



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

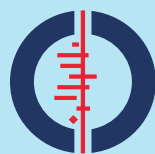
Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool

6 décembre 2021

Cochrane Canada
Université McMaster



Cochrane
Canada

Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Cochrane Canada. *Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (ON) K1P 5E7
613 235-4048
info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Update of Canada's Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines: Summary of Evidence on Understanding and Response to Alcohol Consumption Guidelines

ISBN 978-1-77178-880-9



Table des matières

Synthèse des résultats.....	1
Introduction.....	2
Méthodes	2
Objectif et critères d'inclusion	2
Recherche et sélection des revues systématiques et des études primaires	3
Extraction et analyse des données	4
Résultats de la recherche	4
Résumé des données probantes.....	5
Revue portant sur la compréhension des directives officielles de santé publique ou des lignes directrices liées à la nutrition et à l'activité physique, et les comportements associés	5
Perception et compréhension du risque de cancer et de cardiopathies associées à la consommation d'alcool	6
Perception et compréhension des unités d'alcool	8
Perception et compréhension des tendances, du contexte et des motivations associées à la consommation d'alcool	10
Analyse	14
Limites.....	19
Implications.....	20
Bibliographie	21
Annexe A: questions utilisées dans le rapport de 2016 des médecins chefs sur les lignes directrices de consommation d'alcool.....	26
Annexe B : stratégies de recherche révisées	27
Annexe C : caractéristiques des études primaires incluses.....	28

Information sur ce document

Ce document a été produit par Cochrane Canada pour le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Il a été préparé pour Cochrane Canada par Nancy Santesso, Matthew Melo et Angela Barbara.



Synthèse des résultats

Le présent rapport appuiera le travail des concepteurs de directives qui cherchent à déterminer l'acceptabilité et l'applicabilité de recommandations, ainsi que celui des créateurs de produits de transfert des connaissances qui servent à diffuser les recommandations. Il pourra aussi aider les concepteurs et créateurs à poser les bonnes questions à la population en vue de l'élaboration et de l'évaluation de produits et stratégies, de même qu'à orienter le contenu de ces produits et stratégies.

Messages clés

- La notion de « verre standard » semble mal comprise par le public, la plupart des gens surestimant la grandeur d'un verre standard. Le public surestime aussi le nombre de verres recommandés par jour et par semaine dans les directives. De façon générale, la plupart des participants aux études ont indiqué que les recommandations n'étaient pas réalistes et qu'ils ne souhaitaient pas compter leurs verres.
- Les perceptions quant aux quantités d'alcool déraisonnables ou dangereuses étaient souvent associées à une consommation excessive ou à une « consommation problématique d'alcool », mais les gens ont souvent noté que leur propre consommation ne posait pas problème.
- Moins de la moitié des répondants aux sondages connaissaient les risques de la consommation d'alcool, et les personnes ayant des niveaux de consommation à risque élevé ou très élevé étaient moins conscientes des risques. Si certains répondants connaissaient les risques, ils avaient tout de même une perception positive de la consommation d'alcool, surtout dans les situations sociales.
- L'applicabilité dans la vie réelle des directives en général et des directives sur la consommation à faible risque en particulier a été remise en question par le public; beaucoup de justifications ont été données pour expliquer pourquoi les directives étaient difficilement applicables. Par exemple, le degré de tolérance et les réactions physiques à l'alcool peuvent différer d'une personne à l'autre, tout comme les effets de différents types d'alcool.
- Les répondants ont suggéré que les directives proposent des stratégies favorisant le respect des recommandations de consommation à faible risque, comme le fait de refuser un verre dont on n'a pas vraiment envie ou de manger en consommant de l'alcool.
- Bien que les participants aux études aient indiqué qu'une agence de santé devrait fournir des recommandations, ils ont dit préférer les conseils aux règles strictes et aux messages moralisateurs.



Introduction

Les premières Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) du Canada ont été publiées en novembre 2011. Elles ont été élaborées sous les auspices du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) par un groupe d'experts indépendant dont les membres proviennent de nombreux organismes de recherche en dépendance au pays (Butt et coll., 2011). Les Directives fournissent aux personnes vivant au Canada des conseils sur la façon de minimiser le risque relatif à long terme de maladies graves attribuables à une consommation d'alcool s'étendant sur plusieurs années (p. ex. maladie hépatique, certains cancers) et le risque relatif à court terme de blessures ou de maladies aiguës attribuables à une surconsommation d'alcool en une seule occasion. Les Directives formulent aussi des recommandations pour des situations et circonstances particulièrement dangereuses (p. ex. femmes enceintes ou qui prévoient le devenir, adolescents, personnes qui prennent des médicaments), où l'abstinence ou une consommation légère et occasionnelle est conseillée. Enfin, les Directives proposent des conseils pour une consommation plus sécuritaire et une définition de « verre standard ».

Les DCAFR sont mises à jour au moyen du processus GRADE-ADOLPMENT, qui consiste à passer en revue et à utiliser les données probantes et les décisions issues de directives déjà publiées dans le but d'adopter ou d'adapter des recommandations ou d'en proposer de nouvelles (Schünemann et coll., 2017). Pour le projet d'actualisation en cours, le groupe des directives utilisera les DCAFR du Canada de 2011 ainsi que des directives et des revues systématiques du Royaume-Uni et de l'Australie (Butt et coll., 2011; National Health and Medical Research Council, 2020; médecins chefs du Royaume-Uni, 2016). En plus de ces directives publiées antérieurement, des données sur les bienfaits et les méfaits de la consommation d'alcool seront incluses, et l'on tiendra compte d'autres facteurs comme les valeurs du public, l'acceptabilité, l'applicabilité, l'équité et les ressources, afin de faire des recommandations sur l'usage d'alcool et de favoriser la mobilisation des connaissances en lien avec ces recommandations.

En 2016, un rapport a été rédigé pour le Behavioural Evidence Expert Group, qui souhaitait que les directives du Royaume-Uni traitent de ces autres considérations (Jones et Bellis, 2016). Le rapport résumait les données probantes issues de revues systématiques et d'études primaires publiées de 1995 à 2012 sur la compréhension des directives sur la consommation d'alcool et les réactions face à ces dernières. À l'époque, il existait peu de données sur les directives liées à l'alcool. C'est pourquoi le rapport comportait aussi des données sur la compréhension des directives de santé publique et de l'étiquetage d'autres produits (nourriture, activité physique, tabagisme, etc.) et sur les perceptions associées. De plus, Jones et Bellis ont aussi tenu compte de données probantes sur l'usage d'alcool et de perspectives n'étant pas directement liées à des directives. Depuis la publication de ce rapport en 2016, le volume de recherche sur l'opinion publique quant aux directives sur la consommation d'alcool à faible risque a augmenté. Le présent rapport est une mise à jour du rapport de 2016 et s'appuie sur les travaux publiés depuis 2012.

Méthodes

Objectif et critères d'inclusion

Nous avons réalisé une mise à jour du rapport de 2016 afin de résumer les données probantes relatives à la compréhension des directives sur la consommation d'alcool par le public ainsi qu'aux perceptions, à l'opinion, à l'attitude et à la réaction du public face à ces directives. Tout comme



c'était le cas dans le rapport de 2016, nous avons examiné l'opinion et les perspectives du public sous différents angles :

- Les directives comme moyen d'appuyer la planification ou la réalisation de changements comportementaux;
- La compréhension des liens entre la consommation d'alcool et les méfaits à court et à long terme, comme le cancer et les cardiopathies;
- La compréhension des unités d'alcool et des verres standards;
- La compréhension du concept de consommation raisonnable, et de la fréquence, des tendances et des limites de consommation;
- La perception de l'étiquetage de l'alcool basé sur les directives.

(Voir l'annexe A pour les questions utilisées dans le rapport de 2016.)

Comme dans le rapport de 2016, nous avons employé une approche hiérarchique pour l'organisation des données probantes. Les données directement liées aux directives sur la consommation d'alcool ont été tirées d'abord de revues systématiques, ou d'études primaires en l'absence de revues systématiques sur le sujet. Lorsqu'il y avait peu d'information dans ces sources, nous avons retenu des données de revues systématiques sur la consommation d'alcool, mais indirectement liées aux directives, ou encore de revues systématiques s'intéressant à d'autres directives de santé publique ou d'étiquetage en lien avec la nourriture, l'activité physique et le tabagisme.

Dans les cas où nous avons trouvé des données probantes directement liées au sujet de la présente mise à jour, nous avons exclu les données indirectes présentées dans le rapport de 2016. Nous avons établi des critères d'inclusion a priori pour les études primaires et les études évaluées dans les revues systématiques. Les études pouvaient être quantitatives ou qualitatives, et devaient porter sur notre sujet. Puisque nous nous sommes concentrés sur la compréhension du public, nous n'avons pas retenu d'études portant principalement sur les perceptions des professionnels de la santé (comme les formateurs et les fournisseurs de soins) ou sur des sous-groupes en particulier (comme les personnes ayant un trouble de santé mentale ou un trouble lié à l'usage de substances, une maladie intestinale ou en rétablissement d'un cancer). Nous avons également exclu les études mesurant la consommation d'alcool actuelle ou la sensibilisation à l'égard de la consommation d'alcool, les études expérimentales mesurant les effets des interventions (p. ex. mises en garde, taxation, messages positifs ou négatifs), les études en laboratoire et les études sur l'incidence de la publicité et les campagnes de l'industrie de l'alcool.

Recherche et sélection des revues systématiques et des études primaires

Nous avons actualisé les recherches menées pour le rapport de 2016 en nous penchant d'abord sur des revues systématiques, puis des études primaires. Nous avons mené deux recherches dans la base de données Epistemonikos (annexe B). Epistemonikos passe régulièrement en revue de multiples bases de données en santé pour y trouver des revues systématiques, y compris les bases de données interrogées pour le rapport de 2016. Nous avons cherché des revues systématiques traitant de la compréhension des directives publiques ainsi que des opinions, des comportements et des attitudes associés à ces directives liées à la nutrition, à l'activité physique, à l'alcool ou au tabagisme; nous nous sommes aussi intéressés aux directives et aux recommandations sur tout



autre sujet. Nous avons utilisé des mots-clés semblables à ceux de la première stratégie de recherche, mais de portée plus large, car Epistemonikos ne retient que des revues systématiques. Nous avons limité la recherche aux revues publiées dans les 10 dernières années (juin 2011 à juin 2021). Nous avons également examiné les citations de revues pertinentes pour bonifier notre banque d'articles.

Nous avons actualisé la recherche d'études primaires menée pour le rapport de 2016 en limitant la recherche à une fourchette allant de 2012 à juillet 2021 (annexe B). De plus, nous avons effectué une recherche dans Google à l'aide des mots-clés suivants : « alcohol » [alcool], « guideline » [directive], « perceptions » [perceptions], « views » [points de vue], « attitudes » [attitudes] et « public » [public], et passé en revue les 100 premiers résultats. Cette recherche nous a menés vers les sites Web d'instituts réalisant des études sur la consommation d'alcool, que nous avons explorés pour trouver des rapports pertinents.

Deux chercheurs ont analysé les titres et les résumés des revues systématiques et des études primaires dans Covidence (<https://www.covidence.org/>) au moyen d'un formulaire préétabli pour cibler les articles potentiellement pertinents. Ils ont ensuite téléchargé le texte intégral de ces articles et les ont analysés.

Extraction et analyse des données

Deux chercheurs ont extrait les données des études sélectionnées et les ont ajoutées à un fichier Excel préétabli. Nous avons extrait les données suivantes : pays, nombre de participants, méthodes et principales caractéristiques des participants, y compris l'âge et le sexe. Nous avons extrait les termes utilisés par les auteurs pour désigner le sexe et le genre puisque dans la plupart des cas, la façon dont les termes étaient utilisés n'était pas claire. Nous avons également extrait les termes utilisés par les auteurs pour décrire différents degrés de consommation en fonction du risque. C'est une approche par déduction qui a été employée pour extraire les conclusions des études et des revues sur la base du rapport de 2016. Voici les grands thèmes utilisés :

- 1) Utilisation des directives ou des recommandations
- 2) Risques associés à la consommation d'alcool
- 3) Risques de cancer ou de cardiopathies
- 4) Unités d'alcool
- 5) Consommation raisonnable
- 6) Tendances de consommation d'alcool (y compris le contexte)
- 7) Étiquetage des contenants d'alcool
- 8) Amélioration de la consommation
- 9) Autre

Les résumés de données probantes ont été rédigés par un premier chercheur et révisés par un second.



Résultats de la recherche

La première recherche de revues systématiques dans Epistemonikos a généré 229 articles, et la deuxième, 130. Nous avons relevé 28 résumés potentiellement pertinents et avons retenu 13 revues après l'analyse du texte intégral par les deux chercheurs. La recherche d'études primaires a donné 3 171 résultats; 91 études étaient potentiellement pertinentes, et 41 ont été sélectionnées. À l'annexe C se trouve un tableau présentant les caractéristiques des études primaires sélectionnées.

Résumés des données probantes

Revue portant sur la compréhension des directives officielles de santé publique ou des lignes directrices liées à la nutrition et à l'activité physique, et les comportements associés

Cinq revues systématiques comptaient des études primaires portant sur l'utilisation des lignes directrices pour appuyer des changements comportementaux, ou des études explorant ou mesurant les connaissances, la considération et l'utilisation du public des lignes directrices de santé publique relatives à la nutrition et à l'activité physique. La première revue systématique comportait une synthèse de données sur la sensibilisation, les connaissances et les attitudes du public et des patients en lien avec des lignes directrices cliniques ou de santé publique, tous sujets confondus (Loudon et coll., 2014). Elle comportait 26 études publiées entre 2000 et 2012, dont les données concernaient environ 25 000 personnes au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Corée du Sud et en Australie. L'un des grands thèmes récurrents dans les études était le fait que les participants doutaient de la pertinence des lignes directrices pour eux-mêmes, mais estimaient que si ces dernières étaient applicables à leur situation, elles pourraient aider à la prise en charge de la santé et à la prise de décisions connexes. Les études ont révélé que les participants souhaitent avoir accès à des lignes directrices fiables et suggéraient, comme manière d'assurer la fiabilité, d'obtenir l'approbation de leur médecin.

Trois revues systématiques faisaient la synthèse de données probantes concernant la compréhension de lignes directrices relatives à la nutrition. Dans l'une de ces revues, les auteurs ont analysé la recherche sur la réponse à des recommandations relatives au poids (Boylan et coll., 2012). Cette revue s'intéressait à 43 articles publiés entre 1978 et 2010 et dont les données portaient sur des résidents des États-Unis, de l'Australie, du Royaume-Uni, de l'Afrique du Sud, des Pays-Bas, de la Nouvelle-Zélande, du Japon et de la Turquie. La taille des échantillons des articles allait de 23 à 14 331. Dans beaucoup de ces études, on a constaté que les lignes directrices pouvaient porter à confusion et qu'elles gagneraient à être simplifiées. On a également relevé qu'il importait que les lignes directrices soient applicables concrètement et qu'elles soient mieux adaptées à chaque personne. Toutefois, la revue systématique a conclu que la crédibilité des lignes directrices ne favorisait pas leur utilisation. Des études ont indiqué que les recommandations pouvant réduire le plaisir n'étaient possiblement pas suivies et que les messages négatifs ou témoignant de grands risques pourraient encourager davantage les changements comportementaux que les messages positifs.



La deuxième revue s'appuyait sur un cadre à trois concepts, soit la connaissance, la compréhension et l'utilisation du consommateur, pour examiner les données probantes sur des lignes directrices nutritionnelles nationales (Brown et coll., 2011). Elle comportait des études des États-Unis, des Pays-Bas, du Chili, de la Nouvelle-Zélande, du Mexique (Basse-Californie), du Royaume-Uni, du Danemark, de la Thaïlande, de la Grenade, de la Chine et de l'Afrique du Sud. Les auteurs ont rapporté une certaine connaissance des lignes directrices nutritionnelles nationales dans les pays inclus, connaissance qui augmentait avec le temps, mais ont précisé que cette connaissance accrue ne s'accompagnait pas nécessairement d'une meilleure compréhension. Ils ont également mentionné qu'il y avait souvent confusion lorsque des termes imprécis ou abstraits étaient utilisés (p. ex. « poids santé ») et que la compréhension pourrait être améliorée par le recours à des concepts concrets. De plus, selon les auteurs, la taille des portions était souvent mal interprétée, et l'utilisation d'exemples pourrait être utile. Ils ont fait observer que peu d'études ont mesuré l'utilisation des lignes directrices nutritionnelles par les consommateurs.

La troisième revue était une synthèse de données probantes sur l'adhésion de la population à des lignes directrices relatives à la nutrition aux États-Unis et sur la connaissance de ces lignes directrices dans la population (Haack et Byker, 2014). Elle comportait 31 études, dont la taille des échantillons allait de 28 à 215 000 personnes. De façon générale, les auteures ont conclu que la connaissance des lignes directrices était appropriée, mais qu'elle diminuait avec l'âge. En outre, la connaissance des lignes directrices ne semblait pas associée positivement à leur adoption. Les auteures ont suggéré que cette application insuffisante pourrait découler du fait que les personnes sont incapables d'appliquer les lignes directrices dans leur quotidien. Même si la plupart des gens estimaient que les lignes directrices pourraient les aider, moins de la moitié les utiliseraient pour modifier leur alimentation. Des études ont révélé que la plupart des gens jugeaient que les lignes directrices étaient crédibles, mais qu'ils ne les utilisaient pas pour planifier leurs repas. Dans beaucoup d'études, les femmes étaient mieux informées que les hommes de l'existence de lignes directrices relatives à la nutrition, connaissaient mieux les lignes directrices et y adhéraient davantage; toutefois, l'explication de ces résultats n'est pas claire. Les auteurs de l'une des revues ont posé l'hypothèse que les femmes accorderaient en général une plus grande importance aux comportements sains que les hommes (Boylan et coll., 2012).

Une revue systématique a présenté une synthèse de données probantes sur la connaissance des lignes directrices canadiennes sur l'activité physique et la sédentarité dans le public (LeBlanc et coll., 2015). Elle comprenait six études publiées entre 2013 et 2014, dont la taille des échantillons (au moment de la publication) allait de 300 à 1 000 personnes. Les données ont révélé que peu de personnes étaient « très familières » avec les lignes directrices, mais qu'après les avoir consultées, presque toutes étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec les recommandations qu'elles contiennent. La moitié des études de cette revue ont montré que les participants jugeaient que les lignes directrices pourraient les aider ou avoir de l'importance dans leur vie. Dans l'une des études, les participants ont demandé des clarifications sur la façon de mettre les recommandations en pratique.

Perception et compréhension du risque de cancer et de cardiopathies associé à la consommation d'alcool

Dans le cadre du projet d'actualisation, nous avons trouvé une revue systématique qui évaluait la connaissance du lien entre la consommation d'alcool et le cancer, mais qui n'était pas directement liée à l'utilisation de lignes directrices (Scheideler et Klein, 2018). Quinze études étaient directement liées à la connaissance, à la compréhension et aux perceptions du risque de cancer ou de



cardiopathies et aux lignes directrices sur la consommation d'alcool. Ces études s'ajoutent à un sondage international décrit dans un rapport de 2012 (TNS Opinion & Social, 2010).

La revue systématique comprenait 32 études évaluées par les pairs de 16 pays, publiées entre 1991 et 2017 (Scheideler et Klein, 2018). Aucune de ces études n'avait été menée au Canada, 14 avaient été menées après 2010 et la plupart portaient sur des échantillons de plus de 1 000 personnes. Globalement, la connaissance du lien entre le cancer et l'alcool semblait augmenter avec le temps; dans les études publiées après 2010, de 20 à 50 % des participants en étaient conscients. Or, les auteurs indiquent qu'une étude menée au Royaume-Uni entre 1999 et 2001 a révélé une très faible connaissance du lien : seuls 3 % des femmes ont indiqué que la consommation d'alcool était un facteur de risque pour le cancer du sein. Peu d'études ($n = 7$) ont questionné les participants sur la possibilité que la consommation d'alcool puisse réduire le risque de cancer. Ces études ont été publiées avant 2003. La plupart des études ont montré qu'environ 80 % des gens reconnaissaient qu'une réduction de la consommation d'alcool pouvait faire diminuer le risque de cancer. Les auteurs n'ont trouvé qu'une étude où l'on estimait que le type d'alcool pouvait avoir une incidence sur le risque : 40 % des répondants considéraient que la bière était particulièrement associée au risque de cancer.

Les auteurs ont noté certaines tendances générales dans la connaissance en fonction des caractéristiques des participants, mais ces tendances n'ont pas été observées dans toutes les études :

- Il ne semblait pas y avoir de lien entre l'éducation et le fait de considérer l'alcool comme un facteur de risque;
- Les femmes et les personnes plus jeunes pourraient être plus conscientes des risques;
- Une plus grande connaissance du risque ne semblait pas associée aux pays à plus forte consommation.

Un sondage mené dans 27 États membres de l'Union européenne sur la connaissance des risques pour la santé et des répercussions sociales n'a pas été inclus dans la revue systématique (TNS Opinion & Social, 2010). Il a révélé un « assez haut degré de connaissance » des risques de la consommation d'alcool pour la santé en général, mais la connaissance variait selon le risque : les répondants étaient très conscients du risque de maladie hépatique, moyennement conscients du risque de cardiopathies, de dépression et d'anomalies congénitales, et moins conscients du risque de cancer.

Depuis la publication de la revue systématique de Scheideler et Klein, de nouvelles études ont révélé des estimations semblables quant à la connaissance des risques (Bocquier et coll., 2017; Bowden et coll., 2014; Buykx et coll., 2015; Coomber, Mayshak et coll., 2017; Martin et coll., 2018; Rosenberg et coll., 2018). Une publication notable : les résultats de la vaste enquête Global Drug Survey menée en 2017 auprès d'environ 76 000 participants dans 29 pays, dont le Canada (Winstock et coll., 2020). Dans le cadre de cette étude, on a présenté aux participants différents messages liés à la santé, dont certains portaient sur le risque de cancer et de cardiopathies associé à la consommation d'alcool. Les auteurs ont indiqué que 62 % des répondants ne savaient pas que la réduction de la consommation pouvait réduire le risque de présenter sept formes de cancer. Plus de femmes que d'hommes ont indiqué que les messages sur le risque de cancer et sur le fait que les cardiopathies sont l'une des causes majeures de décès chez les personnes ayant une forte consommation d'alcool étaient de l'information nouvelle. De plus, 40 % des répondants ont indiqué que le message concernant le cancer les inciterait à réduire leur consommation d'alcool.



Une nouvelle étude canadienne a aussi été menée depuis la publication de la revue systématique (Weerasinghe et coll., 2020). Elle s'intéressait à l'utilisation de mises en garde de santé sur les contenants d'alcool. Les auteurs ont mené des sondages auprès d'environ 1 700 adultes. Avant l'ajout d'étiquettes de mise en garde, 32 % des répondants savaient que l'alcool était cancérigène. Selon un autre sondage canadien mené auprès de plus de 800 adultes, 25 % des répondants savaient que la consommation d'alcool pouvait causer le cancer (Vallance et coll., 2020).

Nous avons trouvé sept études portant précisément sur la compréhension et la perception du risque de cancer ou de cardiopathies, et les lignes directrices ou les messages sur la consommation d'alcool (Bocquier et coll., 2017; Coomber, Mayshak et coll., 2017; Health Research Board, 2012; Khadjesari et coll., 2019; Martin et coll., 2018; May et coll., 2017; Meyer et coll., 2019). Deux études, dont l'une s'appuyait sur des groupes de discussion et l'autre sur un sondage, ont révélé que les participants pouvaient atténuer ou ignorer les messages relatifs aux risques (Bocquier et coll., 2017; May et coll., 2017, 2021). L'étude australienne portant sur un groupe de discussion de 38 participants a montré que ces derniers considéraient le cancer comme une maladie inévitable et estimaient qu'il serait vain d'essayer de réduire le risque, notamment en consommant moins d'alcool (May et coll., 2017, 2021). Des résultats similaires ont été obtenus à la suite d'une enquête menée en France : les participants avaient d'autres croyances qui les amenaient à ne pas tenir compte des risques associés à l'alcool (Bocquier et coll., 2017).

Les connaissances relatives aux risques propres à certains types de cancer variaient. Dans des groupes de discussion en France, les participants s'entendaient pour dire que la consommation d'alcool était associée à certains types de cancer, mais qu'elle était moins associée au cancer du sein (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017). Toutefois, on avançait souvent que les risques étaient liés à une très forte consommation et qu'ils étaient très faibles. Une enquête a été menée au Royaume-Uni dans le but d'évaluer l'efficacité d'une vaste campagne dans les médias réalisée en 2015 pour accroître les connaissances sur le risque de cancer du sein associé à l'alcool (Martin et coll., 2018). Les données de référence indiquaient qu'environ 60 % des gens ($n = 572$) comprenaient que la consommation d'alcool accroît le risque de cancer, et qu'environ 85 % des gens connaissaient le risque de cancer du foie, mais que seulement 33 % connaissaient le risque de cancer du sein. De façon semblable, des entrevues en groupes de discussion menées auprès de 35 femmes en Australie ont montré que la plupart d'entre elles n'étaient pas conscientes du risque de cancer du sein associé à l'alcool, mais qu'elles considéraient la consommation d'alcool comme généralement mauvaise pour la santé (Meyer et coll., 2019). Dans un sondage mené auprès de plus de 1 000 personnes en Irlande, le risque de cancer du sein et de cancer intestinal était aussi moins bien connu (Health Research Board, 2012). En général, les participants ne connaissaient pas les risques associés à des types de cancer en particulier (Coomber, Mayshak et coll., 2017).

Deux études ont exploré la perception des messages sur le risque de cancer (Khadjesari et coll., 2019; Meyer et coll., 2019). Des femmes dans des groupes de discussion en Australie ont proposé que les messages traitant précisément du risque de cancer du sein présentent des faits et décrivent clairement en quoi la consommation d'alcool fait augmenter le risque (Meyer et coll., 2019). Au Royaume-Uni, des entrevues réalisées auprès de 20 participants ont montré que ces derniers percevaient les messages sur l'usage d'alcool et le cancer comme « contradictoires et pas aussi convaincants ou simples » que les messages sur les risques du tabagisme pour la santé (Khadjesari et coll., 2019).



Perception et compréhension des unités d'alcool

Nous avons trouvé deux revues systématiques et sept études primaires publiées depuis 2012 portant sur la notion de verre standard. La première revue, dont les études venaient d'Australie, du Royaume-Uni, du Canada, de la Belgique, de la France, de la Roumanie, de la Lituanie, de l'Espagne et de la Hongrie, comportait des données probantes allant jusqu'en janvier 2016 sur les étiquettes décrivant les verres standards, mais explorait aussi la compréhension de la notion de verre standard (Wettlaufer, 2018). La plupart des études ont montré que beaucoup de gens qui consomment de l'alcool, de même que des professionnels de la santé et des fournisseurs de services liés à l'alcool, ne sont pas familiers avec la notion de verre standard; ils sont nombreux à surestimer le verre standard et donc à sous-estimer leur consommation. De plus, la majorité des participants aux études sous-estimaient le nombre de verres standards dans un contenant.

La seconde revue rassemblait des données issues de 28 études publiées jusqu'en 2016 qui s'intéressaient à la connaissance du verre standard et qui s'appuyaient sur des évaluations de versage « à l'œil » (Schultz et coll., 2017). Les études ont montré que les volumes consommés dépassaient généralement celui du verre standard et que plus de la moitié des évaluations de versage « à l'œil » témoignaient d'une surévaluation du verre standard (11 études sur 18). Les participants avaient tendance à verser de trop grandes quantités ou à surévaluer le verre standard surtout pour les spiritueux, les vins fortifiés et les liqueurs de malt, et lorsqu'ils utilisent des verres plus larges et plus profonds (26 études sur 28).

Nous avons également retenu des études primaires sur la perception du verre standard et des sondages nationaux sur la connaissance des unités. Bien que 30 % des plus de 1 300 répondants à un sondage états-uniens aient indiqué connaître la taille d'un verre standard, près de la moitié d'entre eux ne pouvaient donner cette taille (Sprague et Vinson, 2017). De façon semblable, des quelque 1 000 participants à un sondage mené en Irlande, 40 % avaient entendu parler du verre standard, mais moins de 10 % en connaissaient la taille ou pouvaient dire le nombre de verres standards recommandés par semaine (Health Research Board, 2012). Un sondage réalisé auprès de 559 étudiants universitaires au Royaume-Uni et comportant des questions liées au contenu des lignes directrices sur l'alcool a montré que la connaissance des répondants à ce sujet était faible (de Visser et coll., 2021). Plus précisément, les connaissances étaient limitées en ce qui a trait au nombre d'unités d'alcool dans un verre, et la confiance qu'ils avaient dans l'état de leurs connaissances était modérée. Les étudiants ont mentionné que les lignes directrices relatives aux unités n'étaient généralement pas utiles ni réalistes, et que l'obtention d'information supplémentaire ne serait pas utile. Ils n'étaient généralement pas motivés à suivre les lignes directrices, mais 72 % ont indiqué le faire. Dans des analyses complémentaires, les auteurs ont fait observer que la motivation à adhérer aux lignes directrices était liée à une perception plus positive du réalisme et de l'utilité des recommandations. Par ailleurs, des entrevues avec 66 adultes au Royaume-Uni ont révélé que les participants mesuraient la consommation d'alcool en comptant le nombre de bouteilles ou de verres, et non en comptant les unités¹ (Lovatt et coll., 2015). Des entrevues ($n = 12$) et une enquête ($n = 614$) menées auprès de jeunes adultes au Royaume-Uni ont montré que la plupart des répondants trouvaient difficile d'évaluer le nombre d'unités dans un verre en fonction des lignes directrices basées sur les unités, et que seuls 30 % des répondants pouvaient estimer les unités avec précision (Furtwangler et de Visser, 2017a, 2017b). De plus, les répondants à l'enquête ont indiqué en moyenne n'utiliser que rarement, ou ne jamais utiliser, les lignes directrices pour surveiller leur consommation (Furtwangler et de Visser, 2017a). Les mêmes

¹ L'unité est un concept de base des lignes directrices sur l'alcool au Royaume-Uni. Une unité correspond à huit grammes (g) d'alcool, ce qui équivaut à 10 millilitres (ml) d'alcool pur, soit la quantité d'alcool pouvant être métabolisée par un adulte moyen en une heure.



constatations ont été faites dans des groupes de discussion en France, où les participants estimaient la quantité d'alcool consommée principalement en fonction de leur état, plutôt qu'en comptant leurs verres (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017). Si elles étaient prises en compte, les unités étaient généralement estimées à partir de la taille du verre, mais les auteurs ont fait remarquer que certaines personnes, surtout les hommes plus âgés, refusaient de compter le nombre de verres.

Perception et compréhension des tendances, du contexte et des motivations associés à la consommation d'alcool

Nous avons sélectionné une revue systématique regroupant six études qualitatives sur la perception de la consommation d'alcool chez des hommes de 45 à 60 ans au Royaume-Uni (Parke et coll., 2018) ainsi qu'une revue traitant de consommation raisonnable (Muhlack et coll., 2018). Nous avons également trouvé 27 études (des sondages principalement) portant sur la compréhension et la perception des tendances de consommation d'alcool. Nous avons présenté les données principalement liées aux tendances de consommation d'alcool de même qu'au contexte et aux motivations associés à la consommation, et avons généralement analysé les conclusions du point de vue des méfaits et des risques.

Tendances de consommation d'alcool

Niveaux de consommation d'alcool

La revue systématique sur les niveaux de consommation d'alcool acceptables fait la synthèse de 20 études qualitatives, publiées en 2015 ou avant, s'intéressant à des adultes de 30 à 60 ans au Royaume-Uni, en Écosse, en Angleterre, en Norvège, en Australie et au Japon (Muhlack et coll., 2018). On y constate que le niveau de consommation acceptable est vu comme le niveau de consommation « respectable », c'est-à-dire un niveau considéré comme approprié pour l'âge ou l'étape de vie de la personne. Le niveau de consommation acceptable correspondait au niveau où une personne est en mesure de respecter ses exigences personnelles et professionnelles après avoir consommé, et où elle ne présente pas de comportements d'ébriété. Les études ont montré que les personnes âgées devraient évaluer leur tolérance à l'alcool et qu'elles consommeraient probablement moins d'alcool selon leur tolérance. Dans les études analysées, la consommation acceptable était aussi dépendante du contexte : une plus grande consommation d'alcool survenait à l'extérieur de la maison et durant des événements informels non liés au travail ou se déroulant après le travail.

En ce qui concerne les niveaux de consommation, un sondage australien mené auprès de plus de 11 000 personnes a révélé qu'environ la moitié des répondants ne connaissaient pas le niveau de consommation associé à un risque faible; plus de femmes et d'adultes de plus de 60 ans ont répondu par la négative (Chapman et coll., 2020). Par ailleurs, des 972 répondants à un sondage mené au Royaume-Uni, un peu plus de 70 % étaient d'accord pour dire qu'il n'y avait pas de niveau de consommation sans danger (Rosenberg et coll., 2018). En Australie, des entrevues menées auprès de 48 jeunes adultes qui consomment de l'alcool ont permis de constater qu'il y avait des lacunes dans les connaissances quant à la quantité d'alcool pouvant être dangereuse (Pettigrew, Biagioni et coll., 2016). Pour ce qui est de la perception des limites, des entrevues et des groupes de discussion avec 60 jeunes adultes australiens ont révélé que les « limites personnelles » souvent mentionnées étaient établies selon la tolérance personnelle à l'alcool. En outre, les jeunes jugeaient



que plus la tolérance était élevée, moins il y avait de conséquences négatives à court terme (Biagioni et coll., 2017).

Deux études exploraient la réponse du public à des lignes directrices provisoires sur la consommation d'alcool à faible risque : l'une en Australie (Wilkinson, 2012) et l'autre au Royaume-Uni (Stautz et coll., 2017). La première étude a été publiée en 2012 et faisait état des commentaires du public reçus en 2007 concernant des lignes directrices provisoires diffusées en Australie (Wilkinson, 2012). Vingt-huit individus, de même que des personnes écrivant au nom d'organisations, ont soumis des commentaires pour demander des messages plus stricts quant aux limites quotidiennes et hebdomadaires de consommation d'alcool, et souligner qu'il n'existe pas de niveau de consommation sans danger. Dans la deuxième étude, on a analysé des gazouillis publiés dans le contexte d'une consultation publique concernant des lignes directrices diffusées au Royaume-Uni en janvier 2016; 1 709 participants étaient des membres du public (Stautz et coll., 2017). La plupart des gazouillis n'exprimaient pas de point de vue sur les lignes directrices. Cependant, après avoir séparé les gazouillis par thème, les auteurs ont constaté que plus de thèmes leur étaient défavorables (61 % du public). Le thème le plus fréquent concernait des commentaires encourageant les personnes à boire; les auteurs ont ajouté des citations comme « not drunk enough » [pas assez soûl] et « getting smashed » [se péter la face]. Les autres thèmes récurrents étaient le désaccord avec les lignes directrices ou le fait de les ignorer carrément, et l'idée que les limites de consommation ne tenaient pas compte du plaisir que l'alcool peut procurer. Dans cette étude (Stautz et coll., 2017) et dans une autre étude à 30 sujets menée au Danemark (Jarvinen, 2012), les participants ont remis en question les données scientifiques appuyant les limites et se sont demandé pourquoi les limites variaient selon les lignes directrices et d'un pays à l'autre.

Le niveau de consommation d'alcool était souvent évalué selon qu'il constitue ou non un problème. Une étude examinant les entrevues de 20 patients en soins primaires au Royaume-Uni a révélé que les participants disaient « qu'ils réduiraient leur consommation si leur médecin leur conseillait de le faire; toutefois, comme on leur a dit que leur consommation n'était pas problématique, ils se disaient heureux de continuer » (Khadjesari et coll., 2019). Dans une revue systématique de recherche qualitative menée chez des hommes de 45 à 60 ans au Royaume-Uni et dans d'autres études du Danemark, du Canada et de la France, les participants faisaient référence à des « buveurs problématiques ». Dans certaines études de la revue, des participants parlaient d'autres personnes ayant une « consommation problématique d'alcool », mais considéraient que leur propre consommation ne l'était pas (Parke et coll., 2018). On a aussi observé cette référence aux « buveurs problématiques » (qui ont besoin d'alcool chaque jour) dans l'étude à 30 participants du Danemark, mais les participants ne s'identifiaient pas à ce groupe (Jarvinen, 2012). Des personnes âgées participant à des groupes de discussion au Canada ont fait valoir que la consommation d'alcool peut être problématique et dangereuse (Canham et coll., 2020). En France, des participants à des groupes de discussion ont mentionné qu'une consommation problématique d'alcool était le fait de boire seul, sans faire attention à la quantité d'alcool consommée (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017).

Il y avait peu d'études portant expressément sur la perception des limites de consommation quotidienne et hebdomadaire des lignes directrices. Lors d'entrevues, 12 étudiants universitaires au Royaume-Uni ont indiqué être d'accord avec le fait d'avoir deux jours sans alcool par semaine, mais pas avec le nombre de consommations par jour parce que s'ils respectaient la limite, ils ne pourraient atteindre « leur objectif d'être en état d'ébriété durant une soirée » (Furtwangler et de Visser, 2017b). Des constats semblables ont été faits dans des groupes de discussion avec 66 participants au Royaume-Uni : les recommandations pour la consommation d'alcool quotidienne (2 à 4 unités; 1 unité = 10 ml/8 g d'éthanol) étaient considérées comme réalistes pour les



personnes qui consomment chaque jour, mais pas pour celles qui boivent uniquement le week-end (Lovatt et coll., 2015). Dans une étude similaire portant sur 20 entrevues réalisées au Royaume-Uni, on a aussi noté une différence dans les perceptions de consommation d'alcool quotidienne et hebdomadaire : le calage d'alcool chez les jeunes adultes était perçu comme inquiétant par les adultes plus âgés, et la consommation d'une bouteille de vin par jour chez les adultes plus âgés était perçue comme inquiétante par les jeunes adultes (Khadjesari et coll., 2019).

Plus d'études ont évalué la connaissance des limites de consommation quotidienne et hebdomadaire recommandées. Un vaste sondage national mené auprès de plus de 150 000 répondants entre 2001 et 2016 en Australie (Islam et coll., 2019) a révélé que 56 % des gens surestimaient le nombre de verres qu'une personne peut consommer quotidiennement pour éviter des méfaits; les femmes connaissaient mieux les limites, et les personnes ayant une forte consommation les connaissaient moins. De 2007 à 2010, les personnes plus jeunes risquaient plus que les personnes âgées de surestimer le nombre de verres (Livingston, 2012). Légèrement moins de gens ont surestimé le nombre maximal de verres pour limiter les risques à court et à long terme dans un autre sondage interrogeant environ 1 000 personnes en Australie (Coomber, Jones et coll., 2017). Environ 70 % des répondants ont donné un chiffre équivalent ou légèrement inférieur à la limite, et la surestimation était plus fréquente chez les hommes. Encore une fois, les personnes ayant une consommation d'alcool à risque donnaient moins souvent une estimation juste, mais le sondage a aussi montré qu'il y avait un lien entre un niveau d'éducation plus élevé et des estimations plus exactes. Selon un autre sondage australien à 1 255 répondants, les personnes ayant une consommation supérieure aux lignes directrices risquaient moins de connaître le nombre de verres recommandés (Cotter et coll., 2013). Ces personnes se disaient aussi moins en accord avec le fait qu'une consommation modérée régulière d'alcool puisse entraîner des conséquences graves pour la santé à long terme, en comparaison avec les personnes qui ne consommaient pas d'alcool ou dont la consommation était inférieure aux lignes directrices. Dans un autre sondage mené auprès de plus de 5 550 personnes âgées en Australie, plus de la moitié des répondants surestimaient par un verre standard le nombre moyen de verres qu'un adulte peut consommer chaque jour pendant de nombreuses années sans nuire à sa santé (Chapman et coll., 2020). De façon similaire, dans un sondage réalisé au Royaume-Uni auprès de plus de 11 000 personnes de 2001 à 2016, environ 30 % des répondants ont surestimé la limite de verres par semaine (Holmes et coll., 2016). Dans le cadre de ce même sondage, de 2015 à 2017, on a interrogé près de 17 000 participants sur la capacité, la possibilité et la motivation de respecter les limites (Stevely et coll., 2018) : environ 85 % des répondants trouveraient facile de respecter les limites parce qu'elles conviennent à leur style de vie, alors que seulement 25 % des répondants calculent les unités consommées ou s'inquiètent de boire plus d'unités que la limite recommandée. Selon les résultats d'un sondage auquel ont participé 559 étudiants universitaires au Royaume-Uni, la connaissance du nombre maximal d'unités et du nombre de jours sans alcool recommandés était faible; le degré de certitude des répondants quant à leur connaissance était modéré (de Visser et coll., 2021).

Consommation excessive et calage d'alcool

La revue systématique portant sur des hommes de 45 à 60 ans au Royaume-Uni a révélé que la consommation d'alcool avec l'intention d'atteindre un état d'ébriété avait été mentionnée dans beaucoup des études qualitatives (Parke et coll., 2018). Les participants ont nommé le besoin de « se sentir en perte de contrôle ou de décompresser, et indiqué que l'état d'ébriété était une façon d'y arriver ». La consommation d'alcool dans ce groupe d'âge était « civilisée » et différente de la consommation chez les jeunes, qui ont moins d'expérience et une moins grande tolérance à l'alcool. Les participants ont fait valoir que l'objectif des jeunes était de « se soûler rapidement », ce qui



accroît l'agressivité et entraîne de la nuisance publique. En comparaison, un sondage mené auprès d'adolescents en Australie a révélé que de 50 à 85 % des répondants jugeaient que le calage d'alcool était dangereux, stupide, mauvais, désagréable et déplaisant (Jones et coll., 2016). Seuls de 2 à 11 % des répondants ont décrit le calage d'alcool comme agréable, plaisant, bien, intelligent ou avantageux. De façon similaire, 87 % des jeunes adultes du Royaume-Uni – principalement à l'université – ont indiqué que le fait de dépasser ses limites de tolérance à l'alcool mettait dans un « état physique et psychologique entièrement négatif » (Burgess et coll., 2019). L'auteure d'une autre étude analysant des entrevues auprès de 30 participants au Danemark a constaté que bien que les lignes directrices recommandaient d'éviter le calage d'alcool, les participants ont indiqué que le calage d'alcool occasionnel faisait partie de la socialisation et qu'ils ne commenceraient pas à compter leurs verres (Jarvinen, 2012).

D'autres études se sont penchées sur les méfaits potentiels de la consommation excessive d'alcool ou du calage d'alcool. Un sondage canadien mené auprès de 1 662 adultes ayant l'âge légal pour acheter de l'alcool a montré que 93 % des répondants jugeaient que la consommation excessive d'alcool (au-dessus des DCAFR actuelles) les rendait vulnérables aux blessures et aux méfaits à court terme. Environ 96 % des répondants ont mentionné que la consommation excessive d'alcool les rendait vulnérables à des problèmes de santé à long terme. Les hommes étaient deux fois moins enclins que les femmes à reconnaître que la consommation d'alcool les exposait à des risques pour la santé à long terme (McNally et coll., 2019). Un sondage mené en France et portant sur 3 348 répondants a montré que parmi ces derniers, 28 % estimaient que « l'alcool est dangereux seulement si on est en état d'ébriété » (Bocquier et coll., 2017). Deux sondages menés en Australie se sont intéressés aux méfaits perçus de l'alcool en général, ainsi qu'à la consommation réelle et aux méfaits perçus. Le premier sondage, mené auprès de 1 061 participants, a révélé que les personnes dont la consommation d'alcool les plaçait dans une catégorie de risque élevé avaient moins tendance à répondre « probablement » ou « tout à fait vrai » lorsqu'on les questionnait sur les méfaits potentiels associés à l'alcool, comparativement aux personnes dont la consommation était à faible risque (Coomber, Jones et coll., 2017). Dans le cadre du second sondage, on a interrogé 2 168 personnes consommant de l'alcool au moins deux fois par mois (Pettigrew, Jongenelis et coll., 2016). De 80 à 90 % des répondants étaient conscients des risques pour les personnes enceintes, qui opèrent de la machinerie et qui conduisent. De 50 à 70 % des répondants environ savaient que l'alcool peut entraîner des problèmes de santé, comme la cardiopathie, l'hypertension, le cancer, l'AVC et les problèmes hépatiques. Toutefois, ce n'est que 50 % des répondants présentant un niveau de consommation à risque élevé ou très élevé qui considéraient leur consommation comme passablement ou très dangereuse. Des études portant sur les jeunes au Royaume-Uni ont montré qu'ils étaient peu nombreux à parler de risques à long terme et qu'ils estimaient ne pas avoir à penser aux risques à long terme pour la santé parce qu'ils sont jeunes (Furtwangler et de Visser, 2017b; Burgess et coll., 2019). Enfin, selon un sondage auprès d'étudiants en Ontario, le risque perçu du calage d'alcool serait stable depuis 2011 (Boak et coll., 2020).

Stratégies comportementales de protection

Une analyse approfondie du sondage australien mené auprès de 2 168 personnes consommant de l'alcool au moins deux fois par mois a été effectuée dans le but d'établir à quelle fréquence des stratégies comportementales de protection étaient utilisées pour réduire les méfaits associés à l'alcool (Jongenelis et coll., 2016). Ces stratégies étaient notamment les suivantes : consommer de la nourriture en buvant de l'alcool, compter ses verres, refuser des verres et alterner les boissons avec et sans alcool. L'étude a montré que les répondants utilisaient de telles stratégies à l'occasion, et que moins de la moitié les utilisaient souvent ou toujours; de plus, une consommation plus faible était liée à un plus grand recours aux stratégies. Les auteurs ont observé que le fait de « refuser un



verre lorsque vous n'en avez vraiment pas envie » était la stratégie la plus fortement associée à une faible consommation. Toutefois, le recours aux stratégies n'était pas lié aux croyances quant aux effets à long terme pour la santé, mais plutôt aux méfaits plus immédiats. En outre, les femmes étaient plus portées que les hommes à employer des stratégies. Une analyse de groupes de discussion en France a montré que les gens utilisaient des stratégies semblables en fonction de signes physiques, mais seulement pour prendre une pause de consommation jusqu'à ce qu'ils se sentent assez bien pour recommencer à boire (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017).

Contextes et motivations associés à la consommation d'alcool

La revue systématique d'études qualitatives portant sur des hommes âgés de 45 à 60 ans au Royaume-Uni a révélé que l'une des principales motivations poussant à la consommation d'alcool était de vouloir relaxer ou « s'évader de la routine quotidienne ». Or, on a constaté que les gens pourraient être incapables de distinguer une consommation d'alcool qui vise à se détendre d'une consommation qui vise à composer avec des difficultés. L'alcool était également perçu comme contribuant à la socialisation, à la recherche de plaisir et à la création d'amitiés (Parke et coll., 2018).

En ce qui a trait au contexte, la revue systématique a fait ressortir que la consommation d'alcool dans les pubs et les bars était une partie importante de la socialisation et contribuait grandement aux échanges autour des problèmes personnels, et qu'elle était bonne pour la santé mentale (Parke et coll., 2018). Par ailleurs, une étude examinée dans le cadre du rapport de 2016 sur les comportements de consommation au Royaume-Uni (Jones et Bellis, 2016) a conclu qu'environ deux tiers des participants consommaient de l'alcool à la maison. Beaucoup de personnes consommant plus que la limite hebdomadaire recommandée jugeaient la situation « banale » (Valentine et coll., 2007). Un rapport sur les résultats d'un sondage réalisé auprès de plus de 1 000 personnes en Irlande a établi que la consommation d'alcool dans les établissements détenant un permis diminuait avec l'âge : 95 % pour les personnes de 18 à 24 ans, et 80 % pour les personnes de 65 ans et plus (Health Research Board, 2012). Au Royaume-Uni, on a constaté que la limite de consommation des gens était inférieure à la maison et lors d'événements familiaux que lors de sorties, puisqu'ils auraient peur du jugement des autres (Burgess et coll., 2019).

Perception et compréhension de l'adhésion aux directives sur la consommation d'alcool, et manière de favoriser l'adhésion

Les participants à deux études jugeaient que la seule connaissance des lignes directrices pourrait modifier la consommation d'alcool. Dans la première, environ 43 % des adultes de l'Île-du-Prince-Édouard ayant répondu à un sondage étaient d'avis que la connaissance des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada changerait la quantité d'alcool consommée par les citoyens de la province (McNally et coll., 2019). Dans l'autre étude, on a constaté que seulement 7 % des 972 adultes participants et consommateurs d'alcool au Royaume-Uni « prévoient réduire leur consommation » après la publication des nouvelles lignes directrices nationales de 2016 au pays, alors qu'un tiers des participants (33 %) prévoient utiliser les nouvelles recommandations toujours, souvent ou à l'occasion pour surveiller leur consommation (Rosenberg et coll., 2018).

Dans sept études, on a constaté que les participants considéraient que les lignes directrices ne s'appliquaient pas à leur situation. Les 20 participants à des entrevues au Royaume-Uni ont indiqué



que les lignes directrices sur la consommation d'alcool à faible risque n'étaient pas pertinentes pour eux et qu'ils pouvaient décider du niveau de consommation acceptable en fonction des conséquences possibles sur leur vie (Khadjesari et coll., 2019). Lors de groupes de discussion organisés en France, les participants ont mentionné que les directives manquaient possiblement de logique, puisqu'il existe beaucoup de types d'alcool auxquels les gens réagissent différemment (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017).

Dans le cadre d'une autre étude danoise, on a interviewé 30 personnes, appartenant selon l'auteure à des groupes allant de la classe ouvrière à la classe supérieure, afin d'évaluer si la population pouvait s'appuyer sur les limites de consommation sûre du conseil de santé national (Jarvinen, 2012). Les participants de la classe moyenne à la classe supérieure comprenaient les directives et étaient d'accord pour les respecter, mais ils disaient ne pas avoir besoin que « les agences de santé se mêlent » de leur consommation d'alcool. Aucun participant n'a souligné l'importance des limites pour réduire les risques pour la santé; les participants étaient davantage axés sur les aspects positifs et l'importance culturelle et sociale de la consommation d'alcool. C'est pourquoi l'auteure a conclu qu'il n'était possiblement pas utile que les lignes directrices se concentrent sur les risques pour la santé pour provoquer des changements comportementaux.

Au Royaume-Uni, des entrevues auprès de 12 étudiants universitaires et un sondage auquel ont répondu 614 autres étudiants universitaires ont révélé que les participants n'étaient pas motivés à suivre les lignes directrices puisqu'ils ne s'inquiétaient pas de la quantité d'alcool qu'ils consommaient. Ils pensaient aussi que les lignes directrices fondées sur les unités ne s'appliquaient pas à leurs habitudes de consommation. Les résultats du sondage ont montré que les répondants étaient faiblement motivés à adhérer aux recommandations et qu'ils trouvaient les lignes directrices fondées sur les unités moyennement utiles (Furtwangler et de Visser, 2017a, 2017b). Dans une étude basée sur des groupes de discussion auxquels ont participé des personnes âgées du Canada, les participants se sont demandé si les directives de consommation à faible risque pouvaient faire une réelle différence dans la vie des personnes âgées, comme il ne serait probablement pas logique de demander à une personne de ce groupe d'âge de changer ses habitudes (Canham et coll., 2020). Toutefois, les commentaires variaient selon que la personne présentait ou non un problème de santé. Les participants à cette étude ont aussi fait valoir que les directives ne devraient pas être vues comme des règles strictes; il faudrait plutôt pouvoir les intégrer à sa vie « comme on l'entend ». Des personnes de moins de 25 ans participant à des groupes de discussion au Royaume-Uni ont aussi suggéré que les lignes directrices devraient offrir des conseils et laisser chaque personne faire des choix quant à sa consommation d'alcool (de Visser et coll., 2013).

Des participants à trois études ont fait des suggestions quant aux messages transmis dans les directives sur la consommation d'alcool à faible risque. L'étude pour laquelle des étudiants universitaires du Royaume-Uni ont pris part à des entrevues a montré que les participants jugeaient que les messages sur les risques associés à la consommation d'alcool pourraient ressembler à ceux sur les risques du tabagisme et se concentrer sur les risques pour la santé individuelle (Furtwangler et de Visser, 2017b). Dans le cadre d'entrevues avec 20 personnes au Royaume-Uni, on a comparé les messages concernant le tabagisme et l'alcool et on a conclu que les messages sur la consommation d'alcool et le cancer n'étaient pas aussi « simples et convaincants » (Khadjesari et coll., 2019). S'appuyant sur des groupes de discussion composés de jeunes de moins de 25 ans, l'étude révèle que les participants étaient aussi d'avis que les conséquences néfastes pour la santé devraient être mentionnées, surtout celles liées à l'apparence physique chez les femmes. Par contre, les participants ont mentionné que les conséquences extrêmes étaient probablement moins fréquentes que ce que la campagne laissait penser et que les problèmes de consommation d'alcool ne seraient pas pertinents à l'échelle individuelle (de Visser et coll., 2013). Des suggestions



semblables ont été faites par 74 % des 4 000 participants à un sondage mené au Royaume-Uni, qui ont indiqué qu'ils seraient plus enclins à respecter les directives de consommation à faible risque si le risque de développer une maladie, en particulier la démence, était présenté (Jones et coll., 2019). Les participants ($n = 35$) à une entrevue en Australie ont aussi proposé que les messages se concentrent sur les effets négatifs à court terme (p. ex. humeur, gueule de bois), les effets sur l'apparence (p. ex. poids) et les effets sur la mémoire (Meyer et coll., 2019). Par ailleurs, deux études se sont intéressées aux messages liés au risque de cancer (Khadjesari et coll., 2019; Meyer et coll., 2019). Des femmes participant à des groupes de discussion en Australie ont suggéré que les messages sur le risque de cancer du sein devraient comprendre des faits et décrire clairement en quoi la quantité consommée fait augmenter le risque (Meyer et coll., 2019).

Nous avons retenu une revue systématique et sept études primaires aidant à mieux comprendre comment les mises en garde, les lignes directrices et les autres messages sont perçus par le public. Publiée en 2012, la revue comprend 10 études qui datent majoritairement d'avant l'an 2000 aux États-Unis et est axée sur les perceptions des adolescents concernant des mises en garde sur les contenants d'alcool (Scholes-Balog, 2012). Toutes les études montraient que les mises en garde faisaient augmenter la prise de conscience des risques de l'alcool pour la santé, mais qu'elles pourraient ne pas changer les croyances.

En général, les études ont montré que les adolescents percevaient positivement les mises en garde sur les contenants d'alcool et les messages, et les jugeaient crédibles. Cependant, les auteurs ont fait observer que peu de recherches avaient été menées pour établir si ces perceptions positives pouvaient se maintenir dans le temps. Dans la plupart des études primaires, au moins la moitié des participants s'entendaient pour dire que les produits contenant de l'alcool devraient comporter une mise en garde (Buykx et coll., 2015; Coomber, Jones et coll., 2017; Health Research Board, 2012; Schoueri-Mychasiw et coll., 2020; Vallance et coll., 2018; Vallance et coll., 2020). Au Yukon, au Canada, 36 personnes interviewées ont dit trouver que l'information sur les étiquettes était nouvelle, utile et importante. Elles estimaient que les mises en garde pouvaient informer les personnes quant aux risques associés à la consommation d'alcool et influencer leur décision d'acheter un produit qui pourrait avoir des répercussions sur leur santé (Vallance et coll., 2018).

Dans les études, on proposait différents types de renseignements qui pourraient être ajoutés sur les mises en garde. Environ 50 % des 800 participants à un sondage au Canada étaient d'avis qu'il devrait y avoir des avertissements liés à la santé accompagnant l'information sur le verre standard, et environ 30 % des répondants jugeaient que les limites de consommation devraient être précisées (Vallance et coll., 2020). Dans un sondage d'Ipsos mené auprès de 1 000 personnes en Irlande, de 80 à 100 % des répondants étaient d'avis que les étiquettes devraient comprendre de l'information sur la teneur en alcool, le nombre de calories, les méfaits liés à l'alcool et les ingrédients (Health Research Board, 2012). Au contraire, 6 étudiants universitaires parmi un groupe de 12 interviewés au Royaume-Uni ont indiqué que l'information sur les unités présentée sur les étiquettes ne les aidait pas à comprendre le concept d'unités et ne les motivait pas à surveiller leur consommation d'alcool (Furtwangler et de Visser, 2017b).



Analyse

Le principal objectif de cette revue était de recueillir et de résumer les données sur la compréhension, la perception, les visions, les attitudes et les réactions du public face à différentes directives de consommation d'alcool à faible risque de partout dans le monde. Nous avons trouvé 13 revues et 41 études, et quatre grands thèmes relatifs à la perception et à la compréhension du public sont ressortis :

1. Risque de cancer et de cardiopathies associé à la consommation d'alcool
2. Unités d'alcool
3. Tendances, contexte et motivations associés à la consommation d'alcool
4. Adhésion aux lignes directrices de consommation d'alcool

Même si nous avons séparé les données selon ces quatre thèmes, il y a beaucoup de chevauchements. Nous les présentons ensemble dans l'analyse qui suit pour décrire comment l'information peut servir à élaborer des recommandations pour le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada et les activités de mobilisation des connaissances associées.

La compréhension de la notion du verre standard dans la population semble limitée, et la plupart du temps, les gens surestiment la taille du verre standard. Les revues systématiques s'intéressant à des lignes directrices de santé publique relatives à la nutrition obtiennent des conclusions similaires : les participants avaient de la difficulté à déterminer la taille des portions, et les exemples visuels pouvaient les aider.

Par ailleurs, le public tend à surestimer les limites quotidiennes et hebdomadaires de consommation d'alcool recommandées dans les lignes directrices, et la surestimation semble plus fréquente chez les personnes dont le niveau de consommation est à risque élevé ou très élevé ainsi que chez les hommes. L'un des enjeux récurrents dans les études concernait le caractère réaliste des lignes directrices. Certaines études ont conclu que les limites quotidiennes et hebdomadaires étaient irréalistes, surtout pour la consommation d'alcool durant le week-end, alors que selon certains sondages, la plupart des répondants trouveraient facile d'ajuster leur consommation pour respecter les limites. Il semble également y avoir une certaine confusion autour de ce qui peut être dangereux, soit le non-respect fréquent des limites quotidiennes ou le non-respect d'une limite hebdomadaire.

Sans égard aux incompréhensions entourant la taille des verres et les quantités, l'une des conclusions communes des études est que les gens ne comptent pas leurs verres et qu'ils n'ont pas nécessairement l'intention de le faire dans le futur. Ce constat soulève la question suivante : l'incompréhension entourant le verre standard et les limites de consommation devrait-elle être plus centrale dans les interventions que la promotion de l'importance de compter ses consommations?

Dans la littérature, on a constaté que le public comprenait qu'il y a un lien entre les méfaits, à court ou à long terme, et la consommation d'alcool. Dans plusieurs études, on notait que les méfaits plus immédiats (p. ex. conduite en état d'ébriété) étaient mieux connus que les méfaits à long terme (p. ex. cancer, cardiopathies). Une revue exhaustive des études sur le sujet a révélé que la connaissance du lien entre le cancer et la consommation d'alcool était généralement faible, puisqu'elle se maintient entre 20 et 50 % depuis 2010.

La plupart des études montrent que les participants comprennent que la réduction de la consommation d'alcool peut réduire le risque de cancer, mais le lien avec le cancer du sein serait



moins bien compris. Il semble que le risque perçu ne soit pas associé à de faibles quantités d'alcool, puisque la majorité des études ont montré que les participants faisaient un lien entre les méfaits et une consommation d'alcool élevée ou excessive. D'autres données ont révélé que les personnes dont le niveau de consommation est à risque élevé ou très élevé semblent moins nombreuses à juger que leur usage d'alcool est associé à de plus grands risques. Néanmoins, beaucoup d'études ont montré que les participants sont conscients que la consommation excessive d'alcool pourrait être associée à des problèmes plus importants.

Dans de nombreuses études, on a constaté que les gens avaient du mal à jauger leur niveau de consommation et ne connaissaient pas bien la définition de consommation excessive d'alcool. Les auteurs ont souvent fait observer que les participants se détachaient du problème ou qualifiaient d'autres personnes de « buveurs problématiques », mais n'estimaient pas que leur propre consommation constituait un problème. La consommation excessive et le calage d'alcool étaient considérés comme des problèmes graves auxquels peu de participants s'identifiaient. La consommation excessive d'alcool était définie comme le fait d'avoir besoin d'alcool tous les jours, de boire seul ou de ne pas tenir compte de la quantité d'alcool consommée. Elle était souvent perçue comme dangereuse et désagréable, bien qu'une étude ait révélé que le calage d'alcool occasionnel faisait partie de la vie sociale. Les participants ne se considéraient pas comme des « buveurs problématiques »; ainsi, il est difficile de savoir si les gens se considéraient vulnérables aux méfaits et s'ils pensaient que les avertissements contenus dans les lignes directrices s'appliquaient à eux.

Cette impression des gens que les lignes directrices pourraient ne pas s'appliquer à leur situation a été notée dans la revue sur les attitudes du public face à tous les types de lignes directrices, et en particulier à celles sur l'alcool. Beaucoup de raisons ont été proposées pour expliquer pourquoi les recommandations de consommation d'alcool à faible risque pourraient ne pas s'appliquer au public dans son ensemble et devraient être personnalisées. Les participants aux études ont suggéré que la tolérance à l'alcool pouvait varier d'une personne à l'autre et que les limites devraient être adaptées selon les réactions ou les effets individuels ainsi que les problèmes de santé. En outre, on estimait que les limites variaient selon le type d'alcool et les habitudes de consommation. D'ailleurs, on considérait que le changement des habitudes de consommation, surtout chez les personnes âgées, était peu probable. L'alcool continue d'être perçu positivement dans les situations sociales comme moyen de décompresser et d'avoir du plaisir entre amis lors de sorties ou à la maison, et comme façon de faire une coupure entre le travail et la relaxation. En raison de ces attitudes, l'adhésion aux recommandations était perçue comme une décision personnelle qui devait être compatible avec la vie personnelle ou y être adaptée.

Il y a certaines incohérences entre les études et les revues s'intéressant aux lignes directrices de santé publique, sur l'alcool ou autres, quant à la manière d'améliorer la perception des directives de consommation d'alcool à faible risque. L'une des conclusions répandues était que l'on s'attendait à la publication de recommandations et de messages par les organisations et les agences. Toutefois, les messages ne devraient pas être moralisateurs et devraient être formulés comme des conseils plutôt que comme des règles strictes. Pour pallier les problèmes d'applicabilité, les participants souhaitaient que l'information soit présentée de sorte qu'ils puissent prendre leurs propres décisions et intégrer les lignes directrices dans leur vie comme ils le désirent.

Peu d'études se sont penchées sur des stratégies qui pourraient être utilisées pour aider les gens à respecter les recommandations. Certaines stratégies ont été proposées par les participants, comme de refuser un verre lorsqu'on n'en a pas vraiment envie ou encore de consommer de la nourriture en buvant de l'alcool. Il pourrait cependant être nécessaire de clarifier le but des stratégies, puisque les participants d'une étude ont expliqué qu'elles n'étaient pas utilisées pour limiter la consommation, mais plutôt pour pouvoir consommer sur une plus longue période.



Enfin, il y avait des incohérences quant à la présentation des messages, surtout ceux entourant les méfaits. Certaines études ont conclu que les messages négatifs pourraient avoir plus d'effets sur la modification des comportements, alors que d'autres sont arrivées à la conclusion opposée. Les études fournissaient des données sur la perception des mises en garde sur les produits à base d'alcool. De façon générale, ce type d'information était vu positivement, et la plupart des participants semblaient appuyer son utilisation, à l'exception de l'information sur les unités, qui n'était pas perçue comme aussi utile.

Limites

Le présent rapport fournit de l'information sur la compréhension du public des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, sur la perception du public des messages associés aux directives et sur l'utilisation des directives. L'objectif était de recueillir des données probantes sur ces sujets qui sont directement liées aux directives de consommation d'alcool. En 2016, les données probantes directes étaient peu abondantes, mais notre rapport montre qu'il y a de plus en plus de publications sur le sujet. Étant donné le sujet traité, nous avons limité nos critères d'inclusion à la recherche qualitative, qui s'appuyait le plus souvent sur des groupes de discussion et des entrevues, mais nous avons également tenu compte de sondages portant sur les perceptions, les visions et les attitudes. Bien que la recherche qualitative soit idéale pour répondre au « quoi » et au « comment » de la compréhension, des visions et des attitudes, nous avons également extrait les données quantitatives disponibles dans les sondages, mais il y en avait peu.

Nous n'avons pas sélectionné d'études dont l'objectif était d'évaluer les effets des lignes directrices ou des messages, ou encore des stratégies pour améliorer leur application. Toutefois, il est possible qu'on ait mesuré l'acceptabilité ou l'applicabilité dans ces études, ou décrit les perceptions comme objectif secondaire. En excluant ces études, nous serions passés à côté de ces données. Nous avons aussi limité nos critères d'inclusion à la population générale et exclu les études s'intéressant à des groupes très précis comme les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances ou qui sont en rétablissement d'un cancer. Nous pensons que les lignes directrices pourraient être perçues différemment dans ces groupes que dans le public, mais nous n'avons pas exploré cette hypothèse. Nous espérons trouver plus de données sur les différences intersexes et intergenres dans les perceptions et les attitudes, mais on ne faisait pas cette distinction dans la plupart des études. Nous avons plutôt fait état des différences ou des analyses en utilisant les mêmes que les auteurs. Dans de futures études, les chercheurs pourraient faire des distinctions pour mieux caractériser les données.

Un grand nombre de sondages et d'articles d'envergure ont été publiés par des groupes d'auteurs similaires. Nous avons porté attention aux possibles publications en double s'appuyant sur un répertoire de données commun. Il est toutefois possible que nous ayons laissé passer des chevauchements et utilisé des données en double, ce qui pourrait laisser croire que certaines conclusions sont plus communes qu'elles ne le sont en réalité. Nous n'avons pas évalué le degré de confiance des données par l'approche CERQual (confiance dans les données probantes à l'issue d'examen des recherches qualitatives) (de très fiable à élevé). À la place, nous avons indiqué le degré de certitude au moment de présenter les conclusions en utilisant des termes comme « pourrait » ou « les données indiquent » pour les données en lesquelles nous avons une moins grande confiance, et des termes comme « probable » et « généralement » pour témoigner d'une plus grande confiance.



Implications

Même si, dans le cadre de ce rapport, nous n'avons pas toujours pu trouver de l'information cohérente dans les études sur la compréhension et la perception des lignes directrices et la façon de les améliorer, il y a tout de même quelques conclusions qu'on peut tirer de ces travaux. Les concepteurs de directives devant juger de l'acceptabilité et de l'applicabilité de recommandations peuvent utiliser l'information pour évaluer les données probantes traitant de ces critères. En ce qui a trait à la mobilisation des connaissances, ces travaux ne visent pas à évaluer l'efficacité d'un produit ou d'une stratégie en particulier, mais ils pourraient aider à poser les bonnes questions au public durant le processus de développement et d'évaluation de produits et de stratégies. Le présent rapport fait aussi ressortir le besoin d'analyser certains aspects du contenu de ces produits, comme la perception de la « consommation problématique » et la confusion entourant la taille d'un verre. Il appuie aussi la création de multiples produits et stratégies. Par exemple, pour atteindre des gens ayant différents points de vue, certains produits pourraient contenir des messages négatifs et d'autres, des messages positifs.



Bibliographie

- Biagioni, N., S. Pettigrew, S.C. Jones, J. Stafford, M. Daube et T. Chikritzhs. « Defining binge drinking: Young drinkers' perceptions of risky alcohol consumption », *Public Health*, vol. 152, 2017, p. 55–57.
- Boak, A., T. Elton-Marshall, R. Mann et H. Hamilton. *Drug use among Ontario students, 1977–2019*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020.
- Bocquier, A., L. Fressard, P. Verger, S. Legleye et P. Peretti-Watel. « Alcohol and cancer: Risk perception and risk denial beliefs among the French general population », *European Journal of Public Health*, vol. 27, n° 4, 2017, p. 705–710.
- Bowden, J.A., P. Delfabbro, R. Room, C.L. Miller et C. Wilson. « Alcohol consumption and NHMRC guidelines: Has the message got out, are people conforming and are they aware that alcohol causes cancer? », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 38, n° 1, 2014, p. 66–72.
- Boylan, S., J.C. Louie et T.P. Gill. « Consumer response to healthy eating, physical activity and weight-related recommendations: a systematic review », *Obesity Reviews*, vol. 13, n° 7, 2012, p. 606–617.
- Brown, K.A., L. Timotijevic, J. Barnett, R. Shepherd, L. Lähteenmäki et M.M. Raats. « A review of consumer awareness, understanding and use of food-based dietary guidelines », *British Journal of Nutrition*, vol. 106, n° 1, 2011, p. 15–26.
- Burgess, M., R. Cooke et E.L. Davies. « My own personal hell: Approaching and exceeding thresholds of too much alcohol », *Psychology & Health*, vol. 34, n° 12, 2019, p. 1451–1469.
- 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 (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011.
<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf>
- Buykx, P., C. Gilligan, B. Ward, R. Kippen et K. Chapman. « Public support for alcohol policies associated with knowledge of cancer risk », *International Journal on Drug Policy*, vol. 26, n° 4, 2015, p. 371–379.
- Canham, S.L., J. Humphries, A.L. Kupferschmidt et E. Lonsdale. « Engaging in community dialogues on low-risk alcohol use guidelines for older adults », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 39, n° 12, 2020, p. 1332–1339.
- Chapman, J., N. Harrison, V. Kostadinov, N. Skinner et A. Roche. « Older Australians' perceptions of alcohol-related harms and low-risk alcohol guidelines », *Drug and Alcohol Review*, vol. 39, n° 1, 2020, p. 44–54.
- Coomber, K., S.C. Jones, F. Martino et P.G. Miller. « Predictors of awareness of standard drink labelling and drinking guidelines to reduce negative health effects among Australian drinkers », *Drug and Alcohol Review*, vol. 36, n° 2, 2017, p. 200–209.
- Coomber, K., R. Mayshak, A. Curtis et P.G. Miller. « Awareness and correlates of short-term and long-term consequences of alcohol use among Australian drinkers », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 41, n° 3, 2017, p. 237–242.



- Cotter, T., D. Perez, S. Dunlop, J. Kite et C. Gaskin. « Knowledge and beliefs about alcohol consumption, longer-term health risks, and the link with cancer in a sample of Australian adults », *New South Wales Public Health Bulletin*, vol. 24, n° 2, 2013, p. 81–86.
- de Visser, R.O., D. Conroy, E. Davies et R. Cooke. « Understanding motivation to adhere to guidelines for alcohol intake, physical activity, and fruit and vegetable intake among U.K. university students », *Health Education & Behavior*, vol. 48, n° 4, 2021, p. 480–487.
- de Visser, R.O., Z. Wheeler, C. Abraham et J.A. Smith. « 'Drinking is our modern way of bonding': Young people's beliefs about interventions to encourage moderate drinking », *Psychology & Health*, vol. 28, n° 12, 2013, p. 1460–1480.
- Furtwangler, N.A.F. et R.O. de Visser. « Motivation to adhere to unit-based guidelines for alcohol consumption and ability to do so is limited among university students », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 24, n° 5, 2017a, p. 418–425.
- Furtwangler, N.A.F. et R.O. de Visser. « University students' beliefs about unit-based guidelines: A qualitative study », *Journal of Health Psychology*, vol. 22, n° 13, 2017b, p. 1701–1711.
- Haack, S.A. et C.J. Byker. « Recent population adherence to and knowledge of United States federal nutrition guides, 1992–2013: A systematic review », *Nutrition Reviews*, vol. 72, n° 10, 2014, p. 613–626.
- Health Research Board (Ireland). *Alcohol: Public knowledge, attitudes and behaviours*, 2012. https://www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/Alcohol_-_Public_Knowledge_Attitudes_and_Behaviours_Report.pdf
- Holmes, J., J. Brown, P. Meier, E. Beard, S. Michie et P. Buykx. « Short-term effects of announcing revised lower risk national drinking guidelines on related awareness and knowledge: a trend analysis of monthly survey data in England », *BMJ Open*, vol. 6, n° 12, 2016, e013804.
- Islam, M.M., M.W. Hoffmann et M.B. Rahman. « Knowledge of low-risk drinking and its relationship with a reduction in alcohol consumption: Results from six waves of an Australian national survey », *Addictive Behaviors*, vol. 95, 2019, p. 172–177.
- Jarvinen, M. « A will to health? Drinking, risk and social class », *Health, Risk and Society*, vol. 14, n° 3, 2012, p. 241–256. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.662632>
- Jones, K.A., I.M. Orrel, D. Oliveira, R. Ogollah, S. Ozupek et E. Hogervorst. « Willingness to adhere to current UK low-risk alcohol guidelines to potentially reduce dementia risk: A national survey of people aged 50 and over », *Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 69, n° 3, 2019, p. 829–837.
- Jones, L. et M. Bellis. *CMO Alcohol Guidelines Review – A summary of the evidence on understanding and response to public health guidelines*, R.-U., Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, 2016.
- Jones, S.C., C.S. Gordon et K. Andrews. « What is 'binge drinking'? Perceptions of Australian adolescents and adults, and implications for mass media campaigns », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 40, n° 5, 2016, p. 487–489.
- Jongenelis, M.I., S. Pettigrew, I.S. Pratt, T. Chikritzhs, T. Slevin et W. Liang. « Predictors and outcomes of drinkers' use of protective behavioral strategies », *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 30, n° 6, 2016, p. 639–647.



- Khadjesari, Z., F. Stevenson, P. Toner, S. Linke, J. Milward et E. Murray. « 'I'm not a real boozer': A qualitative study of primary care patients' views on drinking and its consequences », *Journal of Public Health*, vol. 41, n° 2, 2019, p. e185–e191.
- LeBlanc, A.G., T. Berry, S. Deshpande, M. Duggan, G. Faulkner, A.E. Latimer-Cheung, ... et M.S. Tremblay. « Knowledge and awareness of Canadian Physical Activity and Sedentary Behaviour Guidelines: A synthesis of existing evidence », *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, vol. 40, n° 7, 2015, p. 1–9.
- Livingston, M. « Perceptions of low-risk drinking levels among Australians during a period of change in the official drinking guidelines », *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, n° 2, 2012, p. 224–230.
- Loudon, K., N. Santesso, M. Callaghan, J. Thornton, J. Harbour, K. Graham, ... et S. Treweek. « Patient and public attitudes to and awareness of clinical practice guidelines: A systematic review with thematic and narrative syntheses », *BMC Health Services Research*, vol. 14, 2014, p. 321.
- Lovatt, M., D. Eadie, P.S. Meier, J. Li, L. Bauld, G. Hastings et J. Holmes. « Lay epidemiology and the interpretation of low-risk drinking guidelines by adults in the United Kingdom », *Addiction*, vol. 110, n° 12, 2015, p. 1912–1919.
- Martin, N., P. Buykx, C. Shevills, C. Sullivan, L. Clark et D. Newbury-Birch. « Population level effects of a mass media alcohol and breast cancer campaign: A cross-sectional pre-intervention and post-intervention evaluation », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 53, n° 1, 2018, p. 31–38.
- May, N.J., J. Elliott et S. Crabb. « 'Everything causes cancer': how Australians respond to the message that alcohol causes cancer », *Critical Public Health*, vol. 27, n° 4, 2017, p. 419–429.
- May, N.J., J. Elliott et S. Crabb. « 'Alcohol causes cancer': a difficult message for Australians to swallow », *Health Promotion International*, 2021 (publié en ligne avant impression).
- McNally, K., L.L. Noonan, M. Cameron, K. Phillips, S. Baidoobonso et D. Sabapathy. « Public awareness of low-risk alcohol use guidelines », *Health Promotion Practice*, vol. 20, n° 6, 2019, p. 905–913.
- Meyer, S.B., K. Foley, I. Olver, P.R. Ward, D. McNaughton, L. Mwanri et E.R. Miller. « Alcohol and breast cancer risk: Middle-aged women's logic and recommendations for reducing consumption in Australia », *PLoS One*, vol. 14, n° 2, 2019, p. e0211293.
- Muhlack, E., D. Carter, A. Braunack-Mayer, N. Morfidis et J. Elliott. « Constructions of alcohol consumption by non-problematized middle-aged drinkers: A qualitative systematic review », *BMC Public Health*, vol. 18, n° 1, 2018, p. 1016.
- National Health and Medical Research Council. *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*, Canberra (Australie), chez l'auteur, 2020. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol#block-views-block-file-attachments-content-block-1>
- Parke, H., M. Michalska, A. Russell, A.C. Moss, C. Holdsworth, J. Ling et J. Larsen. « Understanding drinking among midlife men in the United Kingdom: A systematic review of qualitative studies », *Addiction Behaviors Reports*, vol. 8, 2018, p. 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.08.001>
- Pettigrew, S., N. Biagioni, M. Daube, J. Stafford, S.C. Jones et T. Chikritzhs. « Reverse engineering a 'responsible drinking' campaign to assess strategic intent », *Addiction*, vol. 111, n° 6, 2016, p. 1107–1113.



- Pettigrew, S., M. Jongenelis, I.S. Pratt, W. Liang, T. Slevin, T. Chikritzhs et D. Glance. « Australian drinkers' perceptions of alcohol-related risk by consumption status », *Addiction Research & Theory*, vol. 24, n° 6, 2016, p. 507–513.
- Rosenberg, G., L. Bauld, L. Hooper, P. Buykx, J. Holmes et J. Vohra. « New national alcohol guidelines in the UK: Public awareness, understanding and behavioural intentions », *Journal of Public Health*, vol. 40, n° 3, 2018, p. 549–556.
- Santé publique France et Institut national du cancer. *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France*, Saint-Maurice, chez l'auteur, 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
- Scheideler, J.K. et W.M.P. Klein. « Awareness of the link between alcohol consumption and cancer across the world: A review », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 27, n° 4, 2018, p. 429–437.
- Scholes-Balog, K.E., J.A. Heerde et S.A. Hemphill. « Alcohol warning labels: unlikely to affect alcohol-related beliefs and behaviours in adolescents », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 36, n° 6, 2012, p. 524–529.
- Schoueri-Mychasiw, N., A. Weerasinghe, K. Vallance, T. Stockwell, J. Zhao, D. Hammond, ... et E. Hobin. « Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national drinking guidelines: A real-world study in Yukon, Canada », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 81, n° 2, 2020, p. 262–272.
- Schultz, N.R., C.S. Kohn, M. Schmerbauch et C.J. Correia. « A systematic review of the free-pour assessment: Implications for research, assessment and intervention », *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, vol. 25, n° 3, 2017, p. 125–140.
- Schünemann, H.J., W. Wiercioch, J. Brozek, I. Etxeandia-Ikobaltzeta, R.A. Mustafa, V. Manja, ... E.A. Akl. « GRADE evidence to decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 81, 2017, p. 101–110.
- Sprague, D.J. et D.C. Vinson. « Patient perceptions of risky drinking: Knowledge of daily and weekly low-risk guidelines and standard drink sizes », *Substance Abuse*, vol. 38, n° 3, 2017, p. 253–256.
- Stautz, K., G. Bignardi, G.J. Hollands et T.M. Marteau. « Reactions on Twitter to updated alcohol guidelines in the UK: A content analysis », *BMJ Open*, vol. 7, n° 2, 2017, p. e015493.
- Stevely, A.K., P. Buykx, J. Brown, E. Beard, S. Michie, P.S. Meier et J. Holmes. « Exposure to revised drinking guidelines and 'COM-B' determinants of behaviour change: descriptive analysis of a monthly cross-sectional survey in England », *BMC Public Health*, vol. 18, n° 1, 2018, p. 251.
- TNS Opinion & Social. *EU citizens' attitudes towards alcohol*, Bruxelles, chez l'auteur, 2010.
- U.K. Chief Medical Officers. *UK Chief Medical Officers' low risk drinking guidelines*, Londres (R.-U.), Department of Health, 2016. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs__report.pdf



- Valentine, G., S.L. Holloway, M. Jayne et C. Knell. « Drinking places: Where people drink and why », York (R.-U.), Joseph Rowntree Foundation, 2007. <https://www.jrf.org.uk/report/drinking-places-where-people-drink-and-why>
- Vallance, K., I. Romanovska, T. Stockwell, D. Hammond, L. Rosella et E. Hobin. « “We have a right to know”: Exploring consumer opinions on content, design and acceptability of enhanced alcohol labels », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 53, n° 1, 2018, p. 20–25.
- Vallance, K., T. Stockwell, J. Zhao, S. Shokar, N. Schoueri-Mychasiw, D. Hammond, ... et E. Hobin. « Baseline assessment of alcohol-related knowledge of and support for alcohol warning labels among alcohol consumers in Northern Canada and associations with key sociodemographic characteristics », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 81, n° 2, 2020, p. 238–248.
- Weerasinghe, A., N. Schoueri-Mychasiw, K. Vallance, T. Stockwell, D. Hammond, J. McGavock, ... et E. Hobin. « Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: Findings from a real-world alcohol labelling study », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 2, 2020, p. 398.
- Wettlaufer, A. « Can a label help me drink in moderation? A review of the evidence on standard drink labelling », *Substance Use and Misuse*, vol. 53, n° 4, 2018, p. 585–595.
- Wilkinson, C. « Responses to risk: public submissions on Australian alcohol guidelines for low-risk drinking », *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, n° 2, 2012, p. 162–169.
- Winstock, A.R., J. Holmes, J.A. Ferris et E.L. Davies. « Perceptions of alcohol health warning labels in a large international cross-sectional survey of people who drink alcohol », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 55, n° 3, 2020, p. 315–322.



Annexe A : questions utilisées dans le rapport de 2016 des médecins chefs sur les lignes directrices de consommation d'alcool

Questions utilisées par les médecins chefs du Royaume-Uni pour recueillir des données probantes sur la compréhension des lignes directrices de santé publique par les membres du public et leur réaction à ces lignes directrices (Jones et Bellis, 2016).

Compréhension des directives et des lignes directrices de santé publique officielles et réaction à ces publications

- 1) Les membres du public utilisent-ils les directives ou les lignes directrices de santé publique officielles et les mises en garde concernant les risques pour les aider à planifier ou à appliquer des changements comportementaux?
 - a) Si c'est le cas, comment le public utilise-t-il les directives ou les lignes directrices et les mises en garde concernant les risques pour appuyer la planification ou la réalisation de changements comportementaux?
 - b) La compréhension des directives, des lignes directrices et des mises en garde concernant les risques, et la réaction à ces dernières, est-elle différente selon l'âge, le sexe, l'ethnicité et d'autres facteurs?

Compréhension des lignes directrices de consommation d'alcool et réaction

- 2) Quelles sont la compréhension et la perception du public des risques associés à la consommation d'alcool?
 - a) Comment les membres du public évaluent-ils les niveaux de risque acceptables en ce qui concerne les conséquences sociales et sanitaires de la consommation d'alcool, en fonction de leur propre consommation ou de celle des autres?
 - b) Comment ces facteurs peuvent-ils être pris en compte dans l'élaboration de lignes directrices sur la consommation d'alcool?
- 3) Quelle est la compréhension du public des unités d'alcool et des niveaux de consommation raisonnable?
 - a) Comment les membres du public utilisent-ils leurs connaissances des unités d'alcool et des niveaux de consommation raisonnable par rapport à leur propre consommation?
 - b) Comment améliorer l'utilisation des connaissances sur les unités d'alcool et les niveaux de consommation raisonnable par le public?
- 4) Quelles sont la compréhension et la perception du public des risques associés à différentes tendances de consommation d'alcool?
 - a) Comment tenir compte de conflits potentiels entre les messages sur le calage d'alcool occasionnel et la consommation régulière dans l'élaboration de lignes directrices sur la consommation d'alcool?
- 5) Quelle est la compréhension du public des messages concernant les limites recommandées de consommation d'alcool et quelle est sa réaction?
 - a) Comment ces facteurs pourraient-ils être pris en compte dans l'élaboration de lignes directrices sur la consommation d'alcool?



Annexe B : stratégies de recherche révisées

Recherches de revues systématiques

EPISTEMONIKOS, 1^{er} juin 2021

(title:(guideline* OR guidance*) OR abstract:(guideline* OR guidance*)) AND (title:(public OR population) OR abstract:(public OR population)) AND (title:(food OR diet OR alcohol OR drink* OR smok* OR tobacco OR exercis* OR physical activit*) OR abstract:(food OR diet OR alcohol OR drink* OR smok* OR tobacco OR exercis* OR physical activit*)) AND (title:(behavi* OR attitud* OR perception* OR perspective* OR knowledge* OR satisfaction OR understand* OR response* OR perceive*) OR abstract:(behavi* OR attitud* OR perception* OR perspective* OR knowledge* OR satisfaction OR understand* OR response* OR perceive*))

EPISTEMONIKOS, 8 juin 2021

title:(guideline* OR guidance* OR recommendation*) AND title:(behavi* OR attitud* OR perception* OR perspective* OR knowledge* OR satisfaction OR understand* OR response* OR perceive*)

Recherches d'études primaires

Embase <1996 to 2021 July 06>; Ovid MEDLINE(R) <1996 to July 06, 2021>; APA PsycInfo <1987 to June Week 4 2021>; EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <June 2021>; Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <2017 to July 06, 2021>

alcohol drinking/ or alcoholic beverages/
(alcohol* adj (drink* or drinks or beverage*).tw.
((alcohol or ethanol) adj1 (consumption or drinking or intake or content)).tw.
1 or 2 or 3
(understand* or comprehen* or attitude* or belief* or response* or perception* or perceive* or behavior* or behaviour* or knowledge or view*).tw.
(risk adj1 (manage* or assess* or evaluat*).tw.
health knowledge, attitudes, practice/
health behavior/
attitude to health/
perception/
comprehension/
consumer satisfaction/
risk assessment/
5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13
(guidance or guideline* or recommendation* or communication* or messag* or campaign*).tw.
guidelines as topic/
consumer health information/
15 or 16 or 17
4 and 14 and 18
case report/ or conference abstract/ or conference abstract.pt.
19 not 20
limit 21 to yr="2012 - 2017"
limit 21 to yr="2017 -Current"
remove duplicates from 22
remove duplicates from 23
24 or 25



Annexe C : caractéristiques des études primaires incluses

Auteur et année	Nombre de personnes et type de population	Pays	Âge	Méthodologie
Biagioni 2017	60 buveurs de 18 à 21 ans	Australie	18 à 21 ans	Entrevues et groupes de discussion
Boak 2020	14 142 étudiants de la 7 ^e à la 12 ^e année, de 263 écoles	Canada	12 à 18 ans	Sondage
Bocquier 2017	3 348 personnes qui ont déclaré avoir consommé des boissons alcoolisées dans la dernière année	France	19 % avaient de 15 à 25 ans, 16 %, de 26 à 34 ans, 20 %, de 35 à 44 ans, 19 %, de 45 à 54 ans et 26 %, de 55 à 75 ans	Sondage
Bowden 2014	2 700 adultes de plus de 18 ans	Australie	18 ans et +	Sondage
Burgess 2019	150 adultes, principalement des étudiants universitaires	Royaume-Uni	Âge moyen = 23,3 ans	Entrevues
Buykx 2015	2 482 adultes	Australie	Âge moyen = 46,8 ans	Sondage
Buykx 2018	1 850 buveurs	Royaume-Uni	Âge moyen = 48 ans	Sondage
Canham 2020	66 personnes âgées et fournisseurs de services sociaux et de santé à une clientèle âgée	Canada	51 à 86 ans, âge moyen = 70 ans	Groupes de discussion
Chapman 2020	11 personnes âgées	Australie	34 % avaient de 50 à 59 ans et 66 %, 60 ans et +	Sondage
Coomber 2017	1 061 buveurs	Australie	Âge = 18 à 45 ans, âge moyen = 33,2 ans	Sondage
Coomber 2017	1 061 buveurs	Australie	18 à 45 ans, âge moyen = 33,2 ans	Sondage
Cotter 2013	1 255 buveurs	Australie	18 ans et +	Sondage
de Visser 2013	75 jeunes vivant dans le sud-est de l'Angleterre	Angleterre	13 à 25 ans	Groupes de discussion
de Visser 2021	559 étudiants universitaires du R.-U.	Royaume-Uni	Âge moyen = 22,8 ans	Sondage
Furtwangler 2017	12 personnes qui boivent de l'alcool	Royaume-Uni	19 à 28 ans	Entrevues
Furtwangler 2017	614 étudiants universitaires qui boivent	Royaume-Uni	18 à 30 ans	Sondage
Holmes 2016	11 845 personnes de 18 ans et + qui vivent dans des ménages privés en Angleterre	Royaume-Uni	18 ans et +	Sondage
Ipsos 2012	1 020 personnes	Irlande	18 ans et +	Sondage
Islam 2019	153 820 personnes	Australie	20 ans et +	Sondage



Auteur et année	Nombre de personnes et type de population	Pays	Âge	Méthodologie
Jarvinen 2012	30 personnes qui buvaient plus de 21 unités par semaine (hommes) ou plus de 14 unités par semaine (femmes)	Danemark	Âge moyen = 43 ans	Entrevues
Jones 2016	549 personnes, dont 221 élèves du secondaire, 104 parents d'adolescents et 224 adultes de la communauté	Australie	Aucun âge moyen ni aucun intervalle d'âge mentionné	Sondage
Jones 2019	3 948 personnes	Royaume-Uni	Âge moyen = 62 ans	Sondage
Jongenelis 2016	2 168 buveurs australiens	Australie	Âge moyen = 37,8 ans	Sondage
Khadjesari 2019	20 participants qui étudiaient à l'université	Royaume-Uni	Âge moyen = 46 ans	Entrevues
Livingston 2012	46 466 réponses aux sondages National Drug Strategy Household Surveys menés en 2009 et 2010	Australie	18 ans et plus	Sondage
Lovatt 2015	66 adultes qui boivent de l'alcool au moins deux fois par année	Royaume-Uni	19 à 65 ans	Groupe de discussion
May 2017	38 personnes qui se considèrent comme ayant une consommation faible à modérée d'alcool et sans diagnostic antérieur de cancer (ni pour elles-mêmes ni pour un membre de leur famille)	Australie	18 à 65 ans	Groupe de discussion
May 2021	38 personnes qui se considèrent comme ayant une consommation faible à modérée d'alcool et sans diagnostic antérieur de cancer (ni pour elles-mêmes ni pour un membre de leur famille)	Australie	18 à 65 ans	Groupe de discussion
McNally 2019	1 662 adultes ayant l'âge légal d'acheter de l'alcool	Canada	7 % avaient de 19 à 25 ans, 20,8 % avaient de 26 à 40 ans, 34,3 % avaient de 41 à 55 ans, 32,3 % avaient de 56 à 70 ans et 5,7 % avaient 71 ans et plus	Sondage
Meyer 2019	35 femmes sans diagnostic préalable de cancer du sein	Australie	45 à 64 ans	Entrevue
Pettigrew 2016	2 168 personnes qui boivent au moins deux fois par mois	Australie	Âge moyen = 37,8 ans	Sondage
Pettigrew 2016	48 personnes de 18 à 21 ans qui participaient à une étude sur les jeunes buveurs	Australie	Âge moyen = 20 ans	Introspections (réponses écrites envoyées par courriel)
Rosenburg 2018	972 adultes qui buvaient de l'alcool	Royaume-Uni	15 % avaient 18 à 25 ans, 19 % avaient 26 à 35 ans,	Sondage



Auteur et année	Nombre de personnes et type de population	Pays	Âge	Méthodologie
			24 % avaient 36 à 45 ans, 30 % avaient 46 à 55 ans et 12 % avaient 56 ans et plus	
Santé publique France et Institut national du cancer 2017	72 personnes	France	18 à 60 ans	Groupes de discussion
Schoueri-Mychasiw 2020	2 049 personnes ayant l'âge légal pour boire qui avaient consommé au moins une boisson alcoolisée dans les 30 derniers jours	Canada	Âge moyen = 47 ans dans le groupe d'intervention et 41,2 ans dans le groupe de comparaison	Essai clinique randomisé
Sprague 2017	1 331 patients d'une clinique de médecine interne et familiale	États-Unis	Âge moyen = 49,6 ans	Sondage
Stautz 2017	2 291 comptes Twitter	Royaume-Uni	Aucun âge mentionné	Réponses écrites sur Twitter
Stevely 2018	16 779 buveurs adultes	Royaume-Uni	18 ans et plus	Sondage
Vallance 2018	36 personnes qui boivent	Canada	Âge moyen = 42 ans	Groupes de discussion
Vallance 2020	836 adultes	Canada	44,98 % avaient de 19 à 44 ans, et 55,02 %, 45 ans et plus	Sondage
Wilkinson 2012	103 réponses aux directives australiennes sur l'alcool	Australie	Aucun âge mentionné	Commentaires écrits
Winstock 2020	75 969 personnes qui avaient bu dans les 12 derniers mois	28 pays	Âge moyen = 27 ans	Sondage