



Canadian Centre on Substance Abuse
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

Méthodologie utilisée pour synthétiser les données à la base des directives

Quel processus a été employé pour élaborer les directives?

Le résumé des données probantes fait dans [L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque](#)¹ (le rapport) a été préparé par un groupe consultatif indépendant (le groupe consultatif) mis sur pied par le [Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool](#) (CCSNA) et réunissant des représentants d'organismes canadiens de recherche sur la toxicomanie. (On trouvera la liste complète des membres à l'annexe.)

Présidé par le Dr Peter Butt (Collège des médecins de famille du Canada), le groupe consultatif se composait de Doug Beirness (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies), Louis Gliksman (Centre de toxicomanie et de santé mentale, Ontario), Catherine Paradis (Éduc'alcool, Québec) et Tim Stockwell (Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique).

Ce sont les organisations représentées au sein du groupe consultatif qui ont fourni les ressources financières et autres nécessaires à l'élaboration des directives. Aucun membre du groupe consultatif n'a déclaré de conflit d'intérêts.

Le rapport s'appuie largement sur les résultats de nombreuses revues systématiques et méta-analyses, y compris sur certaines études canadiennes de la littérature scientifique soumises à une évaluation critique et portant sur la corrélation entre le niveau de consommation d'alcool et une vingtaine de maladies, ainsi que sur la répartition des causes de décès au Canada. Les directives décrites dans le rapport visent à aider les Canadiens à réduire les risques liés à leur consommation d'alcool; elles ne devraient donc pas être considérées comme un guide de pratique clinique.

Objectifs du groupe consultatif

Le groupe avait pour but de créer des directives qui aideraient tous les Canadiens à réduire les risques liés à leur consommation d'alcool et à celle des autres. Le groupe était spécialement chargé de :

- Préparer des sommaires concis des données disponibles sur les répercussions probables de plusieurs niveaux de consommation sur différents aspects de la santé et de la sécurité;

Les activités et les produits du CCLAT sont réalisés grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCLAT ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927467-48-0

- Déterminer le degré de risque que pose la consommation d'alcool, en se basant sur des revues systématiques d'études publiées qui ont examiné la façon dont le risque de développer certains problèmes d'ordre sanitaire ou social fluctue selon le niveau de consommation;
- Formuler des recommandations précises sur la consommation d'alcool à faible risque pour la population générale, pour certains groupes particulièrement préoccupants et pour la consommation dans des situations à risque particulier.

Les membres du groupe consultatif assumaient à parts égales la responsabilité de sélectionner les données probantes, de les passer en revue et de préparer les recommandations finales. Soulignons que c'est Jürgen Rehm, chef de file reconnu à l'échelle internationale en matière de production et d'analyse de données scientifiques pour informer les décideurs des stratégies à adopter pour réduire les méfaits de l'alcool, qui était chargé de fournir l'information de base nécessaire à l'élaboration des directives. Jürgen Rehm a d'ailleurs été consulté tout au long du processus et a aussi commenté le rapport.

Stratégie de recherche

De nombreuses stratégies ont été utilisées dans le passé, et dans divers pays, pour établir des directives de consommation à faible risque. Compte tenu du lien entre une faible consommation d'alcool et un risque accru de cancer et d'autres maladies chroniques, ainsi que de la protection que semble conférer l'alcool contre le diabète et certaines maladies cardiaques, on a décidé d'examiner les données sur la mortalité toutes causes confondues.

Le groupe consultatif a donc consulté des revues systématiques et des méta-analyses évaluant le lien entre des niveaux précis de consommation moyenne d'alcool et le risque relatif de maladies et de blessures. Jürgen Rehm et son groupe de chercheurs au Centre de toxicomanie et de santé mentale ont été chargés d'analyser un vaste répertoire international préparé par eux et réunissant des études fondamentales sur les effets de l'alcool sur divers résultats pour la santé. Au moment de faire cette analyse, le répertoire était considéré comme le plus complet en son genre et avait généré la publication de 16 revues systématiques²⁻¹⁸ établissant un lien entre la consommation d'alcool et le risque relatif de décès, toutes causes confondues. Jürgen Rehm décrit dans ses revues systématiques le processus par lequel les études fondamentales étaient trouvées et évaluées, puis retenues pour inclusion dans le répertoire. De plus, Tim Stockwell et ses collègues du Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique¹⁹ ont préparé une revue systématique sur l'alcool et les blessures, travail qui a ensuite fait l'objet d'une publication examinée par les pairs²⁰.

Une recherche approfondie a été faite dans de nombreux répertoires scientifiques pour chaque revue incluse.

Analyse

Jürgen Rehm et ses collègues²¹ ont estimé le risque relatif, pour les hommes et les femmes, de mourir prématurément de 16 causes bien établies de décès associées à la consommation d'alcool. Les niveaux de risque, exprimés en « verre standard canadien » (un verre standard équivaut à 17,05 ml ou à 13,45 g d'éthanol), ont été représentés dans trois tableaux : un pour toutes les maladies où le risque des hommes et des femmes n'était pas très différent, et deux tableaux distincts (un pour les femmes, un pour les hommes) où les différences de risque étaient importantes. De plus, les résultats de ces analyses ont été simplifiés puis classés par couleur pour bien montrer comment le niveau de risque augmente en fonction de la consommation quotidienne moyenne d'alcool.

Le groupe consultatif a décidé de fixer la limite maximale des directives de consommation à faible risque à l'endroit où le risque global de mortalité prématurée ne dépasse pas le risque estimé pour les personnes abstinentes à vie. Les données utilisées pour cette analyse provenaient de plusieurs revues systématiques et de méta-analyses établissant un lien entre le niveau de consommation d'alcool et la mortalité toutes causes confondues. Or, une évaluation critique de cette littérature a fait ressortir des problèmes méthodologiques potentiellement graves dans les études fondamentales incluses, en particulier en ce qui concerne la définition

de « personne abstinente ». C'est pourquoi une seule méta-analyse a été retenue, car c'est elle qui, dans l'estimation des risques, avait la meilleure solution au problème qui consiste à exclure les anciens buveurs de la catégorie des personnes abstinentes²².

Grâce au processus décrit ci-dessus, on a pu conseiller une consommation quotidienne moyenne qui maintient dans des limites acceptables le risque de mortalité prématurée attribuable à la consommation d'alcool. Cela dit, le processus n'a pas permis d'établir une limite quotidienne maximale. À ce sujet, on a donc consulté deux revues systématiques d'études faites en salles d'urgence^{4, 23}, et à la suite d'une évaluation critique de ces documents, on a constaté une incohérence dans les plans d'étude, d'où les différences d'estimations notées par rapport au risque de blessure. C'est donc aux études aux méthodologies les plus rigoureuses, c'est-à-dire celles ayant recours à des groupes témoins choisis dans la population générale et tenant compte du contexte de la consommation d'alcool et de l'usage d'autres substances, qu'on a décidé d'accorder le plus d'importance. Ces études semblaient indiquer que, quand on tient compte du contexte de la consommation, le risque de blessure des femmes est supérieur à celui des hommes pour un niveau donné de consommation. Elles n'indiquent toutefois aucun seuil en deçà duquel la consommation est sécuritaire.

La limite maximale a été établie par le groupe consultatif en se basant sur les facteurs suivants :

- L'analyse de la mortalité toutes causes confondues décrite ci-dessus incluait le risque de décès par blessure;
- Les niveaux de consommation déclarés dans les études fondamentales sont une moyenne de la quantité bue lors d'épisodes de consommation forte et faible;
- Chacun peut prendre des mesures pour diminuer son risque de blessure, comme boire dans un environnement sécuritaire et réguler son taux d'alcoolémie (p. ex. boire en mangeant et alterner entre boissons alcoolisées et non alcoolisées).

Quant aux directives sur des points plus précis, comme la consommation d'alcool chez les jeunes et pendant la grossesse, le groupe consultatif a procédé à une recherche exhaustive de la littérature en vue d'identifier toutes les revues systématiques pertinentes et les analyses propres au Canada.

Examen par les pairs

Les membres du CCSNA ont révisé deux versions provisoires du rapport, pour le clarifier et y faire des corrections factuelles. Le rapport a ensuite fait l'objet d'un rigoureux examen par les pairs, par trois chercheurs de l'étranger experts en épidémiologie et en politique sur l'alcool.

Le groupe consultatif a pris les décisions définitives sur le contenu du rapport de façon indépendante. Le CCSNA a accepté le rapport final en novembre 2010.

Préparer des directives en langage simple

Une fois le rapport terminé, le CCSNA a demandé à un autre groupe de travail d'experts, le Groupe de travail sur l'échange des connaissances liées aux directives de consommation d'alcool à faible risque (le groupe de travail), de créer une version d'une page, en langage simple, des directives ainsi que d'autres documents pour aider les organisations à faire la promotion des directives auprès de leur clientèle, de leur personnel, de leurs partenaires et de leurs réseaux. Représentant du groupe consultatif au sein du groupe de travail, le Dr Butt devait veiller à ce que le groupe consultatif soit consulté pendant la création de ces documents d'échange des connaissances.

Version en langage simple, les [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#) reposent sur les meilleures données disponibles à la fin de 2010. Le groupe consultatif les révisera, pour le compte du CCSNA, de façon périodique (fréquence à déterminer) et quand de nouvelles données sont produites.

Bibliographie

1. Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011.
2. Rehm, J., D. Baliunas, G. Borges, K. Graham, H. Irving, T. Kehoe, C. Parry, J. Patra, S. Popova, V. Poznyak, M. Roerecke, R. Room, A. Samokhvalov et B. Taylor. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview, *Addiction*, vol. 105(5), 2010, p. 817–843.
3. Rehm, J., B. Taylor, S. Mohapatra, H. Irving, D. Baliunas, J. Patra et M. Roerecke. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis, *Drug and Alcohol Review*, vol. 29(4), 2010, p. 437–445.
4. Taylor, B., H. Irving, F. Kanteres, R. Room, G. Borges, C. Cherpitel, T. Greenfield et J. Rehm. The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 110(1–2), 2010, p. 108–116.
5. Shuper, P., M. Neuman, F. Kanteres, D. Baliunas, N. Joharchi et J. Rehm. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS: A systematic review, *Alcohol and Alcoholism*, vol. 45(2), 2010, p. 159–166.
6. Rehm, J., A. Samokhvalov, M. Neuman, R. Room, C. Parry, K. Lönnroth, J. Patra, V. Poznyak et S. Popova. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis: A systematic review, *BMC Public Health*, vol. 9(1), 2009, p. 450.
7. Baliunas, D., B. Taylor, H. Irving, M. Roerecke, J. Patra, S. Mohapatra et J. Rehm. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis, *Diabetes Care*, vol. 32(11), 2009, p. 2123–2132.
8. Taylor, B., H. Irving, D. Baliunas, M. Roerecke, J. Patra, S. Mohapatra et J. Rehm. Alcohol and hypertension: Gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis, *Addiction*, vol. 104(12), 2009, p. 1981–1990.
9. Irving, H., A. Samokhvalov et J. Rehm. Alcohol as a risk factor for pancreatitis: A systematic review and meta-analysis, *Journal of the Pancreas*, vol. 10(4), 2009, p. 387–392.
10. Parry, C., J. Rehm, V. Poznyak et R. Room. Alcohol and infectious diseases: An overlooked causal linkage? *Addiction*, vol. 104(3), 2009, p. 331–332.
11. Rehm, J., R. Room et B. Taylor. Method for moderation: Measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 17(3), 2008, p. 141–151.

12. Taylor, B., J. Rehm, R. Room, J. Patra et S. Bondy. Determination of lifetime injury mortality risk in Canada in 2002 by drinking amount per occasion and number of occasions, *American Journal of Epidemiology*, vol. 168(10), 2008, p. 1119–1125.
13. Patra, J., B. Taylor, H. Irving, M. Roerecke, D. Baliunas, S. Mohapatra et J. Rehm. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types: A systematic review and meta-analysis, *BMC Public Health*, vol. 10(1), 2010, p. 258.
14. Roerecke, M. et J. Rehm. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis, *American Journal of Epidemiology*, vol. 171(6), 2010, p. 633–644.
15. Rehm, J., A. Samokhvalov, M. Neuman et coll. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis: A systematic review, *BMC Public Health*, vol. 9, 2009, p. 450.
16. Samokhvalov, A., H. Irving, S. Mohapatra et J. Rehm. Alcohol consumption, unprovoked seizures and epilepsy: A systematic review and meta-analysis, *Epilepsia*, vol. 51(7), 2010, p. 1177–1184.
17. Samokhvalov, A., H. Irving et J. Rehm. Alcohol as a risk factor for atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis, *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, vol. 17(6), 2010, p. 706–712.
18. Samokhvalov, A., H. Irving et J. Rehm. Alcohol consumption as a risk factor for pneumonia: Systematic review and meta-analysis, *Epidemiology and Infection*, vol. 138(12), 2010, p. 1789–1795.
19. Stockwell, T. et A. Greer. *Alcohol consumption and risk of acute harm by age and gender: A systematic review prepared for the Low-Risk Drinking Guidelines Expert Advisory Panel*, Victoria, Centre de recherche en toxicomanie de la C.-B. à l'Université de Victoria, non publié.
20. Stockwell, T., P. Butt, D. Beirness, L. Gliksman et C. Paradis. The basis for Canada's new low-risk drinking guidelines: A relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol use, *Drug and Alcohol Review*, vol. 31(2), 2012, p. 126–134.
21. Rehm, J., T. Kehoe, B. Taylor et J. Patra. *Evidence base for the development of Canadian drinking guidelines. Report prepared for the Low-Risk Drinking Guidelines Expert Working Group by the Centre for Addiction and Mental Health, Ontario*, 2009.
22. Di Castelnuovo, A., S. Costanzo, V. Bagnardi, M. Donati, L. Iacoviello et G. de Gaetano. Alcohol dosing and total mortality in men and women: An updated meta-analysis of 34 prospective studies, *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, 2006, p. 2437–2445.
23. Zeisser, C., T. Stockwell, T. Chikritzhs, C. Cherpitel, Y. Ye et C. Gardner. A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and injury risk as a function of study design and recall period, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2012. doi : 10.1111/j.1530-0277.2012.01919.x

Annexe : Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool

Anne-Marie Bédard, gestionnaire intérimaire
Agence de la santé publique du Canada

Dr Peter Butt, professeur agrégé
Université de la Saskatchewan

Frank Cesa, gestionnaire, Politiques de l'abus
des substances
Santé Canada

Jim Cincotta, conseiller principal en politiques
Inuit Tapiriit Kanatami

Dennis Cooley, sous-ministre
Gouvernement du Yukon

Carolyn Davison, directrice
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la
Nouvelle-Écosse

Denise De Pape, directrice, Réduction des méfaits
liés à l'alcool
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Rowland Dunning, directeur exécutif
Association canadienne des sociétés des alcools

Ian Faris, président et chef de la direction
Association des brasseurs du Canada

Carolyn Franklin, conseillère sur les priorités nationales
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les
toxicomanies

Margaret Gillis, directrice
Agence de la santé publique du Canada

Louis Glikzman, scientifique
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Carol Hopkins, directrice exécutive
Fondation autochtone nationale de partenariat
pour la lutte contre les dépendances

Barry MacKnight, chef
Association canadienne des chefs de police

Bretta Maloff, directrice exécutive
Services de santé de l'Alberta

Shannon McInnes, analyste principale des politiques
Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta

Andrew Murie, chef de la direction
Bureau national de MADD Canada

Louise Nadeau, professeure titulaire
Université de Montréal

Dan Paszkowski, président
Association des vignerons du Canada

Greg Penney, directeur
Association canadienne de santé publique

Michel Perron, premier dirigeant
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme
et les toxicomanies

Cathy Sabiston, directrice générale
Santé Canada

Hubert Sacy, directeur général
Éduc'alcool

Sandy Schmidt, gestionnaire intérimaire,
Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie
Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon

Tim Stockwell, directeur
Centre de recherche en toxicomanie de la
Colombie-Britannique

Dr Robert Strang, administrateur en chef de la
santé publique
Promotion et Protection de la santé de la
Nouvelle-Écosse

Gerald B. Thomas, analyste principal des politiques
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les
toxicomanies

Silvia Vajushi, directrice exécutive
Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta

Jan Westcott, président-directeur général
Spiritueux Canada (Association des distillateurs
canadiens)