accessibilité de l'alcool

Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, il existe une forte association entre l'accessibilité de l'alcool et les méfaits liés à sa consommation. Inversement, les travaux de recherche ont mis en évidence que limiter la densité des points de vente d'alcool, réduire leurs horaires et leurs jours de vente, et mettre en place ou retarder l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool sont des mesures toutes associées à une diminution de la consommation d'alcool et des méfaits qui lui sont liés - et que ces mesures sont plus susceptibles d'être mises en œuvre et maintenues dans un système de vente au détail dont le gouvernement est le propriétaire et l'exploitant.

- **Densité** : si l'association entre une densité élevée de points de vente d'alcool et des taux élevés de méfaits est bien établie, les travaux de recherche sur l'impact des réductions de la densité des points de vente sont moins nombreux ; cependant, les données probantes mises à disposition semblent indiquer que limiter la densité des points de vente réduit la consommation d'alcool, atténue les méfaits liés à sa consommation, et améliore la santé et la sécurité publiques⁷⁹.
- **Jours et horaires de vente** : la réduction du nombre d'heures de vente des emplacements où l'alcool est consommé sur place est associée à une diminution de la violence, des agressions et des homicides dans les zones environnantes⁸⁰ ; de la même manière, la réduction du nombre de jours d'ouverture des points de vente à emporter entraîne une réduction des agressions, des perturbations domestiques, des hospitalisations et des accidents de véhicules motorisés liés à la consommation d'alcool⁸¹.
- **Âge minimum** : Les études canadiennes ont observé que les lois relatives à un âge minimum pour consommer de l'alcool ont un impact sur la mortalité, la morbidité, les accidents de véhicules motorisés et les crimes liés à cette consommation⁸². De plus, des études réalisées aux États-Unis suggèrent qu'un âge minimum légal plus élevé de consommation d'alcool est associé à un âge plus élevé d'initiation à l'alcool, à une moindre prévalence de consommation d'alcool chez les jeunes, et à une diminution de la consommation globale d'alcool et de la forte consommation épisodique chez les jeunes - facteurs qui, tous, protègent à long terme des effets négatifs de l'alcool sur la santé à l'âge adulte⁸³. Ces données probantes semblent indiquer que l'âge de 21 ans pourrait être l'âge minimum légal le plus approprié pour la consommation d'alcool.

Pour atténuer les méfaits liés à l'accessibilité de l'alcool, nous faisons les recommandations suivantes :

- En 2017, l'Ontario disposait de 2,5 points de vente d'alcool à emporter et de 14,8 points de vente d'alcool à consommer sur place par 10 000 d'habitants âgés de 15 ans ou plus⁸⁴ ; à court terme, la province devrait **maintenir (c.-à-d. ne pas dépasser) les niveaux actuels de densité des points de vente**. En règle générale, cela signifie qu'un élargissement des points de vente ne serait possible que dans la mesure (et dans les zones) où il existe une croissance de la population.
- À plus long terme, l'Ontario devrait **élaborer et mettre en œuvre un système de gestion de la densité des points de vente d'alcool** ; ce système pourrait prendre la forme de plafonds régionaux (absolus) et/ou basés sur la population (par habitant) concernant les permis d'alcool (avec ou sans consommation sur place), système dont la CAJO serait responsable.

- Les horaires de ventes réglementés ont été récemment allongés pour les points de vente avec ou sans consommation sur place ; **ces horaires de vente ne devraient pas être plus allongés.**
- **Les municipalités devraient être autorisées par la province à restreindre davantage la densité des points de vente et les horaires et jours de vente**, en fonction des conditions et des besoins locaux.
- Bien qu'il y ait des données probantes montrant que retarder l'âge minimum légal de consommation d'alcool en Ontario réduirait les méfaits liés à la consommation d'alcool, nous sommes conscients qu'une telle modification serait difficile au plan politique ; nous recommandons que le gouvernement provincial **maintienne l'âge minimum légal actuel de 19 ans** pour autoriser la consommation d'alcool et qu'il garantisse son soutien par des politiques d'application de la loi exigeant deux preuves valables d'identité pour tout client paraissant avoir moins de 25 ans, et ce dans tous les points de vente.

Limiter le marketing de l'alcool (publicités, commandites et promotions)

Le lien existant entre l'exposition à des publicités et le comportement de consommation est bien établi. L'exposition au marketing et à des commandites concernant l'alcool est associée à une initiation plus précoce à la consommation d'alcool ; elle est également associée à une augmentation de la consommation et des méfaits, particulièrement chez les jeunes gens⁸⁵. Il a été observé qu'une augmentation de 10 % des dépenses dédiées à la publicité sur l'alcool conduit à une augmentation de 0,3 % de la consommation d'alcool⁸⁶.

Le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) réglemente les publicités sur l'alcool dans son **Code de la publicité radiodiffusée en faveur des boissons alcoolisées** (ou « Code du CRTC » dans ce document). Le Code du CRTC comporte 17 dispositions, parmi lesquelles l'exigence que la publicité pour les boissons alcoolisées n'illustre ni ne suggère de manière implicite la consommation réelle d'alcool ou ses effets. Il établit également que les publicités sur l'alcool ne doivent pas⁸⁷ :

- s'adresser à des personnes qui n'ont pas l'âge légal de boire de l'alcool ou à des adultes qui n'en consomment pas ;
- suggérer la nécessité urgente de consommer de l'alcool ou d'avoir une consommation « non modérée » ;
- inciter un consommateur à préférer une boisson du fait de sa teneur plus élevée en alcool ;
- associer l'achat ou la consommation d'alcool à la conduite de véhicules ou à toute activité nécessitant une grande habileté ou une réelle vigilance ;
- essayer d'ériger l'alcool en symbole de statut, sous-entendant qu'il peut permettre ou accroître l'acceptation sociale et le succès en société, ou laissant entendre que l'alcool est essentiel pour apprécier une activité ou un événement.

Ces directives ne sont cependant pas toujours suivies. Au Canada, l'industrie de l'alcool règlemente elle-même ses publicités et des études ont montré que le non-respect des directives en matière de publicité est courant quand l'industrie est laissée à elle-même pour s'autoréglementer⁸⁸. En Ontario, une analyse réalisée en 2012 qui portait sur le contenu de publicités à la télévision, à la radio et dans les magazines a mis en évidence un certain nombre de violations potentielles des règles publicitaires⁸⁹.

Plus important encore, le Code du CRTC s'est laissé distancer par l'émergence du marketing électronique de l'alcool. Ces techniques de marketing direct et interactif via les médias sociaux ne sont actuellement pas réglementées.

Du fait que le marketing, les publicités et la promotion sont d'importants moteurs des méfaits liés aux substances, l'OMS recommande « des interdictions ou des restrictions globales des publicités, des commandites et de la promotion concernant l'alcool⁹⁰. » Une telle interdiction pourrait constituer « une des approches de prévention et d'amélioration de la santé les plus efficaces et les plus rentables⁹¹. » Cependant, nous sommes conscients que cela peut ne pas être réalisable à court terme. Nos recommandations dans ce domaine sont ainsi les suivantes :

- Le gouvernement fédéral devrait **actualiser le Code du CRTC pour qu'il s'applique à tous les médias**, dont la presse écrite, la télévision, la radio, les médias numériques et les médias sociaux ; les dispositions du Code du CRTC **devraient également s'appliquer à l'emballage et à l'étiquetage des produits**.
- Le volume global des publicités sur l'alcool devrait être réduit ; **il devrait y avoir des restrictions de quantité et d'emplacement des publicités pour tous les médias**.
- L'Ontario devrait **exiger un processus indépendant d'examen préliminaire concernant toutes les publicités sur l'alcool**, afin de garantir leur conformité aux règlements fédéraux et provinciaux.
- **Le non-respect de tout règlement concernant les stratégies commerciales ou les publicités devrait entraîner une sanction financière rapide et efficace**.

Poursuivre les mesures visant la conduite avec facultés affaiblies

Le Canada a progressé en matière de mesures concernant la conduite avec facultés affaiblies. L'introduction récente par le gouvernement fédéral d'un dépistage obligatoire de l'alcool, qui permet à la police d'exiger un échantillon d'haleine sans cause probable, diminuera de manière importante le nombre de collisions de véhicules motorisés et de leurs victimes⁹². Mais l'alcool est encore à l'origine d'un grand nombre de décès gratuits chaque année sur nos routes. En 2014, l'alcool a contribué à 655 décès par accident de la route au Canada⁹³.

Dans une perspective provinciale, un grand nombre de bonnes pratiques sont en place dans ce domaine en Ontario. Par exemple, c'est la seule province où les amendes pour conduite avec facultés affaiblies sont accrues quand, outre l'alcool, d'autres drogues sont détectées⁹⁴. De plus, l'Ontario possède un programme d'utilisation d'antidémarrageurs visant les coupables d'une infraction liée à la conduite avec facultés affaiblies, et un programme général de suspension administrative du permis de conduire pendant de nombreux mois en cas d'alcoolémie à 0,05 % ou plus mesurée en bord de route – interventions l'une et l'autre essentielles pour réduire la fréquence de la conduite avec facultés affaiblies⁹⁵.

Pour ce qui est du reste du Canada, la limite légale actuelle du taux d'alcoolémie à 80 mg d'alcool pour 100 ml (0,08 %) a eu un effet important et positif sur les décès par accident de la route. Cependant, des données scientifiques indiquent que des centaines de décès supplémentaires pourraient être prévenus chaque année si le gouvernement abaissait la limite du taux d'alcoolémie à 50 mg (0,05 %) en vertu du

Code criminel. Au-dessus de ce taux en effet, il est clair que les capacités à conduire avec prudence sont altérées et que les risques de collision sont très accrus ; de plus, la réduction de la limite légale à 0,05 % dans d'autres provinces a fourni des données probantes à l'appui de ces effets bénéfiques⁹⁶. Les répercussions potentielles sur le nombre de décès sur le bord de la route seraient importantes. En 1998, des scientifiques de CAMH ont estimé, en se fondant sur les effets constatés en Australie et en Europe, qu'introduire une limite égale à 0,05 % au Canada pourrait prévenir entre 185 et 555 décès par an sur les routes de l'Ontario⁹⁷. Des travaux de recherche scientifique rigoureux effectués depuis lors ont appuyé et conforté cette conclusion⁹⁸. Pour ces raisons :

- le gouvernement fédéral devrait **abaisser à 0,05 % la limite légale du taux d'alcoolémie** dans le *Code criminel* du Canada.

Réduire les risques dans les établissements autorisés

La violence liée à la consommation d'alcool, notamment la violence physique et la violence sexuelle, est courante dans les établissements autorisés⁹⁹. Les travaux de recherche ont déterminé un certain nombre de facteurs associés au comportement des buveurs à l'intérieur et dans l'environnement des établissements autorisés, parmi lesquels le type de personnes présentes dans l'établissement (p. ex. leurs âge et sexe), l'ambiance (p. ex. locaux où les gens se bousculent, car ils s'entassent ou font la queue), le cadre social (p. ex. les cadres où les règles sont opaques ou les activités illégales sont tolérées) et le comportement du personnel (p. ex. anticiper les problèmes potentiels et les régler efficacement)¹⁰⁰. Les règlements et la formation du personnel sont les principaux mécanismes pour gérer ces facteurs de risque dans les établissements qui détiennent un permis d'alcool.

En Ontario, la formation des serveurs est une autoformation en ligne (Smart Serve)*. Globalement, les données prouvant l'efficacité de cette formation sont faibles¹⁰¹. Bien que certains programmes de formation pour les serveurs puissent avoir un impact immédiat sur leur pratique, cet impact n'est pas durable sans l'application permanente de pénalités pour ceux qui servent des clients jusqu'à l'ébriété ou des clients qui n'ont pas l'âge légal de consommer de l'alcool¹⁰². Le programme Smart Serve lui-même ne semble pas avoir été évalué sur le plan de son efficacité.

La CAJO est responsable des règlements en vertu de la *Loi sur les alcools*, laquelle régit les problèmes potentiels dans les établissements autorisés¹⁰³. Ces règlements sont étayés par des avertissements, des amendes et des suspensions. Le site internet et le bulletin *Info Permis* de la CAJO présentent également des directives et des matériels éducatifs pour les détenteurs de permis. La CAJO organise des séminaires éducatifs tandis que les suspensions de permis de 14 jours ou plus font l'objet de publication dans *Info Permis*. La CAJO exige aussi des détenteurs de permis de ventes d'alcool à consommer sur place qu'ils prennent en charge la gestion de l'environnement immédiat de leur établissement.

Une autre approche importante adoptée en Ontario est la délivrance de permis en fonction du risque, soit une approche ciblée sur les circonstances de consommation d'alcool à haut risque¹⁰⁴. Les risques sont déterminés en fonction de l'établissement (p. ex. type, emplacement, horaire) et du détenteur du

* Les règlements administrés par la CAJO exigent également que tout employé vendant de l'alcool (à emporter) suive la formation Smart Serve, et ce quel que soit le circuit de distribution des ventes, public ou privé.

permis (p. ex. conduite par le passé, infractions, expérience). Des conditions explicites peuvent être imposées et il peut être demandé aux détenteurs de permis de soumettre un plan sur la manière dont ils vont gérer les risques (p. ex. un plan de sécurité). Ce système semble prometteur mais jusqu'à maintenant il n'a été conduit aucune évaluation officielle de l'impact d'une délivrance de permis basée sur les risques sur le plan de la violence et des autres problèmes.

L'efficacité des règlements dépend non seulement de leur contenu, mais aussi de leur mise en application : les règlements fondés sur des données probantes n'auront probablement pas d'impact s'ils ne sont pas appliqués. Les mesures assurant le respect du règlement constituent donc une action clé des interventions visant à réduire les risques liés aux circonstances. Un certain nombre d'études ont montré que des mesures accrues pour assurer le respect des règlements sur les spiritueux sont efficaces. Par exemple, un essai contrôlé randomisé auquel ont participé des universités californiennes incluait une intervention comprenant des opérations d'application de la loi sur les nuisances, des opérations « leurre par des mineurs », des postes de vérification visant à dépister la conduite avec facultés affaiblies, des ordonnances pour hôtes qui organisent des fêtes dans leur domicile, et l'utilisation des médias locaux et du campus pour accroître la visibilité des stratégies déployées quant aux locaux où on consomme¹⁰⁵. Les chercheurs ont mis en évidence que des réductions importantes en matière d'ébriété étaient associées à cette intervention. D'autres études concernant l'application accrue des politiques sur l'alcool lors des commandes d'alcool ont également montré des réductions de délivrance d'alcool aux jeunes n'ayant pas l'âge légal¹⁰⁶.

Dans ce contexte, nous faisons les recommandations suivantes :

- **L'efficacité du programme Smart Serve devrait être évaluée quant à l'augmentation de la sécurité dans les locaux où est consommé l'alcool.**
- **Les points de vente au détail avec consommation sur place devraient être encouragés à adopter des politiques et des procédures éclairées par des données probantes pour réduire la violence physique, le harcèlement sexuel et les agressions sexuelles.**
- **La délivrance de permis en fonction du risque et l'application de la réglementation devraient également s'appliquer à tous les points de ventes au détail à emporter**, les conditions de délivrance du permis et de l'application de la loi étant alors éclairées par les caractéristiques du demandeur et du détenteur du permis, ainsi que par leurs antécédents en matière de respect de la réglementation.
- **Le suivi et l'application exécutoire des règlements sur l'alcool devraient être accrus** ; pour garantir le respect des règlements, chaque point de vente devrait être inspecté au moins une fois par an, les vérifications devant être plus fréquentes pour les points de vente où le risque est plus élevé.

Renforcer les capacités de traitement en Ontario

Le trouble de l'usage de l'alcool (TUA) est très stigmatisé et, de ce fait, les personnes présentant ce trouble ne cherchent pas souvent à se faire traiter. De plus, les prestataires de soins primaires sont fréquemment mal à l'aise pour engager un dialogue sur l'alcool avec leurs patients, et ils ne connaissent pas bien les options thérapeutiques. Tous ces facteurs expliquent que le TUA est insuffisamment traité¹⁰⁷.

Plusieurs interventions psychosociales ont montré une efficacité modeste, y compris les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies basées sur le milieu et le réseau social, et les thérapies comportementales de couple¹⁰⁸. L'efficacité varie selon la population (adultes par opposition à adolescents) et le résultat désiré (réduction par opposition à cessation ou abstinence). Il existe également un éventail d'options thérapeutiques pharmacologiques qui ont fait leurs preuves, mais restent insuffisamment utilisées. Par exemple, la naltrexone et l'acamprosate ont prouvé leur efficacité et leur innocuité d'utilisation pour traiter le TUA ; associés à des approches psychosociales, ces médicaments peuvent contribuer à réduire les rechutes et les cas d'abandon du traitement¹⁰⁹. Ils présentent également un bon rapport coût-efficacité ; les données probantes semblent indiquer que ces deux médicaments peuvent réduire les coûts sociaux de l'abus d'alcool, et que les patients alcoolodépendants qui prennent de la naltrexone ont moins souvent recours aux soins de santé que ceux qui n'en prennent pas¹¹⁰. Enfin, les programmes intensifs de traitement de jour et les programmes en établissement suivis de soins pour prévenir les rechutes sont utiles pour atteindre l'abstinence à court terme, appuyer les acquis d'un traitement intensif et récupérer aussitôt que possible les patients qui rechutent.

Pour les personnes qui présentent un TUA grave et des problèmes entraînés par la pauvreté et l'itinérance, les programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGA) peuvent contribuer à réduire les méfaits qui lui sont liés. Ivsins et ses collègues notent que :

Les programmes de gestion de la consommation d'alcool cherchent à réduire les méfaits aigus (p.ex. crises convulsives, traumatismes) et chroniques (p.ex. hépatopathie) causés par des habitudes de consommation d'alcool à risque, telles que la consommation d'alcool dans la rue, la consommation occasionnelle très excessive, la consommation dans la solitude, et la consommation d'alcool non destiné à la boisson, comme l'alcool des bains de bouche, des désinfectants pour les mains, du vin de cuisson, et l'alcool à friction, tout en envisageant également les méfaits relatifs à une vulnérabilité structurelle, tels que l'itinérance, la violence, et la prise en charge cyclique par les services sociaux et les services de santé. Dans ces programmes, la réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool est le fait de plusieurs actions, telles que l'administration régulière de doses mesurées d'alcool tout au long de la journée dans un milieu sûr, en tant qu'alternative à une consommation d'alcool dans la solitude et dans la rue, une offre d'alcool à acheter à un prix minimal (p. ex. grâce à des programmes de fermentation d'alcool sur place), et l'échange de boissons alcoolisées contre de l'alcool non destiné à la boisson¹¹¹.

Une analyse documentaire réalisée en 2017 a mis en évidence que « les résidents à long terme des programmes de gestion de la consommation d'alcool signalent moins de méfaits liés à la consommation d'alcool sur le plan de la santé, de la sécurité et du sevrage, ainsi que sur les plans social et juridique. »¹¹²

On estime que, bien que 20 % des buveurs soient responsables de 70 % de la consommation d'alcool, environ 50 % du fardeau global relatif à l'alcool sont liés à la consommation de personnes qui ne sont pas considérées comme dépendantes à l'alcool¹¹³. Pour celles qui sont à risque de méfaits du fait de leur consommation d'alcool, les services de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation délivrent des actions clés. Leur objectif est triple¹¹⁴ :

- déterminer les patients dont la consommation d'alcool se situe au-dessus des niveaux de consommation à faible risque, puis évaluer leur statut vis-à-vis des risques en fonction de la consommation d'alcool qu'ils indiquent et d'autres données cliniques appropriées ;
- communiquer aux patients leur statut sur le plan des risques, aider le patient à déterminer ses objectifs et sa disposition envers le changement, et l'orienter au besoin ;
- faire le suivi des patients, surveiller les symptômes de sevrage éventuels, et revoir les objectifs et les progrès.

Les données probantes appuient la prestation de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation dans les services des urgences et dans le cadre des soins primaires¹¹⁵.

Pour accroître la capacité du système de soins de santé à offrir un continuum d'intervention, nous recommandons que le gouvernement provincial améliore l'accès :

- **aux services de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation** en :
 - appuyant les professionnels de santé des soins primaires et des services des urgences par l'élaboration et le financement des programmes de formation, ainsi que par la rédaction de directives de pratiques exemplaires et d'autres ressources ; rendant les services de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation accessibles dans les centres de santé communautaires, dans les services de santé à l'université et sur les lieux de travail, et par un accès numérique (mobile et en ligne) ;
- **au traitement** : il devrait y avoir en particulier une meilleure intégration du traitement du TUA aux points d'accès du système de santé, tout spécialement les soins primaires et les services des urgences ;
- **aux médicaments approuvés pour le TUA** (p. ex. naltrexone, acamprosate, disulfiram et topiramate) ; par exemple, la naltrexone et l'acamprosate sont actuellement couverts en Ontario en tant que médicaments « d'utilisation limitée » ; or, les données probantes appuient une extension de la couverture en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario / Programme de médicaments Trillium ;
- **aux programmes de gestion de la consommation d'alcool** ; la réduction des méfaits est un aspect essentiel d'une réponse globale à l'utilisation de substances, y compris la consommation d'alcool ; les travaux de recherche visant à évaluer l'efficacité de ces programmes devraient être appuyés.

Stimuler les efforts de sensibilisation et de promotion de la santé

Il n'a pas été montré que la sensibilisation entraîne des modifications comportementales durables¹¹⁶. Cela est particulièrement vrai du message « boire de manière responsable » émis par l'industrie de l'alcool¹¹⁷. Mais la diffusion d'informations claires et précises sur la santé et émanant de sources

crédibles peut jouer un rôle de soutien dans une approche globale élargie de réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool. Par exemple, on est peu conscient en Ontario des DCAFR nationales et de la définition du verre standard¹¹⁸. Une étude réalisée en 2018 a mis en évidence que les étiquettes de boissons alcoolisées qui comportent des informations sur le verre standard et sur les directives nationales permettent aux consommateurs d'estimer de manière plus précise l'alcool ingéré et de mieux comprendre comment cette consommation se situe par rapport aux directives, comparativement aux étiquettes qui n'affichent que le volume d'alcool (ce qui est la pratique actuelle)¹¹⁹. De la même manière, certaines provinces (y compris l'Ontario) demandent aux établissements possédant un permis de vente d'alcool d'afficher des avertissements sur les risques de la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Comme d'autres mesures de sensibilisation du public, les avertissements seuls concernant la santé ne modifient pas les comportements, mais ils semblent réellement favoriser une prise de conscience, et « ce seul effet en termes de sensibilisation ne peut être ignoré, car la sensibilisation est proposée comme étape préliminaire au changement de comportement¹²⁰. »

Des informations claires et accessibles sur le sujet peuvent offrir aux consommateurs des outils pour surveiller leur consommation d'alcool et l'ajuster, si cela est nécessaire ou désiré. Dans l'idéal, de telles mesures éducatives servent également de contrepoids au marketing omniprésent de l'alcool. Pour ces raisons, nous faisons les recommandations suivantes :

- Le gouvernement fédéral devrait adopter une loi **exigeant des fabricants qu'ils affichent sur les étiquettes de toutes les boissons alcoolisées, des informations sur les verres standards, sur les directives de consommation à faible risque, et sur les risques concernant la santé et la sécurité associés à la consommation d'alcool.**
- Le gouvernement provincial devrait :
 - **mettre en place une campagne de sensibilisation éclairée par des données probantes et conçue pour conscientiser les Ontariens et les Ontariennes aux risques pour la santé et aux méfaits de la consommation d'alcool, et leur compréhension de ces risques et de ces méfaits**, qu'ils soient à court terme (aigus) ou à long terme (chroniques) ;
 - **mettre en place une campagne de sensibilisation éclairée par des données probantes et conçue pour conscientiser les Ontariens et les Ontariennes au verre standard, et leur compréhension de cette notion ;**
 - **appuyer les initiatives locales de promotion de la santé**, en garantissant que les bureaux de santé publique de la province sont adéquatement financés.

Il est important de redire que ces mesures ont une valeur limitée en elles-mêmes. Elles ne remplacent le contrôle du prix et de l'accessibilité de l'alcool et ne peuvent, au mieux, que servir de supplément au contrôle.

Élaborer et mettre en œuvre une stratégie provinciale sur l'alcool en Ontario

En Ontario comme ailleurs, les politiques sur l'alcool nécessitent d'équilibrer des intérêts qui sont souvent divergents. De ce fait, les politiques sur l'alcool peuvent être fragmentées et la santé peut être quelquefois considérée comme un point secondaire. Mais les méfaits et les coûts liés à la consommation d'alcool sont à la charge de nombreux ministères, de celui de la Santé et des Soins de longue durée jusqu'à celui du Solliciteur général. Une coordination gouvernementale et un leadership sont donc nécessaires : coordination pour garantir que les ministères travaillent ensemble et que des liens sont créés avec les autres initiatives et stratégies, et leadership pour garantir la mise en œuvre et l'efficacité des politiques sur l'alcool. Ces objectifs peuvent être favorisés par une stratégie provinciale sur l'alcool.

Nous recommandons ainsi que le gouvernement de l'Ontario :

- **élabore une stratégie provinciale sur l'alcool** en consultant les intervenants en santé publique et des secteurs de la sécurité, et ce, indépendamment de l'industrie de l'alcool ;
- **crée, ou désigne, une entité responsable de la coordination et de la mise en œuvre de la stratégie sur l'alcool de l'Ontario** ; une telle entité garantirait la mise en place des mécanismes assurant la coordination des nombreux ministères dont les portefeuilles ont un lien avec l'alcool, ainsi que les organisations non gouvernementales et les intervenants dans le secteur de la santé ;
- **garantit que toute modification d'une politique sur l'alcool est analysée quant à son potentiel de réduire ou d'accroître l'équité en matière de santé** ; l'efficacité de toute mesure politique devrait être évaluée en envisageant non seulement ses effets au niveau de la population, mais aussi son impact sur l'équité en matière de santé¹²¹ ;
- **consacre une partie des revenus générés par l'alcool à la prévention et au traitement** ; on pourrait assigner un pourcentage des revenus existants ou de procéder à une augmentation modeste des prix ; il a été estimé qu'ajouter 0,05 \$ au prix d'un verre standard et affecter ces revenus aux initiatives de prévention et de traitement de la dépendance à l'alcool doublerait l'investissement actuel de l'Ontario en la matière, sans aucuns frais pour la gouvernement provincial¹²² ;
- **investit dans la surveillance et les travaux de recherche**. Pour comprendre l'impact de ses politiques sur l'alcool, le gouvernement provincial doit pouvoir étudier les habitudes de consommation d'alcool. Pouvoir garantir que les politiques sur l'alcool de l'Ontario sont efficaces nécessitera une approche plus moderne en matière de suivi et d'évaluation. Le gouvernement provincial devrait surveiller systématiquement les ventes d'alcool et les méfaits liés à la consommation d'alcool (méfaits sur la santé et méfaits sociaux).
 - Cela devrait comporter la surveillance des ventes par circuit de distribution (p. ex. LCBO, The Beer Store, épiceries) ; tandis qu'il est exigé de la LCBO qu'elle soit transparente quant à ses ventes, ce n'est pas le cas pour d'autres types de points de ventes au détail, ce qui prive de tout moyen de déterminer les habitudes de consommation. À cette fin, **il devrait être exigé des revendeurs privés qu'ils partagent leurs données de vente relatives à l'alcool**. Cela pourrait être organisé en mettant en œuvre un système ouvert d'information semblable au programme de vente de données de la LCBO ou en demandant aux revendeurs de fournir au gouvernement les ventes mensuelles cumulées de boissons par volume d'alcool absolu (et non selon le revenu généré).

Nous faisons également au gouvernement fédéral les recommandations suivantes :

- Conformément à l'appel à l'action 19 de la Commission de vérité et réconciliation, le gouvernement fédéral devrait, « ...en consultation avec les peuples autochtones, ... **établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard.** Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés¹²³ ».
- Ce processus pourrait débuter en établissant trois groupes de travail - Premières Nations, Inuit et Métis – pour reconnaître les déterminants de la santé des Autochtones en matière de consommation d'alcool, et dégager collectivement une perspective d'équité en santé pour les travaux de recherche, le suivi, la collecte de données, le traitement et les soins à la suite d'une hospitalisation.

CONCLUSION

Les décisions du gouvernement concernant l'alcool devraient être, d'abord et avant tout, éclairées par les coûts nets de l'alcool pour les personnes et pour la société. Actuellement, l'alcool coûte à la province de l'Ontario - du fait des soins de santé, des dépenses liées à l'application de la réglementation, et des pertes de productivité - plus qu'il ne rapporte. Aborder la problématique de l'alcool dans une perspective commerciale ou de satisfaction de la clientèle augmentera ces coûts. Nous sommes confiants que les politiques et les interventions proposées dans ce document trouvent le bon équilibre, en reconnaissant l'importance de l'alcool dans notre société tout en donnant la priorité à la santé et à la sécurité publiques.

ANNEXE A

Les Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) du Canada ont été élaborées en 2011¹²⁴. Elles recommandent que certaines personnes évitent totalement la consommation d'alcool, particulièrement celles qui doivent ensuite conduire un véhicule ou faire fonctionner une machine, qui prennent un médicament pouvant interagir avec l'alcool, qui sont enceintes (ou prévoient de l'être) ou encore qui allaitent. Pour les personnes qui consomment d'alcool, les directives suggèrent :

- pour les adolescents, jamais plus d'un ou deux verres standards (un verre standard est un verre contenant 13,6 grammes d'alcool) lors de la même occasion, et jamais plus d'une ou deux fois par semaine ;
- pour les femmes, pas plus de 10 verres par semaine, et pas plus de deux verres la plupart des jours (ou trois pendant des « occasions spéciales ») ;
- pour les hommes, pas plus de 15 verres par semaine, et pas plus de deux verres la plupart des jours (ou quatre pendant des « occasions spéciales »).

Plus récemment, les chercheurs ont noté que les DCAFR ne sont pas particulièrement corrélées à un faible risque¹²⁵, et certains organismes canadiens de lutte contre le cancer ont adopté un autre ensemble de directives dont les limites de consommation sont plus basses¹²⁶.

ANNEXE B

Risques intrinsèques ou inhérents estimés de six drogues différentes, notés selon différentes dimensions des méfaits sur une échelle de 0 à 100 (100 correspondant au risque le plus élevé)

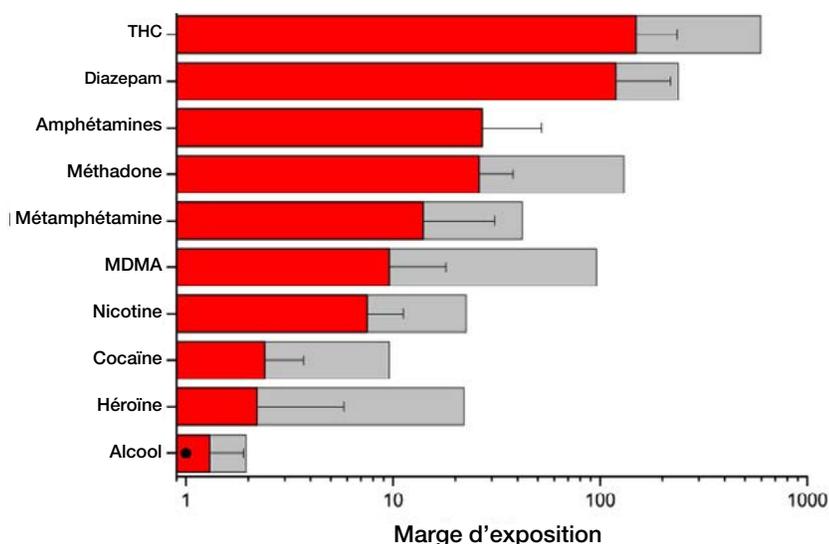
	ALCOOL	TABAC	CANNABIS	AMPHÉTAMINES	HÉROÏNE	COCAÏNE/CRACK
Létalité*	50	0	0	20	100	22,5
Effets nocifs sur la santé physique	80	100	20	30	20	40
Altération des fonctions mentales	65	0	30	60	30	80

* Exprimée par le rapport de la dose létale et de la dose standard

Tableau reproduit d'après le document : *Cadre stratégique sur le cannabis*. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto. (2014). Source des données originales : Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565.

Marge d'exposition pour la consommation quotidienne de la drogue, estimée à l'aide d'une analyse probabiliste*

Bande rouge à gauche : moyenne. Barre d'erreur : écart type. Barre grise à droite : consommateur tolérant. Puce (pour l'alcool) : valeur basée sur des données chez l'homme.



Source : Lachenmeier, D. W., & Rehm, J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Scientific Reports*, 5.

* La marge d'exposition (ME), mesure toxicologique, est le rapport entre la dose à laquelle une drogue est connue pour entraîner des effets indésirables et la dose moyenne estimée de cette drogue qu'une personne ingérerait. Plus la ME est faible, plus le risque d'effets indésirables est élevé.

CITATION SUGGÉRÉE

Centre de toxicomanie et de santé mentale (2019). *Cadre stratégique sur l'alcool*. Toronto : CAMH

REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par Jean-François Crépault, MA, et Ashley Wettlaufer, MA.

Les personnes suivantes ont apporté leur expertise à ce document :

Leslie Buckley, MD, MPH, FRCPC

Norman Giesbrecht, PhD Kate Graham, PhD

Hayley Hamilton, PhD

Bernard Le Foll, MD, PhD, MCFP(AM)

Robert Mann, PhD

Svetlana (Lana) Popova, PhD, MD, MPH

Jürgen Rehm, PhD

Peter Selby, MBBS, CCFP(AM), FCFP, dip ABAM

Kevin Shield, PhD

Samantha Wells, PhD

POUR EN SAVOIR PLUS

JF Crépault

Analyste principal des politiques, Centre de toxicomanie et de santé mentale

JeanFrancois.Crepault@camh.ca

(416) 535-8501, poste 32127

RÉFÉRENCES

- 1 Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Méfaits de l'alcool au Canada : Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits*. Ottawa (Ont.)
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada (CEMUSC). (2018). *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)*. Préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada de 2015 de l'administrateur en chef de la santé publique : La consommation d'alcool au Canada*. Ottawa (Ont.)
- 2 Lachenmeier, D. W., & Rehm, J. (2015). Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Scientific Reports*, 5.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.
- 3 Babor, T. F., Österberg, E., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol, no ordinary commodity: Research and public policy* (2e éd.). Oxford (R.-U.) : Presses de l'Université d'Oxford.
- 4 Babor et al., 2010.
- 5 Organisation mondiale de la Santé (2011). From burden to "best buys": Reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Genève, Suisse
- Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., & Rehm, J. (2018). Are the "Best Buys" for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(4), 514–522.
- 6 Myran, D. T., Chen, J. T., Giesbrecht, N., & Rees, V. W. (2019). The association between alcohol access and alcohol-attributable emergency department visits in Ontario, Canada. *Addiction*, 114(7), 1183–1191.
- 7 Shield, K. D., Rylett, M., Gmel, G., Gmel, G., Kehoe-Chan, T. A. K., & Rehm, J. (2013). Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005: A contribution to the Comparative Risk Assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study. *Addiction*, 108(5), 912–922.
- 8 Santé Canada. (2019). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017, tableaux détaillés. Récupéré sur <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017/tableaux-detailles-2017.html>
- 9 Ialomiteanu, A. R., Hamilton, H. A., Adlaf, E. M., & Mann, R. E. (2018). CAMH Monitor e-Report: Substance Use, Mental Health and Well-Being Among Ontario Adults, 1977-2017. CAMH Research Document Series No. 48. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- 10 Boak, A., Hamilton, H. A., Adlaf, E. M., & Mann, R. E. (2017). *Drug use among Ontario students, 1977–2017: Detailed findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey* (CAMH, Série de documents de recherche, n° 46). Toronto (Ont.) : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- 11 Boak, Hamilton, Adlaf & Mann, 2017; Ialomiteanu, Hamilton, Adlaf & Mann, 2018.
- 12 Boak, Hamilton, Adlaf & Mann, 2017.
- 13 Stockwell, T., Zhao, J., Greenfield, T., Li, J., Livingston, M., & Meng, Y. (2016). Estimating under- and over-reporting of drinking in national surveys of alcohol consumption: Identification of consistent biases across four English-speaking countries. *Addiction*, 111(7), 1203–1213.
- 14 Ialomiteanu, Hamilton, Adlaf & Mann, 2018.
- 15 Boak, Hamilton, Adlaf & Mann, 2017.
- 16 Rehm, J. (2001). Concepts, dimensions and measures of alcohol-related social consequences: A basic framework for alcohol-related benefits and harm. Dans H. Klingemann & G. Gmel (dir.), *Mapping the social consequences of alcohol consumption* (pp. 11–19). Dordrecht (Pays-Bas) : Springer.
- Room, R. (1997). Alcohol, the individual and society: What history teaches us. *Addiction*, 92(Suppl. 1), S7–S11.
- 17 Babor et al., 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2016
- 18 Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & Arico, S. (1999). Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: A meta-analysis. *Addiction*, 94(10), 1551–1573

- 19 Stockwell, T., Zhao, J., Panwar, S., Roemer, A., Naimi, T. S., & Chikritzhs, T. (2016). Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 185–198.
- 20 Nutt, King & Phillips, 2010; Lachenmeier & Rehm, 2015; Groupe de travail scientifique CEMUSC, 2018.
- 21 Groupe de travail du CIRC sur l'évaluation des risques de cancérogénicité chez l'homme. (2012). Habitudes personnelles et expositions ménagères. Volume 100 E. Revue des cancérogènes pour l'homme. *Monographies du CIRC sur l'évaluation des risques de cancérogénicité chez l'homme*, 100(Pt E), 1-538.
- 22 Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S., Imtiaz, S., Popova, S., ... Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction*, 112(6), 968–1001.
- 23 Société canadienne du cancer. (2015). Drinking habits and perceived impact of alcohol consumption [Enquête menée par Leger].
- 24 Rehm, J., Lachenmeier, D. W., & Room, R. (2014). Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine*, 12(1), 189.
- 25 Santé Canada. (2011). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : Sommaire des résultats pour 2010. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues.html>
- 26 Santé Canada. (2014). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : Sommaire des résultats pour 2012. Récupéré sur <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2012.html>
- 27 Laslett, A.-M., Catalano, P., Chikritzhs, T., Dale, C., Doran, C., Ferris, J., ... Wilkinson, C. (2010). *The range and magnitude of alcohol's harm to others*. Fitzroy (Victoria) : AER Centre for Alcohol Policy Research.
- 28 Groupe de travail scientifique CEMUSC, 2018.
- 29 Popova, S., Stade, B., Bekmuradov, D., Lange, S., & Rehm, J. (2011). What do we know about the economic impact of fetal alcohol spectrum disorder? A systematic literature review. *Alcohol & Alcoholism*, 46(4), 490–97.
- 30 Popova, S., Lange, S., Chudley, A. E., Reynolds, J. N., & Rehm, J. (2018). *Étude internationale de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF) : Volet canadien* [Rapport préparé par l'Institut de recherche en politiques de santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale]. Toronto (Ont.) : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- 31 Graham, K., Osgood, D. W., Wells, S., & Stockwell, T. (2006). To what extent is intoxication associated with aggression in bars? A multilevel analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(3), 382–390.
- Graham, K., Bernardis, K., Wilsnack, S. C., & Gmel, G. (2011). Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: A cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(8), 1503–1523.
- Wells, S., Mihic, L., Tremblay, P.F., Graham, K., & Demers, A. (2008). Where, with whom, and how much alcohol is consumed on drinking events involving aggression? Event-level associations in a Canadian national survey of university students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(3), 1–12.
- 32 Senn, C. Y., Eliasziw, M., Barata, P. C., Thurston, W. E., Newby-Clark, I. R., Radtke, H. L., & Hobden, K. L. (2014). Sexual violence in the lives of first-year university women in Canada: No improvements in the 21st century. *BMC Women's Health*, 14, 135.
- 33 Abbey, A., Zawacki, T. Buck, P.O. Clinton, M., & McAuslan, P. (2001). *Alcohol and sexual assault*. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 43–51.
- 34 Graham, K., Bernardis, S., Abbey, A., Dumas, T., & Wells, S. (2014). Young women's risk of sexual aggression in bars: The roles of intoxication and peer social status. *Drug and Alcohol Review*, 33(4), 393–400.
- 35 Collins, S. E. (2016). Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 83–94.
- 36 Pour un examen de la question, voir : Cancer Care Ontario. (2018). Prevention system quality index: *Health equity*. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Shield, K. D., Probst, C., & Rehm, J. (2019). A “buck a beer,” but at what cost to public health? *Revue canadienne de santé publique*, 110(4), 512–515.
- 37 Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk

- assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224–2260.
- 38 Organisation mondiale de la Santé. (2018a). *Global status report on alcohol and health, 2018*. Genève, Suisse
- 39 Groupe de travail scientifique CEMUSC, 2018.
- 40 Institut canadien d'information sur la santé, 2017.
- 41 Giesbrecht, N., Stockwell, T., Kendall, P., Strang, R., & Thomas, G. (2011). Alcohol in Canada: Reducing the toll through focused interventions and public health policies. *Canadian Medical Association Journal*, 183(4), 450–455.
- 42 Groupe de travail scientifique CEMUSC, 2018.
- 43 Groupe de travail scientifique CEMUSC, 2018.
- Statistique Canada. (2019). Bénéfices nets des régies des alcools et recettes des administrations publiques de la vente des boissons alcoolisées. Tableau : 10-10-0012-01 (anciennement CANSIM 183-0025). Récupéré sur https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1010001201&request_locale=fr
- 44 Popova, S., Lange, S., Burd, L., & Rehm, J. (2016). The economic burden of fetal alcohol spectrum disorder in Canada in 2013. *Alcohol and Alcoholism*, 51(3), 367–375.
- 45 Pour une analyse détaillée, voir : Babor et al., 2010.
- 46 Norström, T. (2004). Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in Canada, 1950–1998. *Addiction*, 99(10), 1274–1278.
- Ramstedt, M. (2004). Alcohol consumption and alcohol-related mortality in Canada, 1950–2000. *Canadian Journal of Public Health*, 95(2), 121–126.
- Rossow, I. (2004). Alcohol consumption and homicides in Canada, 1950–1999. *Contemporary Drug Problems*, 31(3), 541–559.
- Skog, O. J. (2003). Alcohol consumption and fatal accidents in Canada, 1950–1998. *Addiction*, 98(7), 883–893
- 47 Xu, X., & Chaloupka, F. J. (2011). The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol Research & Health*, 34(2), 236–245.
- 48 Zhao, J., Stockwell, T., & Martin, G. (2013). The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002–09. *Addiction*, 108(6), 1059–1069.
- 49 Xu & Chaloupka, 2011.
- 50 Wagenaar, A. C., Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010). Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2270–2278.
- 51 Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., & Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: Impacts on alcohol consumption and damage. A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 44(5), 500–516
- Sherk, A., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Andréasson, S., Angus, C., Gripenberg, J., ... Woods, J. (2018). Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: Systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(1), 58–67.
- 52 Myran, Chen, Giesbrecht, & Rees, 2019.
- 53 Wagenaar, Tobler & Komro, 2010; Sherk et al., 2018.
- 54 Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., ... Lawrence, B. (2010). Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 590–604.
- Rossow, I., & Norström, T. (2012). The impact of small changes in bar closing hours on violence: The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*, 107(3), 530–537..
- 55 Hahn, R. A., Middleton, J. C., Elder, R., Brewer, R., Fielding, J., Naimi, T. S., ... Campbell, C. A. (2012). Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: A community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(4), 418–427.

Kerr, W. C., & Barnett, S. B. L. (2017). Alcohol retailing systems: Private versus government control. In N. Giesbrecht & L. M. Bosma (Eds.), *Preventing alcohol-related problems: Evidence and community-based initiatives* (pp. 33–50). Washington (D.C.) : American Public Health Association.

Österberg E. (2004). *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?* Copenhagen (Danemark) : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.

56 Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S., Vallance, K., Gruenewald, P., Ponicki, W., ... Treno, A. (2011). Impact on alcohol-related mortality of a rapid rise in the density of private liquor outlets in British Columbia: A local area multi-level analysis. *Addiction*, 106(4), 768–776.

57 Flam Zalcman, R., & Mann, R. E. (2007). The effects of privatization of alcohol sales in Alberta on suicide mortality rates. *Contemporary Drug Problems*, 34(4), 589–605.

58 MADD Canada. (2014). Provincial liquor boards: Meeting the best interests of Canadians. Récupéré sur http://www.madd.ca/media/docs/MADD_Canada_Provincial_Liquor_Boards.pdf

Mann, R. E., Rehm, J., Giesbrecht, N., Room, R., Adlaf, E., Gmel, G., ... Roerecke, M. (2005). *Distribution et vente d’alcool au détail et responsabilité sociale : Un rapport soumis au Comité d’examen du système de vente d’alcool*. Récupéré sur <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/11000/254608.pdf> (en anglais)

Cette tendance a également été observée aux États-Unis : Miller, T., Snowden, C., Birckmayer, J., & Hendrie, D. (2006). Retail alcohol monopolies, underage drinking, and youth impaired driving deaths. *Accident Analysis & Prevention*, 38(6), 1162–1167.

59 Popova, S., Patra, J., Sarnocinska-Hart, A., Gnam, W. H., Giesbrecht, N., & Rehm, J. (2012). Cost of privatization versus government alcohol retailing systems: Canadian example. *Drug and Alcohol Review*, 31(1), 4–12.

60 Babor et al., 2010; Chisholm et al., 2018.

61 Organisation mondiale de la Santé, 2011.

Pour un examen plus récent, voir : Organisation mondiale de la Santé. (2018b). *The SAFER initiative*. Récupéré sur https://www.who.int/substance_abuse/safer/en/

62 Babor et al., 2010.

Her, M., Giesbrecht, N., Room, R., & Rehm, J. (1999). Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: Evidence and implications. *Addiction*, 94(8), 1125–1139.

Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682), 2234–2246.

63 Room, R. (1993). The evolution of alcohol monopolies and their relevance for public health. *Contemporary Drug Problems*, 20, 169–187.

64 Ministère des Finances de l’Ontario. (2019). Document d’information : Améliorer le choix et la commodité pour les consommateurs d’alcool. Récupéré sur <http://budget.ontario.ca/fr/2019/bg-alcohol.html>

65 Burton, R., Henn, C., Lavoie, D., O’Connor, R., Perkins, C., Sweeney, K., ... Sheron, N. (2017). A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: An English perspective. *The Lancet*, 389(10078), 1558–1580.

Nelson, T. F., Xuan, Z., Babor, T. F., Brewer, R. D., Chaloupka, F. J., Gruenewald, P. J., ... Naimi, T. S. (2013). Efficacy and strength of evidence of U.S. alcohol control policies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(1), 19–28.

Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682), 2234–2246.

66 Wagenaar, Tobler & Komro, 2010.

Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., ... Fielding, J. E. (2010). The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(2), 217–229.

Lhachimi, S. K., Cole, K. J., Nusselder, W. J., Smit, H. A., Baili, P., Bennett, K., ... Boshuizen, H. (2012). Health impacts of increasing alcohol prices in the European Union: A dynamic projection. *Preventive Medicine*, 55(3), 237–243.

67 Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Stratégie mondiale visant à réduire l’usage nocif de l’alcool*. Récupéré sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44485/9789242599930_fre.pdf

- 68 Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2007). *Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada : Vers une culture de modération*. Ottawa (Ont.)
- 69 Zhao, J., & Stockwell, T. (2017). The impacts of minimum alcohol pricing on alcohol attributable morbidity in regions of British Columbia, Canada with low, medium and high mean family income. *Addiction*, 112(11), 1942–1951.
- 70 Zhao et al., 2013
- 71 Sherk, A., Stockwell, T., & Callaghan, R. C. (2018). The effect on emergency department visits of raised alcohol minimum prices in Saskatchewan, Canada. *Drug and Alcohol Review*, 37(Suppl. 1), S357–S365.
- 72 Stockwell, T., Zhao, J., Marzell, M., Gruenewald, P. J., Macdonald, S., Ponicki, W. R., & Martin, G. (2015). Relationships between minimum alcohol pricing and crime during the partial privatization of a Canadian government alcohol monopoly. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(4), 628–634.
- 73 Stockwell, T., Zhao, J., Sherk, A., Callaghan, R. C., Macdonald, S., & Gatley, J. (2017). Assessing the impacts of Saskatchewan's minimum alcohol pricing regulations on alcohol-related crime. *Drug and Alcohol Review*, 36(4), 492–501.
- 74 Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., Holder, H. D., & Romelsjö, A. (2006). Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: Quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(1), 96–105.
- 75 Holmes, J., Meng, Y., Meier, P. S., Brennan, A., Angus, C., Campbell-Burton, A., ... Purshouse, R. C. (2014). Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: A modelling study. *The Lancet*, 383(9929), 1655–1664.
- 76 Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2017). Excise taxes on alcohol: Letter to two parliamentary committees. Récupéré sur https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/bill_c44-pdf.pdf
- 77 Shield, Probst & Rehm, 2019.
- 78 Hill-McManus, D., Brennan, A., Stockwell, T., Giesbrecht, N., Thomas, G., Zhao, J., ... Wettlaufer, A. (2012). *Model-based appraisal of alcohol minimum pricing in Ontario and British Columbia: A Canadian adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model Version 2*. Sheffield (R.-U.) : Université de Sheffield.
- Stockwell, T., Wettlaufer, A., Vallance, K., Chow, C., Giesbrecht, N., April, N., ... Thompson, K. (2019). *Strategies to reduce alcohol-related harms and costs in Canada: A review of provincial and territorial policies*. Victoria (C.-B.) : Canadian Institute for Substance Use Research.
- 79 Livingston, M., Chikritzhs, T., & Room, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*, 26, 557–566.
- Sherk et al., 2018.
- 80 Duailibi, S., Ponicki, W., Grube, J., Pinsky, I., Laranjeira, R., & Raw, M. (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*, 97(12), 2276–2280.
- Wilkinson, C., Livingston, M., & Room, R. (2016). Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: A systematic review 2005–2015. *Public Health Research & Practice*, 26(4), e2641644.
- 81 Middleton, J. C., Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., ... Lawrence, B. (2010). Effectiveness of policies maintaining or restricting days of alcohol sales on excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 575–589.
- Marcus, J., & Siedler, T. (2015). Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economics*, 123, 55–77.
- 82 Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2017). *Incidence et efficacité des lois canadiennes sur l'âge minimum légal pour boire de l'alcool*. Récupéré sur <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Impact-Effectiveness-MLDA-Legislation-2017-fr.pdf>
- 83 Wagenaar, A. C., & Toomey, T. L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement(s)14*, 206–225.
- DeJong, W., & Blanchette, J. (2014). Case closed: Research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the US. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(Suppl. 17), 108–115.
- 84 Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., Vallance, K., Chow, C., Stockwell, T., April, N., ... Thompson, K. (2019). *Reducing alcohol-related harms and costs in Ontario: A policy review*. Récupéré sur <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-cape-on-en.pdf>

- 85 Anderson, P., De Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229–243.
- Jernigan, D., Noel, J. K., Landon, J., Thornton, N., & Lobstein, T. (2017). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: A systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 112(Suppl. 1), 7–20.
- 86 Booth, Meier, Stockwell, Sutton, Wilkinson, & Wong, cités dans Burton et al., 2017, p. 1563.
- 87 Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes. (1996). Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées. Récupéré sur <https://crtc.gc.ca/fra/television/publicit/codesalco.htm>
- 88 Noel, J. K., Babor, T. F., & Robaina, K. (2017). Industry self-regulation of alcohol marketing: A systematic review of content and exposure research. *Addiction*, 112(Suppl. 1), 28–50.
- 89 Heung, C. M., Rempel, B., & Krank, M. (2012). Strengthening the Canadian alcohol advertising regulatory system. *Canadian Journal of Public Health*, 103(4), e263–e266.
- 90 Organisation mondiale de la Santé, 2018b ; voir aussi Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- 91 Burton et al., 2017, p. 1563.
- 92 Solomon, R., Chamberlain, E., Abdoullaeva, M., & Tinholt, B. (2011). Random breath testing: A Canadian perspective. *Traffic Injury Prevention*, 12(2), 111–119.
- 93 Solomon, R., Ellis, C., & Zheng, C. (2018). *Alcohol and/or drugs among crash victims dying within 12 months of a crash on a public road, by jurisdiction: Canada, 2014* [Rapport de MADD Canada]. Récupéré sur https://madd.ca/pages/wp-content/uploads/2018/05/Alcohol-and-or-Drugs-Among-Crash-Victims-Dying-Within-12-Months2c-by-Jurisdiction-Canada2c-2014_April-202c-2018.pdf
- 94 Stockwell et al., 2019.
- 95 Fell, J. C., Jones, K., Romano, E., & Voas, R. (2011). An evaluation of graduated driver licensing effects on fatal crash involvements of young drivers in the United States. *Traffic Injury Prevention*, 12(5), 423–431.
- Voas, R. B., Fell, J. C., McKnight, A. S., & Sweedler, B. M. (2004). Controlling impaired driving through vehicle programs: An overview. *Traffic Injury Prevention*, 5(3), 292–298.
- 96 Chamberlain, E., & Solomon, R. (2002). The case for a 0.05% criminal law blood-alcohol concentration limit for driving. *Injury Prevention*, 8(Suppl. 3), 1–17.
- Fell, J. C., & Voas, R. B. (2006). The effectiveness of reducing illegal blood alcohol concentration (BAC) limits for driving: Evidence for lowering the limit to .05 BAC. *Journal of Safety Research*, 37(3), 233–243.
- Mann, R. E. (2002). Choosing a rational threshold for the definition of drunk driving: What research recommends. *Addiction*, 97(10), 1237–1238.
- Mann, R. E., Stoduto, G., Macdonald, S., Shaikh, A., Bondy, S., & Jonah, B. (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: An international review. *Accident Analysis and Prevention*, 33(5), 569–583
- 97 Mann, R. E., Macdonald, S., Stoduto, G., Shaikh, A., & Bondy, S. (1998). *Assessing the potential impact of lowering the legal blood alcohol limit to 50 mg% in Canada* [Publication Transport Canada nO TR 13321 E]. Récupéré sur <https://archive.org/details/assessingpotenti00mann/page/n7>
- 98 Pour un exemple, voir : Byrne, P., Ma, T., Mann, R.E. & Elzohairy, Y. (2016). Evaluation of the general deterrence capacity of recently implemented (2009–2010) low and zero BAC requirements for drivers in Ontario. *Accident Analysis and Prevention*, 88, 56–67.
- 99 Santé Canada, 2014.
- Wells, S., Graham, K., Speechley, M., & Koval, J. (2005). Drinking patterns, drinking contexts, and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers. *Addiction*, 100(7), 933–944.
- Wells, S., Giesbrecht, N., Ialomiteanu, A., & Graham, K. (2011). The association of drinking pattern with aggression involving alcohol and with verbal versus physical aggression. *Contemporary Drug Problems*, 38(2), 259–279.
- 100 Ces facteurs de risque sont analysés en détail dans : Graham, K., & Homel, R. (2008). *Raising the bar: Preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Oxford (R.-U.): Routledge.
- 101 Babor et al., 2010.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., van Hasselt, N. E., & Bellis, M. A. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: A review of experimental studies. *Substance Use & Misuse*, 46(13), 1569–1591.

- 102 Babor et al., 2010.
- 103 Commission des alcools et des jeux de l'Ontario. (2019). Permis de vente d'alcool : Propriétaires/Exploitants. Récupéré sur <https://www.agco.ca/fr/alcohol/permis-de-vente-dalcohol-proprietairesexploitants>
- 104 Commission des alcools et des jeux de l'Ontario. (2019). Permis de vente d'alcool : Délivrance de permis en fonction du risque. Récupéré sur <https://www.agco.ca/alcohol/liquor-sales-licence-risk-based-licensing>
- 105 Saltz, R. F., Paschall, M. J., McGaffigan, R. P., & Nygaard, P. M. O. (2010). Alcohol risk management in college settings: The Safer California Universities randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 491–499.
- 106 Bolier, Voorham, Monshouwer, van Hasselt, & Bellis, 2011.
- 107 Carvalho, A.F. Heilig, M., Perez, A., Probst, C. & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 394(10200), 781–792.
- 108 National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). *Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence* [Directives cliniques NICE, no 115]. Leicester (R.-U.) : British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.
- 109 Donoghue, K., Elzerbi, C., Saunders, R., Whittington, C., Pilling, S., & Drummond, C. (2015). The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: A meta-analysis. *Addiction*, 110(6), 920–930.
- Jonas, D. E., Amick, H. R., Feltner, C., Bobashev, G., Thomas, K., Wines, R., ... Garbutt, J. C. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 311(18), 1889–1900.
- Maisel, N. C., Blodgett, J. C., Wilbourne, P. L., Humphreys, K., & Finney, J. W. (2013). Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: When are these medications most helpful? *Addiction*, 108(2), 275–293.
- 110 Zarkin, G. A., Bray, J. W., Aldridge, A., Mills, M., Cisler, R. A., Couper, D., ... O'Malley, S. (2010). The effect of alcohol treatment on social costs of alcohol dependence: Results from the Combine Study. *Medical Care*, 48(5), 396–401.
- Mark, T. L., Montejano, L. B., Kranzler, H. R., Chalk, M., & Gastfriend, D. R. (2010). Comparison of healthcare utilization among patients treated with alcoholism medications. *American Journal of Managed Care*, 16(12), 879–888.
- 111 Voir citation à la page 60 de : Ivsins, A., Pauly, B., Brown, M., Evans, J., Gray, E., Schiff, R., ... Stockwell, T. (2019). On the outside looking in: Finding a place for managed alcohol programs in the harm reduction movement. *International Journal of Drug Policy*, 67, 58–62.
- 112 Voir citation à la page S159 de : Stockwell, T., Pauly, B., Chow, C., Erickson, R. A., Krysovaty, B., Roemer, A., ... Zhao, J. (2018). Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug and Alcohol Review*, 37(S1), S159–S166.
- 113 Thomas, G. (2012). *Niveaux et profils de consommation d'alcool au Canada* [Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool : Rapport 1]. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- 114 Collège de médecins de famille du Canada & Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2018). Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : Aider les patients à réduire les risques et les méfaits liés à l'alcool. Récupéré sur <http://www.sbir-diba.ca/fr/accueil>
- 115 Santé publique Ontario. (2017). *Résumé de preuves pertinentes : Services de dépistage, d'intervention brève et d'aiguillage (DIBA) pour l'alcool dans les établissements de soins de santé*. Récupéré sur <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/eb-sbir.pdf?la=fr> Pour plus d'informations sur l'importance du dépistage (au-delà de DIBA), voir Carvalho, Heilig, Perez, Probst & Rehm, 2019.
- 116 Jones, L., James, M., Jefferson, T., Lushy, C., Morleo, M., Stokes, E., ... Bellis, M. (2007). *A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old: Final report*. Récupéré sur <https://www.nice.org.uk/guidance/ph7/evidence/effectiveness-and-cost-effectivenessreview-369704701>
- 117 Moss, A. C., Albery, I. P., Dyer, K. R., Frings, D., Humphreys, K., Inkelaar, T., ... Speller, A. (2015). The effects of responsible drinking messages on attentional allocation and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 44, 94–101.
- Smith, S. W., Atkin, C. K., & Roznowski, J. (2006). Are “drink responsibly” alcohol campaigns strategically ambiguous? *Health Communication*, 20(1), 1–11.
- 118 Ialomiteanu, A. R., Hamilton, H. A., Adlaf, E. M., & Mann, R. E. (2014). *CAMH Monitor e-report: Substance use, mental health and well-being among Ontario adults, 1977–2013* [CAMH, Série de documents de recherche n° 40]. Toronto (Ont.) : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

119 Hobin, E., Vallance, K., Zuo, F., Stockwell, T., Rosella, L., Simniceanu, A., ... Hammond, D. (2018). Testing the efficacy of alcohol labels with standard drink information and national drinking guidelines on consumers' ability to estimate alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 53(1), 3–11.

120 Santé publique Ontario. (2016). Pleins feux sur : Les étiquettes de mise en garde sur l'alcool et le TSAF. Récupéré sur <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/focus-on-alcohol-fasd.pdf>

121 Blas, E., & Kurup, A. S. (dir.). (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Genève (Suisse)

Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). Comblent le fossé en une génération : *Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la CDSS*. Genève (Suisse)

122 Skinner, W. (2007). The need for policy alternatives to address alcohol and other drug problems: Developing a behavioral risk insurance model. *Contemporary Drug Problems*, 34(4), 715–727.

123 Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. Winnipeg (Man.) Citation pp. 2-3 ; emphase ajoutée.

124 Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). *L'alcool et la santé au Canada : Résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

125 Shield, K. D., Gmel, G., Gmel, G., Mäkelä, P., Probst, C., Room, R., & Rehm, J. (2017). Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: Implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*, 112(9), 1535–1544.

126 Young, S. W., Candido, E., Klein-Geltink, J., & Giesbrecht, V. (2018). Preventing alcohol-related cancer: What if everyone drank within the guidelines? *Revue canadienne de Santé publique*, 109(1), 70–78