



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 : rapport final pour consultation publique

Août 2022

Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : rapport final pour consultation publique

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

Citation proposée : Paradis, C., P. Butt, K. Shield, N. Poole, S. Wells, T. Naimi, A. Sherk et les groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque. *Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : rapport final pour consultation publique*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ont.) 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: Final Report for Public Consultation

ISBN 978-1-77178-995-0



Table des matières

Résumé grand public	1
Résumé technique.....	2
But et approche	2
Risques associés à divers niveaux de consommation d'alcool	3
Risques associés à chaque occasion de consommation	4
Risque pour les hommes	5
Risque pour les femmes	5
Risque pour les femmes enceintes ou qui allaitent	5
Risque pour les hommes et les femmes	6
Raison d'être des nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé	6
Alcool et cancer	6
Alcool et maladie cardiaque	6
Alcool et violence	6
Implications politiques	7
Rapport technique	8
Introduction	8
Sensibilisation et adhésion de la population du Canada aux DCAFR 2011	8
Une mise à jour s'impose	10
Visée et portée de ce rapport	11
Partie 1 : processus d'élaboration des recommandations.....	11
1.1 Définir les questions de recherche	11
1.2 Estimer le risque à vie de décès et d'invalidité liés à l'alcool dans la population canadienne	12
1.3 La base de données pour l'actualisation des directives	13
Partie 2 : les données utilisées pour formuler les recommandations	15
2.1 Revue des données internationales sur les effets de l'alcool sur la santé	15
2.1.1. Méthodes	15
2.1.2 Résultats	17
2.1.3 Implications.....	18
2.2 Modélisation mathématique du risque à vie de décès et d'invalidité, selon plusieurs niveaux de consommation moyenne d'alcool	19
2.2.1 Principes méthodologiques	19



2.2.2 Résultats et implications.....	21
2.3 Consommation d'alcool par occasion	28
2.4 Revues rapides	29
2.4.1 Lien entre la consommation d'alcool, l'agressivité et la violence	30
2.4.2 Lien entre la consommation d'alcool et la santé mentale	33
2.5 La santé des femmes et l'alcool	34
2.5.1 Quels sont les facteurs liés au sexe?	35
2.5.2 Quels sont les facteurs liés au genre?	35
2.5.3 Comment le sexe et le genre interagissent-ils et se croisent-ils avec d'autres facteurs?	35
2.5.4 Les effets de l'alcool sur la reproduction	36
2.5.5 Analyse	36
2.5.6 Quelques messages clés pour les femmes.....	37
2.6 Opinions, préférences et attentes des personnes vivant au Canada par rapport aux directives	37
2.6.1 Résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool	37
2.6.2 Consultation publique sur les directives de consommation d'alcool	38
2.6.3 Discussions avec des acteurs concernés.....	39
2.6.4 Consultations ciblées avec des peuples autochtones	41
Partie 3 : recommandations des experts	43
3.1 Repères canadiens sur l'alcool et la santé	43
3.2 La suite des choses	46
3.2 Conclusion	48
Bibliographie	49
Annexe 1	59
Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool : contre-analyse	59
9	
Objet.....	59
Méthode	59
Résumé de la comparaison des constats	59
Annexe 2	62
Annexe 3	66



Remerciements

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) tient à exprimer toute sa gratitude et sa reconnaissance aux membres des groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque pour leur expertise, leurs conseils et leurs autres contributions inestimables (en ordre alphabétique) :

Coprésidents du projet

- Catherine Paradis, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
- Peter Butt, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan

Membres

- Mark Asbridge, École de médecine de l'Université Dalhousie
- Danielle Buell, Université de Toronto
- Samantha Cukier, Santé Canada
- François Damphousse, Santé Canada
- Jennifer Heatley, Santé publique, gouvernement de la Nouvelle-Écosse
- Erin Hobin, Santé publique Ontario
- Harold R. Johnson, avocat et auteur¹
- Ryan McCarthy, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (coprésident du groupe d'experts scientifiques sur la mobilisation des connaissances)
- Kate Morissette, Agence de la santé publique du Canada
- Chris Mushquash, Université Lakehead
- Daniel Myran, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
- Tim Naimi, Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, Université de Victoria
- Nancy Poole, Centre d'excellence pour la santé des femmes
- Justin Presseau, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
- Adam Sherk, Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, Université de Victoria
- Kevin D. Shield, Institut de recherche sur les politiques de santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Tim Stockwell, Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, Université de Victoria
- Sharon Straus, Université de Toronto
- Kara Thompson, Université Saint-Francis-Xavier
- Samantha Wells, Institut de recherche sur les politiques de santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale

¹ Harold R. Johnson est décédé pendant la rédaction de ce rapport. Nous avons grandement apprécié ses importantes contributions au processus et nous offrons nos plus sincères condoléances à sa famille et à ses amis.



- Matthew Young, Gambling Research Exchange Ontario, Université Carleton et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Les membres suivants et leurs collègues ont piloté la production des rapports et revues se lesquels se fonde le projet d'actualisation des directives 2011 (en ordre alphabétique) :

- Sam Churchill, Adam Sherk et Tim Naimi : risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool : Contre-analyse
- Tim Naimi : consommation d'alcool par occasion
- Nancy Poole et Lorraine Greaves : Le sexe, le genre et l'alcool : directives de consommation à faible risque : notions importantes pour les femmes
- Nancy Poole et Lorraine Greaves : messages ciblant spécifiquement les filles et les femmes, pour compléter les Repères sur l'alcool et la santé
- Kevin Shield : risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool
- Kathryn Graham, Bryan Tanner, Jesus Chavarria, Tavleen Dhinsa, Jean-François Crépault et Samantha Wells : Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : analyse des revues sur le lien entre la consommation d'alcool et les actes d'agression et de violence

Le projet a aussi pu compter sur le travail et les contributions des organisations et personnes suivantes (en ordre alphabétique) :

- [Autrement Dit](#) : résumé en langage clair des Repères canadiens sur l'alcool et la santé
- [Cochrane Canada](#) : Incidence de la consommation d'alcool sur l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire : mise à jour d'une revue systématique
- [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
- Christine Levesque, Nitika Sanger et Hanie Hadelati : pour leur aide avec tout ce qui concerne les revues des données probantes du projet
- Jennifer Reynolds : pour son aide avec l'organisation de la première consultation publique et des consultations des acteurs concernés
- Lauren Levett, Scott Hannant, Christina Davies, Wendy Schlachta, Manon Blouin, Patricia-Anne Croteau, John Thurston, Virginia St-Denis, Ahmer Gulzar, Lili Yan et Victoria Lewis : pour leur aide avec la gestion du projet, les communications, la révision, la traduction et autre, tout au long du projet.
- Le CCDUS aimerait aussi remercier les membres du comité exécutif des Directives de consommation d'alcool à faible risque qui ont généreusement fait profiter le projet de leur temps et expertise (en ordre alphabétique) :



Coprésidentes

- Shannon Nix, Santé Canada
- Rita Notarandrea, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Membres

- Ally Butler, Initiatives stratégiques et sur l'usage de substances, gouvernement de la Colombie-Britannique
- Ian Culbert, Association canadienne de santé publique
- Scott Hannant, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
- Carol Hopkins, Thunderbird Partnership Foundation
- Jennifer Saxe, Santé Canada
- Candice St-Aubin, Agence de la santé publique du Canada
- Robert Strang, Conseil des médecins hygiénistes en chef du Canada
- Sam Weiss, Instituts de recherche en santé du Canada

Conflit d'intérêts

Voir le site Web du CCDUS pour la liste des conflits d'intérêts potentiels : déclaration d'affiliations et d'intérêts.



Information sur ce document

Ce document regroupe trois documents produits pour trois groupes cibles différents.

Résumé grand public

Le résumé grand public est une synthèse d'une page qui s'adresse au grand public.

Résumé technique

Le résumé technique s'adresse aux organismes de santé, aux professionnels de la santé (médecins, infirmières, conseillers, etc.) et à ceux qui s'intéressent au projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque, à ses grandes conclusions, aux risques liés à l'alcool et à leurs implications.

Rapport technique

Le rapport technique s'adresse aux spécialistes des questions liées à l'alcool, aux décideurs et aux professionnels de la santé qui souhaitent comprendre le processus suivi pour actualiser les Directives de consommation d'alcool à faible risque, les types de données examinées et la façon dont ces données ont servi à actualiser les directives.



Résumé grand public

Même en petite quantité, l'alcool n'est pas bon pour la santé

Parfois, on doit rajuster le tir...

La science évolue. Alors, on doit vous dire autre chose que par le passé. Les recommandations concernant les quantités d'alcool doivent changer.

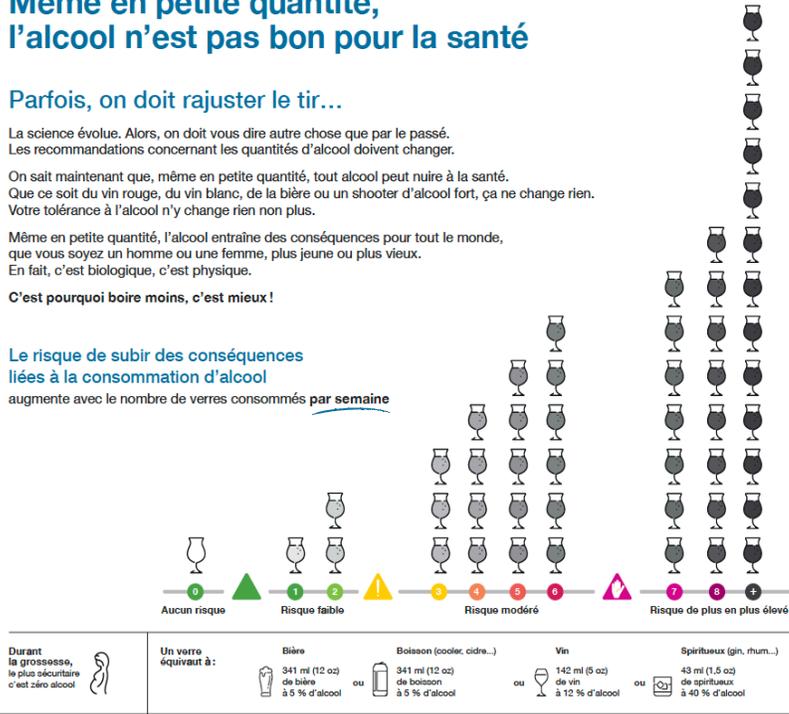
On sait maintenant que, même en petite quantité, tout alcool peut nuire à la santé. Que ce soit du vin rouge, du vin blanc, de la bière ou un shooter d'alcool fort, ça ne change rien. Votre tolérance à l'alcool n'y change rien non plus.

Même en petite quantité, l'alcool entraîne des conséquences pour tout le monde, que vous soyez un homme ou une femme, plus jeune ou plus vieux. En fait, c'est biologique, c'est physique.

C'est pourquoi boire moins, c'est mieux !

Le risque de subir des conséquences liées à la consommation d'alcool

augmente avec le nombre de verres consommés par semaine



Les conséquences de la consommation d'alcool

- Prendre 2 verres ou moins par semaine permet généralement d'éviter les conséquences négatives de l'alcool.
- Si vous prenez de 3 à 6 verres par semaine, vous augmentez votre risque de développer certains cancers, comme le cancer du sein ou du colon.
- Si vous prenez 7 verres ou plus par semaine, vous augmentez aussi votre risque d'avoir une maladie du cœur ou un AVC.
- Et pour chaque verre de plus, vous augmentez de façon exponentielle votre risque d'avoir ces problèmes de santé, ainsi que plusieurs autres maladies ou blessures.

L'alcool a une autre conséquence

Tous ces problèmes de santé, ces maladies et ces blessures peuvent aussi écourter votre vie.

Repensons notre façon de boire de l'alcool

Calculez le nombre de verres que vous consommez par semaine



Il n'est jamais trop tard pour rajuster le tir!

Notre cible est de boire moins. Et vous ?

Quelle est votre cible de consommation par semaine ?



Conseils pour boire moins

- Respectez les limites que vous vous fixez.
- Choisissez des boissons avec un faible pourcentage d'alcool.
- Buvez lentement, en petites gorgées.
- Ayez toujours un pichet d'eau à portée de main.
- Prenez un breuvage non alcoolisé pour chaque verre d'alcool que vous buvez.
- Essayez des recettes de cocktails sans alcool.



Notre organisation, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, a été mandaté par Santé Canada pour mettre à jour les directives de consommation d'alcool à faible risque pour la santé. Ce document résume ses principales nouvelles. Pour en savoir plus, visitez notre site Web au : www.ccsa.ca/fr



Résumé technique

L'alcool est une substance psychoactive légale que consomment environ les trois quarts de la population du Canada. Pour certains, l'alcool est étroitement lié au mode de vie, et est souvent consommé lors d'événements sociaux ou pour souligner des occasions spéciales. Il faut cependant savoir que l'alcool peut causer des méfaits aux personnes qui en consomment, et parfois aussi aux personnes qui les entourent. Peu reconnaissent que l'alcool est l'une des principales causes évitables de décès, d'invalidité, de blessures, d'accidents et de problèmes sociaux. En 2017, l'alcool a contribué à 18 000 décès au Canada. Cette même année, les coûts associés à la consommation d'alcool au pays s'élevaient à 16,6 milliards de dollars, 5,4 milliards de dollars de cette somme étant dépensés en soins de santé.

Repères canadiens sur l'alcool et la santé

Sept points à retenir des Repères canadiens sur l'alcool et la santé

1. Tous les niveaux de consommation d'alcool sont associés à un certain risque, et boire moins est donc préférable pour tout le monde.
2. Chez les personnes en santé, il existe un continuum du risque selon lequel le risque est:
 - Négligeable à faible pour ceux qui consomment deux verres standards ou moins par semaine;
 - Modéré pour ceux qui consomment entre trois et six verres standards par semaine;
 - Élevé pour ceux qui consomment plus de six verres standards par semaine.
3. Tout niveau de consommation comporte des risques, et au-delà de deux verres standards, le risque de blessures ou d'autres problèmes augmente pour la plupart des gens.
4. Un nombre disproportionné de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes.
5. Au-delà d'un niveau faible de consommation d'alcool, les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes que les hommes.
6. Il est plus prudent de s'abstenir de boire durant la grossesse et la période précédant la conception.
7. Il est plus prudent pour les femmes qui allaitent de s'abstenir de consommer de l'alcool.

But et approche

Les Repères canadiens sur l'alcool et la santé s'appuient sur une perspective de santé publique, et visent à remplacer les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Leur objectif est de fournir aux personnes vivant au Canada des renseignements exacts et à jour sur les risques et les méfaits associés à la consommation d'alcool. Les repères devraient aider les gens à prendre des décisions responsables et informées sur leur consommation.

Une idée fondamentale sous-jacente à ce projet est que la population canadienne a le droit de savoir.



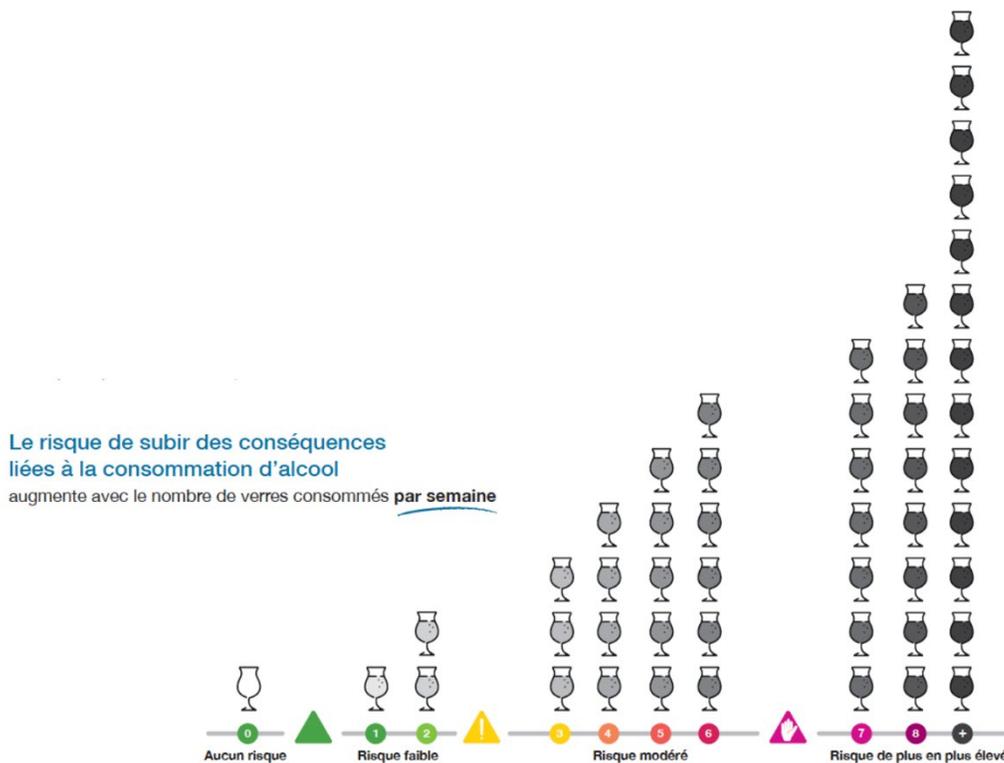
Les Repères canadiens sur l'alcool et la santé visent également à former la base des connaissances pour de futures politiques et ressources de prévention sur l'alcool, dans le but de changer la culture de l'alcool au Canada et de freiner la normalisation de la consommation nocive d'alcool dans la société.

L'élaboration des nouveaux repères a suivi une approche rigoureuse et transparente pour évaluer les répercussions de différents niveaux de consommation d'alcool sur les décès et les invalidités. Les analyses se sont basées sur les plus récentes données et méthodes, qui ont évolué depuis la publication des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada il y a plus de dix ans.

Risques associés à divers niveaux de consommation d'alcool

Tout au long de leur vie, les gens sont prêts à accepter des seuils de risque de mortalité établis. Pour les risques involontaires comme la pollution atmosphérique, un risque à vie de mortalité de 1 sur 1 000 000 est utilisé comme norme de référence. Cela veut dire que les gens sont prêts à accepter un risque de décès de 1 sur 1 000 000 lorsqu'ils sont exposés à ces risques. Dans le cas d'activités entreprises délibérément et volontairement, comme les rapports sexuels non protégés, le fait de fumer et ainsi de suite, les gens peuvent accepter des risques environ mille fois plus grands. Par conséquent, les conseils et les recommandations sur ce type d'activités utilisent un seuil de risque à vie de mortalité de 1 décès sur 1000. Néanmoins, il n'est pas rare que pour l'alcool, les directives se basent sur un seuil de risque dix fois plus grand, soit un risque de mortalité de 1 sur 100.

Il existe donc un continuum du risque selon lequel le risque pour ceux qui consomment deux verres standards ou moins par semaine est négligeable à faible, il est modéré pour ceux qui consomment entre trois et six verres standards par semaine et il est élevé pour ceux qui consomment plus de six verres standards par semaine, avec des niveaux de risque de plus en plus élevé avec chaque verre supplémentaire.



Risques associés à chaque occasion de consommation

Quelle que soit l'occasion de consommation, le risque de conséquences graves, comme des blessures accidentelles et des actes de violence, est fortement associé à la consommation de grandes quantités d'alcool et à une capacité réduite de réfléchir clairement ou d'effectuer certaines activités (en raison des facultés affaiblies par l'alcool). Le risque de conséquences négatives augmente avec chaque consommation ; **au-delà de deux verres standards, le risque de blessures ou d'autres problèmes augmente pour la plupart des gens.**

La consommation abusive d'alcool, qui désigne habituellement le fait de boire au moins cinq verres standards pour les hommes ou au moins quatre verres standards pour les femmes en une seule occasion, est une habitude de consommation qui entraîne l'affaiblissement des facultés, de façon légale, chez la plupart des gens. Il s'agit d'un facteur de risque de décès bien connu, incluant ceux liés à des blessures accidentelles, de la violence, des maladies cardiaques et de l'hypertension, de l'inflammation du système gastro-intestinal, et un trouble lié à l'alcool (à savoir, une dépendance à l'alcool).

Beaucoup des complications découlant de l'affaiblissement des facultés et de la consommation abusive d'alcool donnent lieu à des effets secondaires qui affectent d'autres personnes que celle qui boit (p. ex. violence, mauvais traitements ou négligence envers des enfants).



Risque pour les hommes

Les hommes boivent plus d'alcool que les femmes, et sont plus enclins à boire excessivement. Par conséquent, ils sont plus susceptibles d'être impliqués dans des collisions provoquées par la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, d'être traités à l'hôpital et d'être hospitalisés pour des urgences médicales et des problèmes de santé en lien avec l'alcool, de recevoir un diagnostic de trouble lié à l'alcool et de mourir de causes associées à l'alcool. L'alcool est aussi plus fortement associé aux comportements violents chez les hommes que chez les femmes.

Par ailleurs, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de prendre d'autres risques (p. ex. consommer d'autres substances, conduire sous l'influence d'une substance) qui, lorsque combinés à l'alcool, augmentent la probabilité de subir ou de causer des méfaits associés à l'alcool. Globalement, **un nombre disproportionné de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes.**

Risque pour les femmes

Les différences physiologiques entre les femmes et les hommes n'ont qu'un faible impact sur le risque de décès. Toutefois, il est évident **qu'au-delà d'un niveau faible de consommation d'alcool, les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes que les hommes.** Les enzymes, les gènes, le poids et la taille, le fonctionnement des organes et le métabolisme contribuent de façon importante au métabolisme de l'alcool et sont influencés par des facteurs liés au sexe. Ces facteurs biologiques augmentent les effets de l'alcool chez les femmes. Chez elles, de moins grandes quantités d'alcool entraînent une intoxication plus rapide, un risque plus élevé de maladie (dont le cancer du sein), et davantage de méfaits à long terme (tels que des lésions ou des dommages au foie) malgré une consommation moindre.

Risque pour les femmes enceintes ou qui allaitent

La consommation d'alcool compromet la santé reproductive. En général, les données concernant l'incidence de l'alcool sur la grossesse et l'accouchement sont mitigées: l'alcool entraînerait possiblement une augmentation des fausses couches, des troubles hypertensifs de la grossesse et des anomalies placentaires.

L'alcool est un agent tératogène qui peut causer des malformations du fœtus. Sa consommation peut entraîner des lésions cérébrales, des anomalies congénitales, des troubles de comportement, des troubles d'apprentissage et d'autres problèmes de santé qui auront des répercussions sur l'enfant tout au long de sa vie. Mentionnons que ces effets indésirables s'observent à des niveaux d'exposition relativement faibles ou suivant une exposition à court terme à des niveaux élevés de consommation. C'est pourquoi **il est plus prudent de s'abstenir de boire durant la grossesse et la période précédant la conception.**

La consommation d'alcool peut aussi nuire à l'allaitement maternel en causant une baisse de la production de lait maternel, un arrêt précoce de l'allaitement et la perturbation du cycle de sommeil du nourrisson. Qui plus est, l'alcool entre dans le lait maternel par diffusion passive, ce qui signifie que les nourrissons allaités, incapables de métaboliser l'alcool, peuvent y être exposés. C'est pourquoi **il est plus prudent pour les femmes qui allaitent de s'abstenir de consommer de l'alcool.**



Risque pour les hommes et les femmes

La consommation d'alcool est influencée par de nombreux facteurs liés au genre, notamment les tactiques de vente et publicité pour l'alcool, les rôles et les attitudes des hommes et des femmes ainsi que les attentes relativement à ce qui aura lieu quand ils consomment de l'alcool. Par conséquent, de nombreux méfaits de la consommation d'alcool sont liés au genre, notamment la stigmatisation, les agressions sexuelles et la violence conjugale.

Raison d'être des nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé

Alcool et cancer

Le cancer est la principale cause de décès au Canada. Toutefois, le fait que **l'alcool est une substance cancérigène pouvant causer au moins sept types de cancer** est souvent inconnu ou négligé. Les données les plus récentes révèlent que la consommation d'alcool cause près de 7 000 décès par cancer chaque année au Canada, la plupart des cas étant des cancers du sein ou du côlon, suivis des cancers du rectum, de la bouche et de la gorge, du foie, de l'œsophage et du larynx. Selon la Société canadienne du cancer, boire moins d'alcool est l'une des dix principales habitudes saines à adopter pour prévenir le cancer.

Alcool et maladie cardiaque

Les maladies cardiaques sont la deuxième principale cause de décès au pays, et l'alcool n'est pas bon pour le cœur. Pendant de nombreuses années, la croyance populaire comme quoi la consommation modérée d'alcool protégeait contre les maladies du cœur a été largement médiatisée. Les études effectuées dans la dernière décennie sont plus nuancées. Les revues systématiques les plus récentes et de la plus grande qualité démontrent que **consommer un peu d'alcool n'a aucun effet, positif ou négatif, sur le risque de maladie cardiaque. À un niveau de consommation plus élevé, l'alcool est un facteur de risque pour la plupart des maladies cardiovasculaires**, y compris les maladies coronariennes et les crises cardiaques, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, la fibrillation auriculaire et les accidents vasculaires cérébraux.

Alcool et violence

L'alcool est fréquemment associé aux comportements violents et agressifs, notamment la violence conjugale, la violence sexuelle homme-femme, et les agressions et la violence entre adultes. L'alcool peut également accroître la gravité des incidents violents. Aucune relation dose-réponse ne peut être établie, mais la consommation d'alcool augmente le risque de perpétrer des actes de violence. Il est donc raisonnable d'en déduire que le risque d'agir de façon agressive ou violente peut être réduit en limitant sa consommation d'alcool. Sur la base de preuves cohérentes, il est très probable que le fait **d'éviter de boire jusqu'à l'ivresse réduira le risque de commettre des actes de violence liés à l'alcool.**

**En somme, l'abondance de preuves confirme que lorsqu'il est question d'alcool :
boire moins c'est mieux.**



Implications politiques

Pour épauler les personnes vivant au Canada qui souhaitent réduire leur consommation d'alcool, les gouvernements – en étroite collaboration avec les employeurs, les professionnels de la santé et les parties prenantes de la communauté – doivent mettre en œuvre des politiques favorisant la santé publique. Cela comprend, entre autres, une réglementation plus sévère de la publicité et du marketing de l'alcool, des restrictions sur la disponibilité physique de l'alcool et l'adoption d'un prix minimum pour les boissons alcoolisées.

Les résidents du Canada ont d'abord et avant tout besoin d'information cohérente et facile à utiliser au point de consommation pour pouvoir compter le nombre de verres standards qu'ils boivent. Ils ont également droit à des informations claires et accessibles sur les considérations de santé et de sécurité des produits qu'ils achètent. L'une des conséquences directes du projet actuel est la formulation d'une recommandation **pour que Santé Canada exige, au moyen d'un règlement, l'étiquetage obligatoire sur les contenants d'alcool du nombre de verres standards**, des Repères canadiens sur l'alcool et la santé, de mises en garde sur la santé et des renseignements nutritionnels.



Rapport technique

Introduction

Les premières Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) du Canada ont été publiées en novembre 2011 par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) (Butt et coll., 2011). Elles ont été élaborées par un groupe d'experts indépendant dont les membres proviennent de nombreux organismes de recherche en dépendance au pays. Les Directives 2011 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 (Stockwell et coll., 2012). De plus, des recommandations précises ont été formulées pour des situations et des circonstances individuelles qui sont particulièrement dangereuses et pour lesquelles l'abstinence ou une consommation légère et occasionnelle était conseillée (p. ex. juste avant ou durant la grossesse, pour les adolescents ou les personnes prenant des médicaments). Les directives comportaient aussi des astuces pour une consommation plus sécuritaire et la définition d'un verre standard. Les DCAFR 2011 représentaient un pas de géant vers l'offre de renseignements et de messages cohérents visant à réduire les risques associés à la consommation d'alcool. Elles ont marqué un tournant pour la concrétisation de diverses initiatives de promotion de la santé, de prévention et d'éducation dans tout le Canada (Paradis, 2016).

Cela dit, les données de recherche utilisées pour l'élaboration des DCAFR 2011 comportaient des limites importantes. Dans le rapport technique [L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque](#) (Butt et coll., 2011), le groupe de travail a évoqué la sous-déclaration de la consommation individuelle d'alcool dans les enquêtes fondées sur l'autoévaluation de la consommation d'alcool, l'incapacité à tenir compte des épisodes de forte consommation dans de nombreuses études épidémiologiques, la classification erronée des anciens buveurs et consommateurs occasionnels en tant qu'abstinents à vie, et l'incapacité à prendre en compte les effets confusionnels des facteurs liés à la personnalité et au mode de vie indépendants de l'alcool. Dans son évaluation de la qualité, effectuée à l'aide de la Grille AGREE II, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a relevé d'autres limites, notamment en ce qui concerne la rigueur d'élaboration et l'indépendance éditoriale, deux domaines n'ayant pas reçu la note minimale acceptable de 60 %. Par conséquent, les DCAFR 2011 ont reçu une note globale de 60,7 %, et n'ont pas satisfait au critère pour les lignes directrices de grande qualité. On a recommandé leur utilisation avec des modifications, et depuis, on sait que ces limites doivent être considérées attentivement lors de l'élaboration de directives sur l'alcool.

Sensibilisation et adhésion de la population du Canada aux DCAFR 2011

Depuis leur publication, les DCAFR 2011 ont été promues à divers degrés au pays et ont été adoptées différemment par d'importants groupes démographiques. En 2012, soit seulement quelques mois après la publication des directives, un sondage national a révélé que le quart (26 %) de la population du Canada les avait consultées ou en avait entendu parler. Depuis, quelques études provinciales ont mesuré la connaissance des directives dans la population. En 2017, Santé publique Ontario a sondé 2000 adultes ontariens âgés de 19 ans et plus qui consomment de l'alcool, et a conclu que moins du cinquième d'entre eux (17 %) connaissaient les DCAFR 2011.



(Santé publique Ontario, 2017a). En 2019-2020, la nouvelle Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire (ECCADEEP) a sondé les étudiants de collèges et d'universités canadiennes sur leur connaissance des DCAFR 2011 (Santé Canada, 2021). Sans surprise, dans ce groupe de jeunes, peu connaissaient les directives : seulement 16 % des répondants ont indiqué en avoir entendu parler, et moins du tiers (28 %) étaient en mesure de dire exactement en quoi elles consistaient. Une étude menée par l'Institut national de santé publique du Québec a révélé que 55 % des Québécois étaient d'avis que les DCAFR 2011 étaient adéquates, tandis que 37 % croyaient qu'elles étaient trop élevées, donc correspondant à une quantité plus grande d'alcool que ce qu'ils considèrent comme une consommation à faible risque (Bergeron et coll., 2020).

Selon les plus récentes données de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) (Santé Canada, 2019), une majorité des résidents du Canada ont indiqué boire conformément aux DCAFR 2011. En 2019, 83 % des personnes âgées de 15 ans et plus qui avaient consommé de l'alcool dans la dernière année ont dit respecter les directives concernant les risques à court terme, et 77 % ont dit respecter les directives concernant les risques à long terme. Si plus de femmes que d'hommes ont signalé boire en respectant les directives pour diminuer les risques à court terme (85 % contre 81 %), les pourcentages étaient très similaires pour les directives visant à diminuer les risques à long terme (76 % pour les hommes et 78 % pour les femmes). Les jeunes adultes de 20 à 24 ans étaient moins susceptibles que les autres groupes d'âge de boire en respectant les directives. En 2019, les trois quarts de ce groupe (74 %)

respectaient les directives concernant les risques de blessures et de méfaits à court terme tandis que 69 % ont signalé respecter les directives concernant les risques à long terme pour la santé.

Les pourcentages semblent indiquer une adhésion généralisée aux DCAFR 2011, mais la réalité pourrait être toute autre. Les estimations de l'ECAD se fondent sur la consommation d'alcool au cours des sept jours précédents, ce qui signifie qu'on considère automatiquement qu'une personne ayant bu dans la dernière année, mais n'ayant rien bu dans la semaine précédant l'enquête, n'a pas dépassé les directives 2011. Cela paraît très peu probable compte tenu de la culture du temps de repos au Canada, où les gens boivent pour souligner une occasion spéciale plutôt que sur une base quotidienne. En fait, une étude menée en 2015 a exploré l'adhésion aux directives tout en essayant de tenir compte du sous-signallement de la consommation d'alcool (Zhao et coll., 2015). Les résultats indiquent que 73 % des résidents du Canada de plus de 15 ans respectent la limite hebdomadaire recommandée par les DCAFR, et 61 %, la limite quotidienne. En Ontario, une enquête de Santé publique Ontario a montré que 39 % des personnes qui consommaient de l'alcool dans l'échantillon dépassaient régulièrement les limites quotidiennes des directives, et que 27 % dépassaient les limites hebdomadaires (Santé publique Ontario, 2017a). Selon l'ECCADEEP, la majorité (88 %) des étudiants qui consomment de l'alcool ont déclaré respecter les directives quant aux risques à long terme, mais seuls 36 % ont indiqué respecter les recommandations en lien avec les risques à court terme (Santé Canada, 2021). L'étude de Zhao et coll. (2015) a aussi montré

DCAFR du Canada 2011

Recommandations des DCAFR 2011 pour diminuer :

- Les risques à long terme pour la santé en respectant les limites suivantes : 10 verres standards par semaine pour les femmes (au plus deux verres par jour, la plupart des jours) et 15 verres standards par semaine pour les hommes (au plus trois verres par jour, la plupart des jours).
- Les risques de blessures et de méfaits à court terme en respectant les limites suivantes : pas plus de trois verres standards pour les femmes et pas plus de quatre verres standards pour les hommes en une même occasion.



qu'après l'ajustement pour le sous-signalage, plus de 80 % de tous les verres consommés au Canada étaient consommés d'une façon allant à l'encontre des DCAFR.

Une mise à jour s'impose

Il n'y a pas de critère établi pour la mise à jour des directives afin d'assurer qu'elles restent actuelles et fondées sur des données probantes, mais on recommande généralement d'en faire une lorsque de nouvelles données pertinentes, importantes, ou pouvant modifier les directives actuelles sont relevées (Vernooij et coll., 2014). Dans la dernière décennie, de nombreuses raisons justifiant la mise à jour des DCAFR 2011 ont été cernées.

D'abord, les connaissances et les estimations au sujet des relations entre les différentes dimensions de la consommation d'alcool et certaines maladies, certains troubles ou certaines blessures ont évolué depuis 2011. La recherche confirme désormais l'importance de la consommation d'alcool en tant que facteur de risque pour un nombre grandissant de maladies, dont au moins sept types de cancers, la démence et les maladies transmissibles sexuellement (Centre International de Recherche sur le Cancer, 2012; Lu et coll., 2017; Rehm et coll., 2017). Ensuite, plus de 50 % des décès au Canada causés par un cancer attribuable à l'alcool se produisent chez d'anciens buveurs et des personnes qui boivent conformément aux DCAFR 2011 concernant les risques à long terme (Sherk et coll., 2020). Les personnes vivant au Canada qui consomment de l'alcool conformément aux limites hebdomadaires des DCAFR représentent également 65 % des séjours à l'hôpital en raison de blessures accidentelles, et un pourcentage considérable des décès causés par des maladies digestives (18 %) et des blessures (40 %), ce qui laisse entendre que pour réduire la charge de morbidité, il est nécessaire de revoir les DCAFR 2011 (Sherk et coll., 2020).

Troisièmement, des pays comme le Royaume-Uni, la France, le Danemark, la Hollande et l'Australie se sont récemment penchés sur des données émergentes portant sur l'alcool et la santé, et ont publié des directives actualisées énonçant des limites considérablement différentes de celles dans les DCAFR 2011, avec des limites hebdomadaires comprises entre l'équivalent de 5,2 et 8,3 verres standards au Canada pour les femmes et les hommes². Enfin, compte tenu de récents rapports sur la mesure dans laquelle la consommation d'alcool cause des problèmes sociaux à des personnes autres que les consommateurs (Laslett et coll., 2019), on se demande à quoi ressembleraient les directives si, en plus des maladies, des troubles et des blessures, les méfaits sociaux et la santé mentale étaient pris en compte.

Les DCAFR 2011 du Canada ne prévoyaient pas de date d'expiration, mais compte tenu de leurs limites et, compte tenu de la nouvelle information, au début de 2019, le CCDUS, Santé Canada, l'ASPC et le groupe de travail qui avait élaboré les directives canadiennes de 2011 se sont réunis pour discuter de l'actualisation de celles-ci. En juillet 2020, Santé Canada a confirmé le financement accordé au CCDUS pour actualiser les DCAFR du Canada et pour faire des recommandations sur la mobilisation des connaissances afin de maximiser la diffusion et l'application des nouvelles directives. Le mandat précisait qu'il fallait s'inspirer des directives du Royaume-Uni (U.K. Chief Medical Officers, 2016) et de l'Australie (National Health and Medical Research Council, 2020), qui ont rendu publiques les données scientifiques utilisées dans l'élaboration de leurs directives. Il a également été convenu que le CCDUS serait responsable de superviser et de faciliter le processus de mise à jour. Santé Canada offrirait conseils, soutien et orientation par l'entremise de ses

² Dans le monde, un verre standard contient de 8 à 20 g d'alcool pur. Le Canada est le seul pays au monde où un verre correspond à 13,45 grammes (Paula et coll., 2020). Certains prétendent que ce format a été choisi car il correspond à la mesure de whisky traditionnellement servie dans les bars canadiens (Miller et coll., 1991). Le plus probable est que ce format correspond à la quantité d'alcool pur contenue dans les bouteilles de 341 ml de bière à 5 %, soit la boisson alcoolisée traditionnellement la plus vendue au Canada.



membres siégeant aux divers comités du projet, en plus du soutien administratif. L'Agence de la santé publique du Canada fournirait des conseils et du soutien méthodologiques.

Visée et portée de ce rapport

Par souci de transparence, et parce que l'élaboration de pratiques exemplaires pour définir des directives sur la consommation d'alcool continue d'évoluer (Holmes et coll., 2019), ce rapport décrit le processus de mise à jour afin que d'autres puissent apprendre de l'expérience canadienne. Le rapport est divisé en trois principales parties :

1. L'élaboration des recommandations des experts;
2. Les données utilisées par les experts;
3. Les recommandations des experts pour l'actualisation des directives sur la consommation d'alcool au Canada.

Partie 1 : processus d'élaboration des recommandations

Dans le cadre du projet d'actualisation des directives 2011, quatre comités ont été mis en place. Un comité exécutif, formé de représentants du gouvernement fédéral, de gouvernements provinciaux et territoriaux et d'organisations nationales, a été formé et chargé d'encadrer le projet et de fournir des conseils. Trois groupes d'experts scientifiques ont été établis pour examiner les données probantes en vue d'actualiser les directives et formuler des recommandations sur la mobilisation des connaissances. Le premier s'est concentré sur les effets de la consommation d'alcool sur la santé physique. Le deuxième s'est penché sur la santé mentale et les effets sociaux. Enfin, le troisième s'est concentré sur la mobilisation des connaissances.

Le CCDUS a également formé une équipe interne chargée d'examiner les données probantes pour évaluer et résumer les données, mener des consultations et procéder à de nouvelles études au besoin, afin de fournir un soutien scientifique aux membres des groupes d'experts scientifiques (ci-après appelés « experts »).

Les membres du comité exécutif et les experts étaient tenus de divulguer leurs affiliations et intérêts, conformément à (Schünemann et coll., 2013). Voir le site Web du CCDUS pour la liste des conflits d'intérêts potentiels ([Déclaration d'affiliations et d'intérêts](#)).

1.1 Définir les questions de recherche

La question de recherche générale qui sous-tend l'actualisation des DCAFR 2011 est la suivante : Quel niveau ou profil de consommation d'alcool doit-on recommander à la population canadienne pour réduire les effets néfastes sur la santé physique et mentale, et les conséquences sociales de la consommation d'alcool?

Pour que cette question se traduise par des directives fondées sur des données probantes, trois questions plus précises ont été élaborées, chacune d'elle ciblant une population en particulier, le niveau d'exposition à l'alcool et le type de résultats envisagé. (Pour en savoir plus, voir [Préparation des questions de recherche pour l'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible](#)



[risque du Canada.](#)) Voici les trois questions de recherche qui ont guidé la collecte et l'analyse des données et les conclusions du projet:

1. Dans la population générale et dans différents contextes, quels sont les risques et les bénéfices à court terme (santé physique, santé mentale et méfaits sociaux) qui sont associés à un épisode ponctuel de consommation d'alcool, selon différents niveaux de consommation (dont l'abstinence) ?
2. Dans la population générale, quels sont les risques et les bénéfices à long terme (santé physique, santé mentale et méfaits sociaux) qui sont associés à différents niveaux et divers profils de consommation d'alcool (dont l'abstinence) ?
3. Pendant la grossesse et l'allaitement, quels sont les risques et les bénéfices (santé physique, santé mentale et méfaits sociaux) pour le développement de l'enfant à naître, du nourrisson et de l'enfant, qui sont associés à différents niveaux et divers profils de consommation d'alcool (dont l'abstinence) ?

Ces questions ont été formulées pour englober toutes les répercussions possibles, de sorte que les études s'intéressant aux effets positifs et négatifs puissent être utilisées.

1.2 Estimer le risque à vie de décès et d'invalidité liés à l'alcool dans la population canadienne

Dès le début du projet, les experts partageaient tous le même avis: pour actualiser les DCAFR 2011, les questions de recherche devraient trouver réponse au moyen d'une modélisation mathématique. Cette méthode avait déjà été utilisée pour établir les DCAFR 2011 ainsi que les directives australiennes sur la consommation d'alcool (National Health and Medical Research Council, 2020), le Royaume-Uni (U.K. Chief Medical Officers, 2016) et la France (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017). Qui plus est, depuis 2016, l'action conjointe pour la réduction des dommages liés à l'alcool (Joint Action on Reducing Alcohol-Related Harm) de l'Union européenne recommande l'utilisation du risque cumulatif à vie de décès causé par une maladie ou une blessure liée à l'alcool comme unité de mesure commune pour évaluer les risques que pose l'alcool à l'échelle d'un pays; l'unité de mesure devrait aussi orienter les discussions entre experts pour établir les directives sur la consommation d'alcool (Broholm et coll., 2016).

La modélisation exige des fonctions de risque de mortalité lié à l'alcool pour toutes les catégories de maladies ou de blessures attribuables à la consommation d'alcool. On les retrouve dans les méta-analyses qui examinent la relation dose-réponse entre l'alcool et le risque de décès des suites d'une maladie. **La qualité de la modélisation dépend de la qualité des fonctions de risque, et donc du recensement des meilleures méta-analyses.** Il s'agit d'un processus long et complexe qui aurait pu s'étendre sur les 21 mois alloués pour actualiser les DCAFR 2011. Cependant, le mandat du projet indiquait que la mise à jour devait se baser sur les directives de 2016 du Royaume-Uni sur la consommation d'alcool (U.K. Chief Medical Officers, 2016) et sur les directives australiennes de 2020 pour réduire les risques pour la santé (National Health and Medical Research Council, 2020). Une évaluation de la qualité de ces directives sur l'alcool a donc été faite. (Pour en savoir plus, voir [Évaluation de directives choisies pour actualiser les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada.](#)) Les directives australiennes ont reçu la meilleure évaluation en ce qui concerne la méthodologie de repérage et de tri des données probantes sur les risques et les bénéfices liés à la consommation d'alcool.



Ainsi, pour actualiser les DCAFR 2011 du Canada, la revue des données internationales n'est pas partie de zéro. Elle s'est plutôt appuyée sur le travail rigoureux et systématique qu'avait accompli l'Australian Alcohol Working Committee (AAWC), et qui couvrait la période allant de janvier 2017 à février 2021 (la section 2.1 explique le processus complet). En plus de garantir la qualité de la modélisation, la revue des données internationales sur les risques et les bénéfices associés à la consommation d'alcool a relevé des secteurs où les revues systématiques de grande qualité manquaient; pour ces secteurs, les experts se sont mis d'accord pour commander des analyses additionnelles dans le but de formuler les directives actualisées pour le Canada.

1.3 La base de données pour l'actualisation des directives

Le projet d'actualisation des directives 2011 se fonde sur plusieurs travaux :

- Revue des données internationales sur les effets de l'alcool sur la santé
- Modélisation mathématique du risque à vie de décès et d'invalidité, selon plusieurs niveaux de consommation moyenne d'alcool
- Revue rapide sur l'alcool et la santé mentale
- Revue rapide sur l'alcool et la violence
- Revue multipartite complète de la littérature récente sur la santé des femmes et l'alcool

Le mandat du projet demandait aussi des recommandations pour la mobilisation des connaissances concernant les directives actualisées sur la consommation d'alcool. À cette fin, une série d'activités a été entreprise pour mieux comprendre les opinions, préférences et attentes des gens quant aux directives. Les discussions sur la formulation et la présentation des directives finales ont été enrichies par les activités suivantes:

- [Résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool;](#)
- Consultation publique pour savoir quels enjeux liés à l'alcool, à la santé et au bien-être sont les plus importants et les plus pertinents aux yeux des personnes au Canada;
- Discussions avec des représentants d'organismes de santé concernés par les enjeux liés à l'alcool;
- Consultations ciblées avec des peuples autochtones.

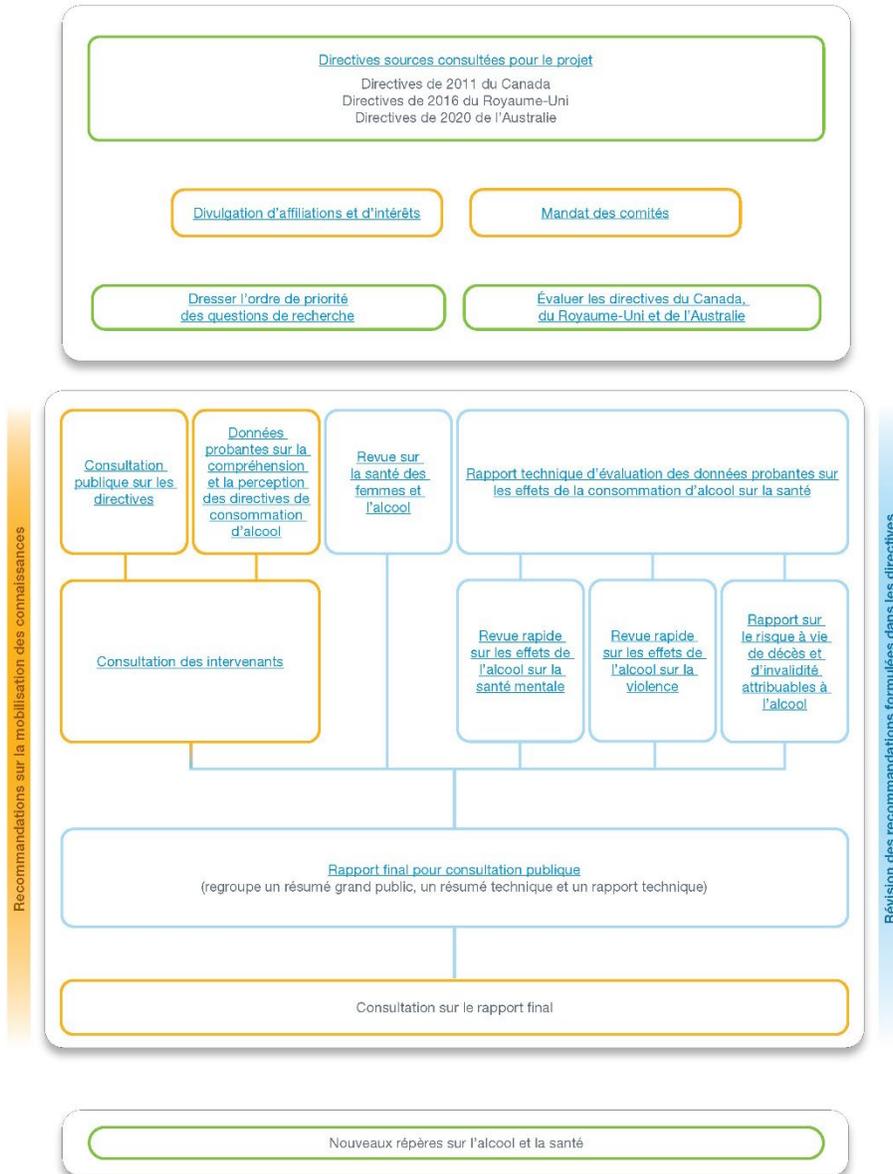
Le processus global d'élaboration des recommandations est illustré dans la figure 1.



Figure 1. Processus suivi pour actualiser les DCAFR du Canada

Processus et documentation

du projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada



Note. Voir <https://ccsa.ca/sites/default/files/2022-08/CCSA-LRDG-Lower-Risk-Drinking-Guidelines-Process-and-Documentation-2022-fr.pdf> pour la version PDF de cette image.



Partie 2 : les données utilisées pour formuler les recommandations

Les études et les revues de données qui orientent l'actualisation des DCAFR 2011 sont accessibles sur la [page Web du CCDUS dédiée à ce projet](#). Les personnes qui souhaitent savoir en détail quels sont les types de données et comment elles ont été utilisées pour mettre à jour les directives sont invitées à consulter la page Web pour accéder aux rapports complets. Les sections suivantes résument chaque rapport, afin de donner aux lecteurs un aperçu des documents que les experts ont analysés pour aboutir à leurs conclusions.

2.1 Revue des données internationales sur les effets de l'alcool sur la santé

Plusieurs études ont quantifié les liens de risque entre la consommation d'alcool et l'occurrence de toutes les catégories de maladies ou de blessures qui ont un lien avec la consommation d'alcool ainsi que les décès causés par celles-ci. Cependant, la qualité de ces études varie grandement. Pour répondre aux [trois questions de recherche](#) de ce projet et évaluer les répercussions de la consommation d'alcool sur les gens, une recherche et une revue systématiques des méta-analyses s'intéressant aux courbes de la relation dose-réponse entre les différents niveaux moyens de consommation d'alcool, les maladies et les blessures ont été réalisées. L'objectif était de cerner les meilleures revues systématiques et méta-analyses au moyen d'un ensemble standard de critères de qualité. (Pour le rapport complet, voir [Rapport technique du projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : examen des données probantes](#).)

2.1.1. Méthodes

Une recherche électronique systématique a été faite dans plusieurs bases de données (PubMed, PsycNET, Embase, Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Health Technology Assessment Database, International Health Technology Assessment Database, Joanna Briggs Institute, Database of Systematic Reviews of Effects and Epistemonikos). La recherche a été restreinte aux articles publiés du 6 janvier 2017 au 17 février 2021, et a permis de faire le point sur la revue systématique de l'AAWC pour la période de 2007 à 2017. Tous les articles inclus dans la revue systématique australienne figurent aussi dans cette recherche (National Health and Medical Research Council, 2020).

Un spécialiste de l'information a examiné les résultats de la recherche et a éliminé les duplicatas et tout article dont l'envergure dépassait clairement celle de ce projet en se basant sur les titres et les résumés. Deux chercheurs indépendants ont examiné les titres et les résumés des articles, puis leur texte intégral, selon les critères suivants:

- Le modèle d'étude et les questions PECR (population, exposition, comparateur, résultats et effets);
- Les critères de qualité méthodologique retenus avec l'outil AMSTAR (A Measurement Tool to Assess systematic Reviews; Shea et coll., 2017) et l'outil ROBIS (Risk of Bias in Systematic Reviews; Whiting et coll., 2013);
- Les méthodes d'analyse des critères;
- Les critères de modélisation mathématique.

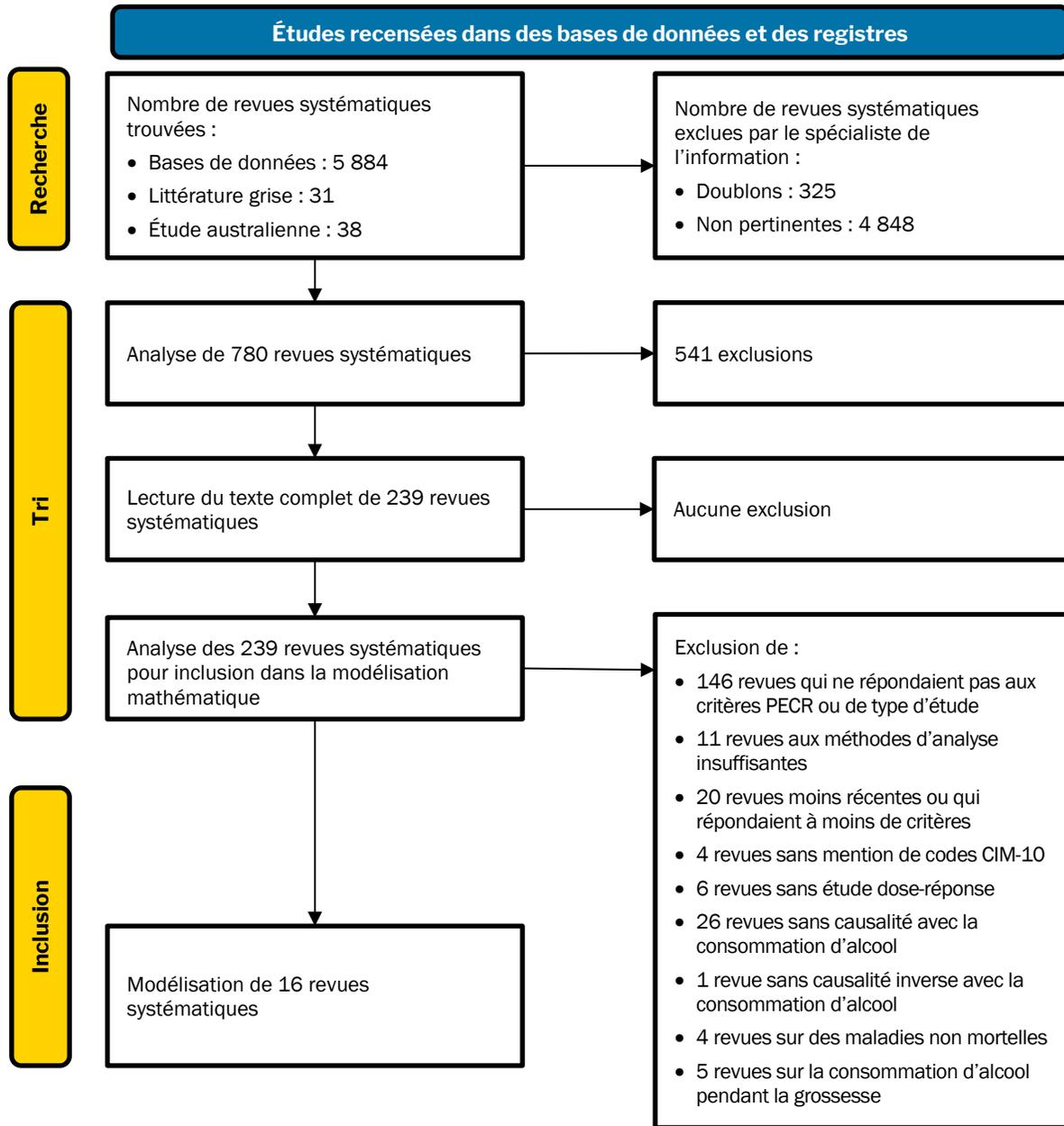


Si une catégorie de maladie ou de blessure en particulier était étudiée dans plus d'une revue systématique ou méta-analyse, la priorité allait à l'article répondant au plus grand nombre de critères de qualité méthodologique. Si plusieurs revues et méta-analyses répondaient au même nombre de critères, l'article le plus récent était privilégié.

Enfin, la qualité de chaque revue systématique et méta-analyse admissible était évaluée par deux chercheurs indépendants au moyen de deux outils d'analyse internationaux: l'outil AMSTAR 2 (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews; Shea et coll., 2017) et l'outil GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations; Schünemann et coll., 2013). La présence d'une analyse comparative fondée sur le sexe et le genre a également fait partie des critères d'évaluation (Brabete et coll., 2020).



Figure 2. Diagramme PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)



2.1.2 Résultats

La recherche actualisée a donné 5 915 résultats qui sont venus s'ajouter aux 38 revues systématiques retenues par l'AAWC. L'organigramme PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) des flux de données présenté à la figure 2 illustre qu'une fois les doublons et les articles non pertinents éliminés, un examen des titres et résumés de la première sélection de 780 revues systématiques a permis d'établir une présélection de 239 études



(37 relevées par l'AAWC et 202 dans le cadre de la présente mise à jour) dont le texte complet a été lu par la suite.

Les 31 rapports recensés lors de la recherche de littérature grise ont été exclus, puisqu'ils ne répondaient pas aux critères PECR ni aux critères de type d'étude. La plupart de ces documents étaient des brochures d'information, des rapports, des fiches de renseignements et des livres.

Au final, 16 revues systématiques répondaient à tous les critères du projet pour les trois questions de recherche, et ont pu être modélisées.

Question de recherche 1 : risques et bénéfiques à court terme

Vingt-neuf revues systématiques traitant des risques et des bénéfiques à court terme de l'alcool ont été évaluées, et **deux ont été modélisées**. L'une des revues sélectionnées traitait des accidents de la route (Taylor & Rehm, 2012), et l'autre, des blessures intentionnelles et accidentelles. (Taylor et coll., 2010).

Question de recherche 2 : risques et bénéfiques à long terme

Un total de 154 revues systématiques traitant de huit catégories de maladies associées aux risques et bénéfiques à long terme de l'alcool ont été évaluées, et **quatorze ont été modélisées**. Les revues retenues portaient sur le lien entre la consommation d'alcool et la cirrhose (Roerecke et coll., 2019), la cardiopathie ischémique (Zhao et coll., 2017), la cardiopathie hypertensive (Liu et coll., 2020), le cancer du sein (Sun et coll., 2020), le cancer du foie (World Cancer Research Fund International, 2018), la pancréatite (Samokhvalov et coll., 2015), les affections des voies respiratoires inférieures (Samokhvalov et coll., 2010a), l'épilepsie (Samokhvalov et coll., 2010b), les accidents ischémiques cérébraux (Larsson et coll., 2016), les hémorragies cérébrales (Larsson et coll., 2016), les hémorragies sous-arachnoïdiennes (Larsson et coll., 2016), la fibrillation auriculaire (Larsson et coll., 2014), les cancers du côlon et du rectum (Vieira et coll., 2017), le diabète sucré (Knott et coll., 2015), le cancer du larynx (Bagnardi et coll., 2015), les cancers de la bouche et de l'oropharynx (Bagnardi et coll., 2015), le cancer de l'œsophage (Bagnardi et coll., 2015) et la tuberculose (Imtiaz et coll., 2017).

Question de recherche 3 : risques et bénéfiques pendant la grossesse et pour le développement de l'enfant

Vingt-cinq revues systématiques sur les risques et les bénéfiques pour le développement de l'enfant à naître, du nourrisson et de l'enfant associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse ou l'allaitement ont été évaluées. **Aucune n'a été modélisée**, puisqu'aucune ne répondait aux critères de modélisation mathématique. En effet, ces études s'intéressaient à la mortalité et à la morbidité attribuable à l'alcool, non pas chez la personne consommant l'alcool, mais chez les autres.

2.1.3 Implications

La revue des données internationales a recensé les plus récentes et les meilleures revues systématiques et méta-analyses disponibles pour examiner le lien entre la consommation d'alcool et les divers résultats qu'englobent les questions de recherche de ce projet. La méthode de sélection de ces revues se base sur les directives australiennes, dont la qualité a été jugée excellente à la suite d'une précédente évaluation, ce qui renforce davantage notre conviction que nos directives se basent sur des données probantes de la plus haute qualité (Pour en savoir plus, voir [Évaluation de directives choisies pour actualiser les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada.](#))



Cette recherche a montré l'absence de revues systématiques de qualité sur certains sujets (comme la santé mentale et la violence). Par conséquent, les experts ont convenu de commander des revues supplémentaires pour terminer l'actualisation des DCAFR (voir la section 2.4). Il a également été décidé de commander un rapport sur la santé et la consommation d'alcool des femmes qui traiterait, entre autres, des problèmes associés à la grossesse.

2.2 Modélisation mathématique du risque à vie de décès et d'invalidité, selon plusieurs niveaux de consommation moyenne d'alcool

Il a été recommandé de modéliser le risque à vie de décès pour divers niveaux de consommation moyenne d'alcool afin d'établir les directives (Broholm et coll., 2016; Rehm et coll., 2014); cette recommandation a été mise en application (p. ex. en Australie, au Royaume-Uni, en France et au Canada). La modélisation permet d'estimer le « risque excédentaire » de mortalité et d'invalidité associé à divers niveaux de consommation moyenne d'alcool, et de préciser le niveau de risque, allant de négligeable à élevé, associé à chaque niveau de consommation. L'objectif n'est pas de fixer un « seuil » de consommation en dessous duquel il n'y a aucun risque, mais plutôt de fournir des « repères » en fonction des recommandations qui peuvent être formulées.

Pour ce projet, nous avons adopté l'approche du risque à vie pour estimer le risque à vie de décès, de décès prématuré (avant 75 ans), de perte d'années de vie (années de vie perdues [AVP]) et de perte d'années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI). Les analyses sont présentées dans le rapport [Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool](#). Chaque estimation et résultat présenté dans le rapport a par la suite fait l'objet d'une contre-analyse qui a confirmé l'exactitude des analyses primaires (annexe 1).

Les discussions entre les experts ont mené à la décision d'utiliser les seuils de risque associés aux AVP qui, comparativement à l'utilisation du risque à vie de décès ou de décès prématuré, permet aux chercheurs de tenir compte des décès chez les personnes plus âgées et, plus important encore, de tenir compte des degrés inégaux de détérioration de la santé causée par les décès de personnes relativement plus jeunes. Bien que les AVAI constituent une issue optimale de la mesure de la détérioration de la santé attribuable à l'alcool, il existe peu de données sur le nombre d'AVAI causé par l'alcool. De plus, les analyses de ce projet se sont traduites par des seuils de risque identiques, qu'ils soient fondés sur les AVP ou les AVAI³. Puisque le concept des AVAI est plus difficile à comprendre que celui des AVP, les experts ont arrêté leur choix sur les estimations d'AVP. Les résultats sont présentés et analysés plus bas, après un examen des principes méthodologiques.

2.2.1 Principes méthodologiques

Calcul des décès attribuables à l'alcool

En épidémiologie, le concept de fraction attribuable permet d'exprimer la proportion de risque d'un problème de santé en particulier (dans ce cas-ci, le décès) causé par l'exposition à une cause précise (dans ce cas-ci, la consommation d'alcool). Une fraction attribuable est généralement calculée à partir du nombre de décès qui auraient pu être évités si l'exposition avait été éliminée.

³ Par exemple, des données montrent que les AVAI peuvent être influencées par des troubles de santé mentale comme la dépression. Par contre, puisque la recherche de données n'a pas permis de trouver de revues systématiques de grande qualité évaluant la relation entre la consommation d'alcool et la santé mentale, il est probable que le projet actuel sous-estime les AVAI liées à l'alcool.



La proportion dépend du risque de décès selon le sexe et l'âge, mais également de la « trajectoire » de l'exposition, c'est-à-dire les antécédents de consommation d'alcool avant le décès du sujet. Pour déterminer les décès attribuables à l'alcool dans la population, il faut avoir accès au taux de mortalité de la population et connaître l'exposition de chacun à l'alcool en termes normalisés, par exemple le nombre de grammes moyen d'alcool par jour. Avec ces données, les décès attribuables à l'alcool peuvent être calculés pour divers niveaux de consommation, pourvu qu'elle soit considérée comme identique parmi les gens et constante au fil du temps pour chacun, jusqu'au décès. Dans ce modèle, les personnes abstinentes depuis toujours sont le groupe de référence par rapport auquel les risques associés à divers niveaux de consommation moyens d'alcool sont calculés.

En variant le niveau moyen de consommation dans un tel scénario, il devient possible de résumer la relation entre le risque causé par l'alcool et les différents niveaux de consommation. En retour, ces données contribuent à l'élaboration de repères pour les différents niveaux de risque.

Maladies et blessures comprises dans la modélisation

Au total, 34 catégories de cause pour des maladies, troubles et blessures en lien avec l'alcool et plus de codes à trois chiffres de la Classification internationale des maladies, version 10 (CIM-10-CA) ont été incluses à la modélisation des décès attribuables à l'alcool. Voici les trois critères d'inclusion utilisés :

1. Il devait y avoir un lien de causalité entre l'alcool et la maladie ou la blessure;
2. Il devait y avoir une fonction de risque dose-réponse disponible pour le lien entre la consommation d'alcool (mesurée en grammes par jour) et la maladie ou la blessure d'intérêt qui était également conforme aux critères de l'approche GRADE
3. Il était nécessaire de mesurer les décès ou invalidités pour la maladie ou la blessure associée à l'alcool.

Quelles données ont changées depuis la publication des DCAFR 2011?

- Les études animales, mécaniques et épidémiologiques publiées après les DCAFR 2011 du Canada ont mené à des changements dans les maladies que l'on sait liées à la consommation d'alcool.
- Il a été prouvé que l'alcool augmente le risque d'infection des voies respiratoires inférieures (Samokhvalov et coll., 2010a).
- Des revues systématiques s'intéressant au lien de risque entre la consommation d'alcool et le diagnostic de cancer et le décès par cancer n'ont observé aucun seuil de risque inférieur (Bagnardi et coll., 2015; Sun et coll., 2020; Vieira et coll., 2017; World Cancer Research Fund, 2018).
- On a constaté que le lien entre la consommation d'alcool et la cardiopathie hypertensive ne comporte pas de seuil de risque inférieur (Liu et coll., 2020).
- Les risques d'AVC hémorragique ont fait l'objet d'examen plus poussés; les fonctions de risque d'hémorragie cérébrale font état d'un effet protecteur associé à une consommation moindre d'alcool. Dans le cas des hémorragies méningées, on observe plutôt des effets néfastes associés à un niveau inférieur de consommation d'alcool (Larsson et coll., 2016).
- L'effet protecteur de l'alcool sur la cardiopathie ischémique aux niveaux inférieurs de consommation est plus incertain que ce qui avait d'abord été estimé. Le risque change avec le calage d'alcool (Roerecke et Rehm, 2010; Sundell et coll., 2008) et la génétique (Chikritzhs et coll., 2015; Larsson et coll., 2020).



Sources de données

Plusieurs sources de données ont permis de faire les calculs nécessaires:

- Les données sur les décès et les invalidités pour 2017 à 2019 proviennent de Statistique Canada et de l'étude Global Burden of Disease [Charge mondiale de morbidité] de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).
- Les données sur l'exposition à l'alcool proviennent de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues et de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues. Les données tirées de ces enquêtes ont été corrigées pour la consommation totale au Canada (consommation par adulte) à partir des données de Statistique Canada et du Système mondial d'information sur l'alcool et la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la Santé, 2021).
- Les estimations du risque relatif pour les maladies et les blessures ont été obtenues à la suite de la revue des données (voir la section précédente) qui nous a permis de recenser les meilleures méta-analyses.

Les calculs faits pour ce projet reposent sur les méfaits pour la santé causés par l'éthanol dans les boissons alcoolisées. Aucune distinction n'est faite entre les méfaits causés par la bière, le vin, les spiritueux ou d'autres types de boissons alcoolisées. Sans égard au type de boisson, ces méfaits résultent principalement de la présence d'éthanol, quelle que soit la forme sous laquelle on le consomme. L'intoxication alcoolique, surtout causée par la consommation de spiritueux, est la seule situation où le type de boisson change la donne. (Rehm, Gmel Sr, et al., 2017)

2.2.2 Résultats et implications

Les estimations du risque relatif par cause de maladie et consommation moyenne d'alcool figurent dans le tableau 1 pour les femmes et le tableau 2 pour les hommes. Pour la majorité des maladies et des blessures, l'alcool a des effets néfastes nets sur la santé, quelle que soit la quantité consommée. Les effets nets désignent les intervalles de confiance qui ne contiennent pas la valeur de l'effet nul. Toutefois, pour le diabète sucré (femmes seulement), la cardiopathie ischémique, l'accident ischémique cérébral, l'hémorragie cérébrale et la pancréatite (femmes seulement), l'alcool n'était associé ni à un effet net protecteur ni à un effet net négatif à une consommation moindre (voir l'annexe 2 pour les intervalles de confiance associés à un risque accru de maladies et blessures.) Par ailleurs, les principales causes de décès parmi celles associées à l'alcool étaient, chez les hommes, la cardiopathie ischémique, suivie par le cancer colorectal et les blessures accidentelles (sauf celles de la route), et chez les femmes, le cancer du sein et les blessures accidentelles (sauf celles de la route).



Tableau 1. Risque accru de maladies et de blessures chez les femmes, selon la consommation d'alcool moyenne quotidienne

Maladie ou blessure	Décès par 100 000 personnes, par année	Décès prématurés par 100 000 personnes, par année	Consommation moyenne d'alcool (g/jour)									
			5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Maladie cardiaque ischémique	72,1	16,7	-5,0%	-5,0%	-5,0%	-5,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	7,0%	7,0%
Tumeur maligne du sein	28,3	17,3	4,7%	9,5%	14,7%	20,0%	25,6%	31,5%	37,6%	44,0%	50,7%	57,7%
Autres blessures accidentelles	22,6	4,3	4,0%	8,1%	12,4%	16,8%	21,4%	26,3%	31,3%	36,5%	41,9%	47,5%
Infections des voies respiratoires inférieures	22,3	3,7	2,4%	4,9%	7,4%	10,0%	12,7%	15,4%	18,2%	21,0%	23,9%	26,9%
Tumeur maligne colorectale	21,0	9,2	3,4%	7,0%	10,7%	14,5%	18,4%	22,5%	26,7%	31,1%	35,6%	40,3%
Diabète sucré	12,6	4,7	-21,6%	-26,9%	-30,0%	-31,9%	-33,2%	-34,0%	-34,4%	-34,6%	-34,6%	-34,4%
Hypertension	11,3	1,9	3,0%	6,0%	8,9%	11,8%	14,9%	18,0%	21,4%	24,8%	28,4%	32,0%
Fibrillation et flutter auriculaires	10,4	0,6	3,3%	6,6%	10,1%	13,7%	17,4%	21,2%	25,2%	29,2%	33,5%	37,8%
Hémorragie cérébrale	8,6	2,4	-8,0%	-8,0%	-1,0%	-1,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	67,0%
Cirrhose	6,9	5,5	109,5%	182,1%	254,9%	330,8%	411,2%	496,7%	588,0%	685,5%	789,6%	900,9%
Accident ischémique cérébral	6,5	1,1	-10,0%	-10,0%	-8,0%	-8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	14,0%
Tumeur maligne du foie	6,0	3,2	2,0%	4,0%	6,1%	8,2%	10,3%	12,5%	14,7%	17,0%	19,3%	21,7%
Blessures intentionnelles	5,8	5,9	13,3%	28,3%	45,4%	64,7%	86,6%	111,4%	139,4%	171,2%	207,3%	248,1%
Blessures de la route	2,8	2,5	4,9%	10,1%	15,5%	21,2%	27,1%	33,4%	39,9%	46,8%	54,0%	61,6%
Tumeur maligne de l'œsophage	2,6	1,5	6,8%	14,1%	21,9%	30,2%	39,0%	48,4%	58,5%	69,1%	80,5%	92,5%
Hémorragie sous-arachnoïdienne	2,4	1,7	21,0%	21,0%	11,0%	11,0%	39,0%	39,0%	39,0%	39,0%	39,0%	82,0%
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	2,2	1,2	13,1%	27,6%	43,6%	61,4%	81,0%	102,6%	126,3%	152,3%	180,8%	211,7%
Pancréatite	1,2	0,5	-12,7%	-22,7%	-28,3%	-28,4%	-23,9%	-15,0%	-2,0%	14,8%	34,9%	58,4%



Maladie ou blessure	Décès par 100 000 personnes, par année	Décès prématurés par 100 000 personnes, par année	Consommation moyenne d'alcool (g/jour)									
			5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Épilepsie	0,7	0,4	7,0%	13,8%	21,0%	28,6%	36,8%	45,5%	54,7%	64,5%	74,9%	86,0%
Tumeur maligne du larynx	0,3	0,2	7,5%	15,5%	24,0%	32,9%	42,3%	52,3%	62,8%	73,8%	85,4%	97,6%
Tuberculose	0,2	0,1	9,4%	19,7%	30,9%	43,2%	56,7%	71,4%	87,6%	105,2%	124,5%	145,6%

Rouge foncé > 50 %; **rouge pâle** 20 % à 50 %; **jaune** 10 % à <20 %; **vert** <-10 %

Les estimations significatives sont en gras



Tableau 2. Risque accru de maladies et de blessures chez les hommes, selon la consommation d'alcool moyenne quotidienne

Maladie ou blessure	Décès par 100 000 personnes, par année	Décès prématurés par 100 000 personnes, par année	Consommation moyenne d'alcool (g/jour)									
			5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Maladie cardiaque ischémique	104,1	47,5	-5,0%	-5,0%	-5,0%	-5,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	7,0%	7,0%
Cancer colorectal	25,6	13,9	3,4%	7,0%	10,7%	14,5%	18,4%	22,5%	26,7%	31,1%	35,6%	40,3%
Autres blessures accidentelles	23,2	9,8	4,0%	8,1%	12,4%	16,8%	21,4%	26,3%	31,3%	36,5%	41,9%	47,5%
Infections des voies respiratoires inférieures	19,3	5,1	2,4%	4,9%	7,4%	10,0%	12,7%	15,4%	18,2%	21,0%	23,9%	26,9%
Blessures intentionnelles	18,0	17,9	13,3%	28,3%	45,4%	64,7%	86,6%	111,4%	139,4%	171,2%	207,3%	248,1%
Diabète sucré	16,8	9,0	0,0%	0,2%	0,4%	0,6%	1,0%	1,4%	1,9%	2,4%	3,0%	3,6%
Cirrhose	12,2	10,3	15,5%	32,9%	52,8%	75,7%	102,0%	132,3%	167,1%	207,1%	253,2%	306,1%
Tumeur maligne du foie	11,1	7,5	2,0%	4,0%	6,1%	8,2%	10,3%	12,5%	14,7%	17,0%	19,3%	21,7%
Tumeur maligne de l'œsophage	9,0	6,2	6,8%	14,1%	21,9%	30,2%	39,0%	48,4%	58,5%	69,1%	80,5%	92,5%
Hypertension	8,4	3,4	7,2%	15,0%	19,0%	23,2%	27,5%	32,0%	34,0%	35,9%	38,0%	40,0%
Hémorragie cérébrale	8,2	3,3	-8,0%	-8,0%	-1,0%	-1,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	67,0%
Fibrillation et flutter auriculaires	6,6	1,0	3,3%	6,6%	10,1%	13,7%	17,4%	21,2%	25,2%	29,2%	33,5%	37,8%
Blessures de la route	6,0	5,6	7,6%	15,9%	24,7%	34,2%	44,5%	55,5%	67,4%	80,2%	93,9%	108,7%
Accident ischémique cérébral	5,7	1,9	-8,0%	-8,0%	-8,0%	-8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	14,0%
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	5,2	3,6	13,1%	27,6%	43,6%	61,4%	81,0%	102,6%	126,3%	152,3%	180,8%	211,7%
Tumeur maligne du larynx	1,8	1,1	7,5%	15,5%	24,0%	32,9%	42,3%	52,3%	62,8%	73,8%	85,4%	97,6%
Hémorragie sous-arachnoïdienne	1,6	1,2	21,0%	21,0%	11,0%	11,0%	39,0%	39,0%	39,0%	39,0%	39,0%	82,0%
Pancréatite	1,5	0,9	9,1%	18,9%	29,7%	41,5%	54,3%	68,3%	83,5%	100,1%	118,3%	138,0%



Maladie ou blessure	Décès par 100 000 personnes, par année	Décès prématurés par 100 000 personnes, par année	Consommation moyenne d'alcool (g/jour)									
			5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Épilepsie	0,7	0,6	7,0%	13,8%	21,0%	28,6%	36,8%	45,5%	54,7%	64,5%	74,9%	86,0%
Tuberculose	0,3	0,2	9,4%	19,7%	30,9%	43,2%	56,7%	71,4%	87,6%	105,2%	124,5%	145,6%

Rouge foncé > 50 % ; **rouge pâle** 20 % à 50 % ; **jaune** 10 % à <20 %

Les estimations significatives sont en gras



Risque à vie d'années de vie perdues ajustées en fonction de l'incapacité attribuable à l'alcool, selon le sexe

La figure 3 présente les risques à vie d'AVP attribuable à la consommation d'alcool, tant pour les hommes que pour les femmes, selon des niveaux de consommation moyenne variant de 0 à 40 grammes d'alcool par jour. Au Canada, où un verre standard correspond à 13,45 g d'alcool pur, cela équivaut à boire de zéro à trois (2,97) verres standards par jour, en moyenne, par semaine.

La modélisation montre que le nombre d'AVP augmente au même rythme que la consommation d'alcool chez les hommes comme chez les femmes. Chez les deux sexes, on a observé un effet protecteur chez les personnes consommant de 2 à 3 g d'alcool par jour (moins d'un cinquième d'un verre standard par jour en moyenne) comparativement aux personnes abstinentes à vie. Dans tous les cas, l'hypothèse nulle se situe à l'intérieur des intervalles d'incertitude (II) de 95 %, ce qui signifie que les données ne suffisent pas pour confirmer cet effet protecteur.

Le seuil de risque basé sur 17,5 années de vie perdues sur 1000 vies serait de :

- 4 (II de 95 % : <1, 16) g/jour pour les femmes
- 4 (II de 95 % : <1, 10) g/jour pour les hommes

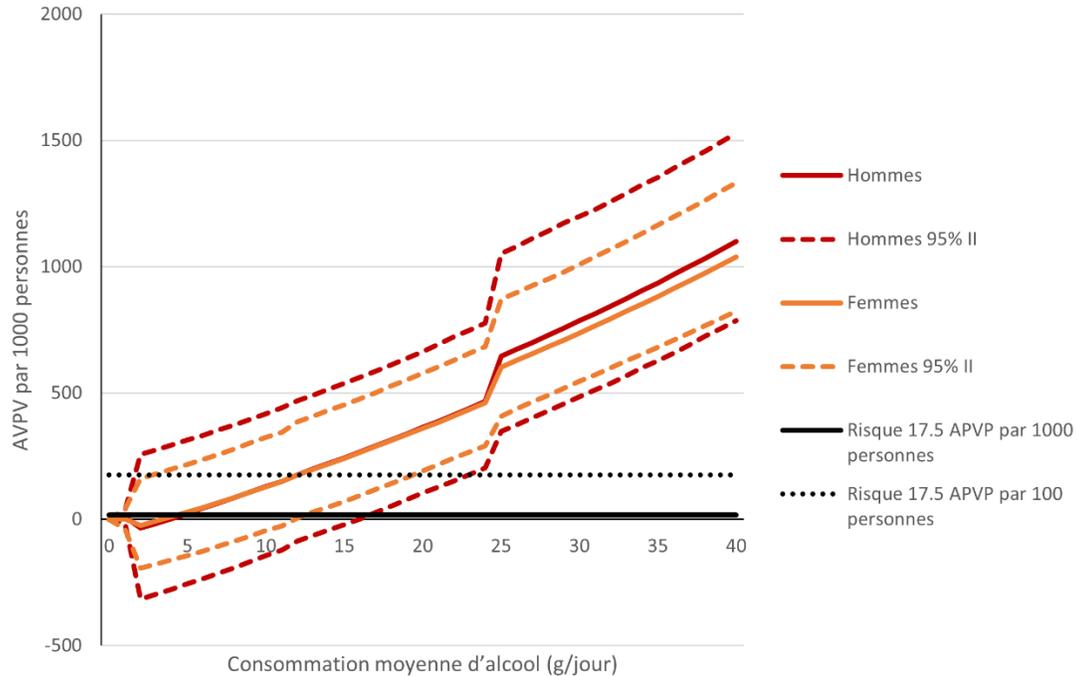
Le seuil de risque basé sur 17,5 années de vie perdues sur 100 vies serait de :

- 11 (II de 95 % : 1, 22) g/jour pour les femmes
- 11 (II de 95 % : 1, 19) g/jour pour les hommes

Ce que signifie que, tant chez les hommes que les femmes, le seuil de risque basé sur 17,5 années de vie perdues sur 1000 vies serait de 28 g/semaine ou deux (exactement 2,08) verres standards par semaine; le seuil basé sur 17,5 années de vie perdues sur 100 vies serait de 77 g/semaine ou six (exactement 5,7) verres standards par semaine.



Figure 3. Risque à vie d'années de vie perdues attribuable à la consommation d'alcool, selon différents niveaux de consommation moyenne



À la lumière de la revue systématique de la littérature sur les liens de risque entre la consommation d'alcool et les maladies et blessures, la présente étude estime que pour la population du Canada, **le risque à vie de décès et d'invalidité attribuable à la consommation d'alcool augmente proportionnellement à la quantité consommée**. Le modèle retenu n'ayant pas révélé l'existence d'un effet net protecteur ni négatif significatif associé à de faibles niveaux de consommation, l'alcool ne devrait donc pas être mis de l'avant ou utilisé comme un produit qui améliore la santé.

Le risque à vie de mortalité et de morbidité étant semblable chez les hommes et les femmes, les mêmes directives peuvent s'appliquer aux deux sexes. Selon les définitions établies de risque acceptable et selon un seuil de risque de 17,5 années de vie perdues attribuables à l'alcool par 1000 vies et 100 vies, **le seuil de risque de la consommation d'alcool devrait être fixé respectivement à deux ou six verres standards par semaine (quatre ou 11 g/jour pour les hommes et les femmes au Canada pour les hommes et les femmes au Canada).**



Les DCAFR 2011 du Canada posent des risques plus élevés à la lumière des données actuelles.

Pour réduire le risque de méfaits à long terme, les DCAFR du Canada publiées en 2011 recommandaient une consommation maximale de 15 verres par semaine pour les hommes (~29 g/jour) et de 10 verres par semaine pour les femmes (~19 g/jour). Selon les sources de données d'aujourd'hui et l'approche fondée sur le parcours de vie pour évaluer le risque de décès attribuable à l'alcool, les recommandations de 2011 seraient associées aux seuils de risque suivants :

- Chez les hommes, la consommation de 29 g/jour entraînerait **757 années de vie perdues par 1000 vies**
- Chez les femmes, la consommation de 19 g/jour entraînerait **336 années de vie perdues par 1000 vies**

Autrement dit, les DCAFR 2011 seraient associées à un risque entre 76 et 757 fois plus grand que les définitions établies de risque acceptable pour les hommes, et à un risque de 34 à 336 fois plus grand que ces définitions pour les femmes.

2.3 Consommation d'alcool par occasion

Les risques que pose la consommation d'alcool pour la plupart des résultats cliniques (p. ex. décès, certains cancers, cardiopathie, blessures) se fondent généralement sur la quantité d'alcool consommée en moyenne ou sur la quantité totale consommée dans la dernière semaine ou le dernier mois (voir les figures 1 et 2). C'est pourquoi la modélisation mathématique a mené à des résultats exprimés sous la forme d'un nombre moyen de verres standards par semaine (entre deux et six verres standards par semaine), selon le niveau de risque considéré.

Cependant, la plupart des gens ne consomment pas leur quantité moyenne d'alcool tous les jours : lorsqu'ils consomment de l'alcool, la quantité consommée varie grandement selon les « occasions ». C'est pourquoi beaucoup de gens qui consomment des quantités relativement faibles d'alcool sur une base hebdomadaire ou mensuelle pourraient bien consommer de grandes quantités d'alcool en une seule occasion, ce qui les rend vulnérables aux méfaits (Naimi et coll., 2003). Dans le contexte du bien-être personnel, les experts ont discuté des dernières données sur la consommation d'alcool en fonction des occasions, afin de pouvoir conseiller les résidents du Canada sur cet enjeu.

Quelle que soit l'occasion où l'on consomme de l'alcool, chaque verre fait grimper le taux d'alcoolémie. Un taux d'alcoolémie élevé entraîne l'affaiblissement des facultés par l'alcool (une capacité réduite à penser clairement ou à effectuer certaines activités) et l'intoxication (l'apparence ou la sensation d'ébriété). Le risque commence à augmenter dès que l'on consomme de l'alcool et, avec plus de deux verres standards, la plupart des gens auront un risque nettement plus élevé de problèmes « aigus ». Par exemple, comparativement à aucune consommation d'alcool, des études sur les blessures traitées dans les services d'urgence font état d'un risque accru avec chaque verre consommé tant pour les hommes que pour les femmes (Cherpitel et al., 2015; Vinson et al., 2003). Dans le même ordre d'idées, des études s'intéressant aux décès survenus lors d'accidents de la route montrent un risque accru au-delà d'un taux d'alcoolémie de 0,02 % (Blomberg et coll., 2009; Compton et Berning, 2015; Voas et coll., 2012), ce qui correspond à environ un verre. Après environ deux verres consommés dans la même heure, le taux d'alcoolémie peut atteindre approximativement 0,05 % (il varie selon la masse corporelle et d'autres facteurs). Dépassé ce niveau, le risque augmente progressivement et considérablement avec chaque verre consommé en toute occasion, tout comme le taux d'alcoolémie. Il faut



reconnaître que les gens présentent généralement des changements de comportement ou ont des facultés affaiblies à un taux d'alcoolémie en deçà de celui où ils se sentent « saouls » ou semblent intoxiqués (Midanik, 1999).

Le calage d'alcool, qui s'entend généralement de la consommation de cinq verres standards ou plus chez les hommes et de quatre verres standards ou plus chez les femmes en une occasion (National Institute of Alcohol Abuse & Alcoholism, 2004; Wechsler & Austin, 1998), est une habitude de consommation courante, mais pourtant dangereuse qui mène à l'affaiblissement des facultés d'un point de vue juridique (un taux d'alcoolémie supérieur à 0,08 %) chez la plupart des gens, et qui est fortement associée à toute une gamme de problèmes sociaux et de santé attribuables à l'alcool (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Fillmore & Jude, 2011)⁴. Plus précisément, le calage d'alcool et les taux d'alcoolémie qui en résultent sont des facteurs de risque bien connus de décès de n'importe quelle cause, notamment les blessures accidentelles (accidents de voiture, noyades, chutes), la violence physique et sexuelle, les maladies cardiovasculaires (hypertension, infarctus du myocarde, AVC), l'inflammation du système gastro-intestinal (gastrite, pancréatite aiguë), et le développement d'un trouble lié à l'usage d'alcool (Alpert et coll., 2022; Brewer et Swahn, 2005; Dawson et coll., 2005; Devries et coll., 2014; Dietary Guidelines Advisory Committee, 2020; Mukamal et coll., 2005; Roerecke et Rehm, 2014).

Bon nombre des complications liées à l'affaiblissement aigu des facultés et au calage d'alcool impliquent des effets secondaires touchant une personne autre que celle qui boit (p. ex. violence conjugale, maltraitance et négligence envers des enfants). Parce que le calage d'alcool est courant et comporte d'importants volumes de consommation, les occasions d'une telle consommation excessive représentent une proportion importante de tout l'alcool consommé par la population. Ainsi, le calage d'alcool contribue largement aux problèmes de santé à long terme comme les maladies du foie et certains cancers (Llerena et coll., 2015). Heureusement, des politiques efficaces de contrôle de la consommation d'alcool peuvent réduire les taux de calage d'alcool et les problèmes qui y sont associés (Naimi et coll., 2014; Wagenaar et coll., 2009; Wagenaar et coll., 2010). Bien que la plupart des gens qui s'adonnent au calage d'alcool ne répondent pas aux critères d'un trouble lié à l'usage d'alcool, pratiquement toutes les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool se livrent au calage d'alcool.

En somme, les faits sont irréfutables : lorsqu'il est question de santé, moins de verres standards par occasion de consommation signifient moins de risque de méfaits pour la personne qui consomme, et un risque réduit d'effets secondaires pour les autres. Bien que certains risques commencent à se manifester dès le premier verre, et augmentent considérablement après deux verres, ils sont plus élevés et augmentent très rapidement au niveau du calage d'alcool ou au-delà de celui-ci (cinq verres standards ou plus chez les hommes, quatre verres standards ou plus chez les femmes). À tous les niveaux de consommation par occasion, il est meilleur pour la santé de consommer moins de verres standards; plus une personne consomme en une occasion, plus les bénéfices de réduire sa consommation augmentent.

2.4 Revues rapides

Au début du projet, une consultation publique a été tenue pour savoir quels enjeux liés à l'alcool, à la santé et au bien-être étaient les plus importants et les plus pertinents aux yeux des personnes vivant au Canada. (Nous en reparlerons à la section 2.6). Selon les contributeurs à la consultation,

⁴ Certains scientifiques ont remis en question ce critère et suggéré l'utilisation d'une norme réduite pour définir les facultés affaiblies chez les femmes (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2014; Thomas et coll., 2014). Patterns of alcohol use among women of childbearing years in Canada: Implications for FASD prevention, Public Health 2014, Toronto (Ont.).



sur huit sujets, le processus d'actualisation des DCAFR devrait se concentrer sur les effets de la consommation d'alcool sur la santé mentale. Ce sujet était suivi des effets sur la santé physique et de ceux sur la vie des gens, comme la violence et les agressions sexuelles.

Malheureusement, la revue actualisée des données portant sur les effets de l'alcool sur la santé n'a pas permis de trouver de revues systématiques de haute qualité sur le lien entre consommation d'alcool et santé mentale ou conséquences sociales. Aucune revue n'a satisfait à tous les critères. (Voir la section 2.1 et [Rapport technique du projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : examen des données probantes.](#)) Cela signifie que la modélisation présentée dans la section précédente ignore l'effet possible de l'alcool sur la santé mentale et la violence et, par conséquent, le risque global de décès et d'invalidité. Pour surmonter cette lacune, les experts ont convenu de commander deux revues rapides : l'une sur les effets de l'alcool sur la violence, et l'autre sur les effets de l'alcool sur la santé mentale.

2.4.1 Lien entre la consommation d'alcool, l'agressivité et la violence

En l'absence de revues systématiques ou méta-analyses récentes et de grande qualité sur l'alcool et la violence, et pour orienter l'opinion des experts, une synthèse des dernières revues de la littérature sur l'alcool et l'agression et la violence (AV) a été commandée.

L'alcool est associé à de nombreux méfaits sociaux et de santé, notamment diverses formes d'agression et de violence. L'AV conjugale (VC), l'AV sexuelle par des hommes envers des femmes (VS) et l'AV physique non conjugale et non sexuelle entre adultes (AV générale [VG]) sont trois formes courantes d'AV qui présentent des taux élevés d'occurrences où l'alcool est en cause, et dont les experts ont convenu de tenir compte dans la mise à jour des DCAFR 2011 du Canada. Le rôle de l'alcool dans la perpétration d'AV (être agressif ou violent envers un autre adulte) et dans la victimisation (subir une agression ou un acte de violence) a été pris en compte⁵. Les détails pertinents sur les constats en lien avec les différences de sexe et de genre sont signalés lorsqu'ils sont accessibles⁶.

Voir la page Web des DCAFR 2022 du CCDUS pour le rapport complet, [Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : analyse des revues sur le lien entre la consommation d'alcool et les actes d'agression et de violence](#), et une liste de références. Un résumé du rapport est présenté ici.

Méthode

Une recherche exhaustive a été menée dans les documents scientifiques publiés entre l'an 2000 et janvier 2022, dont les revues systématiques (p. ex. les méta-analyses et les revues narratives de la littérature), à l'aide des bases de données suivantes : Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) et Excerpta Medica Database (Embase) avec la plateforme OVID, PubMed,

⁵ Dans le contexte de cet aperçu, l'auteur fait référence à la personne qui a été agressive/violente envers une ou plusieurs autres personnes. La perpétration fait référence à l'acte d'exécution de l'AV. La victime désigne la ou les personnes à qui l'acte agressif/violent a été infligé (communément appelée dans la littérature la victime, la cible ou le survivant), c'est-à-dire la personne qui a été victime de l'auteur. La victimisation fait référence au processus de victimisation. Ces termes ne sont pas destinés à étiqueter les personnes qui subissent des violences. L'utilisation des termes « victime » ou « victimisation » n'a en aucun cas pour but de blâmer, d'impliquer une faiblesse ou une culpabilité, ou de stigmatiser de quelque manière que ce soit les victimes d'AV. Elle n'a pas non plus pour but d'impliquer une réponse ou un impact particulier de l'AV sur la personne.

⁶ Nous utilisons le terme « sexe/genre » dans cet aperçu car, alors que certaines études ont limité leurs analyses au sexe (attributs biologiques), la consommation d'alcool et les AV sont inextricablement liés au genre (rôles, normes, valeurs et comportements socialement construits).



PsychINFO, PsychNET, Web of Science, Criminal Justice Abstracts, Cochrane CENTRA et d'autres revues de notre collection.

- La recherche a extrait 3 826 articles.
- Après avoir supprimé les duplicatas, 2744 titres et résumés ont été extraits.
- Deux chercheurs indépendants ont fait un tri, puis 54 revues ont été incluses (30 sur la VC, 10 sur la VS et 14 sur la VG). Les résultats sont présentés séparément pour la VC, la VS et la VG, et séparément pour la perpétration et la victimisation.

Grands constats

L'alcool et la perpétration de violence conjugale (VC)

La consommation d'alcool au niveau de l'événement (c'est-à-dire le fait d'avoir consommé de l'alcool au moment ou avant l'incident d'A/V) était associée à la perpétration de VC, mais la force de la relation variait selon l'échantillon et le sexe/genre de l'auteur (plus grande pour les auteurs masculins que féminins). En ce qui concerne les habitudes générales de consommation (p. ex. le nombre habituel de verres standards consommés par occasion, la fréquence de consommation sur une période précise, une habitude de consommer jusqu'à l'intoxication), la forte consommation épisodique (ou calage d'alcool) et la consommation jusqu'à l'intoxication étaient positivement associées à la perpétration de VC, les associations étant plus faibles pour la fréquence de consommation. Comme pour la consommation au niveau de l'événement, la relation entre les habitudes de consommation habituelles et la perpétration de VC est plus forte chez les hommes que chez les femmes. Les problèmes de consommation d'alcool et le trouble lié à l'usage d'alcool sont positivement associés à la perpétration de VC, avec des relations plus fortes pour les hommes que pour les femmes (bien que des résultats contradictoires aient également été rapportés). Certaines données suggèrent que la consommation d'alcool est également associée à une perpétration plus grave de VC.

L'alcool et la victimisation par VC

La consommation d'alcool au niveau de l'événement est associée à un risque accru d'être victime de VC. Les résultats ne sont pas cohérents en ce qui concerne les habitudes de consommation d'alcool de la victime, mais ils suggèrent généralement que la victimisation de la VC est associée à une consommation épisodique importante d'alcool et à l'intoxication, ainsi qu'à des problèmes de consommation d'alcool et au trouble lié à l'usage d'alcool. Cependant, les estimations des associations étaient généralement plus faibles que celles trouvées pour la consommation d'alcool des auteurs, et certaines estimations étaient non significatives.

L'alcool et la perpétration de violence sexuelle (VS) des hommes envers les femmes

Des tailles d'effet petites à moyennes ont été trouvées pour la relation entre la consommation d'alcool au niveau de l'événement et la perpétration de VS entre hommes et femmes, bien que certains paradigmes expérimentaux n'aient pas produit un effet significatif de l'alcool sur la VS. De plus, des facteurs modérateurs tels que la personnalité et les attitudes ont été notés dans la relation. Des associations ont été trouvées entre la perpétration de VS et les habitudes de consommation d'alcool et les problèmes de consommation d'alcool, en particulier pour la consommation épisodique excessive. Cependant, toutes les études n'ont pas trouvé d'associations significatives, en particulier lorsque des variables clés telles que la perpétration antérieure étaient contrôlées.



L'alcool et la victimisation de VS des hommes envers les femmes

La consommation d'une plus grande quantité d'alcool avant la VS est associée à une plus grande sévérité de la VS vécue par les victimes dans certaines études, mais pas dans toutes. Cette constatation peut être liée à une consommation d'alcool plus importante de la part de l'auteur, car il existe une forte corrélation entre la consommation d'alcool des auteurs et des victimes. Bien que les recherches soient relativement peu nombreuses, certaines données suggèrent que les femmes qui ont l'habitude de boire beaucoup et de façon épisodique, de boire jusqu'à l'ivresse ou d'avoir des problèmes d'alcool sont plus susceptibles d'être victimes de VS.

L'alcool et la perpétration de violence générale (VG)

Des recherches expérimentales, en laboratoire et autres, indiquent que l'alcool augmente le comportement agressif (ampleur de l'effet moyenne), avec une variabilité liée à la façon dont l'agressivité a été mesurée en laboratoire et au sexe/genre des agresseurs. La recherche a également identifié d'importants modérateurs de cette association. La recherche suggère des associations positives entre la perpétration de VG par des individus et des habitudes de consommation d'alcool plus importantes ainsi que des problèmes d'alcool. Cependant, les preuves sont moins claires pour la quantité habituelle consommée par occasion (c'est-à-dire le nombre moyen de boissons habituellement consommées) par les individus et la fréquence de la consommation d'alcool que pour l'alcool dans l'événement (c'est-à-dire la consommation pendant ou avant un événement AV, et les revues dans ce domaine présentent des faiblesses méthodologiques.

L'alcool et la victimisation par VG

Une grande proportion des victimes d'homicide a été testée positive à l'alcool (plus importante chez les femmes que chez les hommes), et beaucoup ont été définies comme intoxiquées (taux d'alcoolémie > 0,08 ou 0,10), bien que ces études aient trouvé une grande variabilité dans les estimations. On a constaté que le taux d'homicide était positivement corrélé à la consommation par habitant dans certains pays, mais pas dans d'autres. Des études menées dans les services d'urgence ont indiqué que les patients souffrant de blessures liées à la violence étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool que les patients souffrant de blessures non liées à la violence, certaines données suggérant que la relation était plus forte chez les hommes que chez les femmes. Les données sur les habitudes de consommation d'alcool des victimes de VG étaient insuffisantes pour tirer des conclusions sur la relation entre la consommation d'alcool et le fait d'être victime de VG.

Analyse

Bien que les mécanismes exacts par lesquels l'alcool est associé à l'AV soient inconnus, il existe des preuves accablantes que la consommation d'alcool, en particulier l'intoxication, est associée à la perpétration d'AV, et certaines preuves indiquent que l'alcool peut augmenter la gravité de l'AV. Cependant, les données sont insuffisantes pour définir la relation dose-réponse exacte. Ainsi, bien que les recherches existantes ne permettent pas de calculer une courbe de risque pour l'alcool et les AV, **il est raisonnable de déduire que les individus peuvent réduire leur risque de perpétrer des AV en limitant leur consommation d'alcool. Sur la base de preuves cohérentes, il est très probable que le fait d'éviter de boire jusqu'à l'ivresse réduira le risque de commettre des violences liées à l'alcool.** Par conséquent, les efforts visant à réduire ou à éliminer la violence liée à l'alcool doivent se concentrer sur la réduction de la consommation d'alcool, en particulier chez les personnes susceptibles de commettre des actes de violence ou d'être impliquées dans des incidents violents. Étant donné que la violence liée à l'alcool diminue avec l'âge et qu'elle est davantage le fait des



hommes que des femmes, les efforts de prévention doivent se concentrer sur les jeunes adultes, en particulier les jeunes hommes. Dans l'ensemble, il convient d'encourager les gens à éviter de consommer des quantités élevées d'alcool, voire à éviter complètement de boire, afin de réduire leur risque de commettre des actes de violence. Les personnes qui ont des antécédents de violence liée à l'alcool doivent éviter toute consommation d'alcool.

La littérature sur l'association entre l'alcool et la victimisation AV est moins claire. Les résultats suggèrent qu'il y a probablement une association, mais il y a des résultats mitigés et nuls, ainsi que des limitations notables de cette littérature. Le rôle de l'alcool dans la victimisation reflète probablement de nombreux mécanismes différents qui peuvent se combiner, comme l'intoxication alcoolique qui réduit la capacité d'éviter ou de fuir le danger, la consommation d'alcool par les victimes en raison d'un traumatisme, l'exposition accrue au risque dans des contextes de consommation d'alcool, le ciblage par les agresseurs de personnes intoxiquées et l'utilisation de substances pour contrôler les victimes.

Attribuer la victimisation par AV à l'alcool contribue à faire croire que les victimes d'AV qui ont consommé de l'alcool sont responsables ou blâmables d'avoir été victimisées. De plus, il est prouvé que les interventions qui font porter aux femmes et aux filles la charge d'éviter le risque de victimisation sont inefficaces. Bien que l'alcool puisse être un facteur contribuant à la victimisation par AV, nous affirmons sans équivoque que la consommation d'alcool ne rend pas une personne responsable d'AV dont elle est victime. Nous concluons donc que les directives de consommation d'alcool à moindre risque devraient se concentrer sur la réduction de la consommation d'alcool par les auteurs potentiels.

2.4.2 Lien entre la consommation d'alcool et la santé mentale

En 2016, lorsqu'on a demandé au National Health and Medical Research Council de l'Australie de revoir ses directives de 2009 sur la consommation d'alcool, sa revue systématique sur les effets de la consommation d'alcool sur la santé a révélé qu'il existait en fait très peu de synthèses de données sur la façon dont différents niveaux de consommation d'alcool influencent la santé mentale (National Health and Medical Research Council, 2020). Parce que cette question présentait un intérêt pour l'élaboration de recommandations pour les directives actualisées de consommation d'alcool, on a demandé à l'Adelaide Health Technology Assessment de l'Université d'Adélaïde de mener une revue systématique de la littérature portant sur les meilleures et plus récentes données scientifiques sur les risques et les bénéfices pour la santé mentale de la consommation d'alcool (Newton et coll., 2018). La revue systématique de Newton et coll., de même que six nouvelles revues systématiques sur l'association entre la consommation d'alcool, la santé mentale et le trouble lié à l'usage de substances, ont été évaluées dans le cadre du projet actuel (Voir [Rapport technique du projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : examen des données probantes.](#)) Aucune de ces revues ne répondait aux critères d'inclusion.

Compte tenu de l'importance précédemment mentionnée que les résidents du Canada accordent à la relation entre l'alcool et la santé mentale, les experts ont décidé de commander à Cochrane Canada, à l'Université McMaster, une mise à jour rapide d'une revue systématique portant sur les effets de la consommation d'alcool sur le développement de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires. Voir la page Web des DCAFR 2022 du CCDUS pour le rapport complet, [Incidence de la consommation d'alcool sur l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire : mise à jour d'une revue systématique.](#)



Limites de la mise à jour rapide et de la décision des experts

Avec cette mise à jour rapide, l'intention était de pouvoir regrouper les résultats d'études à l'aide d'analyses statistiques. Malheureusement, à l'image de la revue de 2018 préparée par Newton et coll., les seuils et les définitions de la quantité d'alcool et de la fréquence variaient d'une étude à l'autre ; une analyse statistique était donc impossible. De plus, les études omettaient souvent de présenter les rapports de cotes ayant des erreurs-type ou des intervalles de confiance ; il était donc difficile de regrouper les résultats. La revue a également montré que de nombreuses études ne présentaient pas des résultats faciles à interpréter ; même dans les études les plus récentes, il y avait peu de données pouvant servir à prendre des décisions en matière de soins de santé. Les experts ont souligné que tout comme de nombreuses études portant sur la relation entre l'alcool et la santé physique, plusieurs études sur l'alcool et la santé mentale avaient mal classifié les personnes abstinentes. Plus précisément, afin d'évaluer les répercussions de l'alcool sur la santé mentale, le groupe de référence auquel étaient comparées les personnes consommant de l'alcool était constitué de personnes ne consommant pas d'alcool (y compris les personnes ayant cessé de boire en raison de problèmes de santé, dont des problèmes de santé mentale). De plus, les experts ont fait remarquer que les résultats de la revue, qui faisaient généralement état d'un lien nul entre l'alcool et la santé mentale, contredisaient les plus récents constats de l'Organisation mondiale de la Santé. La revue de l'Organisation mondiale de la Santé de 2019 a relevé un lien étroit entre les habitudes de consommation d'alcool et la dépression, entre la consommation nocive d'alcool et les troubles anxieux, et entre la consommation nocive d'alcool ou la dépendance et la mutilation ou le comportement suicidaire (Organisation mondiale de la Santé, sans date).

Pour toutes ces raisons, les experts ont convenu que d'autres recherches devraient être effectuées pour que les résultats de santé mentale soient pris en compte dans l'élaboration de recommandations pour les directives de consommation d'alcool. Les experts ont unanimement choisi de rendre publique la revue rapide, mais ont convenu que cette dernière n'orienterait pas leurs discussions finales sur la préparation et la présentation des directives actualisées.

2.5 La santé des femmes et l'alcool

La modélisation mathématique a révélé des seuils de risque identiques pour les femmes et les hommes à des niveaux faibles de consommation d'alcool. C'était à prévoir. Lorsque le Royaume-Uni et l'Australie ont actualisé leurs directives sur la consommation d'alcool, ils ont formulé des recommandations identiques pour les hommes et les femmes. Depuis 2017, la France recommande aussi les mêmes limites d'alcool pour les deux sexes, et lorsque le Danemark a publié ses nouvelles directives sur la consommation d'alcool en 2022, il recommandait la même quantité d'alcool pour les hommes et les femmes adultes, et aucune consommation d'alcool pour les personnes de moins de 18 ans.

Les résultats tirés de notre modélisation correspondent à la tendance mondiale de ne pas différencier les hommes et les femmes lorsque vient le temps de formuler des directives sur la consommation d'alcool. Cette conclusion s'explique par le fait qu'à de faibles niveaux de consommation, les différences physiologiques entre les femmes et les hommes n'ont qu'une faible incidence sur le risque à vie de mortalité. Par contre, au-delà d'un niveau faible, le risque à vie augmente davantage pour les femmes que les hommes.

Les experts sont conscients de la complexité de cette réalité, et de la nécessité de bien la décrire. Il est essentiel de bien comprendre les facteurs liés au sexe et au genre qui influencent la santé des femmes et les problèmes reproductifs pour interpeller et informer efficacement la population. Les



directives actualisées de consommation d'alcool doivent être diffusées avec les subtilités appropriées. À cette fin, une revue exhaustive en plusieurs parties de la littérature récente sur le sexe, le genre, l'alcool et la santé a été commandée.

Le rapport préparé par Galvanizing Equity, avec une liste de références, est accessible ici : [Le sexe, le genre et l'alcool : Directives de consommation à faible risque : notions importantes pour les femmes](#). Un résumé est présenté ci-dessous. Cette section se conclut avec des suggestions de messages clés basés sur des données probantes que les professionnels de la santé et les responsables des politiques pourraient vouloir prendre en compte dans leurs programmes, leurs pratiques et leurs communications sur l'alcool.

2.5.1 Quels sont les facteurs liés au sexe?

Pour comprendre l'incidence de l'alcool sur les organismes masculins et féminins, il faut tenir compte des quatre grands facteurs suivants : la physiologie et l'anatomie, les hormones et les enzymes, la génétique et la neurobiologie. Chacun de ces facteurs présente un éventail de différences ou de processus liés au sexe. Les facteurs liés au sexe jouent sur l'absorption, la distribution et le métabolisme de l'alcool. Par exemple, les femmes décomposent l'éthanol plus vite que les hommes, mais elles atteignent un taux d'alcoolémie plus élevé en raison d'une absorption plus rapide. Elles font généralement face à un risque de complications ou de maladies beaucoup plus élevé en consommant des quantités moindres.

2.5.2 Quels sont les facteurs liés au genre?

Globalement, l'incidence de la consommation d'alcool varie parfois chez les femmes, les hommes ou les minorités sexuelles et de genre. Les quatre principaux aspects du genre qui expliquent ces impacts sont les rôles et normes de genre, les rapports de genre, l'identité de genre et l'institutionnalisation du genre. L'identité de genre est importante, puisque le degré d'adhésion aux modèles de masculinité et de féminité influe sur les habitudes de consommation (style et quantité), les hommes et les minorités sexuelles et de genre consommant souvent plus d'alcool à une plus grande fréquence que les femmes. Les rapports de genre s'expriment souvent par l'influence sur les femmes des habitudes de consommation de leur partenaire. Les répercussions de l'alcool reflètent les iniquités de genre, comme le risque d'agression sexuelle et de violence. Les rôles de genre amènent les femmes à consommer de l'alcool pour gérer le stress découlant des responsabilités parentales, des traumatismes et de la violence conjugale. Quant à l'institutionnalisation du genre, il stigmatise davantage les femmes en général que les hommes et érige des obstacles au traitement pour les femmes et les mères qui consomment de l'alcool.

2.5.3 Comment le sexe et le genre interagissent-ils et se croisent-ils avec d'autres facteurs?

Tous ces facteurs et processus sont intensifiés par les interactions entre le sexe et le genre. Vu l'interrelation des facteurs liés au sexe et au genre, l'alcool a des répercussions spécifiques sur la santé de la mère et du fœtus pendant la grossesse. Par exemple, les femmes enceintes se font davantage stigmatiser et faire la morale, et les mécanismes liés à la grossesse ont également une incidence sur la pharmacocinétique de l'alcool. Le risque d'agression sexuelle est accru chez les jeunes femmes intoxiquées dans un climat généralisé de violence fondée sur le genre. La pauvreté, la racialisation, les traumatismes antérieurs ou la stigmatisation des minorités sexuelles et de genre s'entrecroisent et agissent en synergie, multipliant ainsi les méfaits.



2.5.4 Les effets de l'alcool sur la reproduction

La consommation d'alcool compromet également la santé reproductive des femmes, surtout pendant la grossesse et l'allaitement. L'exposition du fœtus à l'alcool dans l'utérus peut entraîner des séquelles à long terme chez les enfants, sans compter que la consommation durant l'allaitement peut réduire la production de lait. Pendant la grossesse, l'augmentation de la volémie et du volume d'eau dans l'organisme, ainsi que l'incidence de l'alcool sur l'action de l'insuline sur le métabolisme des lipides et du glucose provoque des effets complexes sur le corps.

En général, les données concernant l'incidence de l'alcool sur les issues de la grossesse et de l'accouchement sont mitigées : l'alcool entraînerait possiblement une augmentation des fausses couches et des anomalies placentaires. Pour ce qui est de la santé du fœtus, l'exposition à l'alcool dans l'utérus engendre un risque bien documenté de répercussions sur l'apprentissage, la santé et la vie sociale qui affecteront l'enfant toute sa vie, dont des lésions cérébrales, des anomalies congénitales, des problèmes de santé et des maladies. Des revues récentes s'intéressant à de **faibles** degrés d'exposition montrent que certains effets indésirables se font ressentir même à ces niveaux, ce qui corrobore l'idée qu'il vaut mieux éviter de boire pendant la grossesse. Parmi les effets de la consommation d'alcool sur l'allaitement, notons une production réduite de lait maternel, l'arrêt précoce de l'allaitement et la perturbation du cycle de sommeil du nourrisson.

2.5.5 Analyse

Les femmes sont particulièrement vulnérables aux effets négatifs de la consommation d'alcool, en raison de facteurs liés au sexe (biologiques) et au genre (sociaux). La réponse de l'organisme de la femme à l'alcool entraîne une intoxication plus rapide et davantage de méfaits pour une quantité d'alcool moindre, en moins de temps. Les facteurs sociaux et culturels générés sur l'alcool ont une incidence négative sur les filles et les femmes en raison de la stigmatisation accrue, des pressions sociales, de l'exploitation par le marketing et de la vulnérabilité accrue aux agressions sexuelles et à la VC. Le sexe et le genre, de même que les déterminants de la santé et des facteurs qui se recoupent (comme la race, l'âge, le revenu et l'éducation), modèlent les répercussions générales de la consommation d'alcool, ce qui donne lieu à des effets différents chez les femmes, les hommes et les minorités sexuelles et de genre. L'information et les messages nuancés sur l'alcool et la consommation sûre peuvent profiter à toute la population canadienne, mais plus particulièrement aux femmes et aux filles.

La consommation d'alcool présente aussi de nombreux risques propres au sexe et au genre en lien avec le processus de reproduction, par exemple la fertilité et la conception, la grossesse, l'allaitement maternel et le soin des enfants. À différentes étapes de leur vie, les hommes et les femmes sont exposés à différents risques et effets liés à l'alcool sur la reproduction. La consommation d'alcool durant la grossesse est particulièrement dangereuse, puisqu'elle augmente le risque de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) chez l'enfant, souvent accompagné d'incapacités et d'effets permanents. Les attitudes sociales générées sur la consommation d'alcool et la reproduction signifient que les filles et les femmes enceintes qui consomment de l'alcool se butent à des attitudes négatives, punitives et stigmatisantes. Dans certaines régions, elles se traduisent par des interventions approuvées par l'État, des obstacles au traitement ou la perte de la garde de l'enfant.



2.5.6 Quelques messages clés pour les femmes

L'incidence collective du sexe, du genre et des facteurs interactifs et intersectionnels sur la consommation d'alcool revêt une importance particulière pour les filles et les femmes. Il est nécessaire de transmettre ces données nouvelles et nombreuses aux femmes, aux fournisseurs de services, aux praticiens et aux responsables des politiques afin d'améliorer les connaissances en matière de santé et d'élaborer des activités de prévention, de traitement et de réduction des méfaits plus spécifiques et adaptées.

- Les femmes doivent savoir que l'alcool peut avoir chez elles des complications physiques plus graves que chez les hommes.
- Des facteurs liés au sexe accentuent les effets de l'alcool sur le corps des femmes, qui subissent plus de méfaits en consommant des quantités moindres.
- Des facteurs liés au genre contribuent aux effets négatifs de la consommation d'alcool, surtout pour les femmes, dont l'augmentation du risque d'agression sexuelle et de violence conjugale.
- Les interactions entre le sexe, le genre et d'autres facteurs comme les traumatismes et la pauvreté rendent la dépendance à l'alcool et le rétablissement plus difficiles chez les femmes.
- Les praticiens doivent savoir que les facteurs biologiques et sociaux influant sur la consommation d'alcool ont des effets différents sur les femmes, les hommes et les personnes d'identités de genre diverses, et qu'ils doivent adapter leur approche en conséquence.

2.6 Opinions, préférences et attentes des personnes vivant au Canada par rapport aux directives

Tout au long de ce projet, des efforts ont été déployés pour tenir compte des opinions, préférences et attentes de la population du Canada concernant les directives sur la consommation d'alcool, afin de renforcer les nouvelles recommandations. Ainsi, pendant qu'on regroupait les données sur l'alcool et la santé, on menait en parallèle des activités pour mieux comprendre ce que pensaient les gens des directives, et savoir quels enjeux liés à l'alcool, à la santé et au bien-être étaient les plus importants et les plus pertinents aux yeux des personnes vivant au Canada.

Trois différents types de données ont été recueillis pour orienter les délibérations et les décisions finales des experts sur les directives actualisées : la mise à jour d'une revue systématique, une consultation publique, et des entretiens avec des contributeurs.

2.6.1 Résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool

Pour en savoir plus sur l'acceptabilité et l'applicabilité des nouvelles directives, la revue systématique précédemment préparée pour le groupe d'experts sur la recherche comportementale constitué pour les directives du Royaume-Uni (Jones & Bellis, 2013) a été mise à jour en mettant l'accent sur les perceptions et les réactions par rapport aux directives de santé publique officielles. C'est Cochrane Canada qui a préparé la mise à jour. (Voir le rapport complet ici : [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.](#))



Certains résultats se sont révélés très utiles pour les experts devant juger de l'acceptabilité et de l'applicabilité de recommandations.

- 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 standards recommandés par jour et par semaine dans les directives. De façon générale, les gens 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Dans l'ensemble, les experts étaient d'avis que ces conclusions indiquaient que, quelle que soit la qualité scientifique des directives actualisées, elles doivent s'adapter à la réalité des gens pour être crédibles. Elles doivent combler le fossé entre la façon dont les gens consomment l'alcool et les données sur les conséquences sur la santé en fournissant des lignes directrices pratiques.

2.6.2 Consultation publique sur les directives de consommation d'alcool

Au printemps 2021, le CCDUS a tenu une consultation publique à laquelle ont participé 4845 personnes vivant au Canada. (Voir le rapport complet ici : [Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résultats de la consultation publique.](#)) La consultation portait sur l'expérience de ces personnes avec les directives actuelles et sur les attentes et besoins par rapport à la version actualisée. La consultation publique a fait ressortir des sujets liés à l'alcool ayant une importance notable pour les personnes vivant au Canada, qui en retour, ont influencé les sujets sur lesquels il a été décidé de mener des revues rapides (voir la section précédente). Les experts ont aussi retenu deux importantes leçons en ce qui concerne le type d'information à mettre de l'avant et à privilégier dans l'élaboration de ressources pour promouvoir les nouvelles directives :



- Un grand constat de la consultation publique au Canada était que la principale difficulté rencontrée avec l'utilisation des directives était un manque de volonté de suivre les DCAFR.
- Les contributeurs ont exprimé leur désir de comprendre leur risque de méfaits associés à la consommation d'alcool et d'être renseignés sur les risques et les bienfaits à long terme de cette dernière.

Ces résultats rappellent l'importance d'informer les gens non seulement de l'existence des directives, mais aussi de leur raison d'être. Sans une bonne compréhension des risques liés à la consommation d'alcool, il est peu probable que les gens saisissent pourquoi ils ont avantage à suivre les directives.

2.6.3 Discussions avec des intervenants

Afin d'explorer la connaissance et la compréhension des DCAFR 2011, et pour discuter de recommandations précises sur la mobilisation des connaissances, dont des stratégies idéales de communication et de diffusion de messages, la firme Léger a été mandatée pour participer à l'organisation de huit groupes de travail virtuels. Un total de 48 personnes représentant divers organismes de santé a été interrogé. Voir la page Web du CCDUS sur les DCAFR pour le rapport sommaire, [Rapport commandé sur le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résumé des commentaires des groupes de discussion avec des intervenants.](#)

Dans l'ensemble, les contributeurs connaissaient bien les DCAFR. Ils ont d'ailleurs mentionné faire souvent référence aux directives, qui étaient selon eux particulièrement utiles pour amorcer une conversation sur la consommation d'alcool et les habitudes de consommation. Malgré tout, ils ont indiqué qu'encourager les gens à respecter les directives était un défi, puisque peu étaient au fait des dangers de l'alcool, et que la population du Canada avait tendance à en normaliser la consommation.

Les contributeurs ont mentionné que l'objectif des directives actualisées devrait être d'amener les gens à revoir leur consommation d'alcool. Ils ont demandé qu'une attention particulière soit portée aux effets indésirables de l'alcool sur la santé et le bien-être en général, dont l'information sur le fait que l'alcool est un agent tératogène et cancérigène connu, et son association à la santé mentale et aux conséquences sociales. Les messages destinés aux adolescents et aux jeunes adultes doivent être axés sur les effets immédiats à court terme de la consommation. Enfin, de nombreux participants ont mentionné l'importance que les directives actualisées remettent en question la culture centrée sur l'alcool et présentent des messages promouvant une culture d'abstinence. Les participants ont aussi fait valoir que l'approche idéale pour communiquer les directives consiste à les garder aussi simples que possible et à fournir des mesures de verre standard faciles à suivre.

Pour ce qui est des ressources, les contributeurs ont dit vouloir différents types d'information. Ils considéraient également les infographies comme des éléments importants pour la communication des nouvelles directives. Ces dernières devraient être les plus simples possible, et le fait de présenter des mesures de verre standard faciles à respecter est considéré comme l'approche idéale pour les communiquer. En fait, les entretiens ont révélé que les contributeurs croient fermement que le public devrait recevoir de l'information sur la taille d'un verre standard, les renseignements nutritionnels et les risques possibles pour la santé en lien avec la consommation d'alcool. C'est pourquoi ils se sont prononcés en faveur de l'ajout de renseignements détaillés obligatoires sur les étiquettes de contenants (message relatif à la santé, directives de consommation, information sur le verre standard et renseignements nutritionnels).



Étiquettes d'information sur le verre standard : une condition nécessaire à l'adoption des Repères canadiens sur l'alcool et la santé par le public

Le concept du verre standard est essentiel à la compréhension des Repères canadiens sur l'alcool et la santé. Afin de suivre les repères et de réduire le risque de conséquences négatives attribuables à l'alcool, les consommateurs ont besoin d'informations cohérentes et faciles à utiliser au moment de servir l'alcool pour suivre avec précision leur consommation.

Au Canada, un verre standard contient 17,05 ml ou 13,45 g d'alcool pur, ce qui équivaut à :

- une bouteille de bière (12 oz, 341 ml, 5 % d'alcool)
- une bouteille de cidre (12 oz, 341 ml, 5 % d'alcool)
- un verre de vin (5 oz, 142 ml, 12 % d'alcool)
- un verre de spiritueux (1,5 oz, 43 ml, 40 % d'alcool)

Dans la pratique, les personnes au Canada ont une compréhension limitée de ce qu'est un verre standard (Osioy et coll., 2015; Santé publique Ontario, 2017b). Selon la consultation publique tenue dans le cadre de ce projet (Le projet d'actualisation des [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résultats de la consultation publique](#)), 38 % des contributeurs avaient déjà entendu parler des DCAFR 2011. Chez les personnes qui s'en servaient, moins de la moitié (43 %) a dit connaître très bien le concept de verre standard. Lorsqu'interrogées sur les difficultés associées à l'utilisation des DCAFR 2011, deux de leurs trois plus fréquentes réponses étaient que la définition d'un « verre standard » n'était pas claire pour eux et que les verres standards présentés dans les directives ne correspondaient pas aux types de boissons qu'ils consommaient habituellement. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études qui montrent qu'être mal renseigné sur le verre standard pourrait empêcher les gens de suivre les directives, même s'ils les connaissent et sont motivés à surveiller et réguler leur consommation (De Visser et Birch, 2012; Dowling et coll., 2006; Hawks, 1999).

L'information sur la teneur en alcool (pourcentage d'alcool par volume) est obligatoire sur les contenants de boissons alcoolisées au Canada. Toutefois, la communication de la teneur en alcool sur les contenants au moyen du pourcentage d'alcool par volume pose problème, puisque les directives sur la consommation d'alcool sont exprimées en verres standards. Cette incohérence est une source de confusion et crée des obstacles empêchant les consommateurs de respecter les directives. Les étiquettes d'information sur le verre standard peuvent aider les consommateurs à suivre de près leur consommation d'alcool en calculant le nombre de verres standards (Osioy et coll., 2015; Wettlaufer, 2018). Selon une revue systématique effectuée en 2022 portant sur les effets qu'ont les étiquettes de contenants d'alcool sur les consommateurs, les données probantes suggèrent systématiquement que, comparativement aux étiquettes avec le pourcentage d'alcool par volume, l'exposition aux étiquettes sur le verre standard donne des estimations plus précises de la quantité d'alcool dans un verre standard, du nombre de verres standards dans un contenant d'alcool et du nombre de verres standards pour atteindre les limites de consommation (Hobin et coll., 2022). Les données indiquent également qu'en fournissant les renseignements au point de consommation, les étiquettes d'information sur le verre standard facilitent le dosage exact d'un verre standard comparativement aux étiquettes de pourcentage d'alcool par volume (Brunk et coll., 2020; Wettlaufer, 2018). Les conclusions de la seule étude expérimentale concrète mettant à l'essai les étiquettes sur les contenants d'alcool révèlent que lorsque les consommateurs sont exposés aux étiquettes d'information sur le verre standard, ils sont plus susceptibles de les utiliser pour respecter les directives et estimer précisément le



nombre de verres standards contenus dans leur boisson favorite (Schoueri-Mychasiw et coll., 2021).

Étant donné :

- Que le concept de verre standard joue un rôle central dans la compréhension et le respect des Repères canadiens sur l'alcool et la santé;
- Que les étiquettes d'information sur le verre standard peuvent aider les consommateurs à respecter les directives de consommation d'alcool en leur permettant de suivre leur consommation personnelle;
- Qu'une idée fondamentale sous-jacente à ce projet est que la population du Canada a le droit d'avoir des informations claires sur l'alcool.

Un corollaire de ce projet est une recommandation pour que Santé Canada exige, au moyen d'un règlement, l'étiquetage obligatoire du nombre de verres standards que contiennent toutes les boissons alcoolisées.

2.6.4 Consultations ciblées avec des peuples autochtones

Tout au long du projet, des consultations ciblées ont été tenues avec les Autochtones siégeant au comité exécutif et parmi les groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque. Parmi ces experts, mentionnons Carol Hopkins, Ph.D., nation lenape, directrice générale de la Thunderbird Partnership Foundation; feu Harold Johnson, avocat et auteur néhiyaw; et Christopher Mushquash, Ph.D., professeur anichinabé à l'Université Lakehead et titulaire de la Chaire de recherche du Canada de la santé mentale et toxicomanie chez les Autochtones.

Les discussions se sont amorcées de façon très générale sur la relation historique des peuples autochtones avec l'alcool (Johnson, 2016). Les participants se sont penchés sur la façon dont l'alcool a été utilisé comme outil ou arme de colonisation dès son introduction dans la traite des fourrures. Ils ont rappelé que les conséquences avaient été si graves que les traités numérotés prévoyaient une clause visant à bannir l'alcool des territoires et communautés autochtones. Cette prohibition a mené à la criminalisation de la vente, du transport et de la consommation d'alcool, ce qui a en retour contribué à de hauts niveaux d'incarcération d'Autochtones, aux préjugés, au racisme et à la stigmatisation. En contexte pionnier, le calage d'alcool et les méfaits qui y sont associés, comme la violence, les blessures et les accidents, sont devenus omniprésents (Ehrlander, 2010). La consommation d'alcool est devenue un mécanisme d'adaptation pour faire face aux traumatismes et au deuil résultant de la perte de l'autonomie gouvernementale, des pratiques culturelles, des cérémonies, de la langue et d'une économie viable, et de la crainte, de l'isolement et de l'abus d'enfants dans les pensionnats indiens. La situation des peuples autochtones illustre le fait que les conséquences de l'alcool ne sont pas les mêmes pour toutes les populations et toutes les communautés.

Dans un contexte plus large, il est important de tenir compte de l'habitude de consommation bimodale parmi les peuples autochtones. Comparativement aux autres adultes au Canada, on compte proportionnellement plus d'adultes autochtones qui ne consomment pas d'alcool (42,6 %) ou qui ne s'adonnent pas au calage d'alcool (50,5 %) (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2018). Le fait de consommer de l'alcool sans s'adonner au calage est peu répandu (6,9 %), et se confie généralement aux Autochtones qui vivent en milieu urbain, qui sont plus instruits et qui ont de plus grandes responsabilités professionnelles. Dans la plupart des communautés, des conseils tribaux et des organismes autochtones, l'accent est mis sur des



programmes de traitement fondés sur l'abstinence avec un important contenu culturel, qui sert à renforcer l'identité autochtone en explorant l'espoir, l'appartenance, le sens et le but (Assemblée des Premières Nations et coll., 2011; Thunderbird Partnership Foundation, 2015). Néanmoins, des stratégies pragmatiques de réduction des méfaits ont aussi été adoptées par les communautés autochtones.

Compte tenu de ce qui précède, les experts autochtones ont remis en question la pertinence des DCAFR pour les peuples autochtones, tant du côté de l'énormité des difficultés que pose l'alcool et de l'inégalité des ressources pour lutter contre l'alcool au niveau communautaire, que des contextes culturels et historiques en lien avec l'alcool. Ils ont souligné que dans la plupart des communautés autochtones, le bien-être est davantage orienté vers l'abstinence que la consommation d'alcool à faible risque (Thunderbird Partnership Foundation, 2015). Ils ont aussi fait part de leurs préoccupations qu'un commentaire ou un message autochtone, dans le mauvais contexte, ne ferait que renforcer le racisme systémique, les préjugés et la stigmatisation. Il a plutôt été suggéré que les grands déterminants sociaux de la santé doivent être reconnus et liés aux politiques, comme la lutte contre le racisme épistémique en s'assurant que la culture autochtone est le fondement des politiques et des programmes, de la réduction de la pauvreté, de la sécurité du revenu, de l'accès à l'emploi et de la diminution du colonialisme (Czyzewski, 2011).

À plus petite échelle, les experts autochtones ont convenu que les peuples autochtones doivent participer au développement de pratiques de mobilisation des connaissances pour leurs membres, et que les initiatives suivantes doivent être privilégiées :

- L'amélioration des connaissances sur l'alcool au moyen d'une approche fondée sur le risque, qui met l'accent sur le bien-être;
- Une initiative de réduction des méfaits visant à promouvoir la santé liée à l'usage de substances chez les personnes qui choisissent de boire, et centrée sur la façon de réduire les méfaits de l'alcool pour soi, les familles et les communautés autochtones;
- Des interventions communautaires en matière d'alcool, présentées comme des stratégies communautaires sur l'alcool, avec des conseils appropriés, une mobilisation des connaissances et des ressources.

Une approche narrative concernant le recensement des facteurs de risque, la résilience et le succès de diverses communautés a été encouragée. Des ressources d'évaluation doivent accompagner le développement de ces initiatives pour voir à ce qu'elles atteignent les objectifs, qui doivent tous être financés pour garantir que les questions en lien avec l'alcool soient explorées et traitées dans le contexte historique et culturel approprié, orienté par une approche appropriée sur le plan culturel et fondée sur des données probantes, et au moyen de ressources communautaires accrues.



Partie 3 : recommandations des experts

Les DCAFR du Canada ont été rendues publiques en novembre 2011. Depuis, les études faites sur le lien entre la consommation d'alcool et ses effets sur la santé physique, la santé mentale et les méfaits sociaux ont continué d'évoluer. Il fallait donc actualiser les directives pour tenir compte de ces nouvelles connaissances sur les risques et les bénéfices de la consommation d'alcool. En juillet 2020, avec l'appui de Santé Canada, le CCDUS a été chargé d'actualiser les directives canadiennes. Le projet a été réalisé dans une optique de santé publique. Il vise à offrir aux personnes vivant au Canada des conseils objectifs qui les aideront à prendre des décisions éclairées par rapport à l'alcool.

Lorsque la mise à jour des DCAFR du Canada a été amorcée, il était prévu que les nouvelles directives établiraient des limites de consommation plus basses que dans les précédentes directives. Cela s'explique en partie par les nombreuses tendances qui ont fait surface depuis la publication des directives en 2011 : le fait que la consommation d'alcool était un facteur de risque pour un nombre croissant de maladies; qu'une proportion importante de décès attribuables à l'alcool au Canada avaient lieu parmi les gens qui respectaient les directives de 2011; et que les directives sur la consommation d'alcool venant d'autres pays et publiées dans les dernières années recommandaient toutes des limites inférieures à celles des directives canadiennes de 2011. Ce qui n'était pas prévu, c'était que la revue des données révélerait la mesure dans laquelle même des quantités minimales d'alcool peuvent nuire à la santé et au bien-être des gens. Dans ce contexte, les experts ont convenu de remplacer les DCAFR du Canada par les **Repères canadiens sur l'alcool et la santé**.

3.1 Repères canadiens sur l'alcool et la santé

Tout au long de leur vie, les gens sont prêts à accepter des seuils de risque de mortalité établis (BMJ Best Practice, s. d.; Starr, 1969). Pour les activités volontaires comme les pratiques sexuelles non protégées ou le tabagisme, ce niveau de risque de mortalité est de 1 sur 1000 (à savoir, les gens sont prêts à accepter un risque de décès de 1 sur 1000 en s'adonnant à ces activités). Dans le cas de l'alcool, les gens semblent prêts à accepter un risque de mortalité plus grand comparativement à d'autres activités volontaires. Il n'est pas rare que les pays fondent les recommandations de leurs directives sur un risque de mortalité de 1 sur 100 (comme en Australie, en France ou au Royaume-Uni). Ce projet a révélé qu'au Canada, la limite associée à un risque de 1 sur 1000 de mourir prématurément d'un trouble associé à l'alcool est de deux verres standards par semaine, tandis que la limite de risque de 1 sur 100 correspond à six verres standards par semaine.

Il existe un continuum du risque selon lequel le risque pour ceux qui consomment deux verres standards ou moins par semaine est négligeable à faible, il est modéré pour ceux qui consomment entre trois et six verres standards par semaine et il est élevé pour ceux qui consomment plus de six verres standards par semaine, avec des niveaux de risque de plus en plus élevé avec chaque verre supplémentaire.

À la lumière des résultats obtenus dans le cadre des activités de mobilisations des connaissances entreprises pour ce projet, et en vue de s'adapter à la réalité des gens, les experts sont unanimes : plutôt que de fournir des règles et des recommandations strictes, il faut présenter à la population du Canada un continuum du risque associé à divers niveaux de consommation d'alcool. Les experts prévoient qu'un continuum du risque permettra aux gens de se situer sur ce continuum et de comprendre dans quelle zone de risque leur consommation d'alcool les place. On espère que cette compréhension favorisera le développement d'intentions à adopter des comportements plus sains



et plus sécuritaires (p. ex. passer à une zone de consommation moins risquée sur le continuum). Cette mesure est également une réponse directe aux souhaits des contributeurs que les nouvelles directives soient généralement significatives pour tous les segments de la population et qu'elles fassent état des différentes habitudes de consommation et des répercussions uniques pour la santé et la société qui y sont associées.

Le nombre de verres standards par semaine qui délimite les zones de risque du continuum correspond aux recommandations hebdomadaires du Royaume-Uni (8,3 verres standards), de l'Australie, du Danemark, de la France (7,4 verres standards) et des Pays-Bas (5,2 verres standards). Au Canada, parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, environ un cinquième des femmes (23 %) et des hommes (21 %) ne consomment pas d'alcool; 27 % des femmes et 16 % des hommes consomment habituellement moins de deux verres standards par semaine; 19 % des femmes et 15 % des hommes consomment de trois à six verres standards en moyenne par semaine; et le tiers des femmes (32 %) et la moitié des hommes (49 %) consomment habituellement plus de six verres standards par semaine. Ces proportions sont tirées de deux sources de données : l'Organisation mondiale de la Santé (2021) et Statistique Canada (2018).

Parmi les membres de la population du Canada âgés de 15 ans et plus, le cinquième (20 %) ne boit pas d'alcool, un autre cinquième (21 %) consomme moins de deux verres standards par semaine en moyenne, 17 % consomment de trois à six verres standards par semaine et 40 % en consomment plus que six.

Le continuum du risque se fonde sur les quantités moyennes d'alcool que consomment les gens par semaine et l'effet de cette consommation sur leur santé physique. Par conséquent, les experts ont examiné d'autres types de données pour appuyer les personnes qui pourraient s'interroger sur les conséquences de la consommation occasionnelle, ou sur les effets immédiats ne relevant pas de la santé physique. On peut tirer de cela un second point à retenir : **quelle que soit l'occasion, le risque de conséquences négatives aiguës commence à augmenter avec chaque consommation; et au-delà de deux verres standards, le risque de blessures ou d'autres problèmes augmente pour la plupart des gens.**

Les experts sont conscients que ces nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé, qui présentent un continuum du risque, seront surprenants et déstabilisants pour d'importants segments de la population, dont l'industrie de l'alcool, les médias et les décideurs politiques. Toutefois, la population canadienne a le droit de savoir. L'alcool est une substance cancérigène associée à au moins sept types de cancer, dont certains assez courants comme le cancer du côlon et le cancer du sein. Qui plus est, contrairement à la croyance populaire, les données actuelles montrent que boire un peu d'alcool ne diminue pas le risque de cardiopathie. En réalité, la consommation d'alcool peut mener à des maladies cardiovasculaires et à des infections des voies respiratoires inférieures, de même qu'à des blessures causées par la violence et les accidents de la route. Ainsi, ce projet a confirmé que **lorsqu'il est question de consommation d'alcool, moins, c'est mieux.** On peut aussi en déduire la nécessité de promouvoir le message qu'**il est correct de ne pas boire d'alcool.**

Fait encourageant associé à ces nouvelles données, chaque verre standard compte, et toute réduction dans la consommation d'alcool est bénéfique. En effet, la recherche démontre que bon nombre des méfaits associés à des maladies chroniques causées par l'alcool sont réversibles. Les personnes qui diminuent leur consommation d'alcool constatent une amélioration de leur fonction hépatique, de leur résistance à l'insuline, de leur poids, de leur tension artérielle et de leurs facteurs de croissance liés au cancer (Mehta et coll., 2018; Thomes et coll., 2021). La diminution de la consommation d'alcool réduit par ailleurs l'hypertension (Roerecke et coll., 2017) et réduit le risque



de cancer, de fibrillation auriculaire, d'AVC, de diabète, de pancréatite et de cirrhose hépatique (Heckley et coll., 2011; Lee et coll., 2021; Nikkola et coll., 2013; Verrill et coll., 2009; Voskoboinik et coll., 2020; Wu et coll., 2021). Notons aussi que le risque de maladie infectieuse, d'épilepsie et de blessures est influencé par les effets aigus de l'alcool, et qu'une diminution de la consommation le réduira immédiatement (Imtiaz et coll., 2017; A. Samokhvalov et coll., 2010a; Samokhvalov et coll., 2010b; Taylor et coll., 2010). C'est pourquoi il n'est jamais trop tard pour réduire sa consommation d'alcool.

Sept messages clés des Repères canadiens sur l'alcool et la santé

1. Tous les niveaux de consommation d'alcool sont associés à un certain risque, et boire moins est donc préférable pour tout le monde.
2. Chez les personnes en santé, il existe un continuum du risque selon lequel le risque est :
 - Négligeable à faible pour ceux qui consomment deux verres standards ou moins par semaine est;
 - Modéré pour ceux qui consomment entre trois et six verres standards par semaine;
 - Élevé pour ceux qui consomment plus de six verres standards par semaine.
3. Tout niveau de consommation comporte des risques, et au-delà de deux verres standards, le risque de blessures ou d'autres problèmes augmente pour la plupart des gens.
4. Un nombre disproportionné de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes.
5. Au-delà d'un niveau faible de consommation d'alcool, les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes que les hommes.
6. Il est plus prudent de s'abstenir de boire durant la grossesse et la période précédant la conception.
7. Il est plus prudent pour les femmes qui allaitent de s'abstenir de consommer de l'alcool.

Autre constat étonnant de ce projet : à de faibles niveaux de consommation, les différences physiologiques du risque à vie de décès causé par l'alcool entre les hommes et les femmes sont minimales. Toutefois, les experts indiquent sans équivoque que cela ne doit pas détourner l'attention du fait que le **risque à vie de méfait augmente de façon plus marquée chez les femmes lorsque l'on passe à des niveaux de risque supérieurs**. D'un côté, les facteurs biologiques augmentent les effets de l'alcool, provoquant plus de méfaits et une intoxication accélérée malgré une consommation moindre chez les filles et les femmes. De l'autre côté, les filles et les femmes sont affectées de façon disproportionnée par les facteurs sociaux qui contribuent aux effets négatifs de l'alcool dans la vie courante, comme une vulnérabilité accrue à l'exploitation dans le marketing lié à l'alcool, à la stigmatisation, aux agressions sexuelles et à la violence conjugale.

À cet égard, les experts signalent la nécessité de rappeler que la vulnérabilité des hommes à l'alcool ne doit pas être sous-estimée. Les travaux effectués dans le cadre de ce projet ont révélé que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de subir et de causer des méfaits liés à l'alcool. Les hommes boivent plus d'alcool que les femmes, et sont plus enclins à boire excessivement. Par conséquent, ils sont plus susceptibles d'être impliqués dans des collisions provoquées par la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, d'être traités à l'hôpital et d'être hospitalisés pour des urgences médicales et des problèmes de santé en lien avec l'alcool, de recevoir un diagnostic



de trouble lié à l'usage d'alcool, et de mourir de causes associées à l'alcool (Institut canadien d'information sur la santé, 2022; Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020; Rehm et coll., 2006; Statistique Canada, 2021). L'alcool est par ailleurs plus fortement associé à la perpétration de la violence chez les hommes que chez les femmes. **Un nombre disproportionné de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes.**

Enfin, la santé reproductive est compromise par la consommation d'alcool, et il faut rappeler aux personnes vivant au Canada que l'alcool est un agent tératogène pouvant entraîner des lésions cérébrales, des anomalies congénitales, des troubles de comportement, des troubles d'apprentissage et d'autres problèmes de santé qui entraîneront des répercussions chez l'enfant tout au long de sa vie. Ces effets indésirables s'observent à des niveaux d'exposition relativement faibles ou suivant une exposition à court terme à des niveaux élevés de consommation; **il est donc plus prudent de s'abstenir de boire durant la grossesse et la période précédant la conception.**

La consommation d'alcool peut aussi nuire à l'allaitement maternel en causant une baisse de la production de lait maternel, un arrêt précoce de l'allaitement et une perturbation du cycle de sommeil du nourrisson. L'alcool s'infiltré dans le lait maternel par diffusion passive dans les 30 à 60 minutes suivant l'ingestion et les nourrissons allaités peuvent donc être exposés à l'alcool par l'entremise du lait maternel. Toutefois, ils sont incapables de métaboliser l'alcool. **Il est donc plus prudent pour les femmes qui allaitent de s'abstenir de consommer de l'alcool.**

3.2 La suite des choses

À la lumière des nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé, et sachant que les connaissances sur l'alcool dans la population sont limitées (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021), **des efforts considérables et soutenus seront requis pour élaborer des messages répondant directement aux préoccupations uniques de personnes aux origines et aux expériences personnelles diverses.** Par exemple, de nouveaux travaux menés en parallèle de ce projet ont montré que les consommateurs d'alcool âgés de 18 à 30 ans pourraient être plus ouverts aux messages sur la santé à propos des effets de leur consommation sur l'espérance de vie qu'aux messages présentant simplement une directive (Stockwell et coll., 2022). D'autres voudront peut-être orienter leurs efforts de prévention vers les jeunes adultes, en particulier les garçons et les jeunes hommes, car l'agressivité et la violence diminuent avec l'âge et sont davantage le fait des hommes que des femmes.. Des recommandations et des suggestions, particulièrement en lien avec le sexe et le genre, ont également été préparées dans le cadre de ce projet et sont accessibles à ceux qui souhaiteraient mettre sur pied une campagne sur le sujet (annexe 3).

De plus, la participation des professionnels de la santé, des médecins de famille et du personnel infirmier sera aussi nécessaire. Ce sont des alliés essentiels ayant une immense crédibilité auprès des patients et du grand public pour expliquer le continuum des risques associés à l'alcool. Ce faisant, ils pourront contribuer considérablement aux soins de santé en diminuant les coûts directement liés à l'alcool; nous reviendrons sur la question plus loin.

La population du Canada doit « Connaître les faits. Distinguer la fiction. Agir en conséquence »⁷. Pour ce faire, elle aura besoin de plus que des renseignements simples et clairs, quelle que soit l'efficacité des nouvelles campagnes ciblées. À l'image du tabac et des aliments transformés,

⁷ Cette expression, traduite librement, est tirée d'une lettre d'opinion d'Alec Bruce intitulée « Drinking skyrocketed during COVID-19. Why's it so hard to learn the facts about alcohol? », parue dans *The Globe and Mail* le 12 novembre 2021. <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-drinking-skyrocketed-during-covid-19-whys-it-so-hard-to-learn-the/>



l'alcool a reçu l'étiquette de « plaisir coupable », qui signifie que lorsque les gens en consomment, ils ressentent du plaisir maintenant et subissent les conséquences plus tard. Les gens ont besoin d'encouragements pour prendre des décisions judicieuses à propos de tels produits (Thaler et Sunstein, 2008). Les personnes qui vivent au Canada souhaitant passer à une zone plus basse du continuum de risques associés à l'alcool ont besoin d'un environnement qui favorise la prise de décisions plus saines et plus sécuritaires. Pour s'éloigner d'une culture alcoogénique (Johnston, 2014), un changement culturel s'impose. Par conséquent, **le projet actuel a pour corollaire la nécessité pour les gouvernements de concevoir un environnement plus sain qui aidera les gens à prendre un peu plus facilement, des décisions difficiles concernant l'alcool.**

D'abord et avant tout, si l'on veut que les personnes vivant au Canada adhère aux Repères canadiens sur l'alcool et la santé, les données indiquent qu'il faut présenter aux consommateurs des informations cohérentes et faciles à utiliser sur les contenants d'alcool, afin que ces derniers puissent bien faire le suivi de leur consommation en verres standards. Bien que la bière demeure la boisson alcoolisée de choix au Canada, le mouvement en croissance des micro-brasseries se traduit par une offre variée en termes de teneur en alcool et de formats de canettes et de bouteilles pour la consommation à domicile. Maintenant plus que jamais, les gens ont besoin d'information au point de consommation pour pouvoir compter le nombre de verres standards qu'ils boivent. Si le Canada est un chef de file mondial dans l'imposition d'étiquettes plus détaillées sur les emballages de tabac et de cannabis, les contenants d'alcool sont exemptés de ces exigences. Les étiquettes détaillées sur les contenants d'alcool constituent une stratégie de plus en plus populaire pour informer les consommateurs, et font l'objet d'une des recommandations clés des organismes de santé nationaux et internationaux (Jané-Llopis et coll., 2020; Vallance et coll., 2021; Organisation mondiale de la Santé, 2022). L'une des conséquences directes du projet en cours est la formulation d'une recommandation pour que **Santé Canada exige, au moyen d'un règlement, l'étiquetage obligatoire sur les contenants d'alcool du nombre de verres standards.**

Bon nombre d'études montrent que les gens ont plus de chances de respecter une directive s'ils savent pourquoi ils doivent le faire (Pettigrew et coll., 2021; Wakefield et coll., 2018). Notre consultation publique a montré que, sans une compréhension des risques et des bénéfices liés à la consommation d'alcool, il est peu probable que les gens saisissent pourquoi ils ont avantage à suivre les directives. Par conséquent, **l'exigence d'indiquer sur les étiquettes le nombre de verres standards doit être suivie d'une exigence d'ajouter des mises en garde et des renseignements nutritionnels.** L'étiquetage peut constituer une intervention importante dans le cadre d'une stratégie plus globale en matière d'alcool (Kokole et coll., 2021). Des données ont montré que l'ajout de mises en garde liées à la santé sur les boissons alcoolisées peut accroître la sensibilisation du public au lien de causalité entre l'alcool et le cancer, en plus de diminuer la consommation d'alcool par habitant. Il peut aussi renforcer l'appui du public envers des politiques qui sont souvent impopulaires, mais qui sont reconnues pour réduire les méfaits causés par l'alcool dans la population (Weerasinghe et coll., 2020).

Pour aider les personnes vivant au Canada qui souhaitent passer à une zone moins risquée du continuum, les gouvernements devront travailler sur d'autres fronts politiques. Les politiques rentables et les interventions faisables qui réduisent la consommation d'alcool en général sont bien documentées à l'échelle mondiale, nationale et provinciale (Vallance et coll., 2021; Organisation mondiale de la Santé, 2022). Par exemple, les travaux menés par le comité chargé de la [Canadian Alcohol Policy Evaluation](#) et le Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool ont mis en lumière que des mesures telles que des règlements plus sévères sur la publicité et le marketing liés à l'alcool, des restrictions sur l'accessibilité physique de l'alcool et l'adoption d'un prix minimum pour l'alcool vendu sont toutes des approches bénéfiques pour la santé publique. Si les nouveaux



Repères canadiens sur l'alcool et la santé devaient faciliter des discussions et des initiatives en matière de politiques liées à l'alcool, les effets pourraient être considérables et s'étendre au-delà de la sphère de la santé publique pour englober des avantages économiques.

L'étude Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020) a révélé que les coûts annuels directs de l'alcool s'élèvent à 16,7 milliards de dollars, soit bien plus que les coûts directs associés au tabac (12,3 milliards de dollars), aux opioïdes (5,9 milliards de dollars) ou au cannabis (3,2 milliards de dollars), et qu'ils dépassent de loin la valeur des revenus issus de la vente et de l'imposition de l'alcool, récemment estimée à 13,5 milliards de dollars (Statistique Canada, 2021). C'est donc en adoptant des politiques qui favorisent des décisions plus saines et plus sécuritaires en matière de consommation d'alcool, que le gouvernement pourrait économiser et réduire les coûts attribuables à la consommation d'alcool au Canada qui sont estimés à 455 dollars par personne annuellement. (Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020).

3.2 Conclusion

Les nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé reflètent les conclusions tirées de l'examen de données probantes à l'échelle mondiale, d'une modélisation mathématique, de consultations avec le public et des experts, ainsi que de discussion entre les experts. On espère que ces travaux seront utiles aux personnes vivant au Canada qui se préoccupent de leur santé et qui veulent en savoir plus sur les effets de la consommation d'alcool sur leur bien-être. Le document a été mis au point pour les aider à prendre des décisions éclairées sur leur consommation d'alcool.

Les Repères sur l'alcool et la santé exigent un changement culturel qui, dans l'ensemble, ne peut être orchestré que par les gouvernements, par le biais de politiques et d'une collaboration avec les employeurs, les professionnels de la santé et les acteurs du milieu, pour sensibiliser les gens et les aider à mieux gérer les risques. C'est pourquoi les experts espèrent que les données examinées et présentées dans ce document doivent inciter les gouvernements provinciaux et fédéral à mettre en place des politiques en matière d'alcool axées sur la réduction des méfaits, et la promotion de la santé et du bien-être. L'information et les conseils sont utiles et nécessaires pour la population, mais un environnement favorisant des choix sains et avisés en matière d'alcool, est une condition indispensable à une société en santé.



Bibliographie

- Alpert, H.R., M.E. Slater, Y.H. Yoon, C.M. Chen, N. Winstanley et M.B. Esser. « Alcohol consumption and 15 causes of fatal injuries: A systematic review and meta-analysis », *American Journal of Preventive Medicine*, publication en ligne anticipée, 2022, article S0749-3797(22)00183-0. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.03.025>
- Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Santé Canada. *Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada*, 2011. <https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2014/02/honorer-nos-forces.pdf>
- Bagnardi, V., M. Rota, E. Botteri, I. Tramacere, F. Islami, V. Fedirko, ... et C. La Vecchia. « Alcohol consumption and site-specific cancer risk: A comprehensive dose-response meta-analysis », *British Journal of Cancer*, vol. 112, n° 3, 2015, p. 580–593. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.579>
- Bergeron, C.D., C. Tremblay-Antoine, R. Morin, N. April et A. Cloutier. *La consommation d'alcool : qu'en pense la population du Québec?*, 2020. <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2772-consommation-alcool-population-quebec.pdf>
- Blomberg, R.D., R.C. Peck, H. Moskowitz, M. Burns et D. Fiorentino. « The Long Beach/Fort Lauderdale relative risk study », *Journal of Safety Research*, vol. 40, n° 4, 2009, p. 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2009.07.002>
- BMJ Best Practice. *Understanding risk*, sans date. <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/practise-ebm/understanding-risk/>
- Brabete, A.C., L. Greaves, N. Hemsing et J. Stinson. « Sex- and gender-based analysis in cannabis treatment outcomes: A systematic review », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 3, 2020, article 872. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030872>
- Brewer, R.D. et M.H. Swahn. « Binge drinking and violence », *JAMA*, vol. 294, n° 5, 2005, p. 616–618. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.616>
- Broholm, K., L. Galluzzo, C. Gandin, S. Ghirini, A. Ghiselli, L. Jones, ... et P. Mäkelä. *Good practice principles for low risk drinking guidelines*, Helsinki (Finlande), National Institute for Health and Welfare (THL), 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131322/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brunk, E., M.W. Becker et L. Bix. « Empirical evaluation of the presence of a label containing standard drinks on pour accuracy among US college students », *PloS one*, vol. 15, n° 11, 2020, article e0241583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241583>
- 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/fr/lalcool-et-la-sante-au-canada-resume-des-donnees-probantes-et-directives-de-consommation-faible>
- Centers for Disease Control and Prevention. *Binge drinking*, 2022. <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm>



- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Recalculating risky drinking in women*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2014.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : résultats de la consultation publique*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2021. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-09/CCSA-Lower-Risk-Drinking-Guidelines-Summary-Findings-Public-Consultation-2021-fr.pdf>
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *National report of the First Nations Regional Health Survey, Phase 3: Volume One*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf
- Cherpitel, C.J., Y. Ye, J. Bond, G. Borges et M. Monteiro. « Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose–response relationship in emergency department data from 18 countries », *Addiction*, vol. 110, n° 2, 2015, p. 279–288. <https://doi.org/10.1111/add.12755>
- Chikritzhs, T., T. Stockwell, T. Naimi, S. Andreasson, F. Dangardt et W. Liang. « Has the leaning tower of presumed health benefits from 'moderate' alcohol use finally collapsed? », *Addiction*, vol. 110, n° 5, 2015, p. 726–727. <https://doi.org/10.1111/add.12828>
- Compton, R.P. et A. Berning. *Drug and alcohol crash risk*. (Traffic Safety Facts Research Note. DOT HS 812 117), Washington (DC), National Highway Traffic Safety Administration, février 2015. https://www.nhtsa.gov/staticfiles/nti/pdf/812117-Drug_and_Alcohol_Crash_Risk.pdf
- Czyzewski, K. « Colonialism as a broader social determinant of health », *The International Indigenous Policy Journal*, vol. 2, n° 1, 2011, article 5. <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>
- Dawson, D.A., B.F. Grant et T.K. Li. « Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 29, n° 5, 2005, p. 902–908. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000164544.45746.a7>
- de Visser, R.O. et J.D. Birch. « My cup runneth over: Young people's lack of knowledge of low-risk drinking guidelines », *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, n° 2, 2012, p. 206–212. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00371.x>
- Devries, K.M., J.C. Child, L.J. Bacchus, J. Mak, G. Falder, K. Graham, C. Watts et L. Heise. « Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis », *Addiction*, vol. 109, n° 3, 2014, p. 379–391. <https://doi.org/10.1111/add.12393>
- Dietary Guidelines Advisory Committee. *Scientific report of the 2020 Dietary Guidelines Advisory Committee: Advisory report to the Secretary of Agriculture and the Secretary of Health and Human Services*, Washington (DC), U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service, 2020. <https://doi.org/10.52570/DGAC2020>
- Dowling, N., D. Clark et T. Corney « Responsible drinking knowledge: A comparison of Australian apprentices and university students », *Youth Studies Australia*, vol. 25, n° 3, 2006, p. 42–48
- Ehrlander, M. « The historical roots of a frontier alcohol culture: Alaska and northern Canada », *The Northern Review*, vol. 32, 2010, p. 63–103. <https://thenorthernreview.ca/index.php/nr/article/view/14>



- Fillmore, M.T. et R. Jude. « Defining “binge” drinking as five drinks per occasion or drinking to a .08% BAC: Which is more sensitive to risk? », *The American Journal on Addictions*, vol. 20, 2011, p. 468–475. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00156.x>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. <https://cemusc.ca/publications/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf>
- Hawks D. « Not much to ask for, really! The introduction of standard drink labelling in Australia », *Addiction*, vol. 94, n° 6, 1999, p. 801–811. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.9468014.x>
- Heckley, G.A., J. Jarl, B.O. Asamoah et U. G-Gerdtham. « How the risk of liver cancer changes after alcohol cessation: a review and meta-analysis of the current literature », *BMC Cancer*, vol. 11, 2011, article 446. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-446>
- Hobin, E., R. Jansen, L. Vanderlee et E. Berenbaum. *Un étiquetage amélioré des contenants de boissons alcoolisées : une revue systématique*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-02/CCSA-Enhanced-Alcohol-Container-Labels-Systematic-Review-Report-fr.pdf>
- Holmes, J., C. Angus, P.S. Meier, P. Buykx et A. Brennan. « How should we set consumption thresholds for low risk drinking guidelines? Achieving objectivity and transparency using evidence, expert judgement and pragmatism », *Addiction*, vol. 114, n° 4, 2019, p. 590–600. <https://doi.org/10.1111/add.14381>
- Imtiaz, S., K.D. Shield, M. Roerecke, A.V. Samokhvalov, K. Lönnroth et J. Rehm. « Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease », *European Respiratory Journal*, vol. 50, n° 1, 2017, article 1700216. <https://doi.org/10.1183/13993003.00216-2017>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool*, 2022. <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/061/hospitalizations-entirely-caused-by-alcohol/:mapC1:mapLevel2:/>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. *Data visualizations: GBD compare*, Seattle (Washington), chez l'auteur, 2018. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- International Agency for Research on Cancer. *Personal habits and indoor combustions, Volume 100 E: A review of human carcinogens*, Lyon (France), chez l'auteur, 2012. <https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/06/mono100E.pdf>
- Jané-Llopis, E., D. Kokole, M. Neufeld, O.S.M. Hasan et J. Rehm. *What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy?*, *Health Evidence Network Synthesis Report, No. 68*, Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558550/>
- Johnson, H. *Firewater: How alcohol is killing my people (and yours)*, Regina (Sask.), University of Regina Press, 2016.



- Johnston, A.D. *Drink: The intimate relationship between women and alcohol*, Harper Collins, 2014.
- Jones, L. et M.A. Bellis. « CMO alcohol guidelines review: A summary of the evidence on understanding and response to public health guidelines », Liverpool (Angleterre), Centre for Public Health, 2013. https://www.drugsandalcohol.ie/25026/1/LJMU_CMO-Alcohol-Guidelines-Behavioural-Review.pdf
- Knott, C., S. Bell et A. Britton. « Alcohol consumption and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of more than 1.9 million individuals from 38 observational studies », *Diabetes Care*, vol. 38, n° 9, 2015, p. 1804–1812. <https://doi.org/10.2337/dc15-0710>
- Kokole, D., P. Anderson et E. Jané-Llopis. « Nature and potential impact of alcohol health warning labels: A scoping review », *Nutrients*, vol. 13, n° 9, 2021, article 3065. <https://doi.org/10.3390/nu13093065>
- Larsson, S.C., S. Burgess, A.M. Mason et K. Michaëlsson. « Alcohol consumption and cardiovascular disease: A mendelian randomization study », *Circulation: Genomic and Precision Medicine*, vol. 13, n° 3, 2020, article e002814. <https://doi.org/10.1161/CIRCGEN.119.002814>
- Larsson, S.C., N. Drca et A. Wolk. « Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a prospective study and dose-response meta-analysis », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 64, n° 3, 2014, p. 281–289. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.03.048>
- Larsson, S.C., A. Wallin, A. Wolk et H.S. Markus. « Differing association of alcohol consumption with different stroke types: A systematic review and meta-analysis », *BMC Medicine*, vol. 14, 2016, article 178. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0721-4>
- Laslett, A.-M., R. Room, O. Waleewong, O. Stanesby et S. Callinan. *Harm to others from drinking: Patterns in nine societies*, Organisation mondiale de la Santé, 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329393>
- Lee, S.-R., E.-K. Choi, J.-H. Jung, K.-D. Han, S. Oh et G.Y.H. Lip. « Lower risk of stroke after alcohol abstinence in patients with incident atrial fibrillation: A nationwide population-based cohort study », *European Heart Journal*, vol. 42, n° 46, 2021, p. 4759–4768. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab315>
- Liu, F., Y. Liu, X. Sun, Z. Yin, H. Li, K. Deng, ... et D. Hu. « Race- and sex-specific association between alcohol consumption and hypertension in 22 cohort studies: A systematic review and meta-analysis », *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, vol. 30, n° 8, 2020, p. 1249–1259. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2020.03.018>
- Llerena, S., M.T. Arias-Loste, A. Puente, J. Cabezas, J. Crespo et E. Fábrega. « Binge drinking: Burden of liver disease and beyond », *World Journal of Hepatology*, vol. 7, n° 27, 2015, p. 2703–2715. <https://doi.org/10.4254/wjh.v7.i27.2703>
- Lu, P.-Y., L. Shu, S.-S. Shen, X.-J. Chen et X.-Y. Zhang. « Dietary patterns and pancreatic cancer risk: A meta-analysis », *Nutrients*, vol. 9, n° 1, 2017, article 38. <http://dx.doi.org/10.3390/nu9010038>
- Mehta, G., S. Macdonald, A. Cronberg, M. Rosselli, T. Khera-Butler, C. Sumpter, ... et K.P. Moore. « Short-term abstinence from alcohol and changes in cardiovascular risk factors, liver function tests and cancer-related growth factors: A prospective observational study », *BMJ Open*, vol. 8, n° 5, 2018, article e020673. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020673>



- Midanik, L.T. « Drunkenness, feeling the effects and 5+ measures », *Addiction*, vol. 94, n° 6, 1999, p. 887–897. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.94688711.x>
- Miller, W.R., N. Heather et W. Hall. « Calculating standard drink units: International comparisons », *British Journal of Addiction*, vol. 86, n° 1, 1991, p. 43–47. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb02627.x>
- Mukamal, K.J., M. Maclure, J.E. Muller et M.A. Mittleman. « Binge drinking and mortality after acute myocardial infarction », *Circulation*, vol. 112, n° 25, 2005, p. 3839–3845. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.574749>
- Naimi, T.S., J. Blanchette, T.F. Nelson, T. Nguyen, N. Oussayef, T.C. Heeren, ... et Z. Xuan. « A new scale of the U.S. alcohol policy environment and its relationship to binge drinking », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 46, n° 1, 2014, p. 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.07.015>
- Naimi, T.S., R.D. Brewer, A. Mokdad, C. Denny, M.K. Serdula et J.S. Marks. « Binge drinking among US adults », *JAMA*, vol. 289, n° 1, 2003, p. 70–75. <https://doi.org/10.1001/jama.289.1.70>
- 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>
- National Institute of Alcohol Abuse & Alcoholism. « NIAAA council approves binge drinking definition », *NIAAA Newsletter*, vol. 2004, n° 3, 2004, p. 3. http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf
- Newton, S., J. Morona, K. Salinger et T. Merlin. *Systematic literature review on the association between alcohol consumption and mental health disorders*, Adelaide (Australie du Sud), Adelaide Health Technology Assessment, 2018. <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/documents/attachments/Alcohol/4-tech-report-systematic-review.pdf>
- Nikkola, J., S. Rätty, J. Laukkanen, H. Seppänen, R. Lappalainen-Lehto, S. Järvinen, I. Nordback et J. Sand. « Abstinence after first acute alcohol-associated pancreatitis protects against recurrent pancreatitis and minimizes the risk of pancreatic dysfunction », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, n° 4, 2013, p. 483–486. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt019>
- Organisation mondiale de la Santé. *Alcohol control policies*, sans date. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/alcohol-control-policies>
- Organisation mondiale de la Santé. *Global information system on alcohol and health*, 2021. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>
- Osiowy, M., T. Stockwell, J. Zhao, K. Thompson et S. Moore. « How much did you actually drink last night? An evaluation of standard drink labels as an aid to monitoring personal consumption », *Addiction Research & Theory*, vol. 23, n° 2, 2015, p. 163–169. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.955480>
- Paradis, C. « Canada's National Alcohol Strategy: It's time to assess progress », *Revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 31, n° 2, 2016, p. 232–241. <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/cjpe/article/view/31045>



- Paula, T., C. Chagas, L.B. Martins et C.P. Ferri. « Low-risk drinking guidelines around the world: An overview of the current situation », *Addictive Disorders & Their Treatment*, vol. 19, n° 4, 2020, p. 218–227. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000225>
- Pettigrew, S., L. Booth, M.I. Jongenelis, E. Brennan, T. Chikritzhs, P. Hasking, ... et M. Wakefield. « A randomized controlled trial of the effectiveness of combinations of 'why to reduce' and 'how to reduce' alcohol harm-reduction communications », *Addictive Behaviors*, vol. 121, 2021, article 107004. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107004>
- Rehm, J., N. Giesbrecht, J. Patra et M. Roerecke. « Estimating chronic disease deaths and hospitalizations due to alcohol use in Canada in 2002: Implications for policy and prevention strategies », *Preventing Chronic Disease*, vol. 3, n° 4, 2006, article A121. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/oct/05_0009.htm
- Rehm, J., G.E. Sr Gmel, G. Gmel, O.S.M. Hasan, S. Imtiaz, S. Popova, ... et P.A. Shuper. « The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update », *Addiction*, vol. 112, n° 6, 2017, p. 968–1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Rehm, J., D.W. Lachenmeier et R. Room. « Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? », *BMC Medicine*, vol. 12, 2014, article 189. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0189-z>
- Roerecke, M., J. Kaczorowski, S.W. Tobe, G. Gmel, O. Hasan et J. Rehm. « The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: A systematic review and meta-analysis », *Lancet Public Health*, vol. 2, n° 2, 2017, p. e108–e120. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30003-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30003-8)
- Roerecke, M. et J. Rehm. « Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis », *American Journal of Epidemiology*, vol. 171, n° 6, 2010, p. 633–644. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp451>
- Roerecke, M. et J. Rehm. « Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers », *BMC Medicine*, vol. 12, 2014, p. 182. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0182-6>
- Roerecke, M., A. Vafaei, O.S.M. Hasan, B.R. Chrystoja, M. Cruz, R. Lee, M.G. Neuman et J. Rehm. « Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 114, n° 10, 2019, p. 1574–1586. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000340>
- Samokhvalov, A.V., H.M. Irving et J. Rehm. « Alcohol consumption as a risk factor for pneumonia: a systematic review and meta-analysis », *Epidemiology and Infection*, vol. 138, n° 12, 2010a, p. 1789–1795. <https://doi.org/10.1017/S0950268810000774>
- Samokhvalov, A.V., H. Irving, S. Mohapatra et J. Rehm. « Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: a systematic review and meta-analysis », *Epilepsia*, vol. 51, n° 7, 2010b, p. 1177–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02426.x>
- Samokhvalov, A.V., J. Rehm et M. Roerecke. « Alcohol consumption as a risk factor for acute and chronic pancreatitis: a systematic review and a series of meta-analyses », *eBioMedicine*, vol. 2, n° 12, 2015, p. 1996–2002. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.11.023>
- Santé Canada. *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019*, 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html>



- Santé Canada. *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire 2019/2020*, 2021. <https://sante-infobase.canada.ca/alcool/eccadeep/>
- 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, Santé publique France, 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>
- Santé publique Ontario. *Alcool : connaissance et compréhension des Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR)* [infographie], 2017a. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/2017/Alcohol-Irdg.pdf?sc_lang=fr
- Santé publique Ontario. *Alcool : connaissance des risques de l'alcool pour la santé et soutien en faveur d'étiquettes nutritionnelles et de mises en garde sur l'alcool* [infographie], 2017b. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/2017/Alcohol-Health-Risks-Labels.pdf?sc_lang=fr
- Schoueri-Mychasiw, N., A. Weerasinghe, T. Stockwell, K. Vallance, D. Hammond, T.K. Greenfield, J. McGavock et E. Hobin. « Use as directed: Do standard drink labels on alcohol containers help consumers drink (ir)responsibly? Real-world evidence from a quasi-experimental study in Yukon, Canada », *Drug and Alcohol Review*, vol. 40, n° 2, 2021, p. 247–257. <https://doi.org/10.1111/dar.13165>
- Schünemann, H., J. Brożek, G. Guyatt et A. Oxman. *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations*, 2013. <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>
- Shea, B.J., B.C. Reeves, G. Wells, M. Thuku, C. Hamel, J. Moran, ... et D.A. Henry. « AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both », *BMJ*, vol. 358, 2017. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Sherk, A., G. Thomas, S. Churchill et T. Stockwell. « Does drinking within low-risk guidelines prevent harm? Implications for high-income countries using the International Model of Alcohol Harms and Policies », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 81, n° 3, 2020, p. 352–361. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.352>
- Starr, C. « Social benefit versus technological risk: What is our society willing to pay for safety? », *Science*, vol. 165, n° 3899, 1969, p. 1232–1238. <https://doi.org/10.1126/science.165.3899.1232>
- Statistique Canada. *Tableau 13-10-0096-11 - Consommation abusive d'alcool, selon le groupe d'âge*, 2021. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009611&request_locale=fr
- Stockwell, T., P. Butt, D. Beirness, L. Gliksman et C. Paradis. « The basis for Canada's new low-risk drinking guidelines: A relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol use », *Drug Alcohol Review*, vol. 31, n° 2, 2012, p. 126–134. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00342.x>
- Stockwell, T., B. Priore, S. Churchill, S. Goulet-Stock, T. Naimi, A. Sherk, K. Shield et J. Zhao. *Calling time on low-risk drinking guidelines: An evaluation of alternative methods to communicate risks*



- of alcohol use to consumers, 47th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society [KSB 2022], Varsovie (Pologne), 30 mai-3 juin 2022.
- Sun, Q., W. Xie, Y. Wang, F. Chong, M. Song, T. Li, L. Xu et C. Song. « Alcohol consumption by beverage type and risk of breast cancer: A dose-response meta-analysis of prospective cohort studies », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 55, n° 3, 2020, p. 246–253.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa012>
- Sundell, L., V. Salomaa, E. Vartiainen, K. Poikolainen et T. Laatikainen. « Increased stroke risk is related to a binge-drinking habit », *Stroke*, vol. 39, n° 12, 2008, p. 3179–3184.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.520817>
- Taylor, B., H.M. Irving, F. Kanteres, R. Room, G. Borges, C. Cherpitel, T. Greenfield et J. Rehm. « The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 110, n° 1-2, 2010, p. 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.011>
- Taylor, B. et J. Rehm. « The relationship between alcohol consumption and fatal motor vehicle injury: high risk at low alcohol levels », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 36, n° 10, 2012, p. 1827–1834. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01785.x>
- Thaler, R.H. et C.R. Sunstein. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*, New Haven (Connecticut), Yale University Press, 2008.
- Thomas, G., N. Poole, L. Greaves, L. Bialystok et C. Dell. *Patterns of alcohol use among women of childbearing years in Canada: Implications for FASD prevention*, Public Health 2014, Toronto (Ont.), 26-29 mai 2014.
- Thomes, P.G., K. Rasineni, V. Saraswathi, K.K. Kharbanda, D.L. Clemens, S.A. Sweeney, ... et C.A. Casey. « Natural recovery by the liver and other organs after chronic alcohol use », *Alcohol Research: Current Reviews*, vol. 41, n° 1, 2021, article 05.
<https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.05>
- Thunderbird Partnership Foundation. *Évaluation du mieux-être des Autochtones*, Bothwell (Ont.), chez l'auteur, 2015. <https://thunderbirdpf.org/about-tpf/scope-of-work/native-wellness-assessment/?lang=fr>
- U.K. Chief Medical Officers. *UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines*, 2016.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf
- Vallance, K., T. Stockwell, A. Wetzlauffer, C. Chow, N. Giesbrecht, N. April, ... et K. Thompson. « The Canadian Alcohol Policy Evaluation project: Findings from a review of provincial and territorial alcohol policies », *Drug and Alcohol Review*, vol. 40, n° 6, 2021, p. 937–945.
<https://doi.org/10.1111/dar.13251>
- Vernooij, R.W.M., A.J. Sanabria, I. Solà, P. Alonso-Coello et L. Martínez García. « Guidance for updating clinical practice guidelines: A systematic review of methodological handbooks », *Implementation Science*, vol. 9, n° 1, 2014, article 3. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-3>
- Verrill, C., H. Markham, A. Templeton, N.J. Carr et N. Sheron. « Alcohol-related cirrhosis—early abstinence is a key factor in prognosis, even in the most severe cases », *Addiction*, vol. 104, n° 5, 2009, p. 768–774. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02521.x>



- Vieira, A.R., L. Abar, D. Chan, S. Vingeliene, E. Polemiti, C. Stevens, D. Greenwood et T. Norat. « Foods and beverages and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis of cohort studies, an update of the evidence of the WCRF-AICR Continuous Update Project », *Annals of Oncology*, vol. 28, n° 8, 2017, p. 1788–1802. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx171>
- Vinson, D.C., M. Maclure, C. Reidinger et G.S. Smith. « A population-based case-crossover and case-control study of alcohol and the risk of injury », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 64, n° 3, 2003, p. 358–366. <https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.358>
- Voas, R.B., P. Torres, E. Romano et J.H. Lacey. « Alcohol-related risk of driver fatalities: An update using 2007 data », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 73, n° 3, 2012, p. 341–350. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.341>
- Voskoboinik, A., J.M. Kalman, A. De Silva, T. Nicholls, B. Costello, S. Nanayakkara, ... et P.M. Kistler. « Alcohol abstinence in drinkers with atrial fibrillation », *New England Journal of Medicine*, vol. 382, n° 1, 2020, p. 20–28. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1817591>
- Wagenaar, A.C., M.J. Salois et K.A. Komro. « Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies », *Addiction*, vol. 104, n° 2, 2009, p. 179–190. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>
- Wagenaar, A.C., A.L. Tobler et K.A. Komro. « Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review », *American Journal of Public Health*, vol. 100, 2010, p. 2270–2278. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.186007>
- Wakefield, M.A., E. Brennan, K. Dunstone, S.J. Durkin, H.G. Dixon, S. Pettigrew et M.D. Slater. « Immediate effects on adult drinkers of exposure to alcohol harm reduction advertisements with and without drinking guideline messages: experimental study », *Addiction*, vol. 113, n° 6, 2018, p. 1019–1029. <https://doi.org/10.1111/add.14147>
- Wechsler, H. et S.B. Austin. « Binge drinking: the five/four measure », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 59, n° 1, 1998, p. 122–124. <https://doi.org/10.15288/jsa.1998.59.122>
- 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, article 398. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020398>
- Wettlaufer, A. « Can a label help me drink in moderation? A review of the evidence on standard drink labelling », *Substance Use & Misuse*, vol. 53, n° 4, 2018, p. 585–595. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1349798>
- Whiting, P., P. Davies, J. Savović, D. Caldwell et R. Churchill. *Evidence to inform the development of ROBIS, a new tool to assess the risk of bias in systematic reviews*, Bristol (Royaume-Uni), School of Social and Community Medicine, University of Bristol, 2013. https://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/social-community-medicine/robis/ROBIS%20Report%204_9.pdf
- World Cancer Research Fund International. *Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective*, Londres (Angleterre), chez l'auteur, 2018. <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/global-cancer-update-programme/table-of-contents/>
- Wu, X., X. Liu, W. Liao, N. Kang, X. Dong, T. Abdulai, ... et Y. Li. « Prevalence and characteristics of alcohol consumption and risk of type 2 diabetes mellitus in rural China », *BMC Public Health*, vol. 21, n° 1, 2021, article 1644. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11681-0>



Zhao, J., T. Stockwell, A. Roemer, T. Naimi et T. Chikritzhs. « Alcohol consumption and mortality from coronary heart disease: An updated meta-analysis of cohort studies », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 78, n° 3, 2017, p. 375–386.

<https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.375>

Zhao, J., T. Stockwell et G. Thomas. « An adaptation of the Yesterday Method to correct for under-reporting of alcohol consumption and estimate compliance with Canadian low-risk drinking guidelines », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 106, n° 4, 2015, p. e204–e209.

<https://doi.org/10.17269/cjph.106.4753>



Annexe 1

Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool : contre-analyse

Objet

Une analyse primaire a été effectuée pour orienter les décisions concernant l'élaboration de directives canadiennes sur la consommation d'alcool. Les résultats obtenus étaient un ensemble de relations de risque qui estimaient le risque de décès et d'invalidité en fonction de la consommation moyenne d'alcool au quotidien des personnes vivant au Canada.

Afin d'assurer l'exactitude de l'analyse primaire, le présent processus de contre-analyse a été conçu et entrepris. L'objectif général d'une contre-analyse est de réunir le chercheur principal et le celui de la contre-analyse et de les faire travailler avec les intrants et la méthodologie générale voulus du projet. Les deux analyses sont menées indépendamment et en parallèle, et les résultats sont par la suite comparés pour valider l'exactitude de la collecte de résultats primaire.

Méthode

Les chercheurs des deux analyses se sont réunis à plusieurs reprises pour discuter de stratégie et déterminer quels intrants bruts seraient partagés dans les deux analyses. Plus précisément :

- Définitions des fonctions de risque relatif : chaque affection attribuable à l'alcool examinée s'est vue attribuer une fonction de risque relatif dose-réponse ; la source et la définition de ces fonctions de risque ont été communiquées. Les fonctions de risque relatif ont été préparées par le chercheur primaire.
- Données sur la prévalence et la consommation : les données brutes pour le Canada ont été transformées en données sur la consommation totale et relative au sein de la population, où le sexe et l'âge constituaient les strates de population pertinentes. Les données sur la prévalence et la consommation ont été préparées par le chercheur primaire.
- Décès, années vécues avec une invalidité et incidence sur la population, par affection : les données brutes ont été regroupées et synthétisées en catégories d'affections attribuables à l'alcool pour chaque catégorie de conséquence. Les données sur les décès ont été préparées par le chercheur primaire de même que le chercheur de la contre-analyse. Les données sur les années vécues avec une invalidité et sur l'incidence ont été préparées par le chercheur primaire.

Les deux analystes ont discuté des grandes méthodologies. La méthodologie pour le risque à vie a ensuite été réalisée en R, à la fois dans l'analyse primaire et la contre-analyse, et les chercheurs ont écrit leurs scripts ou leurs paquets indépendamment. Les résultats des analyses ont été comparés afin de savoir si les différences auraient une incidence sur le projet de directives quantitatives.

Résumé de la comparaison des constats

La contre-analyse correspond presque parfaitement à l'analyse primaire, avec des différences attribuables à des écarts prévus et aléatoires dans l'exercice de création du modèle, des tirages au sort effectués tout au long du processus et de légères différences dans les choix méthodologiques



des analystes. Les petites différences entre la contre-analyse et l'analyse primaire **ne devraient pas mener à des différences d'interprétation des résultats pour le projet de directives quantitatives.**

Les figures 1 et 2 comparent les résultats de l'analyse primaire et de la contre-analyse. La figure 1 illustre les décès à vie par 1000 personnes à chaque niveau de consommation, jusqu'à une moyenne de 100 g d'éthanol par jour. La figure 2 illustre la même statistique, cette fois jusqu'à une moyenne de 40 g d'éthanol par jour. Dans chaque figure, les résultats de l'analyse primaire (avec les intervalles de confiance [IC] à 95 % associés) sont affichés en rouge, et ceux de la contre-analyse, en bleu. Dans la figure 2, il est clair que la contre-analyse a produit des résultats qui ne mèneraient pas à des différences d'interprétation considérables lors de l'élaboration de directives sur la consommation d'alcool pour la population du Canada. Une forte similarité entre la contre-analyse et l'analyse primaire est observée pour tous les niveaux moyens de consommation d'alcool inférieurs à 50 g d'éthanol par jour. Ce comportement est cohérent dans le reste des résultats de la contre-analyse, qui ont été distribués séparément.

Figure 1. Comparaison visuelle des résultats de l'analyse primaire et de la contre-analyse dans la catégorie de décès chez les hommes, avec une consommation moyenne allant de 1 à 100 g d'éthanol par jour

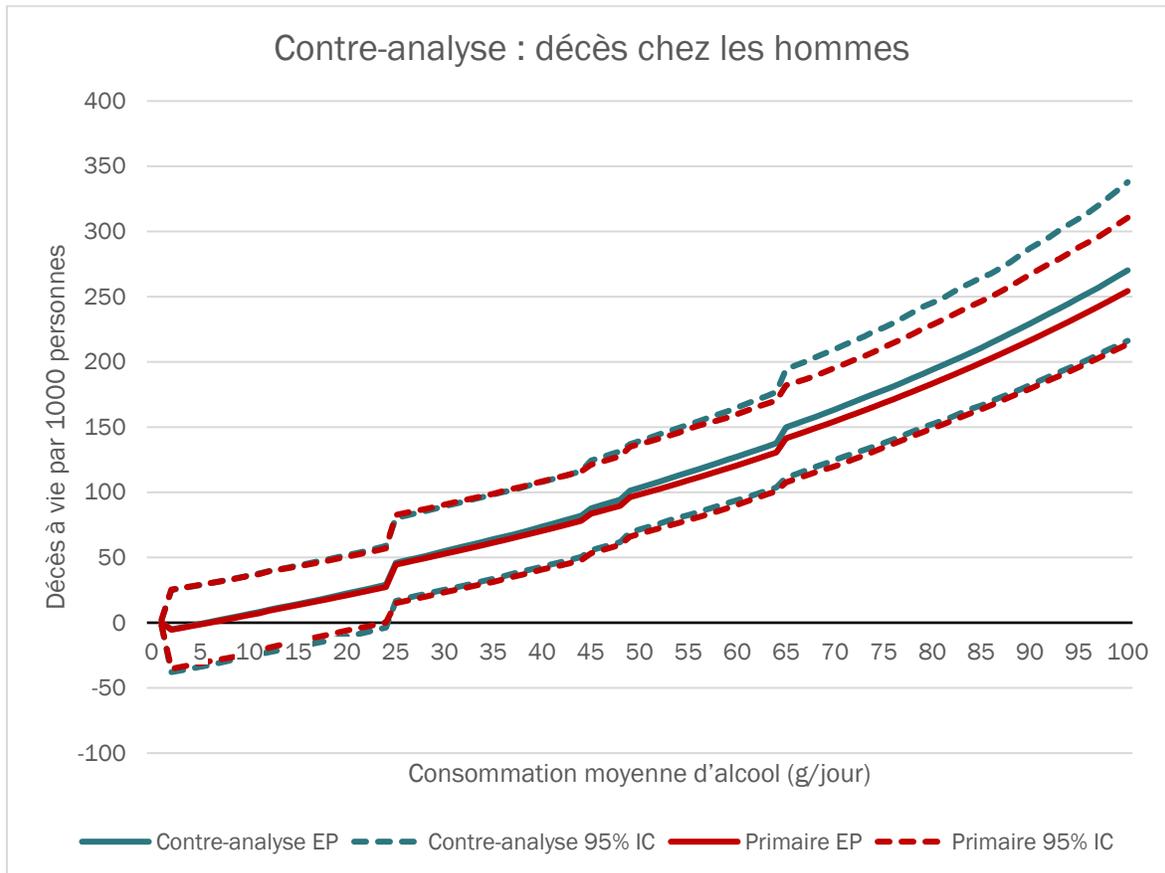
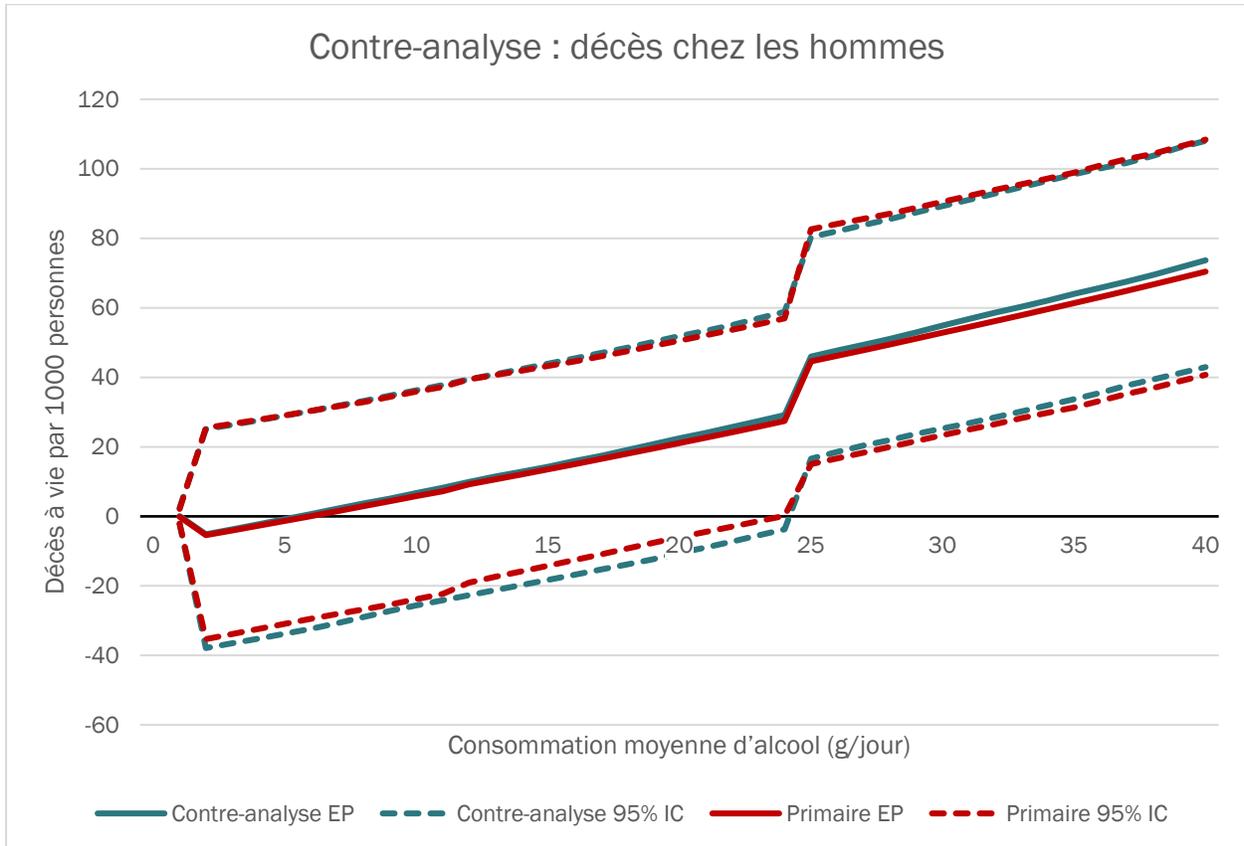




Figure 2. Comparaison visuelle entre les résultats primaires et les résultats fantômes dans la catégorie des décès masculins, avec une consommation moyenne allant de 1 à 40 g d'éthanol/jour.





Annexe 2

Tableau 1. Risque accru de maladies et blessures, à des intervalles de confiance de 95 %, chez les femmes, selon la consommation d'alcool quotidienne moyenne

Sexe / maladie ou blessure	Consommation d'alcool (g/jour)									
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Tuberculose	1,09 (1,02, 1,17)	1,20 (1,03, 1,38)	1,31 (1,05, 1,62)	1,43 (1,07, 1,90)	1,57 (1,09, 2,23)	1,71 (1,11, 2,62)	1,88 (1,12, 3,08)	2,05 (1,14, 3,61)	2,24 (1,16, 4,24)	2,46 (1,18, 4,98)
Infections des voies respiratoires inférieures	1,02 (1,00, 1,04)	1,05 (1,01, 1,09)	1,07 (1,01, 1,13)	1,10 (1,02, 1,18)	1,13 (1,02, 1,23)	1,15 (1,03, 1,28)	1,18 (1,04, 1,33)	1,21 (1,04, 1,39)	1,24 (1,05, 1,45)	1,27 (1,05, 1,51)
Tumeur maligne de la cavité à buccale et du pharynx	1,13 (1,11, 1,15)	1,28 (1,23, 1,31)	1,44 (1,36, 1,50)	1,61 (1,51, 1,71)	1,81 (1,67, 1,94)	2,03 (1,84, 2,20)	2,26 (2,03, 2,49)	2,52 (2,24, 2,80)	2,81 (2,46, 3,15)	3,12 (2,70, 3,54)
Tumeur maligne de l'œsophage	1,07 (1,06, 1,07)	1,14 (1,13, 1,15)	1,22 (1,21, 1,23)	1,30 (1,28, 1,32)	1,39 (1,37, 1,41)	1,48 (1,45, 1,52)	1,58 (1,55, 1,62)	1,69 (1,64, 1,74)	1,80 (1,75, 1,86)	1,93 (1,86, 1,99)
Tumeur maligne colorectale	1,03 (1,02, 1,04)	1,07 (1,05, 1,09)	1,11 (1,07, 1,14)	1,14 (1,10, 1,19)	1,18 (1,13, 1,24)	1,23 (1,15, 1,30)	1,27 (1,18, 1,36)	1,31 (1,21, 1,42)	1,36 (1,24, 1,48)	1,40 (1,27, 1,54)
Tumeur maligne du foie	1,02 (1,01, 1,03)	1,04 (1,02, 1,06)	1,06 (1,03, 1,09)	1,08 (1,04, 1,12)	1,10 (1,05, 1,16)	1,12 (1,06, 1,19)	1,15 (1,07, 1,23)	1,17 (1,08, 1,26)	1,19 (1,09, 1,30)	1,22 (1,10, 1,34)
Tumeur maligne du sein	1,05 (1,04, 1,06)	1,10 (1,07, 1,12)	1,15 (1,11, 1,19)	1,20 (1,15, 1,25)	1,26 (1,19, 1,33)	1,31 (1,23, 1,40)	1,38 (1,28, 1,49)	1,44 (1,32, 1,57)	1,51 (1,37, 1,66)	1,58 (1,42, 1,76)
Tumeur maligne du larynx	1,08 (1,06, 1,09)	1,16 (1,11, 1,19)	1,24 (1,18, 1,30)	1,33 (1,24, 1,42)	1,42 (1,31, 1,54)	1,52 (1,38, 1,67)	1,63 (1,46, 1,80)	1,74 (1,54, 1,95)	1,85 (1,62, 2,11)	1,98 (1,70, 2,28)
Pancréatite	0,87 (0,78, 0,98)	0,77 (0,62, 0,97)	0,72 (0,53, 0,99)	0,72 (0,50, 1,05)	0,76 (0,51, 1,15)	0,85 (0,55, 1,31)	0,98 (0,62, 1,56)	1,15 (0,69, 1,94)	1,35 (0,75, 2,45)	1,58 (0,82, 3,17)
Diabète sucré	0,78 (0,72, 0,85)	0,73 (0,65, 0,82)	0,70 (0,61, 0,80)	0,68 (0,59, 0,79)	0,67 (0,57, 0,79)	0,66 (0,55, 0,78)	0,66 (0,54, 0,79)	0,65 (0,53, 0,80)	0,65 (0,53, 0,81)	0,66 (0,52, 0,81)
Cirrhose	2,09 (1,89, 2,31)	2,82 (2,44, 3,24)	3,55 (2,98, 4,20)	4,31 (3,52, 5,23)	5,11 (4,07, 6,35)	5,97 (4,65, 7,56)	6,88 (5,26, 8,88)	7,85 (5,90, 10,32)	8,90 (6,56, 11,89)	10,01 (7,27, 13,58)
Fibrillation et flutter auriculaires	1,03 (1,02, 1,04)	1,07 (1,05, 1,08)	1,10 (1,08, 1,13)	1,14 (1,10, 1,17)	1,17 (1,13, 1,22)	1,21 (1,16, 1,27)	1,25 (1,19, 1,32)	1,29 (1,22, 1,38)	1,33 (1,25, 1,43)	1,38 (1,28, 1,49)
Hypertension	1,03 (1,00, 1,05)	1,06 (1,01, 1,11)	1,09 (1,03, 1,15)	1,12 (1,05, 1,19)	1,15 (1,06, 1,24)	1,18 (1,07, 1,30)	1,21 (1,10, 1,34)	1,25 (1,12, 1,39)	1,28 (1,14, 1,43)	1,32 (1,16, 1,50)



Sexe / maladie ou blessure	Consommation d'alcool (g/jour)									
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Maladie cardiaque ischémique	0,95 (0,76, 1,19)	0,95 (0,76, 1,19)	0,95 (0,76, 1,19)	0,95 (0,76, 1,19)	1,04 (0,80, 1,35)	1,04 (0,80, 1,35)	1,04 (0,80, 1,35)	1,04 (0,80, 1,35)	1,07 (0,83, 1,37)	1,07 (0,83, 1,37)
Accident ischémique cérébral	0,90 (0,85, 0,95)	0,90 (0,85, 0,95)	0,92 (0,87, 0,97)	0,92 (0,87, 0,97)	1,08 (1,01, 1,16)	1,14 (1,01, 1,28)				
Hémorragie cérébrale	0,92 (0,77, 1,10)	0,92 (0,77, 1,10)	0,99 (0,83, 1,19)	0,99 (0,83, 1,19)	1,25 (0,92, 1,69)	1,67 (1,26, 2,25)				
Hémorragie sous-arachnoïdienne	1,21 (0,48, 3,06)	1,21 (0,48, 3,06)	1,11 (0,33, 3,90)	1,11 (0,33, 3,90)	1,39 (0,32, 5,94)	1,82 (0,38, 10,12)				
Épilepsie	1,07 (1,05, 1,09)	1,14 (1,10, 1,17)	1,21 (1,16, 1,26)	1,29 (1,21, 1,36)	1,37 (1,27, 1,47)	1,45 (1,33, 1,58)	1,55 (1,40, 1,71)	1,64 (1,46, 1,84)	1,75 (1,54, 1,98)	1,86 (1,61, 2,14)
Blessures de la route	1,05 (1,02, 1,08)	1,10 (1,04, 1,16)	1,15 (1,07, 1,25)	1,21 (1,09, 1,35)	1,27 (1,11, 1,45)	1,33 (1,14, 1,57)	1,40 (1,16, 1,69)	1,47 (1,19, 1,82)	1,54 (1,22, 1,96)	1,62 (1,24, 2,11)
Autres blessures accidentelles	1,04 (1,03, 1,05)	1,08 (1,06, 1,10)	1,12 (1,09, 1,16)	1,17 (1,12, 1,22)	1,21 (1,15, 1,28)	1,26 (1,18, 1,35)	1,31 (1,21, 1,42)	1,36 (1,25, 1,49)	1,42 (1,28, 1,56)	1,47 (1,32, 1,64)
Blessures intentionnelles	1,13 (1,10, 1,16)	1,28 (1,21, 1,36)	1,45 (1,34, 1,58)	1,65 (1,47, 1,84)	1,87 (1,62, 2,15)	2,11 (1,79, 2,50)	2,39 (1,97, 2,91)	2,71 (2,17, 3,39)	3,07 (2,39, 3,95)	3,48 (2,63, 4,60)



Tableau 2. Risque accru de maladies et blessures, à des intervalles de confiance de 95 %, chez les hommes, selon la consommation d'alcool quotidienne moyenne

Sexe / maladie ou blessure	Consommation d'alcool (g/jour)									
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Tuberculose	1,09 (1,02, 1,18)	1,20 (1,04, 1,38)	1,31 (1,06, 1,63)	1,43 (1,08, 1,91)	1,57 (1,10, 2,25)	1,71 (1,12, 2,64)	1,88 (1,15, 3,11)	2,05 (1,17, 3,66)	2,24 (1,19, 4,30)	2,46 (1,21, 5,05)
Infections des voies respiratoires inférieures	1,02 (1,01, 1,05)	1,05 (1,01, 1,09)	1,07 (1,02, 1,14)	1,10 (1,02, 1,19)	1,13 (1,03, 1,25)	1,15 (1,03, 1,30)	1,18 (1,04, 1,36)	1,21 (1,04, 1,42)	1,24 (1,05, 1,48)	1,27 (1,05, 1,55)
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	1,13 (1,11, 1,15)	1,28 (1,24, 1,32)	1,44 (1,37, 1,51)	1,61 (1,52, 1,72)	1,81 (1,68, 1,95)	2,03 (1,86, 2,22)	2,26 (2,05, 2,51)	2,52 (2,25, 2,83)	2,81 (2,48, 3,18)	3,12 (2,73, 3,58)
Tumeur maligne de l'œsophage	1,07 (1,06, 1,07)	1,14 (1,13, 1,15)	1,22 (1,21, 1,23)	1,30 (1,28, 1,32)	1,39 (1,36, 1,42)	1,48 (1,45, 1,52)	1,58 (1,54, 1,63)	1,69 (1,64, 1,74)	1,80 (1,75, 1,87)	1,93 (1,86, 2,00)
Tumeur maligne colorectale	1,03 (1,03, 1,04)	1,07 (1,05, 1,09)	1,11 (1,08, 1,14)	1,14 (1,11, 1,19)	1,18 (1,13, 1,24)	1,23 (1,16, 1,30)	1,27 (1,19, 1,35)	1,31 (1,22, 1,41)	1,36 (1,25, 1,48)	1,40 (1,29, 1,54)
Tumeur maligne du foie	1,02 (1,01, 1,03)	1,04 (1,02, 1,06)	1,06 (1,03, 1,09)	1,08 (1,04, 1,12)	1,10 (1,05, 1,16)	1,12 (1,06, 1,19)	1,15 (1,07, 1,23)	1,17 (1,08, 1,26)	1,19 (1,09, 1,30)	1,22 (1,11, 1,34)
Tumeur maligne du sein	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)
Tumeur maligne du larynx	1,08 (1,06, 1,09)	1,16 (1,11, 1,20)	1,24 (1,18, 1,30)	1,33 (1,24, 1,42)	1,42 (1,31, 1,54)	1,52 (1,38, 1,67)	1,63 (1,45, 1,82)	1,74 (1,53, 1,97)	1,85 (1,62, 2,13)	1,98 (1,70, 2,29)
Pancréatite	1,09 (1,05, 1,13)	1,19 (1,10, 1,28)	1,30 (1,16, 1,44)	1,41 (1,21, 1,63)	1,54 (1,27, 1,85)	1,68 (1,34, 2,09)	1,84 (1,40, 2,36)	2,00 (1,47, 2,67)	2,18 (1,54, 3,02)	2,38 (1,62, 3,41)
Diabète sucré	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,01)	1,00 (0,99, 1,02)	1,01 (0,98, 1,03)	1,01 (0,98, 1,05)	1,01 (0,97, 1,06)	1,02 (0,97, 1,08)	1,02 (0,97, 1,09)	1,03 (0,97, 1,10)	1,04 (0,97, 1,11)
Cirrhose	1,16 (1,13, 1,18)	1,33 (1,28, 1,38)	1,53 (1,45, 1,62)	1,76 (1,63, 1,90)	2,02 (1,84, 2,22)	2,32 (2,08, 2,60)	2,67 (2,35, 3,05)	3,07 (2,66, 3,57)	3,53 (3,00, 4,19)	4,06 (3,39, 4,91)
Fibrillation et flutter auriculaires	1,03 (1,02, 1,04)	1,07 (1,05, 1,08)	1,10 (1,08, 1,13)	1,14 (1,10, 1,17)	1,17 (1,13, 1,22)	1,21 (1,16, 1,27)	1,25 (1,19, 1,32)	1,29 (1,21, 1,37)	1,33 (1,24, 1,42)	1,38 (1,27, 1,48)
Hypertension	1,07 (1,04, 1,10)	1,15 (1,09, 1,22)	1,19 (1,13, 1,26)	1,23 (1,16, 1,32)	1,28 (1,20, 1,37)	1,32 (1,23, 1,43)	1,34 (1,25, 1,46)	1,36 (1,27, 1,48)	1,38 (1,28, 1,50)	1,40 (1,30, 1,53)
Maladie cardiaque ischémique	0,95 (0,76, 1,20)	0,95 (0,76, 1,20)	0,95 (0,76, 1,20)	0,95 (0,76, 1,20)	1,04 (0,81, 1,36)	1,04 (0,81, 1,36)	1,04 (0,81, 1,36)	1,04 (0,81, 1,36)	1,07 (0,82, 1,41)	1,07 (0,82, 1,41)
Accident ischémique cérébral	0,92 (0,87, 0,97)	0,92 (0,87, 0,97)	0,92 (0,87, 0,97)	0,92 (0,87, 0,97)	1,08 (1,02, 1,15)	1,14 (1,01, 1,27)				



Hémorragie cérébrale	0,92 (0,78, 1,11)	0,92 (0,78, 1,11)	0,99 (0,82, 1,19)	0,99 (0,82, 1,19)	1,25 (0,93, 1,68)	1,67 (1,24, 2,22)				
Hémorragie sous-arachnoïdienne	1,21 (0,51, 2,81)	1,21 (0,51, 2,81)	1,11 (0,32, 4,00)	1,11 (0,32, 4,00)	1,39 (0,25, 6,42)	1,82 (0,32, 10,36)				
Épilepsie	1,07 (1,06, 1,09)	1,14 (1,11, 1,17)	1,21 (1,16, 1,26)	1,29 (1,22, 1,36)	1,37 (1,28, 1,47)	1,45 (1,35, 1,59)	1,55 (1,41, 1,71)	1,64 (1,48, 1,85)	1,75 (1,56, 1,99)	1,86 (1,64, 2,15)
Blessures de la route	1,08 (1,06, 1,09)	1,16 (1,12, 1,20)	1,25 (1,19, 1,31)	1,34 (1,26, 1,43)	1,44 (1,34, 1,56)	1,56 (1,42, 1,71)	1,67 (1,50, 1,87)	1,80 (1,60, 2,04)	1,94 (1,69, 2,23)	2,09 (1,79, 2,44)
Autres blessures accidentelles	1,04 (1,03, 1,05)	1,08 (1,06, 1,10)	1,12 (1,09, 1,16)	1,17 (1,12, 1,22)	1,21 (1,15, 1,28)	1,26 (1,18, 1,35)	1,31 (1,22, 1,42)	1,36 (1,25, 1,49)	1,42 (1,28, 1,56)	1,47 (1,32, 1,64)
Blessures intentionnelles	1,13 (1,10, 1,16)	1,28 (1,21, 1,36)	1,45 (1,33, 1,58)	1,65 (1,47, 1,84)	1,87 (1,62, 2,14)	2,11 (1,78, 2,49)	2,39 (1,96, 2,90)	2,71 (2,16, 3,38)	3,07 (2,38, 3,93)	3,48 (2,62, 4,58)



Annexe 3

Messages destinés aux filles et aux femmes pour compléter les Repères canadiens sur l'alcool et la santé.

Il est important que les filles et les femmes sachent ce qui suit :

- La consommation d'alcool présente des risques tant pour les hommes que pour les femmes, mais tous ne sont pas sur un pied d'égalité. En effet, l'alcool nuit davantage à l'organisme des femmes.
- L'organisme des femmes métabolise l'alcool différemment, ce qui cause davantage de problèmes de santé, plus tôt, après une consommation moindre.
- Les femmes deviennent intoxiquées plus rapidement après avoir bu moins que les hommes en raison de leur corps et de leurs organes plus petits, du fait que leur organisme contient moins d'eau, des effets hormonaux et des différentes actions enzymatiques qui décomposent l'alcool.
- L'alcool a des effets plus graves sur la santé des femmes que celle des hommes en raison de la taille, du ratio de masse grasse et d'eau, des effets hormonaux et des différentes actions enzymatiques qui décomposent l'alcool.
- La consommation d'alcool augmente le risque de cancer du sein, très fréquent chez les Canadiennes.
- Les femmes subissent plus de lésions hépatiques que les hommes pour une consommation moindre d'alcool.

Il est important que les filles et les femmes sachent ce qui suit :

- Les auteurs d'agressions sexuelles ciblent souvent une personne qui a bu de l'alcool ou qui est intoxiquée.
- Les femmes consomment souvent de l'alcool pour faire face au stress associé un traumatisme, à la VC et aux responsabilités parentales, ce qui peut mener à la détérioration de la santé, et non l'inverse.
- Les filles et les femmes ayant des antécédents de mauvais traitement durant l'enfance progressent plus rapidement de leur premier verre à l'alcoolisme

Quelques idées de messages en lien avec la grossesse :

- La consommation d'alcool durant la grossesse nuit autant la santé de la femme que celle du fœtus.
- Puisque la consommation d'alcool sécuritaire pour les femmes enceintes n'est pas connue, il est plus sage pour une femme de s'abstenir de boire si elle est enceinte.
- Le risque de méfait pour la santé de la femme et du fœtus augmente avec la quantité d'alcool consommée.
- La consommation d'alcool, surtout lorsque combinée à la malnutrition et au tabagisme, peut mener à la mort du nourrisson, à des anomalies congénitales et à des problèmes comportementaux et cognitifs permanents.
- La consommation d'alcool durant la grossesse peut augmenter le risque de fausse couche.