



Centre canadien sur  
les dépendances et  
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

[www.ccdus.ca](http://www.ccdus.ca) • [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

# Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final

Janvier 2023

# Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final

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. *Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

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. Le bailleur de fonds n'a pas influencé le contenu du document. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au [www.ccdus.ca](http://www.ccdus.ca)

This document is also available in English under the title:  
*Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report*

ISBN 978-1-77871-047-6



# Table des matières

Remerciements .....	1
Information sur ce document .....	4
Résumé grand public .....	6
Résumé technique .....	7
But et approche .....	8
Risques associés aux niveaux hebdomadaires de consommations d'alcool .....	8
Risques associés à chaque occasion de consommation.....	9
Risque lorsqu'on est enceinte, qu'on tente de le devenir ou qu'on allaite.....	10
Sexe et genre .....	10
Risque pour les femmes.....	10
Risque pour les hommes.....	11
Jeunes.....	11
Limite zéro .....	11
Raison d'être des nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé.....	12
Alcool et cancer .....	12
Alcool et maladies cardiaques .....	12
Alcool et maladies hépatiques .....	12
Alcool et violence .....	12
Implications politiques.....	13
Rapport technique.....	14
Introduction .....	14
Sensibilisation et adhésion de la population du Canada aux DCAFR 2011 .....	14
Une mise à jour s'impose.....	16
Visée et portée de ce rapport .....	17
Partie 1 : élaboration des recommandations des experts .....	17
1.1 Définir les questions de recherche .....	18



1.2 Estimer le risque à vie de décès et d'invalidité liés à l'alcool dans la population canadienne .....	18
1.3 La base de données pour l'actualisation des Directives.....	19
1.4 Tirer des conclusions et formuler des recommandations .....	20
<b>Partie 2 : données utilisées pour formuler les recommandations .....</b>	<b>21</b>
2.1 Revue des données internationales sur les effets de l'alcool sur la santé .....	21
2.1.1. Méthodes .....	21
2.1.2 Résultats .....	23
2.1.3 Qualité des données probantes .....	25
2.1.4 Implications .....	25
2.2 Modélisation mathématique du risque à vie de décès et d'invalidité, selon plusieurs niveaux de consommation moyenne d'alcool .....	26
2.2.1 Principes méthodologiques.....	26
2.2.2 Résultats et implications .....	28
2.3 Consommation d'alcool par occasion.....	35
2.4 Revues rapides .....	36
2.4.1 Lien entre la consommation d'alcool, l'agression et la violence .....	37
2.4.2 Lien entre la consommation d'alcool et la santé mentale .....	40
2.5 La santé des femmes et l'alcool .....	41
2.5.1 Quels sont les facteurs liés au sexe? .....	42
2.5.2 Quels sont les facteurs liés au genre? .....	42
2.5.3 Comment le sexe et le genre interagissent-ils et se croisent-ils avec d'autres facteurs? .....	42
2.5.4 Les effets de l'alcool sur la reproduction.....	42
2.5.5 Analyse .....	43
2.5.6 Quelques messages clés pour les femmes.....	43
2.6 Opinions, préférences et attentes des personnes vivant au Canada par rapport aux directives .....	44
2.6.1 Résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool .....	44
2.6.2 Consultation publique sur les directives de consommation d'alcool.....	45
2.6.3 Discussions avec des intervenants .....	46
2.6.4 Discussions ciblées avec des Autochtones.....	48



<b>Partie 3 : recommandations des experts .....</b>	<b>50</b>
3.1 Repères canadiens sur l'alcool et la santé.....	51
3.2 Limites.....	54
3.3 Pour aller de l'avant .....	56
3.4 Future mise à jour des Repères canadiens sur l'alcool et la santé .....	58
3.5 Conclusion.....	58
<b>Bibliographie .....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe 1 : risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool : contre- analyse.....</b>	<b>71</b>
Objet .....	71
Méthode.....	71
Résumé de la comparaison des constats .....	71
<b>Annexe 2 : intervalles de confiance pour le risque de maladie et blessure .....</b>	<b>74</b>
<b>Annexe 3 : messages destinés aux filles et aux femmes pour compléter les Repères sur l'alcool et la santé .....</b>	<b>78</b>
<b>Annexe 4 : consultation sur le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada .....</b>	<b>80</b>
Résumé grand public .....	80
Résumé technique .....	80
Rapport technique .....	81
Consultation publique : résumé des principales mesures prises.....	84



## Remerciements

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) tient à exprimer toute sa gratitude et sa reconnaissance aux personnes suivantes, pour leurs contributions au projet.

### Groupes d'experts scientifiques

Les membres des groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque nous ont fait profiter de leur expertise, de leurs conseils et d'autres contributions inestimables.

### Coprésidents du projet

- Catherine Paradis, CCDUS
- Peter Butt, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan

### Membres (en ordre alphabétique)

- Mark Asbridge, École de médecine, 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 auteur<sup>1</sup>
- Ryan McCarthy, anciennement avec le CCDUS
- 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

---

<sup>1</sup> 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.



- Samantha Wells, Institut de recherche sur les politiques de santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Matthew Young, Gambling Research Exchange Ontario, Université Carleton et CCDUS

Les membres suivants et leurs collègues ont piloté la production des rapports et revues (comme indiqué) se lesquels se fonde les Repères canadiens sur l'alcool et la santé (en ordre alphabétique) :

- Sharon Bernards, Jesus Chavarria, Jean-François Crépault, Tavleen Dhinsa, Kathryn Graham, Bryan Tanner 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
- Sam Churchill, Tim Naimi et Adam Sherk : risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool : contre-analyse (annexe 1)
- 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 (voir l'annexe 3)
- Kevin Shield : risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool

## Autres contributeurs

Le projet a 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 Edalati : aide avec tout ce qui concerne les revues des données probantes du projet
- Jennifer Reynolds : aide avec l'organisation de la première consultation publique et des consultations des acteurs concernés
- Bryce Barker, Manon Blouin, Patricia-Anne Croteau, Christina Davies, Ahmer Gulzar, Lauren Levett, Victoria Lewis, Wendy Schlachta, Virginia St-Denis, Sheena Taha, John Thurston et Lili Yan : aide avec la gestion du projet, les communications, la révision, la traduction et la planification des prochaines étapes du projet

## Observatrice

- Kate Morissette, Agence de la santé publique du Canada



## Comité exécutif

Les membres du comité exécutif des Directives de consommation d'alcool à faible risque ont généreusement fait profiter le projet de leur temps et expertise.

### Coprésidents

- Alexander Caudarella, CCDUS
- Shannon Nix, Santé Canada
- Rita Notarandrea, anciennement avec le CCDUS

### Membres (en ordre alphabétique)

- Ally Butler, Initiatives stratégiques et sur l'usage de substances, gouvernement de la Colombie-Britannique
- Ian Culbert, Association canadienne de santé publique
- Scott Hannant, CCDUS
- 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 de tous les participants : [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 organisations et 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.

Les trois documents de ce rapport ont été rendus accessibles dans le cadre d'une consultation publique tenue du 29 août au 23 septembre 2022, et le rapport a été modifié en réponse à cette consultation. L'information relative aux commentaires faits durant la consultation, et les réponses à ces commentaires, se trouvent à l'annexe 4.

### Notes terminologiques sur le sexe et le genre

La consommation d'alcool comporte des risques, des effets et des conséquences propres au sexe et au genre. En pratique, le sexe et le genre interagissent entre eux et avec d'autres caractéristiques intersectionnelles pour façonner les effets de la consommation d'alcool.

Les répercussions du sexe et du genre sur la consommation d'alcool chez certaines sous-populations comme les peuples autochtones, les personnes âgées et les minorités sexuelles et de genre demeurent trop peu étudiées ou inconnues. Au fur et à mesure que les données sur l'alcool et les habitudes sociales de consommation évoluent, il sera important de continuellement réévaluer l'incidence de l'alcool sur toutes les populations et de créer des recommandations en santé publique et en promotion de la santé appropriés pour toutes les populations.

Tout au long de ce rapport, lorsque l'on présente les risques liés au sexe, les termes femme et homme sont utilisés. Pour présenter les risques liés au genre, les termes femmes et hommes sont utilisés. Lorsqu'une section ou un sujet implique l'enchevêtrement du sexe et du genre, les termes femmes et hommes sont utilisés.



### Notes sur le verre standard

Au Canada, un verre standard contient 17,05 millilitres (13,45 grammes) 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)



# Résumé grand public

## Boire moins, c'est mieux

**On sait maintenant que même en petite quantité, l'alcool n'est pas bon pour la santé.**

La science évolue, et les recommandations sur la consommation d'alcool doivent changer.

La recherche nous apprend qu'il n'y a pas de quantités ni de sortes d'alcool bonnes pour la santé. Que ce soit du vin, de la bière, du cidre ou un shooter d'alcool fort, ça ne change rien.

Boire de l'alcool, même en petite quantité, entraîne des conséquences pour tout le monde, peu importe l'âge, le sexe, le genre, l'origine ethnique, la tolérance à l'alcool ou encore les habitudes de vie.

**C'est pourquoi si vous consommez de l'alcool, boire moins, c'est mieux!**

### La consommation d'alcool par semaine

La consommation d'alcool entraîne différentes conséquences négatives. Plus vous consommez d'alcool par semaine, plus les conséquences s'accroissent.

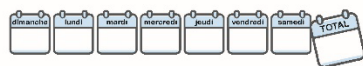


### Et si on buvait moins?

Boire moins présente des avantages pour vous-même et pour les autres. Cela réduit le risque de blessures, de violence et de plusieurs problèmes de santé, qui peuvent raccourcir la vie.

#### Voici une bonne façon d'y arriver

Calculez le nombre de verres standards que vous consommez par semaine.



Puis, fixez-vous une cible de consommation par semaine. Et, les jours où vous prenez de l'alcool, limitez votre consommation à 2 verres standards.

#### Bon à savoir

Vous pouvez réduire votre consommation d'alcool petit à petit. Chaque verre en moins compte : toute réduction est bénéfique.

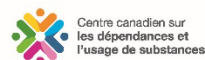
### Rajustons le tir

Quelle est votre cible de consommation par semaine?



#### Conseils pour boire moins

- Respectez les limites que vous vous fixez.
- Buvez lentement.
- N'oubliez pas de boire beaucoup d'eau.
- Prenez un breuvage non alcoolisé pour chaque verre d'alcool que vous buvez.
- Choisissez des boissons sans alcool ou avec un faible pourcentage d'alcool.
- Mangez avant ou en même temps que vous consommez de l'alcool.
- Organisez des semaines sans alcool ou des activités sans alcool.



Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a été financé par Santé Canada de produire les Repères canadiens sur l'alcool et la santé. Le présent document est un résumé grand public des nouveaux Repères. Pour en savoir plus, voir le [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca).

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023

Note. Voir <https://ccsa.ca/fr/resume-grand-public-des-reperes-canadiens-sur-lalcool-et-la-sante-boire-moins-cest-mieux> pour la version PDF de cette image.



## Résumé technique

L'alcool est une substance psychoactive consommée par environ trois quarts de la population du Canada. Il est souvent consommé lors d'événements sociaux ou pour souligner des occasions spéciales. Cependant, l'alcool peut causer des dommages à la personne qui en consomme et aussi parfois à son entourage. L'alcool est l'une des principales causes évitables de décès, d'invalidité et de problèmes sociaux, de même que de certains cancers, certaines maladies cardiovasculaires, certaines maladies hépatiques, ainsi que des blessures accidentelles et des actes de violence. En 2017, l'alcool a causé 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, dont 5,4 milliards ont été dépensés en soins de santé.

Pour prendre des décisions éclairées concernant la consommation d'alcool, les gens doivent connaître d'importantes informations sur l'alcool et la santé, évaluer leurs risques personnels et envisager de réduire leur consommation. En somme, **des données probantes confirment qu'en matière de consommation d'alcool, moins de consommation signifie moins de risques de méfaits causés par l'alcool.**

### Repères canadiens sur l'alcool et la santé

Pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool, il est **recommandé aux personnes du Canada d'envisager de réduire leur consommation d'alcool.**

Les raisons pour ce faire découlent des faits suivants :

- a) On observe un continuum de risque associé à la consommation hebdomadaire d'alcool, où le risque de méfait lié à l'alcool est :
  - **Faible** pour ceux qui consomment **2** verres standards ou moins par semaine;
  - **Modéré** pour ceux qui consomment entre **3** et **6** verres standards par semaine;
  - **Élevé** pour ceux qui consomment **7** verres standards ou plus par semaine.
- b) Consommer plus de 2 verres standards par occasion est associé à un risque accru de méfaits pour soi et les autres, comme les blessures et les actes de violence.
- c) Lorsqu'on est enceinte ou qu'on tente de le devenir, il n'y a aucune limite de consommation d'alcool sans danger.
- d) Lorsqu'on allaite, il est plus prudent de ne pas boire d'alcool.

### Sexe et genre

Au-delà de la limite supérieure du risque modéré de consommation d'alcool, les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes que les hommes.

Un plus grand nombre de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes, surtout si on considère la consommation par occasion.



## 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. Ils fournissent des renseignements précis et actuels sur les risques et les méfaits associés à la consommation d'alcool. Les Repères devraient aider les gens à prendre des décisions responsables et éclairées par rapport à leur consommation d'alcool.

Les Repères sont fondés sur le principe d'autonomie en matière de réduction des méfaits et l'idée fondamentale voulant que **la population canadienne a le droit de savoir**.

Nous espérons que les Repères seront utilisés pour élaborer des messages répondant directement aux préoccupations particulières de personnes issues de milieux divers et ayant des expériences personnelles variées. Ils devraient aider à améliorer les connaissances en matière d'alcool, en fournissant de l'information et des suggestions pour que les gens soient en mesure de faire leurs propres choix sur la quantité d'alcool qu'ils boivent. Les Repères seront utiles aux professionnels de la santé, aux médecins de famille et au personnel infirmier, qui sont des alliés essentiels pour aider les gens à évaluer leurs risques individuels de méfaits associés à la consommation d'alcool.

Les Repères canadiens sur l'alcool et la santé visent également à contribuer à une base des connaissances nécessaires pour concevoir de futures politiques et développer des ressources de prévention sur l'alcool, et ce, 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 Repères sur l'alcool et la santé 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 en 2011. Elles ont été complétées par des revues supplémentaires sur des sujets précis et des consultations avec le public et des experts.

## Risques associés aux niveaux hebdomadaires de consommations d'alcool

Tout au long de leur vie, les gens sont prêts à accepter des seuils de risque de mortalité établis. Par exemple, 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 négligeable de décès prématuré 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 un niveau de risque environ 1 000 fois plus grand que pour le risque involontaire. Par conséquent, les conseils et les recommandations sur ce type d'activités utilisent généralement un seuil de **risque faible** équivalent à un risque de **décès prématuré de 1 sur 1 000**.
- Néanmoins, il n'est pas rare que pour l'alcool, les directives se basent sur un seuil de risque 10 fois plus grand que celui pour les activités volontaires. Les recommandations sur la consommation d'alcool font souvent état d'un niveau de **risque modéré**, équivalent à un risque de **décès prématuré de 1 sur 100**.



En utilisant ces différents seuils, les estimations de ce projet permettent de présenter un continuum clair du risque selon lequel **le risque pour ceux qui consomment 2 verres standards ou moins par semaine est faible, il est modéré pour ceux qui consomment entre 3 et 6 verres standards par semaine et il est élevé pour ceux qui consomment plus de 6 verres standards par semaine**, avec des niveaux de risque de plus en plus élevé avec chaque verre supplémentaire.

Figure 1. Continuum de risque et consommation hebdomadaire moyenne d'alcool



Commencer à consommer de l'alcool ou augmenter sa consommation ne procure aucun effet bénéfique pour la santé. En revanche, toute diminution de la consommation est bénéfique, ce qui est également vrai pour les personnes qui sont incapables ou réticentes à abaisser leurs risques à des niveaux faibles ou modérés. En fait, les personnes qui consomment des niveaux élevés d'alcool ont encore plus à gagner en diminuant leur consommation autant qu'elles le peuvent.

Figure 2. Exemples graphiques d'un verre standard



## Risques associés à chaque occasion de consommation

Quelle que soit l'occasion de consommation, le risque de conséquences aiguës, comme des blessures accidentelles et des actes de violence, est fortement associé aux altérations cognitives et physiques découlant de la consommation de grandes quantités d'alcool. **Le risque de conséquences**



**négatives augmente avec chaque consommation, et au-delà de 2 verres standards par occasion, le risque de méfaits pour soi-même et autrui augmente considérablement.**

Le calage 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 un mode de consommation qui entraîne l'affaiblissement des facultés, d'un point de vue juridique, chez la plupart des gens. Il s'agit d'un facteur de risque de décès bien connu toutes causes confondues, dont celles liées à des blessures accidentelles, des actes de violence, des maladies cardiaques et de l'hypertension, à l'inflammation du système gastro-intestinal et à l'apparition d'un trouble lié à l'usage d'alcool (c.-à-d. une dépendance à l'alcool).

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

## Risque lorsqu'on est enceinte, qu'on tente de le devenir ou qu'on allaite

L'alcool est un agent tératogène qui peut causer des malformations du fœtus, lesquelles peuvent avoir des répercussions sur l'apprentissage, la santé et la vie sociale qui affecteront l'enfant toute sa vie (p. ex. lésions cérébrales, anomalies congénitales, troubles de comportement, troubles d'apprentissage et autres problèmes de santé). Dans ce cas, on parle généralement de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). Mentionnons que ces effets indésirables s'observent à des niveaux d'exposition faibles ou suivant une exposition à court terme à des niveaux élevés de consommation. C'est pourquoi **lorsqu'on est enceinte ou qu'on tente de le devenir, il n'y a aucune limite de consommation d'alcool sans danger**. La consommation d'alcool compromet la santé reproductive. Parmi les conséquences de l'alcool sur la grossesse et l'accouchement, mentionnons une augmentation du risque des fausses couches, des troubles hypertensifs de la grossesse et des anomalies placentaires.

La consommation d'alcool peut aussi nuire à l'allaitement maternel en causant une baisse de la production de lait, 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, qui métabolisent moins bien l'alcool, peuvent y être exposés. Ainsi, **aucun niveau de consommation d'alcool n'est sécuritaire pour le bébé pendant la période d'allaitement**. Consommer un verre standard à l'occasion peut aller, pourvu que ce soit prévu. Il faut environ deux heures pour que l'alcool contenu dans un verre standard soit éliminé du corps et du lait maternel.

## Sexe et genre

La consommation d'alcool et les méfaits qui y sont associés sont affectés à la fois par des différences physiologiques fondées sur le sexe et des facteurs liés au genre (p. ex. tactiques de commercialisation de l'alcool, rôles, attitudes et attentes associés aux genres). De nombreux méfaits de la consommation d'alcool sont liés au genre, notamment la stigmatisation, les agressions sexuelles et la violence conjugale.

## Risque pour les femmes

Les différences physiologiques entre les femmes et les hommes à de faibles niveaux de consommation d'alcool ne jouent que très peu sur le risque à vie de mortalité. Toutefois, il est indubitable **qu'au-delà de la limite supérieure du risque modéré de consommation d'alcool (plus**



**de 6 verres standards par semaine), les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes que les hommes.** Les enzymes, les gènes, le faible 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 exacerbent les effets de l'alcool chez les femmes, ce qui entraîne une alcoolémie plus forte, 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 dommages au foie).

## 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 dues à 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. 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 plus grand nombre de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes, surtout si on considère la consommation par occasion.**

## Jeunes

La consommation d'alcool est un grand facteur de risque comportemental de décès et de problèmes sociaux chez les jeunes et les jeunes adultes; l'alcool est par ailleurs la substance psychoactive la plus couramment consommée dans ce groupe d'âge. Une forte proportion de la consommation d'alcool chez les jeunes prend la forme de calage d'alcool, avec les risques que cela comporte (blessures, agression, violence et autres conséquences touchant les personnes de leur âge, comme la violence dans les fréquentations amoureuses et la dégradation du rendement scolaire). De plus, à nombre égal de verres consommés en une occasion, le risque de conséquences indésirables associées à la consommation d'alcool est plus grand pour les jeunes que pour les adultes. Plusieurs facteurs peuvent en être la cause : une plus grande impulsivité et une maturité affective moins développée chez les jeunes, une masse corporelle moyenne moins élevée, moins d'expérience dans la réalisation de tâches complexes rendues plus dangereuses par l'alcool (p. ex. conduire un véhicule) et une consommation plus rapide.

Pour ces raisons, les recommandations portant sur les risques associés aux niveaux hebdomadaires de consommations d'alcool et à la consommation par occasion ne s'appliquent pas aux jeunes n'ayant pas atteint l'âge légal de boire. Pour ces derniers, le principal message à retenir devrait être **d'attendre le plus longtemps possible avant de commencer à boire de l'alcool.**

## Limite zéro

Dans certaines circonstances, il vaut mieux de s'abstenir de consommer de l'alcool. Par exemple, lorsqu'on :

- Conduit un véhicule à moteur
- Utilise une machine ou un outil
- Prend un médicament ou d'autres substances qui interagissent avec l'alcool





- Fait une activité physique dangereuse
- Est responsable de la sécurité d'autres personnes
- Doit prendre d'importantes décisions

## 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 plus récentes données 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 10 principales habitudes à adopter pour prévenir le cancer.

### *Alcool et maladies cardiaques*

Après le cancer, les maladies cardiaques sont la principale cause de décès au Canada. Pendant de nombreuses années, la croyance populaire comme quoi la consommation modérée d'alcool protégeait contre les coronaropathies 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 ischémique, mais qu'il s'agit d'un facteur de risque pour la plupart des autres types de maladies cardiovasculaires**, dont l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, la fibrillation auriculaire et l'AVC hémorragique.

### *Alcool et maladies hépatiques*

Selon les statistiques, **les maladies hépatiques sont en hausse au Canada, et l'alcool en est l'une des causes principales**. Consommer d'importantes quantités d'alcool, même pour quelques journées seulement, peut mener à de l'accumulation de gras dans le foie. C'est ce que l'on appelle une stéatose hépatique liée à l'alcool. L'hépatite alcoolique est une forme encore plus grave de maladie hépatique liée à l'alcool. Elle est généralement causée par l'abus d'alcool ou, moins fréquemment, par la consommation d'une quantité importante d'alcool en peu de temps (calage d'alcool). Éventuellement, les lésions hépatiques liées à une consommation continue d'alcool peuvent mener à la formation de tissu cicatriciel dans le foie, qu'on appelle fibrose, ce qui peut entraîner une cirrhose ou un cancer du foie présentant une menace pour la vie.

### *Alcool et violence*

L'alcool est fréquemment associé aux comportements violents et agressifs, notamment la violence conjugale, la violence sexuelle homme-femme, ainsi qu'aux agressions et à 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. D'après des données probantes concordantes, il est très probable que le fait d'**éviter de boire jusqu'à l'ivresse réduise le risque de commettre des actes de violence liés à l'alcool**.



## 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 intervenants de la communauté – doivent mettre en œuvre des politiques favorisant la santé publique. Parmi ces politiques, on retrouve le renforcement de la réglementation liées à la publicité et au marketing de l'alcool, l'augmentation des restrictions sur la disponibilité physique de l'alcool et l'adoption de prix minimums pour les boissons alcoolisées.

Les personnes au Canada ont d'abord et avant tout besoin d'information cohérente et facile à utiliser au point de consommation afin de pouvoir compter le nombre de verres standards qu'elles boivent. Elles ont également droit à des informations claires et accessibles sur les considérations de santé et de sécurité des produits qu'elles achètent. Une retombée directe de ce projet est qu'un changement de politiques particulièrement efficace pourrait être **l'étiquetage obligatoire de toutes les boissons alcoolisées pour qu'elles affichent le nombre de verres standards par contenant, les Repères canadiens sur l'alcool et la santé et des mises en garde sur la santé.**



# 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 provenaient de nombreux organismes de recherche en dépendance au pays. Les Directives 2011 fournissaient 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. maladies hépatiques, 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 proposaient 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 de sensibilisation dans tout le pays (Paradis, 2016).

Cela dit, les données de recherche utilisées pour l'élaboration des DCAFR 2011 comportaient des limites importantes. Dans le [rapport technique](#) (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, 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 répondu 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 2 000 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, de cégeps et d'universités au pays 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 d'entre eux (28 %) étaient en mesure de dire exactement en quoi elles consistaient.

Au Québec, d'importantes ressources ont été investies pour diffuser et promouvoir les DCAFR (Paradis, 2016). Aucune étude n'a évalué les connaissances des Québécois sur ces Directives, mais 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., 2021).

Selon les plus récentes données de l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD, Santé Canada, 2019), une majorité des personnes vivant au 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 DCAFR. 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.

#### **DCAFR du Canada 2011**

Les DCAFR recommandent aux personnes qui consomment de l'alcool de réduire :

- 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.

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 des loisirs 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 personnes vivant au Canada âgées 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 sur les 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 qu'après l'ajustement pour le sous-signalment, 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 (International Agency for Research on Cancer, 2012; Lu et coll., 2017; Rehm et coll., 2017). Ensuite, une étude canadienne a montré que plus de 50 % des décès en Colombie-Britannique 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 en Colombie-Britannique 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, les Pays-Bas 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 des DCAFR 2011, avec des limites hebdomadaires comprises entre l'équivalent de 5,2 et 8,3 verres standards canadiens pour les femmes et les hommes<sup>2</sup>. 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 sur la société et la santé mentale étaient pris en compte.

Les DCAFR du Canada 2011 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

---

<sup>2</sup> Dans le monde, un verre standard contient de 8 à 20 grammes d'alcool pur. Au Canada, il 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.



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 membres siégeant aux divers comités du projet, en plus du soutien administratif. L'ASPC fournirait des conseils et du soutien méthodologiques.

## Visée et portée de ce rapport

Les Repères canadiens sur l'alcool et la santé visent à remplacer les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Ils fournissent des renseignements exacts et à jour sur les risques et les méfaits associés à la consommation d'alcool. Les Repères aideront les gens à prendre des décisions responsables et éclairées concernant leur consommation. Ils contribueront également à la base des connaissances nécessaires pour concevoir de futures politiques et développer des ressources de prévention sur l'alcool, et ce, 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.

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 d'actualisation suivi, afin que d'autres puissent apprendre de l'expérience canadienne. Le rapport est divisé en trois grandes 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 : élaboration des recommandations des experts

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 spécifiant 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 devaient trouver réponse au moyen d'une modélisation mathématique. Cette méthode avait déjà été utilisée pour établir les DCAFR 2011, ainsi que les directives sur la consommation d'alcool de l'Australie (National Health and Medical Research Council, 2020), du Royaume-Uni (U.K. Chief Medical Officers, 2016) et de la France (Santé publique France et Institut national du cancer, 2017). Qui plus est, depuis 2016, l'action conjointe pour la réduction des méfaits 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. Cette 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 consommation d'alcool de 2016 du Royaume-Uni (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 du Canada 2011, 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 afin de formuler les directives actualisées du Canada.

### 1.3 La base de données pour l'actualisation des Directives

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

- Une revue des données internationales sur les effets de l'alcool sur la santé
- Une modélisation mathématique du risque à vie de décès et d'invalidité, selon plusieurs niveaux de consommation moyenne d'alcool
- Une revue rapide sur l'alcool et la santé mentale
- Une revue rapide sur l'alcool et la violence
- Une 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 :

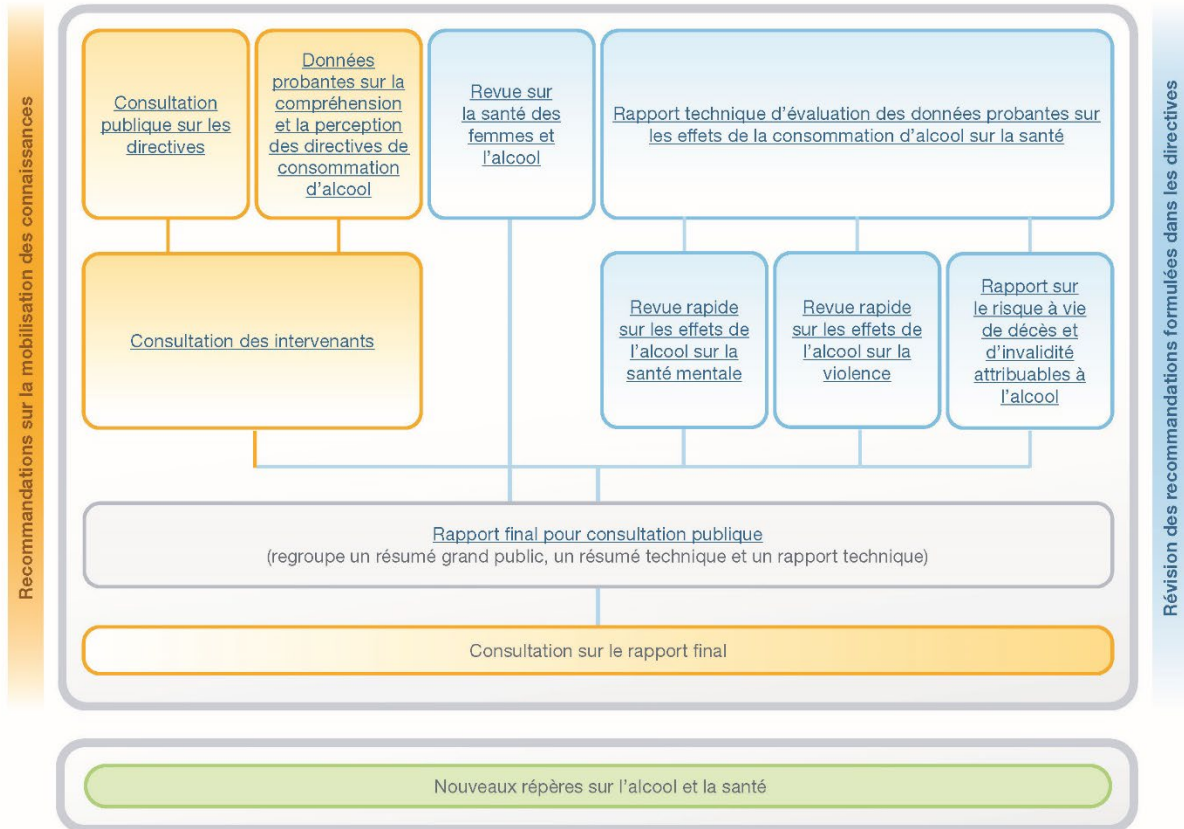
- [Résumé des données probantes sur la compréhension et la perception des directives de consommation d'alcool](#);
- Consultation publique pour savoir quels enjeux liés à l'alcool, à la santé et au bien-être sont les plus importants et les plus pertinents aux yeux des personnes au Canada;
- Discussions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

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





Figure 1. Processus suivi pour actualiser les DCAFR du Canada



Note. Voir <https://ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA-LRDG-Lower-Risk-Drinking-Guidelines-Process-and-Documentation-2023-fr.pdf> pour la version PDF de cette image.

## 1.4 Tirer des conclusions et formuler des recommandations

Ce projet a été mené durant la pandémie de COVID-19 et lors des confinements et restrictions relatives aux voyages qui en ont résulté. Par conséquent, toutes les rencontres tenues dans le cadre du projet ont eu lieu en ligne, à l'exception de la dernière rencontre de trois jours dédiée à l'analyse des résultats de la consultation publique. Malgré ce contexte difficile, les coprésidents des groupes d'experts scientifiques ont su créer un environnement virtuel propice à un dialogue respectueux et à un échange d'idées sain. Le projet comprenait trois panels d'experts scientifiques, mais en raison du chevauchement et d'un intérêt pour les activités liées à l'examen de l'ensemble des données, tous les experts ont été invités à assister à toutes les réunions des panels.

Entre septembre 2020 et octobre 2022, les membres se sont rencontrés 18 fois pour discuter du processus et des données utilisées pour formuler les recommandations. Des efforts ont été déployés pour amener les membres des groupes à participer au dialogue et à échanger de l'information dans le but d'augmenter la compréhension des problèmes et justifier le choix de position. Les principales conclusions et ententes quant aux recommandations finales sont le fruit d'un consensus.



## Partie 2 : 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 et Epistemonikos). La recherche a été restreinte aux articles publiés entre le 6 janvier 2017 et le 17 février 2021, et a permis de mettre à jour 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 doublons 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);
- Les critères de qualité méthodologique retenus avec l'outil AMSTAR 2 (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.

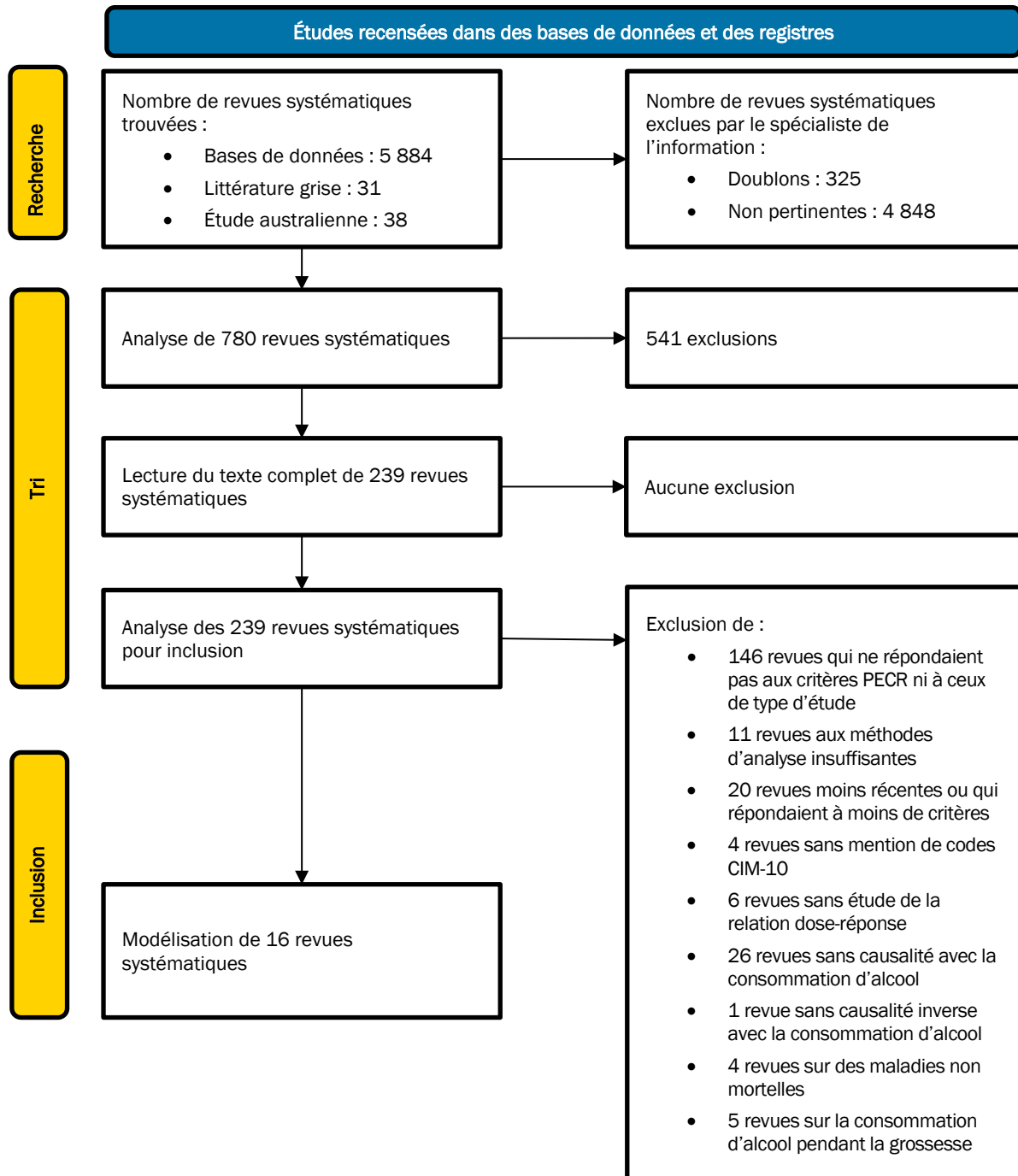


Si une catégorie de maladies ou de blessures en particulier était étudiée dans plus d'une revue systématique ou méta-analyse, la priorité allait à l'article répondant au plus grand nombre de critères de qualité méthodologique. Si plusieurs revues et méta-analyses répondaient au même nombre de critères,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

Enfin, la qualité de chaque revue systématique et méta-analyse admissible a été évaluée par deux chercheurs indépendants au moyen de deux outils d'analyse internationaux : l'outil AMSTAR 2 (AMeASurement 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. Le diagramme PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) des flux de données présenté à la figure 2 montre 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 et 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; le tableau 3 définit les risques relatifs entièrement ajustés pour les personnes de 19 à 55 ans au début de l'étude), 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 infections des voies respiratoires inférieures (Samokhvalov et coll., 2010a), l'épilepsie (Samokhvalov et coll., 2010b), les accidents ischémiques cérébraux, les hémorragies cérébrales, 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), les cancers du larynx, de la bouche, de l'oropharynx et de l'œsophage (Bagnardi et coll., 2015) et la tuberculose (Imtiaz et coll., 2017). Les risques relatifs obtenus des revues systématiques n'ont pas été ajustés en fonction de l'estimation erronée de la consommation d'alcool. Bien qu'on suppose que les études épidémiologiques médicales sous-estiment légèrement la consommation d'alcool (Stockwell, 2018), l'orientation des biais dans la mesure de la consommation d'alcool dans les études de cohorte demeure inconnue (Biemer et coll., 2013; King, 1994).

### **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 Qualité des données probantes

La qualité de chaque revue systématique retenue a été déterminée avec des évaluations AMSTAR 2 et GRADE. (Pour les évaluations AMSTAR 2 et GRADE complètes, voir [Rapport technique du projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : examen des données probantes.](#))

Les revues systématiques utilisent des questions PECR, leurs critères d'inclusion sont clairs, et la combinaison de leurs résultats statistiques s'appuie sur des méthodes rigoureuses. Ces revues examinent les relations dose-réponse au moyen d'analyses groupées – des marqueurs d'une haute qualité méthodologique. La majorité des revues systématiques retenues décrivent également en détail les études incluses et les raisons de leur inclusion, ainsi que les stratégies de recherche employées. La sélection des études incluses dans la plupart des revues a été effectuée à deux reprises de manière indépendante. L'analyse GRADE ne fait pas ressortir d'imprécision ou de données probantes indirectes dans la majorité des revues. Cependant, bon nombre des revues systématiques sélectionnées ne comportent aucune évaluation du risque de biais et présentent une hétérogénéité de données rarement justifiée, en dépit d'analyses de sensibilité. Ces facteurs ont contribué à faire baisser le score de qualité de la plupart des revues systématiques retenues, ce qui était prévisible.

Les outils d'évaluation de la qualité des revues incluses, bien qu'ils soient considérés comme les plus performants pour les essais cliniques randomisés, ne s'avèrent ni pratiques ni éthiques dans le cas des risques de la consommation d'alcool pour la santé. Par exemple, pour comparer les incidences de cancer du sein dans les deux groupes, il ne serait pas éthique de demander à un groupe randomisé de femmes de consommer de l'alcool quotidiennement pendant 10 ans, alors qu'un autre groupe aurait pour consigne de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la même période. Il se trouve qu'en alcoologie, les données probantes sont principalement issues d'études de cohorte et d'études observationnelles, et les limites de ce type d'études sont à l'origine des faibles scores de qualité obtenus pour la plupart des revues systématiques. Cependant, il ne faut aucunement en déduire que la qualité des données probantes est insuffisante pour formuler des directives sur la consommation d'alcool et la santé au Canada. Au contraire, les groupes d'experts scientifiques et l'équipe chargée d'examiner les données probantes ont estimé que les revues systématiques retenues rassemblent les meilleures et les plus récentes données probantes disponibles sur ce problème de santé publique.

### 2.1.4 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 résultats 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 AVAI<sup>3</sup>. Puisque le concept d'AVAI est plus difficile à comprendre que celui d'AVP, les experts ont arrêté leur choix sur les estimations d'AVP. Les résultats sont présentés et analysés plus loin, 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 particulier (dans ce cas-ci, les 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.

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

---

<sup>3</sup> 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.



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 moyenne 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 200 codes à trois chiffres de la Classification internationale des maladies, version 10 (CIM-10-CA) ont été inclus 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 liée à l'alcool.

### Quelles données ont changé depuis la publication des DCAFR 2011?

- Les études animales, mécaniques et épidémiologiques publiées après les DCAFR du Canada 2011 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'infections 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 International, 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 al., 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 sous-arachnoïdiennes, 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 (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 (2021) et du Système mondial d'information sur l'alcool et la santé de l'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 et coll., 2017).

### 2.2.2 Résultats et implications

Les estimations du risque relatif par cause de maladie et consommation hebdomadaire moyenne d'alcool figurent dans le tableau 1 pour les femmes et le tableau 2 pour les hommes. Les estimations du risque absolu (mesurés en AVP) par cause de maladie et consommation hebdomadaire moyenne d'alcool figurent dans le tableau 3 pour les femmes et dans le tableau 4 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. Pour le diabète sucré (femmes seulement), les accidents ischémiques cérébraux et la pancréatite (femmes seulement), l'alcool était associé à un effet protecteur pour une consommation moindre. Toutefois, pour la cardiopathie ischémique et l'hémorragie cérébrale, 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.)

**Tableau 1. Risque accru de maladies et de blessures chez les femmes, selon la consommation moyenne hebdomadaire d'alcool (verres standards par semaine)**

Maladie ou blessure	1	2	3	4	5	6	7	14	21	35
Tuberculose	3,7 %	7,5 %	11,4 %	15,5 %	19,7 %	24,1 %	26,3 %	62,4 %	105,2 %	233,3 %
Infections des voies respiratoires inférieures	1,0 %	1,9 %	2,9 %	3,9 %	4,9 %	5,9 %	6,4 %	13,7 %	21,0 %	37,6 %
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	5,1 %	10,3 %	15,8 %	21,6 %	27,6 %	33,8 %	37,0 %	89,4 %	152,3 %	338,4 %
Tumeur maligne de l'œsophage	2,7 %	5,4 %	8,2 %	11,1 %	14,1 %	17,2 %	18,7 %	42,7 %	69,1 %	139,3 %
Tumeur maligne colorectale	1,4 %	2,7 %	4,1 %	5,6 %	7,0 %	8,5 %	9,2 %	20,0 %	31,1 %	57,4 %
Tumeur maligne du foie	0,8 %	1,6 %	2,4 %	3,2 %	4,0 %	4,8 %	5,2 %	11,2 %	17,0 %	30,1 %
Tumeur maligne du sein	1,8 %	3,7 %	5,6 %	7,6 %	9,5 %	11,6 %	12,6 %	27,9 %	44,0 %	84,2 %
Tumeur maligne du larynx	3,0 %	6,0 %	9,1 %	12,3 %	15,5 %	18,8 %	20,5 %	46,3 %	73,8 %	143,5 %
Pancréatite	-5,3 %	-10,3 %	-15,0 %	-19,2 %	-22,7 %	-25,5 %	-26,7 %	-20,8 %	14,8 %	173,9 %
Diabète sucré	-15,2 %	-19,9 %	-23,0 %	-25,2 %	-26,9 %	-28,3 %	-28,9 %	-33,5 %	-34,6 %	-32,7 %
Cirrhose	61,5 %	94,3 %	124,3 %	153,3 %	182,1 %	211,0 %	225,5 %	444,7 %	685,5 %	1337,2 %
Fibrillation et flutter auriculaires	1,3 %	2,6 %	3,9 %	5,3 %	6,6 %	8,0 %	8,7 %	18,9 %	29,2 %	53,7 %
Hypertension	1,2 %	2,4 %	3,6 %	4,8 %	6,0 %	7,1 %	7,7 %	16,1 %	24,8 %	45,2 %
Maladie cardiaque ischémique	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	4,0 %	4,0 %	15,0 %
Accident ischémique cérébral	-10,0 %	-10,0 %	-10,0 %	-10,0 %	-10,0 %	-8,0 %	-8,0 %	8,0 %	8,0 %	14,0 %
Hémorragie cérébrale	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-1,0 %	-1,0 %	25,0 %	25,0 %	67,0 %
Hémorragie sous-arachnoïdienne	21,0 %	21,0 %	21,0 %	21,0 %	21,0 %	11,0 %	11,0 %	39,0 %	39,0 %	82,0 %
Épilepsie	3,1 %	5,7 %	8,3 %	11,0 %	13,8 %	16,6 %	18,0 %	40,2 %	64,5 %	129,2 %
Blessures de la route	1,9 %	3,9 %	5,9 %	8,0 %	10,1 %	12,2 %	13,3 %	29,6 %	46,8 %	90,2 %
Autres blessures accidentelles	1,6 %	3,2 %	4,8 %	6,4 %	8,1 %	9,8 %	10,6 %	23,3 %	36,5 %	68,3 %
Blessures intentionnelles	5,1 %	10,5 %	16,1 %	22,1 %	28,3 %	34,9 %	38,3 %	96,1 %	171,2 %	431,9 %

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



Tableau 2. Risque accru de maladies et de blessures chez les hommes, selon la consommation moyenne hebdomadaire d'alcool (verres standards par semaine)

Maladie ou blessure	1	2	3	4	5	6	7	14	21	35
Tuberculose	3,7 %	7,5 %	11,4 %	15,5 %	19,7 %	24,1 %	26,3 %	62,4 %	105,2 %	233,3 %
Infections des voies respiratoires inférieures	1,0 %	1,9 %	2,9 %	3,9 %	4,9 %	5,9 %	6,4 %	13,7 %	21,0 %	37,6 %
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	5,1 %	10,3 %	15,8 %	21,6 %	27,6 %	33,8 %	37,0 %	89,4 %	152,3 %	338,4 %
Tumeur maligne de l'œsophage	2,7 %	5,4 %	8,2 %	11,1 %	14,1 %	17,2 %	18,7 %	42,7 %	69,1 %	139,3 %
Tumeur maligne colorectale	1,4 %	2,7 %	4,1 %	5,6 %	7,0 %	8,5 %	9,2 %	20,0 %	31,1 %	57,4 %
Tumeur maligne du foie	0,8 %	1,6 %	2,4 %	3,2 %	4,0 %	4,8 %	5,2 %	11,2 %	17,0 %	30,1 %
Tumeur maligne du sein	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Tumeur maligne du larynx	3,0 %	6,0 %	9,1 %	12,3 %	15,5 %	18,8 %	20,5 %	46,3 %	73,8 %	143,5 %
Pancréatite	3,5 %	7,2 %	11,0 %	14,9 %	18,9 %	23,1 %	25,3 %	59,7 %	100,1 %	219,7 %
Diabète sucré	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	1,1 %	2,4 %	5,9 %
Cirrhose	6,2 %	12,4 %	18,8 %	25,6 %	32,9 %	40,5 %	44,5 %	113,6 %	207,1 %	553,0 %
Fibrillation et flutter auriculaires	1,3 %	2,6 %	3,9 %	5,3 %	6,6 %	8,0 %	8,7 %	18,9 %	29,2 %	53,7 %
Hypertension	2,8 %	5,7 %	8,7 %	11,8 %	15,0 %	16,6 %	17,4 %	29,3 %	35,9 %	47,2 %
Maladie cardiaque ischémique	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	-5,0 %	4,0 %	4,0 %	15,0 %
Accident ischémique cérébral	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	8,0 %	8,0 %	14,0 %
Hémorragie cérébrale	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-8,0 %	-1,0 %	-1,0 %	25,0 %	25,0 %	67,0 %
Hémorragie sous-arachnoïdienne	21,0 %	21,0 %	21,0 %	21,0 %	21,0 %	11,0 %	11,0 %	39,0 %	39,0 %	82,0 %
Épilepsie	3,1 %	5,7 %	8,3 %	11,0 %	13,8 %	16,6 %	18,0 %	40,2 %	64,5 %	129,2 %
Blessures de la route	3,0 %	6,1 %	9,2 %	12,5 %	15,9 %	19,3 %	21,1 %	48,8 %	80,2 %	168,0 %
Autres blessures accidentelles	1,6 %	3,2 %	4,8 %	6,4 %	8,1 %	9,8 %	10,6 %	23,3 %	36,5 %	68,3 %
Blessures intentionnelles	5,1 %	10,5 %	16,1 %	22,1 %	28,3 %	34,9 %	38,3 %	96,1 %	171,2 %	431,9 %

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

**Tableau 3. Nombre d'années de vie perdues (AVP) par 1 000 vies chez les femmes en raison de causes précises, selon la consommation moyenne hebdomadaire d'alcool (verres standards par semaine)**

Maladie ou blessure	1	2	3	4	5	6	7	14	21	35
Tuberculose	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	1,4	2,4	5,1
Infections des voies respiratoires inférieures	2,3	4,6	6,9	9,3	11,6	13,9	16,3	31,4	48,1	79,4
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	1,1	2,3	3,5	4,7	6,0	7,4	8,8	19,3	33,6	71,6
Tumeur maligne de l'œsophage	0,9	1,8	2,7	3,6	4,6	5,5	6,6	13,6	22,5	43,5
Tumeur maligne colorectale	3,8	7,6	11,4	15,3	19,2	23,2	27,2	54,0	85,0	149,3
Tumeur maligne du foie	0,5	1,1	1,6	2,2	2,7	3,3	3,9	7,6	11,7	19,8
Tumeur maligne du sein	7,6	15,3	23,2	31,1	39,3	47,5	55,9	113,3	182,2	335,5
Tumeur maligne du larynx	0,1	0,2	0,4	0,5	0,6	0,8	0,9	1,9	3,1	5,7
Pancréatite	-0,8	-1,5	-2,2	-2,8	-3,3	-3,7	-3,9	-2,9	2,6	24,3
Diabète sucré	-30,3	-39,5	-45,5	-49,8	-53,2	-55,9	-58,0	-64,9	-66,0	-59,3
Cirrhose	24,1	37,0	48,8	60,1	71,3	82,6	93,9	172,7	272,0	515,3
Fibrillation et flutter auriculaires	1,3	2,6	3,9	5,2	6,5	7,8	9,1	17,7	27,4	45,6
Hypertension	1,4	2,8	4,2	5,7	7,1	8,4	9,7	18,4	28,3	47,6
Maladie cardiaque ischémique	-39,4	-39,3	-39,3	-39,2	-39,1	-39,0	-38,9	30,3	29,7	104,8
Accident ischémique cérébral	-7,7	-7,7	-7,7	-7,7	-7,7	-6,1	-6,1	5,9	5,8	9,5
Hémorragie cérébrale	-8,5	-8,5	-8,5	-8,5	-8,4	-1,1	-1,1	25,8	25,3	64,6
Hémorragie sous-arachnoïdienne	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	4,0	4,0	14,0	13,9	28,4
Épilepsie	0,3	0,6	0,9	1,1	1,4	1,7	2,0	4,1	6,8	13,1
Blessures de la route	1,3	2,7	4,1	5,5	6,9	8,3	9,8	20,1	32,7	61,8
Autres blessures accidentelles	3,9	7,8	11,8	15,8	19,8	23,9	28,1	55,4	87,2	151,5
Blessures intentionnelles	6,2	12,8	19,7	26,9	34,5	42,5	50,8	116,7	215,7	536,0

**Tableau 4. Nombre d'années de vie perdues (AVP) par 1 000 vies chez les hommes en raison de causes précises, selon la consommation moyenne hebdomadaire d'alcool (verres standards par semaine)**

Maladie ou blessure	1	2	3	4	5	6	7	14	21	35
Tuberculose	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,7	0,8	1,7	2,9	6,0
Infections des voies respiratoires inférieures	2,1	4,1	6,1	8,1	10,2	12,2	14,3	27,6	42,3	69,6
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	1,8	3,7	5,6	7,7	9,8	12,0	14,3	31,2	54,5	115,2
Tumeur maligne de l'œsophage	2,4	4,8	7,3	9,9	12,5	15,1	17,9	37,2	61,3	117,6
Tumeur maligne colorectale	3,6	7,2	10,8	14,5	18,3	22,0	25,9	51,3	80,7	140,8
Tumeur maligne du foie	1,0	2,0	2,9	3,9	4,9	5,9	6,9	13,5	20,9	35,2
Tumeur maligne du sein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tumeur maligne du larynx	0,5	1,0	1,5	2,0	2,6	3,1	3,6	7,5	12,1	22,2
Pancréatite	0,5	0,9	1,4	1,9	2,4	2,9	3,5	7,5	12,8	26,8
Diabète sucré	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,5	0,7	2,5	5,4	12,6
Cirrhose	4,1	8,1	12,4	16,8	21,6	26,5	31,8	73,7	138,7	356,6
Fibrillation et flutter auriculaires	0,8	1,7	2,5	3,4	4,2	5,1	6,0	11,6	17,9	29,8
Hypertension	2,6	5,3	8,1	10,9	13,8	15,2	16,7	26,2	31,9	39,4
Maladie cardiaque ischémique	-64,4	-64,3	-64,1	-64,0	-63,9	-63,8	-63,7	49,9	49,0	174,0
Accident ischémique cérébral	-5,8	-5,8	-5,8	-5,8	-5,7	-5,7	-5,7	5,6	5,5	9,0
Hémorragie cérébrale	-7,7	-7,7	-7,6	-7,6	-7,6	-1,0	-0,9	23,2	22,8	57,8
Hémorragie sous-arachnoïdienne	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	2,3	2,3	8,1	8,0	16,4
Épilepsie	0,3	0,5	0,8	1,1	1,3	1,6	1,9	3,8	6,3	12,2
Blessures de la route	3,2	6,4	9,8	13,3	16,8	20,5	24,3	51,5	87,1	178,8
Autres blessures accidentelles	4,5	9,1	13,7	18,3	23,1	27,8	32,7	65,0	102,9	181,5
Blessures intentionnelles	10,8	22,1	34,0	46,5	59,7	73,5	88,0	201,7	372,4	921,4



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

Les AVP ont été utilisées pour modéliser la charge de morbidité attribuable à l'alcool puisqu'elles tiennent compte de l'âge auquel le décès survient. Le risque acceptable pour une durée de vie normale peut aussi se baser sur le nombre moyen de 17,5 AVP par décès (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). 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 1 à 35 verres standards par semaine. Tous les modèles de méfaits attribuable à l'alcool utilisent les grammes moyens d'alcool par jour. Au Canada, où un verre standard correspond à 13,45 grammes d'alcool pur, cela équivaut à boire de zéro à trois (2,97) verres standards par jour dans une semaine moyenne.

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 un verre par semaine 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 1 décès sur 1 000 (17,5 années de vie perdues sur 1 000 vies) serait de :

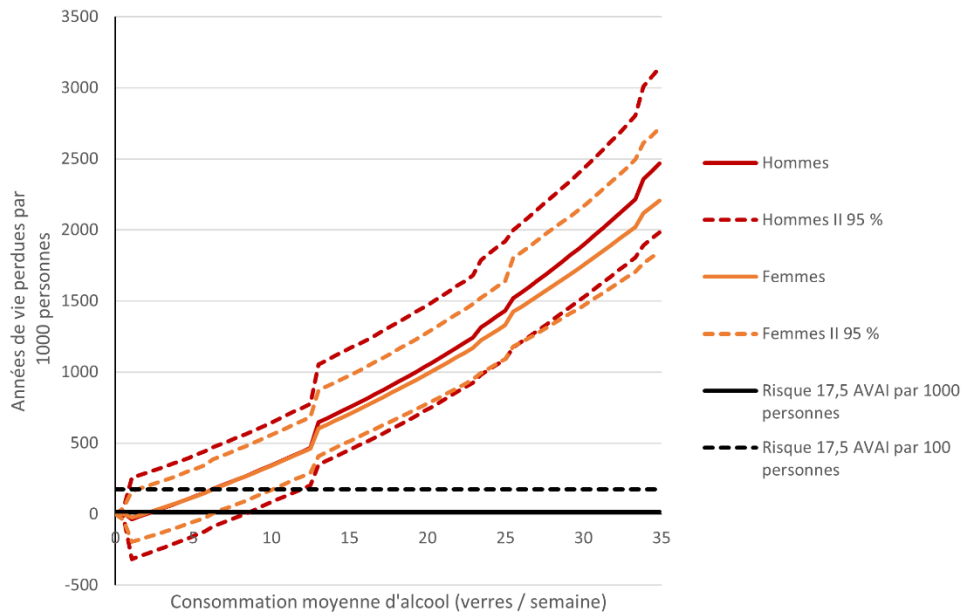
- 2 (II de 95 % : <1, 6) verres standards/semaine pour les femmes
- 2 (II de 95 % : <1, 8) verres standards/semaine pour les hommes

Le seuil de risque basé sur 1 décès sur 100 (17,5 années de vie perdues sur 100 vies) serait de :

- 6 (II de 95 % : <1, 10) verres standards/semaine pour les femmes
- 6 (II de 95 % : <1, 11) verres standards/semaine pour les hommes



**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 choisi n'a pas révélé l'existence d'un effet négatif ou protecteur significatif associé à la consommation de petites quantités; autrement dit, nous n'avons pas observé de courbe en J. Cela s'explique sans doute par le grand nombre de méta-analyses récentes et de qualité sur le lien entre la consommation moyenne d'alcool, les accidents ischémiques cérébraux et la cardiopathie ischémique. (Voir l'encadré « Quelles données ont changé depuis la publication des DCAFR 2011? » pour en savoir plus.) 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 1 000 vies et 100 vies, **le seuil de risque de la consommation d'alcool devrait être fixé à deux ou à six verres standards par semaine respectivement, pour les femmes et les hommes au Canada**.

### **Les DCAFR du Canada 2011 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 grammes/jour) et de 10 verres par semaine pour les femmes (~19 grammes/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 grammes/jour entraînerait **757 années de vie perdues par 1 000 vies**
- Chez les femmes, la consommation de 19 grammes/jour entraînerait **336 années de vie perdues par 1 000 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 tableaux 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 (2 ou moins, de 3 à 6, ou plus de 6 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 personnes au Canada sur cette question.

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 (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 coll., 2015; Vinson et coll., 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 et 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; Fillmore et Jude, 2011)<sup>4</sup>. Plus précisément, le calage d'alcool et les taux d'alcoolémie qui en résultent sont des facteurs de risque bien connus de décès toutes causes confondues, notamment de blessures accidentelles (accidents de la route, noyades, chutes), de violence physique et sexuelle, de maladies cardiovasculaires (hypertension, infarctus du myocarde, AVC), d'inflammation du système gastro-intestinal (gastrite, pancréatite aiguë) et d'apparition 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).

Beaucoup des complications découlant de l'affaiblissement des facultés et du calage d'alcool donnent lieu à des effets secondaires qui affectent d'autres personnes que celle qui boit (p. ex. violence conjugale, mauvais traitements ou négligence envers des enfants). Parce que le calage d'alcool est courant et implique d'importants volumes d'alcool, les occasions d'une telle consommation excessive représentent une proportion importante de tout l'alcool consommé par la population. Le calage d'alcool contribue aussi largement à des problèmes de santé à long terme comme les maladies hépatiques et certains cancers (Llerena et coll., 2015). Par exemple, le calage d'alcool fait augmenter les risques de cancer du sein et d'affections proliférantes bénignes des seins, puisque le taux accru d'alcoolémie excède la capacité de métaboliser et d'éliminer l'alcool. Non seulement l'alcool et ses métabolites sont-ils cancérigènes, mais la consommation de plusieurs verres en une seule occasion peut aussi faire augmenter les toxines inflammatoires, les niveaux d'hormone sexuelle et les agents mutagènes, et introduire des enzymes additionnelles pouvant occasionner la formation de cellules cancéreuses (White et coll., 2017). Ce mécanisme serait plus risqué pour les jeunes femmes, puisque les tissus mammaires sont plus susceptibles aux transformations néoplasiques entre l'apparition des premières règles et la première grossesse (Liu et coll., 2015).

Heureusement, des politiques efficaces de contrôle de la consommation 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 tel trouble 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).

## 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, sur huit sujets, le processus d'actualisation des DCAFR devait 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.

---

<sup>4</sup> 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 de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2014; Thomas et coll., 2014).



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 le [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 combler 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'agression 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. De multiples facteurs peuvent influencer le lien entre l'alcool et l'AV, dont les effets de l'alcool ressentis par les personnes qui en boivent; leur personnalité, leurs croyances et leurs attitudes, et d'autres caractéristiques; le contexte de consommation; et la culture entourant celle-ci (Choenni et coll., 2017; Exum, 2006; Graham et coll., 1997; Graham et coll., 1998; Parrott et Eckhardt, 2018).

La violence conjugale (VC), la violence sexuelle (VS) par des hommes envers des femmes et l'AV physique non conjugale et non sexuelle entre adultes (violence 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 du Canada 2011. 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 compte<sup>5</sup>. Les détails pertinents sur les constats en lien avec les différences de sexe et de genre sont signalés lorsqu'ils sont accessibles<sup>6</sup>.

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

<sup>5</sup> Dans le contexte de la présente analyse, l'agresseur est la personne ayant été violente ou agressive envers une ou plusieurs personnes. La perpétration concerne le fait de commettre des actes d'AV. Le terme « victime » désigne la ou les personnes visées par l'acte d'agression ou de violence (on parle souvent dans la littérature de victime, de cible ou de survivant), c'est-à-dire la personne victime de l'agresseur. La victimisation correspond au processus faisant d'une personne une victime. Ces termes ne visent pas à étiqueter les victimes de violence. L'emploi des termes « victime » ou « victimisation » n'a aucunement pour but d'accuser les victimes d'AV, de sous-entendre une certaine faiblesse ou culpabilité de leur part, ou encore de les stigmatiser; il ne veut pas non plus dire que l'AV devrait provoquer les mêmes réactions et répercussions chez tout le monde.

<sup>6</sup> Nous utilisons le terme « sexe/genre » dans cette analyse car, alors que certaines études ont limité leurs analyses au sexe (attributs biologiques), la consommation d'alcool et l'AV sont inextricablement liées au genre (rôles, normes, valeurs et comportements socialement construits).



System Online (MEDLINE) et Excerpta Medica Database (Embase) avec la plateforme OVID, et PubMed, 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 doublons, 2 744 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.-à-d. le fait d'avoir consommé de l'alcool au moment ou avant l'incident d'AV) était associée à la perpétration de VC, mais la force de la relation variait selon l'échantillon et le sexe/genre de l'agresseur (plus grande pour les agresseurs 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 (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 par 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 agresseurs, et certaines estimations étaient non significatives.

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

Des tailles d'effet faibles à moyennes ont été trouvées pour la relation entre la consommation d'alcool au niveau de l'événement et la perpétration de VS des hommes envers les 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 prises en compte.



## L'alcool et la victimisation par 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'agresseur, car il existe une forte corrélation entre la consommation d'alcool des agresseurs 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 (taille moyenne de l'effet), 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 données sont moins claires pour la quantité habituelle consommée par occasion (c.-à-d. nombre moyen de verres habituellement consommés) par les individus et la fréquence de la consommation d'alcool que pour l'alcool dans l'événement (c.-à-d. consommation pendant ou avant un acte d'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 testé positif 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 les 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 données accablantes montrant que la consommation d'alcool, en particulier l'intoxication, est associée à la perpétration d'AV. Certaines données indiquent aussi que l'alcool peut augmenter la gravité de l'A/V. 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 l'AV, **il est raisonnable de déduire qu'il est possible de réduire son risque de perpétrer de l'AV en limitant sa consommation d'alcool. D'après des données 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.** 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 par 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 limites 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 de l'AV qu'elle subit. Nous concluons donc que les directives de consommation d'alcool à faible risque doivent se concentrer sur la réduction de la consommation par les agresseurs 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 personnes vivant au Canada accordent à la relation entre l'alcool et la santé mentale, les experts ont décidé de commander à Cochrane Canada (Université McMaster) une mise à jour rapide d'une revue systématique portant sur les effets de la consommation d'alcool sur l'apparition de la dépression, de l'anxiété et de l'idéation suicidaire. 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 décision des experts

Avec cette mise à jour rapide, l'intention était de 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. De 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 des personnes ayant cessé de boire en raison de problèmes de santé comme des problèmes de santé mentale).

Pour 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 de 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 de consommation d'alcool en 2022, il recommandait la même limite 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 au moment 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 multipartite complète 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](#), et a récemment été rendu public (Greaves et coll., 2022). Un résumé est présenté plus



loin. 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. Chacune de ces catégories 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 et d'une élimination plus lente. Elles font généralement face à un risque de complications ou de maladies, comme les maladies hépatiques, beaucoup plus élevé en consommant des quantités moindres que les hommes. En général, les hommes sont plus susceptibles de développer un trouble lié à l'usage d'alcool, mais les femmes qui en consomment sont plus susceptibles de subir des lésions aux organes et autres complications physiques.

### **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 effets 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. Les mécanismes liés à la grossesse ont une incidence sur la pharmacocinétique de l'alcool, et les personnes enceintes se font davantage stigmatiser et faire la morale. 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 la santé reproductive, 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. D'autre part, l'alcool passe dans le lait maternel, et le nouveau-né y est donc exposé. Pendant la grossesse, l'augmentation du volume d'eau et de sang 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. Toutefois, 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 (p. ex. lésions cérébrales, anomalies congénitales, troubles du comportement, troubles d'apprentissage et autres problèmes de santé) et qu'on désigne généralement sous le nom de « trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale » (TSAF). 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 violence conjugale. 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. De l'information et des messages nuancés sur l'alcool et la consommation sûre seraient profitables 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 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 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 personnes 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 (biologiques) 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 (sociaux) 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 minorités sexuelles et de genre, 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 des personnes vivant au Canada par rapport aux 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 discussions avec des intervenants.

### 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 préparée pour le groupe d'experts sur la recherche comportementale constitué pour les directives du Royaume-Uni (Jones et 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 cette 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 taille 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 4 845 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 leurs 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, ce qui a influencé les sujets sur lesquels il a été décidé de mener des revues rapides (voir la section 2.4). 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 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 bénéfices à long terme de cette dernière.



Ces résultats rappellent l'importance d'informer les gens non seulement de l'existence des DCAFR, 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 discussion 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 intervenants 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 intervenants 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 à son lien avec la santé mentale et les 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 intervenants 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 discussions ont révélé que les intervenants croient fermement que le public devrait recevoir de l'information sur la taille d'un verre standard, la nutrition 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 de verre standard est essentiel à la compréhension des Repères canadiens sur l'alcool et la santé. Afin de respecter 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 millilitres (13,45 grammes) 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 (Osiowy 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 Repères. 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 (Osiowy 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 de souligner qu'un changement de politiques particulièrement efficace pourrait être l'étiquetage obligatoire du nombre de verres standards que contiennent toutes les boissons alcoolisées.

#### **2.6.4 Discussions ciblées avec des Autochtones**

Tout au long du projet, des discussions ciblées ont eu lieu avec les Autochtones siégeant au comité exécutif et aux 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. 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 par la réduction de la pauvreté, la sécurité du revenu, l'accès à l'emploi et la diminution du colonialisme (Czyzewski, 2011).

À plus petite échelle, les experts autochtones ont convenu que les peuples autochtones doivent participer à l'élaboration 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 culturellement appropriée 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 et à réduire leur risque de méfaits liés 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. Dans ce contexte, les experts ont convenu de remplacer les DCAFR du Canada par les **Repères canadiens sur l'alcool et la santé**.



## Repères canadiens sur l'alcool et la santé

Pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool, il est **recommandé aux personnes du Canada d'envisager de réduire leur consommation d'alcool.**

Les raisons pour ce faire découlent des faits suivants :

- a. On observe un continuum de risque associé à la consommation hebdomadaire d'alcool, où le risque de méfait lié à l'alcool est :
  - **Faible** pour ceux qui consomment **2** verres standards ou moins par semaine;
  - **Modéré** pour ceux qui consomment entre **3** et **6** verres standards par semaine;
  - **Élevé** pour ceux qui consomment **7** verres standards ou plus par semaine.
- b. Consommer plus de 2 verres standards par occasion est associé à un risque accru de méfaits pour soi et les autres, comme les blessures et les actes de violence.
- c. Lorsqu'on est enceinte ou qu'on tente de le devenir, il n'y a aucune limite de consommation d'alcool sans danger.
- d. Lorsqu'on allaite, il est plus prudent de ne pas boire d'alcool.

### Sexe et genre

Au-delà de la limite supérieure du risque modéré de consommation d'alcool, les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes que les hommes.

Un plus grand nombre de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes, surtout si on considère la consommation par occasion.

## 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, sans date; 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 1 000 (à savoir, les gens sont prêts à accepter un risque de décès prématuré de 1 sur 1 000 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 1 000 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 de risque selon lequel **le risque pour ceux qui consomment deux verres standards ou moins par semaine est faible, il est modéré pour ceux qui consomment de trois à 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**<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Les directives du BMJ sur la façon de parler du risque ont été suivies pour qualifier les zones de risque (BMJ Best Practice, sans date).





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 d'accord : plutôt que de fournir des règles et des recommandations strictes, il faut présenter à la population du Canada un continuum de risque associé à divers niveaux de consommation d'alcool. Les experts prévoient qu'un continuum de 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 décision est également une réponse directe aux souhaits des intervenants que les nouvelles directives soient largement applicables à tous les segments de la population et qu'elles fassent état des différentes habitudes de consommation et des conséquences sanitaires et sociales 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 deux verres standards ou moins par semaine; 19 % des femmes et 15 % des hommes consomment de trois à six verres standards en moyenne par semaine; et un tiers des femmes (32 %) et la moitié des hommes (49 %) consomment habituellement plus de six verres standards par semaine. Ces proportions sont tirées de sources de données de l'Organisation mondiale de la Santé (2021) et de Statistique Canada (2021).

Chez les personnes vivant au Canada âgées de 15 ans et plus, le cinquième (20 %) ne boit pas d'alcool, un autre cinquième (21 %) consomme deux verres standards ou moins par semaine en moyenne, 17 % consomment de trois à six verres standards par semaine et 40 % en consomment plus que six.

Le continuum de 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. Les experts ont examiné d'autres types de données pour appuyer les personnes au Canada qui pourraient s'interroger sur les conséquences de la consommation occasionnelle, ou sur les effets immédiats qui ne relèvent pas de la santé physique. Ce champ de recherche révèle une deuxième raison motivant la recommandation d'envisager la diminution de la consommation d'alcool : **consommer plus de deux verres standards par occasion est associé à un risque accru de méfaits pour soi et les autres, comme les blessures et les actes de violence.**

Les experts du projet sont conscients que ces nouveaux Repères canadiens sur l'alcool et la santé et le continuum de risque seront surprenants et déstabilisants pour de grands segments de la population, dont l'industrie de l'alcool, les médias et les responsables des politiques. Toutefois, le projet se fonde sur les principes de pragmatisme et d'autonomie en matière de réduction des méfaits (Hawk et coll., 2017), et l'idée fondamentale derrière ces principes est que **les gens ont 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 (Société canadienne du cancer, 2022). Il s'agit d'une grande cause de maladies hépatiques, qui sont en hausse au Canada (Frolkis et coll., 2022; Shaheen et coll., 2022). De plus, contrairement à la croyance populaire, les données actuelles montrent que boire un peu d'alcool n'a aucun effet, positif ou négatif, sur le risque de maladie cardiaque ischémique. En fait, l'alcool est un facteur de risque pour la plupart des maladies cardiovasculaires (Arora et coll., 2022), les infections des voies respiratoires inférieures



(Morojele et coll., 2021), les blessures causées par la violence (voir [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 les accidents de la route (Lyon et coll., 2019). Il est évident que les gens ne doivent pas commencer à consommer de l'alcool ou augmenter leur consommation pour des raisons de santé. Ainsi, ce projet vient confirmer que lorsqu'il est question d'alcool, **moins on boit d'alcool, moins on risque de subir des méfaits qui y sont associés**, et à partir de ce constat, il est nécessaire 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 aussi l'hypertension (Roerecke et coll., 2017) et le risque de cancer, de fibrillation auriculaire, d'AVC, de diabète, de pancréatite et de cirrhose (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 maladies infectieuses, 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; Samokhvalov et coll., 2010a; Samokhvalov et coll., 2010b; Taylor et coll., 2010).

Le fait que toute réduction de la consommation d'alcool soit bénéfique est particulièrement encourageant, car il s'applique aussi à ceux qui sont incapables ou réticents à réduire leurs risques à des niveaux bas ou modérés. En fait, les personnes qui consomment des niveaux élevés d'alcool ont encore plus à gagner en diminuant autant qu'elles le peuvent leur consommation. Il convient également de noter que les personnes qui, quel que soit le niveau de consommation, souhaitent réduire leur consommation d'alcool mais en sont incapables, peuvent consulter un professionnel de la santé à propos des diverses approches fondées sur des données probantes, y compris les médicaments et les options thérapeutiques, qui sont disponibles pour aider à réduire la consommation d'alcool (Regier et Jensen, 2021).

Le volet du projet portant sur les différences entre les femmes et les hommes a révélé des résultats étonnants, à savoir qu'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 minimes. Toutefois, les experts indiquent sans équivoque que cela ne doit pas détourner l'attention du fait **qu'au-delà de la limite supérieure du risque modéré de consommation, le risque à vie de méfait augmente de façon plus marquée chez les femmes que chez les hommes**. D'un côté, les facteurs biologiques exacerbent les effets de l'alcool, provoquant plus de méfaits et une intoxication accélérée malgré une consommation moindre chez les filles et les femmes. Par exemple, les femmes subissent plus de lésions hépatiques que les hommes pour une consommation moindre d'alcool. 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 rappellent 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 (80 % vs 77 %) et sont plus enclins à boire excessivement (28 % vs



20 %) (gouvernement du Canada, 2022). Par conséquent, ils sont surreprésentés parmi les conducteurs grièvement blessés dans des accidents liés à l'alcool (75 % vs 22 %) (Brown et coll., 2021). Ils sont aussi plus susceptibles d'être traités à l'hôpital et d'être hospitalisés pour des urgences médicales et des problèmes de santé en lien avec l'alcool (355 vs 165 hospitalisations par 100 000) (Institut canadien d'information sur la santé, 2022), de recevoir un diagnostic de trouble lié à l'usage d'alcool (4,7 % vs 1,7 %) (Pearson et coll., 2013) et de mourir de causes associées à l'alcool (7,7 % vs 2,6 %) (Organisation mondiale de la Santé, 2022). L'alcool est aussi plus fortement associé à la perpétration de la violence chez les hommes que chez les femmes. **Un plus grand nombre de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes, surtout si on considère la consommation par occasion.**

De plus, la consommation d'alcool compromet la santé reproductive. Les personnes au Canada doivent savoir que l'alcool est un agent tératogène qui peut causer des malformations du fœtus, lesquelles peuvent avoir des répercussions sur l'apprentissage, la santé et la vie sociale qui affecteront l'enfant toute sa vie (p. ex. lésions cérébrales, anomalies congénitales, troubles de comportement, troubles d'apprentissage et autres problèmes de santé). Dans ce cas, on parle généralement de trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). 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 **lorsqu'on est enceinte ou qu'on tente de le devenir, il n'y a aucune limite de consommation d'alcool sans danger.**

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. L'alcool s'infiltré dans le lait maternel par diffusion passive dans les 30 à 60 minutes suivant l'ingestion. Les nourrissons allaités peuvent donc être exposés à l'alcool par l'entremise du lait maternel, mais ils métabolisent moins bien l'alcool. C'est pourquoi **lorsqu'on allaite, il est plus prudent de ne pas boire.**

Enfin, il convient de noter que dans certaines circonstances, autres que celles liées à la santé reproductive, les principales recommandations des Repères canadiens sur l'alcool et la santé ne s'appliquent pas, et que l'abstinence est plus sûr, p. ex. lorsqu'on conduit un véhicule, qu'on utilise une machine ou un outil, qu'on prend un médicament ou d'autres substances qui interagissent avec l'alcool, qu'on pratique une activité physique dangereuse, qu'on est responsable de la sécurité des autres et qu'on doit prendre des décisions importantes.

## 3.2 Limites

Ce projet représente une synthèse des meilleures données probantes disponibles sur la relation entre la consommation d'alcool et les résultats cliniques. Toutefois, les bases de données actuelles comportent des limites qu'il est nécessaire de souligner. Notamment, aucun essai randomisé n'a étudié les effets de la consommation d'alcool sur la morbidité ou la mortalité. Comme le souligne la section 2.1.3, les études d'observation, qui constituent l'essentiel des données probantes incorporées dans ce rapport, sont sujettes à diverses menaces à la validité, principalement le fait qu'elles tiennent compte de facteurs comme l'âge et le sexe, sans tenir compte d'autres variables pouvant être de plausibles facteurs de confusion. Cela ne signifie pas pour autant que les études d'observation sont inutiles ou invalides; l'épidémiologie reconnaît de plus en plus que ce type d'études peut également viser à estimer les effets causaux (Boon et coll., 2022; Hernán, 2018).

Les études génétiques randomisées (mendéliennes) n'ont pas été incluses dans notre base de données parce qu'elles ne fournissent généralement pas d'estimations du risque pour des incréments de consommation suffisamment petits pour être utiles pour des directives, et parce qu'il



existe peu de méta-analyses d'études génétiques randomisées. Cela dit, les études génétiques ne révèlent aucun effet protecteur de la consommation d'alcool à faible volume pour les coronaropathies ou les accidents ischémiques cérébraux, ce qui va à l'encontre des constatations des études d'observation, y compris quand les deux méthodes d'analyse sont comparées avec les mêmes données (Au Yeung et coll., 2013; Chen et coll., 2008; Cho et coll., 2015; Holmes et coll., 2014; Lawlor et coll., 2013). Sur cette base, étant donné que les maladies coronariennes et les accidents ischémiques cérébraux contribuent de manière importante à la mortalité totale, il est possible que nous sous-estimions l'incidence de l'alcool sur le risque de décès prématuré comparativement à l'abstinence, particulièrement à des niveaux de consommation plus faibles.

La plupart des études incluses dans les méta-analyses utilisées pour ce projet évaluaient les résultats liés à l'alcool en fonction des niveaux moyens de consommation hebdomadaire, sans tenir compte des effets des habitudes de consommation (p. ex. caler l'alcool ou espacer la consommation sur une plus longue période) dans ces niveaux moyens. Par conséquent, nous n'avons pas pu modéliser directement les répercussions du calage d'alcool sur le risque de maladie ou de blessure. Toutefois, le calage d'alcool est indirectement représenté dans nos modèles, puisque la consommation hebdomadaire d'alcool est corrélée avec la probabilité de caler l'alcool (Stahre et coll., 2006).

Notre rapport porte principalement sur les problèmes de santé qui entraînent le décès. La littérature existante n'était pas adéquate pour caractériser la relation entre la consommation d'alcool et les troubles de santé graves n'entraînant pas la mort. On parle entre autres de troubles de santé mentale et de nombreuses conséquences dans la sphère sociale. Bien que ce projet ait examiné l'association entre l'alcool, l'agression et la violence, les futures directives sur l'alcool devraient viser à intégrer d'autres enjeux sociaux tels que la négligence, la criminalité et les performances professionnelles ou scolaires. Notre rapport ne couvre pas non plus les conséquences non tangibles de la consommation d'alcool, dont les souffrances associées aux effets indésirables de la consommation d'alcool, ou encore le plaisir social qui y est lié.

Ce projet et ses conclusions se fondent en grande partie sur les moyennes de la population et ne s'appliquent pas forcément à toutes les personnes et leurs circonstances sociocomportementales, génétiques et médicales, pas plus qu'ils ne tiennent compte du risque et des facteurs protecteurs aux niveaux communautaire, familial et individuel. Tel que mentionné plus loin, ces enjeux devront être abordés durant la prochaine phase du projet qui portera sur la diffusion, l'appropriation et l'utilisation des Repères. L'individualisation du risque devrait être un objectif important des activités de mobilisation des connaissances de ce projet.

Enfin, les paramètres du projet n'ont pas permis d'analyser en détail la corrélation entre la consommation d'alcool et les méfaits chez les jeunes, particulièrement ceux n'ayant pas encore atteint l'âge légal de boire. C'est un sujet qui devrait être approfondi. Il est bien connu que l'alcool est la substance psychoactive la plus couramment consommée chez les jeunes et qu'il constitue le principal facteur de risque comportemental de décès et de problèmes sociaux pour ce groupe d'âge (American College Health Association, 2016; Santé Canada, 2015, 2021; Pearson et coll., 2013). Une proportion élevée de l'alcool consommé par les jeunes est bue dans un contexte de calage d'alcool, avec les risques concomitants d'altérations du développement cérébral et des fonctions cognitives (Carson, 2015; Crews et coll., 2016; Spear, 2018). Le calage d'alcool augmente aussi le risque de blessure, d'agression, de violence et d'autres conséquences liées à l'âge, dont la violence dans les fréquentations amoureuses et la dégradation du rendement scolaire (American College Health Association, 2016; Santé Canada, 2015, 2021). Pour le même nombre de verres consommés en une seule occasion, le risque d'issues indésirables associées à la consommation d'alcool est plus marqué chez les jeunes que chez les adultes. Plusieurs facteurs peuvent en être en



cause : une plus grande impulsivité et une maturité affective moins développée chez les jeunes, une masse corporelle moyenne moins élevée, moins d'expérience dans la réalisation de tâches complexes rendues plus dangereuses par l'alcool et une consommation plus rapide (Crews et coll., 2016). Pour ces raisons, **le conseil prudent pour les jeunes est d'attendre le plus longtemps possible avant de commencer à boire de l'alcool.**

### 3.3 Pour aller de l'avant

À la lumière des nouveaux Repères 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 – des messages qui les aideront à faire des choix.** Par exemple, des 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, chez qui boire jusqu'à l'intoxication est banalisé. Par exemple, il faut corriger la croyance répandue chez les hommes selon laquelle la consommation d'alcool serait une raison justifiant les comportements risqués et agressifs. Il faut leur rappeler de redoubler de vigilance lorsqu'ils boivent de l'alcool, afin d'éviter les blessures et les méfaits infligés à eux ou à autrui en raison de leur consommation. D'autres recommandations et suggestions, particulièrement en lien avec le sexe et le genre, ont 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).

Par ailleurs, l'individualisation du risque doit être un objectif important des activités de mobilisation des connaissances entreprises pour ce projet. Il faudra impliquer les professionnels de la santé, les médecins de famille et le personnel infirmier, qui sont des alliés essentiels ayant une crédibilité auprès des patients et du grand public pour expliquer le continuum de risque associé à l'alcool. Ils pourraient apporter une contribution précieuse aux soins de santé en réduisant les coûts directement liés à l'alcool; nous reviendrons sur la question plus loin.

La population du Canada doit « Connaître les faits. Analyser les fictions. Agir en conséquence » 8. 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, l'alcool a reçu l'étiquette de « plaisir coupable ». 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 au Canada qui souhaitent passer à une zone moins risquée du continuum des risques liés 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, un changement de culture s'impose (Johnston, 2014). 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 favoriser l'adhésion aux Repères 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 qu'ils puissent bien faire le suivi de leur consommation en

---

<sup>8</sup> Traduction libre des propos d'Alec Bruce dans un article d'opinion publié dans le *Globe and Mail* le 12 novembre 2021 (Bruce, 12 novembre 2021).



verres standards. La bière demeure la boisson alcoolisée de choix des personnes au Canada, mais la croissance du mouvement du brassage artisanal entraîne l'offre de produits d'une variété de teneur en alcool et de formats de cannettes et de bouteilles à consommer à la maison. 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 reconnaissance qu'un changement de politiques particulièrement efficace pourrait **être l'étiquetage obligatoire de toutes les boissons alcoolisées pour qu'elles affichent le nombre de verres standards par contenant.**

Bon nombre d'études montrent que les gens ont plus de chances de suivre des recommandations 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'étiquetage obligatoire de toutes les boissons alcoolisées avec des mises en garde sur la santé et les Repères canadiens sur l'alcool et la santé serait également adéquat et efficace.** 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. Ces étiquettes peuvent 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. Les politiques économiques et les interventions efficaces 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'alcool est l'une des principales causes évitables de décès, d'invalidités, de blessures, d'accidents et de problèmes sociaux. En 2017, l'alcool a entraîné 18 000 décès au Canada; l'année précédente, environ 77 000 hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool sont survenues, soit 212 hospitalisations par jour en moyenne (Institut canadien d'information sur la santé, 2022). L'étude Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les 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, dont 5,4 milliards sont consacrés aux soins de santé, soit bien plus que les coûts directs associés au tabac (12,3 milliards), aux opioïdes (5,9 milliards) ou au cannabis (3,2 milliards) et ce qui dépasse 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 \$ par personne annuellement (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020).

### 3.4 Future mise à jour des Repères canadiens sur l'alcool et la santé

Nous recommandons que les Repères canadiens sur l'alcool et la santé soient régulièrement revus, à mesure que le domaine de l'épidémiologie de l'alcool se développe. Plus précisément, une mise à jour devrait être demandée lorsque :

- Des méthodes émergentes ou améliorées seront disponibles pour remédier aux limitations mentionnées précédemment;
- La disponibilité des données changera. Par exemple, lorsque des études de qualité sur les affections causées par l'alcool, comme les troubles de santé mentale, deviendront disponibles, ou lorsque des données identifieront de nouvelles affections causées par l'alcool qui sont actuellement peu ou pas reconnues. Cela pourrait être le cas pour des affections telles que le mélanome et les cancers de la prostate, du pancréas et de l'estomac, pour lesquels des données indiquant que la consommation d'alcool pourrait représenter un facteur de risque s'accumulent;
- La prévalence de la consommation d'alcool changera au sein de la population, de nouveaux segments de la population deviendront particulièrement à risque ou de nouvelles habitudes de consommation, comme la polyconsommation, apparaîtront.

### 3.5 Conclusion

Les 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 du projet. On espère que ces travaux seront utiles aux personnes 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. Les Repères ont été mis au point pour les aider à prendre des décisions éclairées concernant leur consommation d'alcool.

Les Repères sur l'alcool et la santé exigent un changement de culture 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. Les experts espèrent que les données examinées et présentées dans ce document inciteront les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral à mettre en place des politiques en matière d'alcool axées sur la réduction des méfaits ainsi que 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*, vol. 63, n° 2, 2022, p. 286–300.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.03.025>
- American College Health Association. *National College Health Assessment II: Canadian reference group, executive summary, spring 2016*, Hanover (MD), chez l'auteur, 2016.  
<https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II%20SPRING%202016%20CANADIAN%20REFERENCE%20GROUP%20EXECUTIVE%20SUMMARY.pdf>
- Arora, M., A. ElSayed, B. Beger, P. Naidoo, T. Shilton, N. Jain, ... et B.M. Champagne. « The impact of alcohol consumption on cardiovascular health: Myths and measures », *Global Heart*, vol. 17, n° 1, 2022, article 45. <https://doi.org/10.5334/gh.1132>
- 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>
- Au Yeung, S.L., C. Jiang, K.K. Cheng, B.J. Cowling, B. Liu, W. Zhang, ... et C.M. Schooling. « Moderate alcohol use and cardiovascular disease from Mendelian randomization », *Plos One*, vol. 8, n° 7, 2013, p. e68054. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068054>
- 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, Y. Dufresne, R. Morin, N. April, V. Lelair, ... et C. Ouellet. *La consommation d'alcool : qu'en pense la population du Québec?*, Québec (Qc), 2021.  
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2772-consommation-alcool-population-quebec.pdf>
- Biemer P.P., R.M. Groves, L.E. Lyberg, N.A. Mathiowetz et S. Sudman (éd.). *Measurement errors in surveys*, Hoboken (NJ), John Wiley & Sons, 2013.
- 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/>
- Boon, M.H., J. Burns, P. Craig, U. Griebler, T.L. Heise, S.V. Katikireddi, ... et L. Bero. « Value and challenges of using observational studies in systematic reviews of public health interventions », *American Journal of Public Health*, vol. 112, n° 4, 2022, p. 548–552.  
<https://doi.org/10.2105/ajph.2021.306658>
- 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%20Orisk%20guidelines.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brown, S.W., W.G.M. Vanlaar, R.D. Robertson et Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada. *Le problème des collisions liées à l'alcool et aux drogues au Canada : 2016*, Ottawa (Ont.), Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé, 2021. <https://ccmta.ca/web/default/files/PDF/CCMTA.2016%20Alcohol%20and%20Drug%20Crash%20Problem%20Report%20FR.%20MAR2021.pdf>
- Bruce, A. « Drinking skyrocketed during COVID-19. Why's it so hard to learn the facts about alcohol? », *Globe and Mail*, 12 novembre 2021. <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-drinking-skyrocketed-during-covid-19-whys-it-so-hard-to-learn-the/>
- 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>
- Carson, A. « Alcohol and the developing adolescent brain: Evidence review », *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, vol. 45, n° 1, 2015, p. 12-14. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2015.103>
- 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*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 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](https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf)
- Chen, L., G. Davey Smith, R.M. Harbord et S.J. Lewis. « Alcohol intake and blood pressure: a systematic review implementing a Mendelian randomization approach », *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 3, 2008, p. e52. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050052>



- 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>
- Cho, Y., S.-Y. Shin, S. Won, C.L. Relton, G. Davey Smith et M.-J. Shin. « Alcohol intake and cardiovascular risk factors: A Mendelian randomisation study », *Scientific Reports*, vol. 5, 2015, article 18422. <https://doi.org/10.1038/srep18422>
- Choenni, V., A. Hammink et D. van de Mheen. « Association between substance use and the perpetration of family violence in industrialized countries: A systematic review », *Trauma Violence Abuse*, vol. 18, n° 1, 2017, p. 37–50. <https://doi.org/10.1177/1524838015589253>
- 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, 2015. [https://www.nhtsa.gov/staticfiles/nti/pdf/812117-Drug\\_and\\_Alcohol\\_Crash\\_Risk.pdf](https://www.nhtsa.gov/staticfiles/nti/pdf/812117-Drug_and_Alcohol_Crash_Risk.pdf)
- Crews, F.T., R.P. Vetreno, M.A. Broadwater et D.L. Robinson. « Adolescent alcohol exposure persistently impacts adult neurobiology and behavior », *Pharmacological Reviews*, vol. 68, n° 4, 2016, p. 1074–1109. <https://doi.org/10.1124/pr.115.012138>
- Czyzewski, K. « Colonialism as a broader social determinant of health », *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*, 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>
- Exum, M.L. « Alcohol and aggression: An integration of findings from experimental studies », *Journal of Criminal Justice*, vol. 34, n° 2, 2006, p. 131–145. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2006.01.008>



- 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? », *American Journal on Addictions*, vol. 20, 2011, p. 468–475. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00156.x>
- Frolkis, A., M. Borman, M. Sadler, S. Congly, H. Nguyen, S. Lee, ... et A.A. Shaheen. « Increased hospital admissions for alcohol-associated hepatitis during the COVID-19 pandemic in Alberta, Canada: A retrospective cohort study », *Journal of Hepatology*, vol. 77, 2022, p. S143. [https://doi.org/10.1016/S0168-8278\(22\)00665-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8278(22)00665-1)
- Gouvernement du Canada. *Consommation d'alcool chez les Canadiens*, 2022. <https://sante-infobase.canada.ca/alcool/esccad/>
- Graham, K., S. Wells et P. West. « A framework for applying explanations of alcohol-related aggression to naturally occurring aggressive behavior », *Contemporary Drug Problems*, vol. 24, n° 4, 1997, p. 625–666. <https://doi.org/10.1177/009145099702400402>
- Graham, K., K. Leonard, R. Room, T.C. Wild, R.O. Pihl, C. Bois et E. Single. « Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression », *Addiction*, vol. 93, n° 5, 1998, p. 659–676. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9356593.x>
- Greaves, L., N. Poole et A.C. Brabete. « Sex, gender, and alcohol use: implications for women and low-risk drinking guidelines », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, n° 8, 2022, article 4523. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084523>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage des 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>
- Hawk, M., R. Coulter, J. Egan, S. Fisk, M. Friedman, M. Tula et S. Kinsky. « Harm reduction principles for healthcare settings », *Harm Reduction Journal*, vol. 14, n° 1, 2017, article 70. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4>
- 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>
- Hernán, M.A. « The C-word: Scientific euphemisms do not improve causal inference from observational data », *National Library of Medicine*, vol. 108, n° 5, 2018, p. 616–619. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304337>
- 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>
- Holmes, M.V., C.E. Dale, L. Zuccolo, R.J. Silverwood, Y. Guo, Z. Ye, D. Prieto-Merino, ... et J.P. Casas. « Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data », *BMJ*, vol. 349, 2014, p. g4164.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.g4164>
- Intiaz, 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?*, Copenhague, 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](https://www.drugsandalcohol.ie/25026/1/LJMU_CMO-Alcohol-Guidelines-Behavioural-Review.pdf)
- King, A.C. « Enhancing the self-report of alcohol consumption in the community: Two questionnaire formats », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 2, 1994, p. 294–296.  
<https://doi.org/10.2105/ajph.84.2.294>
- 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 (éd.). *Harm to others from drinking: Patterns in nine societies*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329393>
- Lawlor, D.A., B.G. Nordestgaard, M. Benn, L. Zuccolo, A. Tybjaerg-Hansen et G. Davey Smith. « Exploring causal associations between alcohol and coronary heart disease risk factors: findings from a Mendelian randomization study in the Copenhagen General Population Study », *European Heart Journal*, vol. 34, n° 32, 2013, p. 2519–2528. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs081>
- 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, no 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>
- Liu, Y., N. Nguyen et G.A. Colditz. « Links between alcohol consumption and breast cancer: A look at the evidence », *Women's Health*, vol. 11, n° 1, 2015, p. 65-77. <https://doi.org/10.2217/WHE.14.62>
- 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>
- Lyon, C., S. Brown, W. Vanlaar et R. Robertson. *Sondage sur la sécurité routière 2019 : attitudes et pratiques associées à l'alcool au volant au Canada*, Ottawa (Ont.), Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 2019.
- 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>
- Morojele, N.K., S.V. Shenoi, P.A. Shuper, R.S. Braithwaite et J. Rehm. « Alcohol use and the risk of communicable diseases », *Nutrients*, vol. 13, n° 10, 2021, article 3317. <https://doi.org/10.3390/nu13103317>
- 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. 3, n° 3, 2004. [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter\\_Number3.pdf](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. *Global Information System on Alcohol and Health*, 2021. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>
- Organisation mondiale de la Santé. *Alcool : principaux repères*, 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- 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>



- Parrott, D.J. et C.I. Eckhardt. « Effects of alcohol on human aggression », *Current Opinion in Psychology*, vol. 19, 2018, p. 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.023>
- 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>
- Pearson, C., T. Janz et J. Ali. *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2013.
- 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>
- Santé Canada. *Résumé des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE)*, 2015. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/sommaire-2014-2015.html>
- 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 Ontario. *Alcool : connaissance et compréhension des Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) du Canada* [infographie], 2017a. [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/2017/alcohol-irdg.pdf?sc\\_lang=fr](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](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/A/2017/alcohol-health-risks-labels.pdf?sc_lang=fr)
- Regier, L. et B. Jensen. *Substance use disorder (SUD)/addiction: Overview & tx considerations*, 2021. <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/CHT-Substance-Abuse.pdf>
- 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 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>
- 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>
- Shaheen, A.A., K. Kong, C. Ma, S. Doktorchik, C.S. Coffin, M.G. Swain, K.W. Burak, ... J.G. Abraldes. « Impact of the COVID-19 pandemic on hospitalizations for alcoholic hepatitis or cirrhosis in Alberta, Canada », *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, vol. 20, n° 5, 2022, p. e1170–e1179. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.10.030>
- 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>





- Société canadienne du cancer. *Des faits qui dégrisent à propos de l'alcool et du risque de cancer*, 2022. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/reduce-your-risk/limit-alcohol/some-sobering-facts-about-alcohol-and-cancer-risk>
- Spear, L.P. « Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour », *Nature Review Neuroscience*, vol. 19, n° 4, 2018, p. 197–214. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>
- Stahre, M., T. Naimi, R. Brewer et J. Holt. « Measuring average alcohol consumption: The impact of including binge drinks in quantity–frequency calculations », *Addiction*, vol. 101, n° 12, 2006, p. 1711–1718. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01615.x>
- 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](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, Varsovie (Pologne), 30 mai au 3 juin 2022.
- Stockwell, T., J. Zhao, A. Sherk, J. Rehm, K. Shield et T. Naimi. « Underestimation of alcohol consumption in cohort studies and implications for alcohol's contribution to the global burden of disease », *Addiction*, vol. 113, n° 12, 2018, p. 2245–2249. <https://doi.org/10.1111/add.14392>
- 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*, Toronto (Ont.), Santé publique, 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/evaluation-du-mieux-etre-des-autochtones/?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](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)
- Vallance, K., T. Stockwell, A. Wettlaufer, 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>
- White, A.J., L.A. DeRoo, C.R. Weinberg et D.P. Sandler. « Lifetime alcohol intake, binge drinking behaviors, and breast cancer risk », *American Journal of Epidemiology*, vol. 186, n° 5, 2017, p. 541–549. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx118>
- 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 (R.-U.), 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](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 (R.-U.), 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 quotidienne d'alcool 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 primaire et 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 dossiers 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 1 000 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 primaires 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**

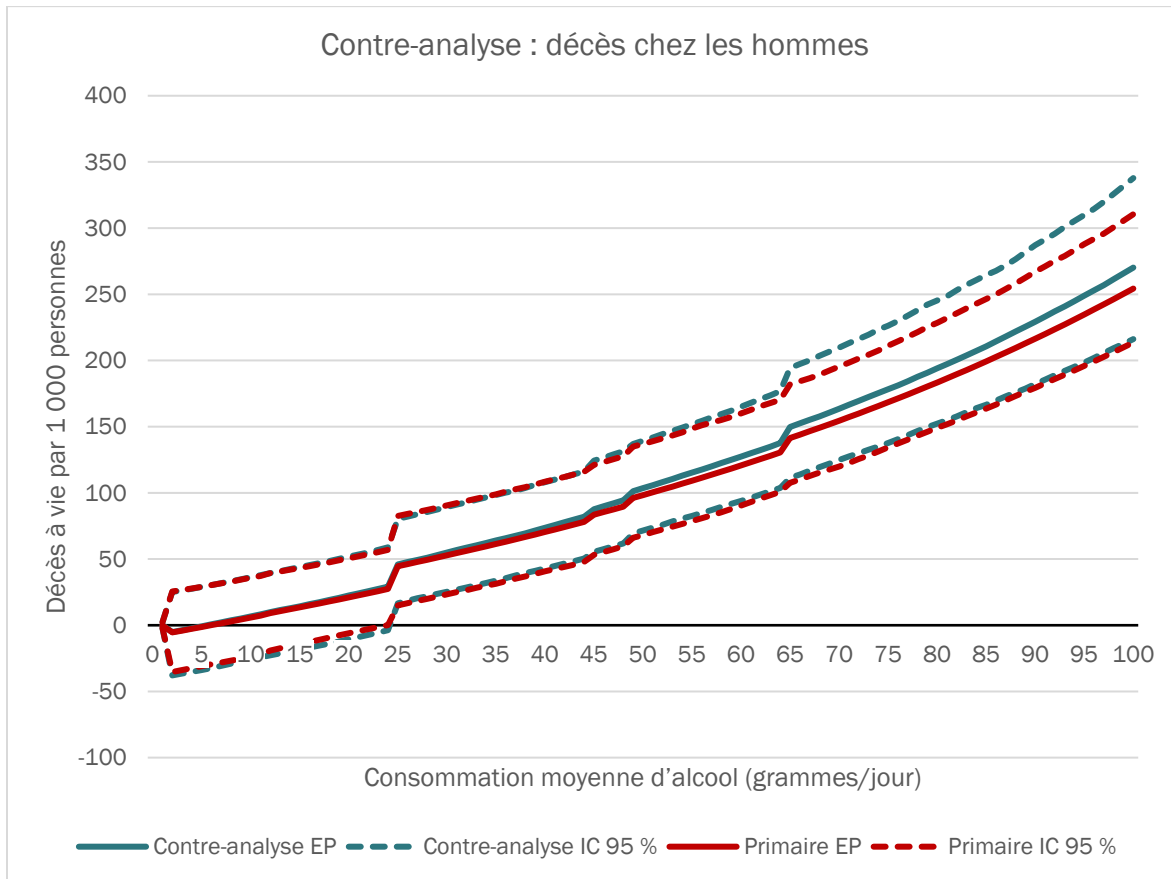
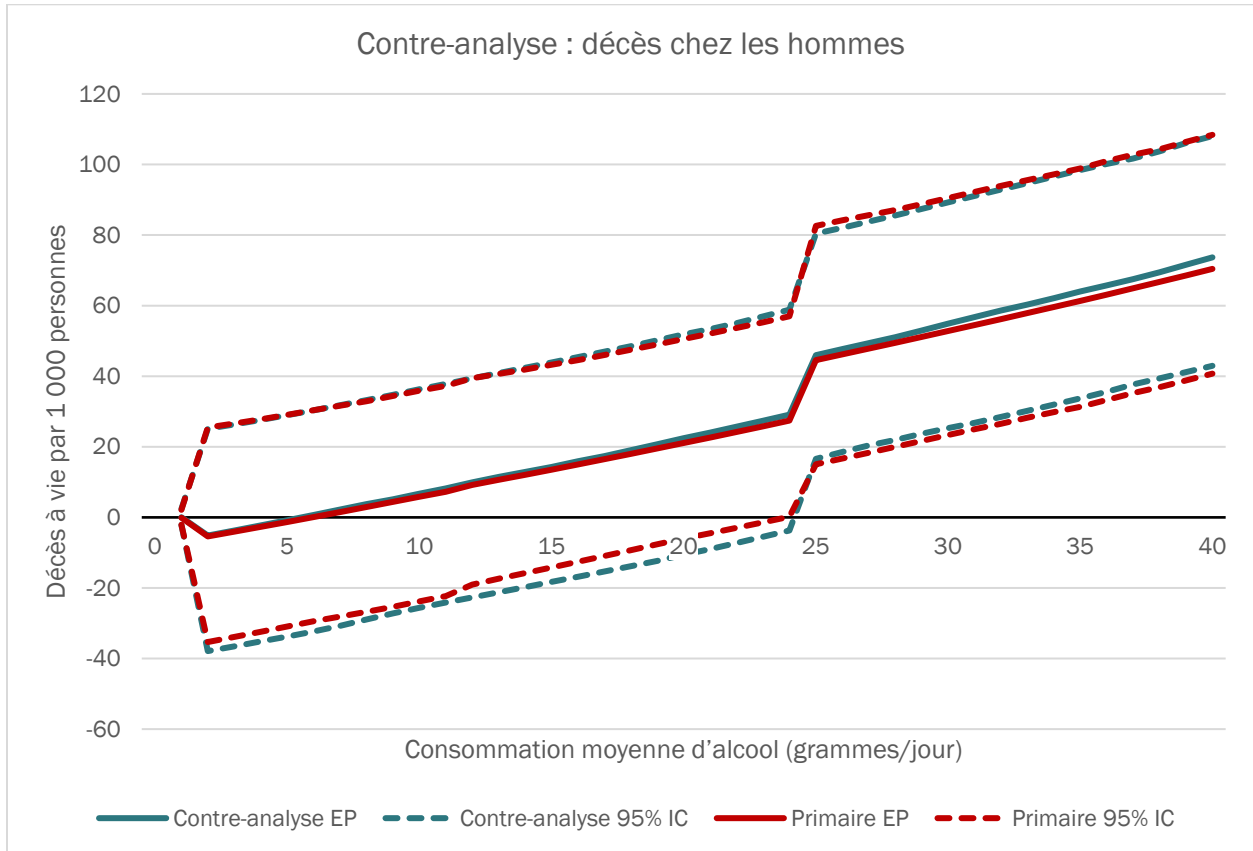




Figure 2. Comparaison visuelle des résultats primaires et de la contre-analyse dans la catégorie de décès chez les hommes, avec une consommation moyenne allant de 1 à 40 g d'éthanol par jour





## Annexe 2 : intervalles de confiance pour le risque de maladie et blessure

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

Maladie ou blessure	1	2	3	4	5	6	7	14	21	35
Tuberculose	1,04 (1,01, 1,07)	1,07 (1,01, 1,14)	1,11 (1,02, 1,21)	1,15 (1,03, 1,29)	1,20 (1,03, 1,38)	1,24 (1,04, 1,47)	1,26 (1,04, 1,52)	1,62 (1,09, 2,38)	2,05 (1,14, 3,61)	3,33 (1,25, 8,60)
Infections des voies respiratoires inférieures	1,01 (1,00, 1,02)	1,02 (1,00, 1,03)	1,03 (1,01, 1,05)	1,04 (1,01, 1,07)	1,05 (1,01, 1,09)	1,06 (1,01, 1,10)	1,06 (1,01, 1,11)	1,14 (1,03, 1,25)	1,21 (1,04, 1,39)	1,38 (1,07, 1,74)
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	1,05 (1,04, 1,06)	1,10 (1,09, 1,12)	1,16 (1,13, 1,18)	1,22 (1,18, 1,25)	1,28 (1,23, 1,31)	1,34 (1,28, 1,39)	1,37 (1,31, 1,42)	1,89 (1,74, 2,04)	2,52 (2,24, 2,80)	4,38 (3,68, 5,15)
Tumeur maligne de l'œsophage	1,03 (1,03, 1,03)	1,05 (1,05, 1,06)	1,08 (1,08, 1,09)	1,11 (1,11, 1,12)	1,14 (1,13, 1,15)	1,17 (1,16, 1,18)	1,19 (1,18, 1,20)	1,43 (1,40, 1,45)	1,69 (1,64, 1,74)	2,39 (2,28, 2,50)
Tumeur maligne colorectale	1,01 (1,01, 1,02)	1,03 (1,02, 1,04)	1,04 (1,03, 1,05)	1,06 (1,04, 1,07)	1,07 (1,05, 1,09)	1,08 (1,06, 1,11)	1,09 (1,06, 1,12)	1,20 (1,14, 1,26)	1,31 (1,21, 1,42)	1,57 (1,38, 1,79)
Tumeur maligne du foie	1,01 (1,00, 1,01)	1,02 (1,01, 1,02)	1,02 (1,01, 1,04)	1,03 (1,02, 1,05)	1,04 (1,02, 1,06)	1,05 (1,02, 1,07)	1,05 (1,03, 1,08)	1,11 (1,05, 1,17)	1,17 (1,08, 1,26)	1,30 (1,14, 1,48)
Tumeur maligne du sein	1,02 (1,01, 1,02)	1,04 (1,03, 1,05)	1,06 (1,04, 1,07)	1,08 (1,06, 1,09)	1,10 (1,07, 1,12)	1,12 (1,09, 1,15)	1,13 (1,09, 1,16)	1,28 (1,21, 1,36)	1,44 (1,32, 1,57)	1,84 (1,60, 2,14)
Tumeur maligne du larynx	1,03 (1,02, 1,04)	1,06 (1,04, 1,07)	1,09 (1,07, 1,11)	1,12 (1,09, 1,15)	1,16 (1,11, 1,19)	1,19 (1,14, 1,24)	1,21 (1,15, 1,26)	1,46 (1,34, 1,59)	1,74 (1,54, 1,95)	2,43 (2,02, 2,91)
Pancréatite	0,95 (0,91, 0,99)	0,90 (0,82, 0,98)	0,85 (0,74, 0,98)	0,81 (0,68, 0,97)	0,77 (0,62, 0,97)	0,74 (0,58, 0,97)	0,73 (0,56, 0,97)	0,79 (0,53, 1,21)	1,15 (0,69, 1,94)	2,74 (1,05, 7,47)
Diabète sucré	0,85 (0,80, 0,89)	0,80 (0,75, 0,86)	0,77 (0,71, 0,84)	0,75 (0,68, 0,83)	0,73 (0,65, 0,82)	0,72 (0,63, 0,81)	0,71 (0,63, 0,80)	0,66 (0,56, 0,78)	0,65 (0,53, 0,80)	0,67 (0,52, 0,86)
Cirrhose	1,61 (1,51, 1,72)	1,94 (1,77, 2,12)	2,24 (2,00, 2,50)	2,53 (2,23, 2,87)	2,82 (2,44, 3,24)	3,11 (2,66, 3,61)	3,25 (2,76, 3,81)	5,45 (4,30, 6,82)	7,85 (5,90, 10,32)	14,37 (9,92, 20,47)
Fibrillation et flutter auriculaires	1,01 (1,01, 1,02)	1,03 (1,02, 1,03)	1,04 (1,03, 1,05)	1,05 (1,04, 1,07)	1,07 (1,05, 1,08)	1,08 (1,06, 1,10)	1,09 (1,07, 1,11)	1,19 (1,14, 1,24)	1,29 (1,22, 1,38)	1,54 (1,39, 1,71)
Hypertension	1,01 (1,00, 1,02)	1,02 (1,00, 1,04)	1,04 (1,01, 1,06)	1,05 (1,01, 1,09)	1,06 (1,01, 1,11)	1,07 (1,02, 1,12)	1,08 (1,03, 1,13)	1,16 (1,06, 1,26)	1,25 (1,12, 1,39)	1,45 (1,20, 1,74)



Maladie ou blessure	1	2	3	4	5	6	7	14	21	35
Maladie cardiaque ischémique	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	1,04 (0,81, 1,34)	1,04 (0,81, 1,34)	1,15 (0,86, 1,52)
Accident ischémique cérébral	0,90 (0,85, 0,95)	0,90 (0,85, 0,95)	0,90 (0,85, 0,95)	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)	1,08 (1,01, 1,16)	1,14 (1,01, 1,28)
Hémorragie cérébrale	0,92 (0,77, 1,10)	0,92 (0,77, 1,10)	0,92 (0,77, 1,10)	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)	1,25 (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)	1,21 (0,48, 3,06)	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)	1,39 (0,32, 5,94)	1,82 (0,38, 10,12)
Épilepsie	1,03 (1,02, 1,04)	1,06 (1,04, 1,07)	1,08 (1,06, 1,10)	1,11 (1,08, 1,14)	1,14 (1,10, 1,17)	1,17 (1,13, 1,21)	1,18 (1,14, 1,23)	1,40 (1,30, 1,51)	1,64 (1,46, 1,84)	2,29 (1,89, 2,76)
Blessures de la route	1,02 (1,01, 1,03)	1,04 (1,02, 1,06)	1,06 (1,03, 1,09)	1,08 (1,04, 1,13)	1,10 (1,04, 1,16)	1,12 (1,05, 1,20)	1,13 (1,06, 1,21)	1,30 (1,12, 1,50)	1,47 (1,19, 1,82)	1,90 (1,34, 2,73)
Autres blessures accidentelles	1,02 (1,01, 1,02)	1,03 (1,02, 1,04)	1,05 (1,03, 1,06)	1,06 (1,05, 1,08)	1,08 (1,06, 1,10)	1,10 (1,07, 1,13)	1,11 (1,07, 1,14)	1,23 (1,16, 1,31)	1,36 (1,25, 1,49)	1,68 (1,45, 1,95)
Blessures intentionnelles	1,05 (1,04, 1,06)	1,10 (1,08, 1,13)	1,16 (1,12, 1,20)	1,22 (1,17, 1,28)	1,28 (1,21, 1,36)	1,35 (1,26, 1,44)	1,38 (1,29, 1,49)	1,96 (1,69, 2,28)	2,71 (2,17, 3,39)	5,32 (3,66, 7,73)





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

Maladie ou blessure	1	2	3	4	5	6	7	14	21	35
Tuberculose	1,04 (1,01, 1,07)	1,07 (1,02, 1,14)	1,11 (1,02, 1,21)	1,15 (1,03, 1,30)	1,20 (1,04, 1,38)	1,24 (1,05, 1,48)	1,26 (1,05, 1,52)	1,62 (1,11, 2,40)	2,05 (1,17, 3,66)	3,33 (1,30, 8,77)
Infections des voies respiratoires inférieures	1,01 (1,00, 1,02)	1,02 (1,00, 1,04)	1,03 (1,01, 1,05)	1,04 (1,01, 1,07)	1,05 (1,01, 1,09)	1,06 (1,01, 1,11)	1,06 (1,01, 1,12)	1,14 (1,03, 1,27)	1,21 (1,04, 1,42)	1,38 (1,07, 1,80)
Tumeur maligne de la cavité buccale et du pharynx	1,05 (1,04, 1,06)	1,10 (1,09, 1,12)	1,16 (1,14, 1,18)	1,22 (1,19, 1,25)	1,28 (1,24, 1,32)	1,34 (1,29, 1,39)	1,37 (1,32, 1,43)	1,89 (1,75, 2,06)	2,52 (2,25, 2,83)	4,38 (3,69, 5,19)
Tumeur maligne de l'œsophage	1,03 (1,03, 1,03)	1,05 (1,05, 1,06)	1,08 (1,08, 1,09)	1,11 (1,10, 1,12)	1,14 (1,13, 1,15)	1,17 (1,16, 1,18)	1,19 (1,18, 1,20)	1,43 (1,40, 1,46)	1,69 (1,64, 1,74)	2,39 (2,28, 2,51)
Tumeur maligne colorectale	1,01 (1,01, 1,02)	1,03 (1,02, 1,04)	1,04 (1,03, 1,05)	1,06 (1,04, 1,07)	1,07 (1,05, 1,09)	1,08 (1,06, 1,11)	1,09 (1,07, 1,12)	1,20 (1,15, 1,26)	1,31 (1,22, 1,41)	1,57 (1,40, 1,79)
Tumeur maligne du foie	1,01 (1,00, 1,01)	1,02 (1,01, 1,02)	1,02 (1,01, 1,04)	1,03 (1,02, 1,05)	1,04 (1,02, 1,06)	1,05 (1,02, 1,07)	1,05 (1,03, 1,08)	1,11 (1,06, 1,17)	1,17 (1,08, 1,26)	1,30 (1,14, 1,48)
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	1,03 (1,02, 1,04)	1,06 (1,04, 1,07)	1,09 (1,07, 1,11)	1,12 (1,09, 1,15)	1,16 (1,11, 1,20)	1,19 (1,14, 1,24)	1,21 (1,15, 1,26)	1,46 (1,33, 1,59)	1,74 (1,53, 1,97)	2,43 (2,03, 2,94)
Pancréatite	1,04 (1,02, 1,05)	1,07 (1,04, 1,10)	1,11 (1,06, 1,16)	1,15 (1,08, 1,22)	1,19 (1,10, 1,28)	1,23 (1,12, 1,34)	1,25 (1,13, 1,38)	1,60 (1,30, 1,94)	2,00 (1,47, 2,67)	3,20 (1,91, 5,17)
Diabète sucré	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,00)	1,00 (1,00, 1,01)	1,00 (1,00, 1,01)	1,00 (0,99, 1,01)	1,00 (0,99, 1,01)	1,01 (0,98, 1,05)	1,02 (0,97, 1,09)	1,06 (1,01, 1,11)
Cirrhose	1,06 (1,05, 1,07)	1,12 (1,11, 1,14)	1,19 (1,16, 1,22)	1,26 (1,22, 1,30)	1,33 (1,28, 1,38)	1,40 (1,34, 1,47)	1,44 (1,38, 1,52)	2,14 (1,94, 2,37)	3,07 (2,66, 3,57)	6,53 (5,13, 8,41)
Fibrillation et flutter auriculaires	1,01 (1,01, 1,02)	1,03 (1,02, 1,03)	1,04 (1,03, 1,05)	1,05 (1,04, 1,06)	1,07 (1,05, 1,08)	1,08 (1,06, 1,10)	1,09 (1,07, 1,11)	1,19 (1,14, 1,24)	1,29 (1,21, 1,37)	1,54 (1,38, 1,69)
Hypertension	1,03 (1,02, 1,04)	1,06 (1,03, 1,08)	1,09 (1,05, 1,13)	1,12 (1,07, 1,17)	1,15 (1,09, 1,22)	1,17 (1,10, 1,24)	1,17 (1,11, 1,25)	1,29 (1,21, 1,40)	1,36 (1,27, 1,48)	1,47 (1,37, 1,60)



Maladie ou blessure	1	2	3	4	5	6	7	14	21	35
Maladie cardiaque ischémique	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	0,95 (0,75, 1,21)	1,04 (0,81, 1,34)	1,04 (0,81, 1,34)	1,15 (0,86, 1,52)
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)	0,92 (0,87, 0,97)	0,92 (0,87, 0,97)	0,92 (0,87, 0,97)	1,08 (1,02, 1,15)	1,08 (1,02, 1,15)	1,14 (1,01, 1,27)
Hémorragie cérébrale	0,92 (0,78, 1,11)	0,92 (0,78, 1,11)	0,92 (0,78, 1,11)	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)	1,25 (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)	1,21 (0,51, 2,81)	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)	1,39 (0,25, 6,42)	1,82 (0,32, 10,36)
Épilepsie	1,03 (1,02, 1,04)	1,06 (1,04, 1,07)	1,08 (1,07, 1,10)	1,11 (1,09, 1,14)	1,14 (1,11, 1,17)	1,17 (1,13, 1,21)	1,18 (1,14, 1,23)	1,40 (1,31, 1,52)	1,64 (1,48, 1,85)	2,29 (1,93, 2,78)
Blessures de la route	1,03 (1,02, 1,04)	1,06 (1,05, 1,07)	1,09 (1,07, 1,11)	1,12 (1,10, 1,15)	1,16 (1,12, 1,20)	1,19 (1,15, 1,24)	1,21 (1,16, 1,26)	1,49 (1,37, 1,62)	1,80 (1,60, 2,04)	2,68 (2,19, 3,30)
Autres blessures accidentelles	1,02 (1,01, 1,02)	1,03 (1,02, 1,04)	1,05 (1,03, 1,06)	1,06 (1,05, 1,08)	1,08 (1,06, 1,10)	1,10 (1,07, 1,13)	1,11 (1,08, 1,14)	1,23 (1,16, 1,31)	1,36 (1,25, 1,49)	1,68 (1,45, 1,95)
Blessures intentionnelles	1,05 (1,04, 1,06)	1,10 (1,08, 1,13)	1,16 (1,12, 1,20)	1,22 (1,17, 1,28)	1,28 (1,21, 1,36)	1,35 (1,26, 1,44)	1,38 (1,28, 1,48)	1,96 (1,68, 2,27)	2,71 (2,16, 3,38)	5,32 (3,63, 7,67)



## Annexe 3 : messages destinés aux filles et aux femmes pour compléter les Repères 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 a des effets plus négatifs sur 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 aussi 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 à un traumatisme, à la violence conjugale et aux responsabilités parentales, ce qui peut mener à la détérioration, et non à l'amélioration, de la santé.
- Les filles et les femmes ayant des antécédents de mauvais traitement durant l'enfance progressent plus rapidement de leur premier verre à la dépendance à l'alcool.

### Quelques idées de messages en lien avec la grossesse :

- La consommation d'alcool pendant la grossesse nuit autant à la santé de la femme qu'à celle du fœtus.
- Il n'y a aucune limite de consommation d'alcool sûre pendant la grossesse, c'est pourquoi il est préférable de s'abstenir de boire.
- Le risque de méfait pour la santé de la femme et du fœtus augmente avec la quantité d'alcool consommée.



- La consommation d'alcool pendant la grossesse, 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 pendant la grossesse peut augmenter le risque de fausse couche.



## Annexe 4 : consultation sur le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

En tout, 886 commentaires ont été reçus dans le cadre de la consultation publique sur l'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Les répondants étaient pour la plupart des personnes soucieuses des effets de la consommation d'alcool sur elles-mêmes, leur famille ou leurs amis (75,3 %). D'autres se sont identifiés comme des professionnels utilisant les directives dans le cadre de leur travail (15 %) ou comme les représentants d'un organisme (4,7 %). Cinq pour cent des répondants ont préféré ne pas divulguer cette information. Parmi les répondants, 746 ont indiqué vouloir répondre aux questions portant sur le résumé grand public, 377, à celles portant sur le résumé technique et 307, à celles portant sur le rapport technique.

### Résumé grand public

Veuillez indiquer votre position par rapport à l'énoncé suivant : Le **résumé grand public** est clair, simple et facile à comprendre.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	276	37,0
D'accord	311	41,7
Ni d'accord ni en désaccord	63	8,4
En désaccord	55	7,4
Tout à fait en désaccord	31	4,2
Je préfère ne pas répondre	10	1,3
Total	746	100,0

### Résumé technique

Veuillez indiquer votre position par rapport à l'énoncé suivant : Le **résumé technique** est clair, simple et facile à comprendre.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	111	29,4
D'accord	171	45,4
Ni d'accord ni en désaccord	51	13,5
En désaccord	20	5,3
Tout à fait en désaccord	15	4,0
Je préfère ne pas répondre	9	2,4
Total	377	100,0



Veuillez indiquer votre position par rapport à l'énoncé suivant : L'information du **résumé technique** devrait amener les gens à reconsidérer leurs habitudes de consommation d'alcool.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	73	19,4
D'accord	146	38,7
Ni d'accord ni en désaccord	88	23,3
En désaccord	35	9,3
Tout à fait en désaccord	22	5,8
Je préfère ne pas répondre	13	3,4
Total	377	100,0

Veuillez indiquer votre position par rapport aux implications politiques du **résumé technique**.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	140	37,1
D'accord	117	31,0
Ni d'accord ni en désaccord	44	11,7
En désaccord	32	8,5
Tout à fait en désaccord	30	8,0
Je préfère ne pas répondre	14	3,7
Total	377	100,0

## Rapport technique

**Message 1 : Tous les niveaux de consommation d'alcool sont associés à un certain risque, et boire moins est donc préférable pour tout le monde.**

Veuillez indiquer votre position par rapport au **message 1**.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	166	54,1
D'accord	77	25,1
Ni d'accord ni en désaccord	21	6,8
En désaccord	16	5,2
Tout à fait en désaccord	21	6,8
Je préfère ne pas répondre	6	2,0
Total	307	100,0



**Message 2 :** Il existe un continuum du risque selon lequel le risque pour ceux qui consomment 2 verres standards ou moins par semaine est négligeable à faible, il est modéré pour ceux qui consomment entre 3 et 6 verres standards par semaine et il est élevé pour ceux qui consomment plus de 6 verres standards par semaine, avec des niveaux de risque de plus en plus élevé avec chaque verre supplémentaire.

Veuillez indiquer votre position par rapport au **message 2**.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	129	42,0
D'accord	83	27,0
Ni d'accord ni en désaccord	34	11,1
En désaccord	30	9,8
Tout à fait en désaccord	25	8,1
Je préfère ne pas répondre	6	2,0
Total	307	100,0

**Message 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.

Veuillez indiquer votre position par rapport au **message 3**.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	126	41,0
D'accord	85	27,7
Ni d'accord ni en désaccord	39	12,7
En désaccord	29	9,4
Tout à fait en désaccord	23	7,5
Je préfère ne pas répondre	5	1,6
Total	307	100,0

**Message 4 :** Un nombre disproportionné de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes.

Veuillez indiquer votre position par rapport au **message 4**.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	151	49,2
D'accord	88	28,7
Ni d'accord ni en désaccord	27	8,8
En désaccord	14	4,6
Tout à fait en désaccord	18	5,9
Je préfère ne pas répondre	9	2,9
Total	307	100,0



**Message 5 : Au-delà d'un niveau faible de consommation d'alcool, les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes que les hommes.**

Veuillez indiquer votre position par rapport au **message 5**.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	122	39,7
D'accord	83	27,0
Ni d'accord ni en désaccord	55	17,9
En désaccord	18	5,9
Tout à fait en désaccord	19	6,2
Je préfère ne pas répondre	10	3,3
Total	307	100,0

**Message 6 : Il est plus prudent de s'abstenir de boire durant la grossesse et la période précédant la conception.**

Veuillez indiquer votre position par rapport au **message 6**.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	219	71,3
D'accord	57	18,6
Ni d'accord ni en désaccord	16	5,2
En désaccord	3	1,0
Tout à fait en désaccord	5	1,6
Je préfère ne pas répondre	7	2,3
Total	307	100,0

**Message 7 : Lorsqu'on allaite, il est plus prudent de s'abstenir de consommer de l'alcool.**

Veuillez indiquer votre position par rapport au **message 7**.

Position	Fréquence	Pourcentage
Tout à fait d'accord	188	61,2
D'accord	78	25,4
Ni d'accord ni en désaccord	20	6,5
En désaccord	7	2,3
Tout à fait en désaccord	5	1,6
Je préfère ne pas répondre	9	2,9
Total	307	100,0





## Consultation publique : résumé des principales mesures prises

Les réponses reçues lors de la consultation publique ont été analysées et catégorisées. Le tableau ci-dessous présente les principales catégories de commentaires de même que les mesures prises par les groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque pour donner suite aux commentaires qui tombaient sous la portée du mandat de ce projet.

De nombreuses suggestions ont été faites concernant les activités de mobilisation des connaissances, dont la synthèse, la diffusion, le transfert et l'échange des connaissances. Ces suggestions ont été consignées, mais n'apparaissent pas dans ce tableau puisqu'elles ne pouvaient pas mener à une action immédiate (p. ex. ne pouvaient pas mener à des modifications et des révisions dans le rapport final).

Suggestion ou commentaire reçu pendant la consultation	Mesure prise
<b>Résumé grand public</b>	
Fournir plus de renseignements sur des cancers précis.	Bon nombre de conséquences associées à différents types de cancers figurent déjà dans le résumé grand public, et des conséquences additionnelles n'ont pas été ajoutées. Toutefois, le résumé grand public a été modifié pour établir un lien entre la quantité moyenne d'alcool consommé par semaine et des exemples précis de ces conséquences.
En général, certains répondants veulent voir plus de statistiques.	L'objectif du document est de communiquer l'information sans statistiques qui nécessiteraient des renseignements contextuels et plus d'explications pour être facilement comprises. Aucune statistique n'a été ajoutée.
Expliquer les effets de l'alcool sur le corps et fournir une figure sur le sujet.	Cela nécessiterait l'ajout de renseignements qui seraient trop détaillés pour un résumé grand public.
Mentionner que l'alcool entraîne la dépendance.	Le résumé grand public porte sur la consommation d'alcool à risque faible et modéré.
En général, certains répondants veulent voir différentes répercussions sociales mentionnées au-delà de la santé d'une seule personne.	Ajout au résumé grand public d'une mention sur les répercussions sociales et sur les conséquences pour les autres.
Montrer clairement les effets cumulatifs et à long terme.	Reformulation effectuée pour montrer les effets cumulatifs des répercussions. L'information sur la consommation en petite quantité à long terme a été omise en raison du manque d'espace.
Mentionner les conséquences du calage d'alcool comparativement à la consommation étalée dans la semaine	Aucune mention du calage d'alcool, mais ajout d'un énoncé stipulant qu'il ne faut pas boire plus de deux verres par occasion.
Mentionner l'aspect social de la consommation d'alcool.	Hors de la portée de ce résumé.
Insister sur la modération et ses avantages.	Ajout d'information sur les avantages de ne pas boire ou de moins boire.
Insister davantage sur des conséquences précises liées au nombre de verres.	Le tableau associe désormais les conséquences au nombre de verres. Les couleurs illustrant ce continuum ont été intensifiées pour rendre l'information encore plus claire.



Suggestion ou commentaire reçu pendant la consultation	Mesure prise
Mentionner les risques de décès pour les jeunes, afin que ces derniers se sentent interpellés.	Il est déjà mentionné que l'alcool peut réduire l'espérance de vie.
Présenter clairement les quantités sécuritaires d'alcool.	Les couleurs du continuum ont été ajustées pour éviter d'indiquer que boire un ou deux verres par semaine n'est pas sans risque. Précisément, une touche de jaune est ajoutée dans les cercles numérotés sous 1 et 2 verres.
Les répondants ont mentionné vouloir voir d'autres conséquences : énoncer clairement que l'alcool n'a aucun effet protecteur.	Le résumé grand public a été complètement modifié pour établir le lien entre la quantité moyenne d'alcool consommée par semaine et des exemples de conséquences.
Inclure plus d'information sur la consommation d'alcool et la santé reproductive.	Il a été décidé de maintenir la priorité du résumé sur la grossesse et d'insister davantage sur l'abstinence durant la grossesse.
Demande d'une terminologie respectant la diversité des genres.	Le contenu a été reformulé pour être plus inclusif.
Fournir de l'information sur différents types de boissons alcoolisées, leurs effets et leurs ingrédients.	Aucune information sur ces produits n'a été ajoutée.
Les gens ont demandé des précisions sur ce qu'est un verre standard.	Le mot « standard » a été ajouté lorsque pertinent.
Mentionner si des facteurs liés au mode de vie et des prédispositions influencent le lien de causalité entre la consommation d'alcool et les conséquences.	Ajout d'information au contenu mentionnant que le mode de vie n'empêche pas les conséquences provoquées par l'alcool.
De nombreux commentaires portent sur les directives en lien avec diverses variables sociodémographiques.	Le contenu mentionne déjà que les conséquences sont les mêmes quel que soit l'âge, le genre, le sexe ou le mode de vie.
Certains répondants veulent plus de conseils pour réduire la consommation.	Un énoncé clair et mis en évidence conseillant de ne pas boire plus de deux verres par occasion sera ajouté au résumé grand public. Les conseils resteront dans le résumé.
Ajouter un outil ou un lien pour aider à limiter la consommation d'alcool.	Il est impossible d'ajouter un outil de suivi dans le résumé grand public.
Le titre principal a provoqué des réactions mitigées.	Le titre principal a été révisé.
Certains répondants ont critiqué l'utilisation du pronom « nous ».	Le pronom « nous » a été retiré lorsque pertinent.
Certains répondants apprécieraient plus d'espaces blancs.	Le texte a été réduit, et le tableau ainsi que la section « Conséquences » ont été combinés pour réduire la surcharge visuelle.
Certains répondants ont exprimé des réserves quant à la façon dont les verres, les divers niveaux de risque et les conséquences ont été présentés.	L'image et les couleurs représentant le continuum de risque ont été modifiées.
Les répondants ont fait différents commentaires sur la mise en page et ont émis des suggestions sur la mise en évidence de certains renseignements.	La mise en page a été réorganisée pour combiner le tableau et la section sur les conséquences.
Certains répondants ont mentionné que la police était un peu trop petite et que la résolution était mauvaise.	Ça ne sera pas un problème quand le document sera en format d'affiche.



Résumé technique	
Certains commentaires ont demandé des renseignements et des précisions supplémentaires.	Le résumé technique a été entièrement révisé pour y ajouter des statistiques, des renseignements et des sections supplémentaires.
Certains commentaires ont relevé certaines contradictions entre les principaux messages.	Les principaux messages ont été révisés.
Certains commentaires ont demandé une plus grande clarté à propos des seuils.	La section sur les risques associés aux niveaux hebdomadaires de consommation d'alcool a été clarifiée.
<b>Message 1</b> : Tous les niveaux de consommation d'alcool sont associés à un certain risque, et boire moins est donc préférable pour tout le monde.	
De nombreux commentaires ont demandé de la clarté et des nuances.	L'énoncé a été modifié pour obtenir un message plus nuancé qui reflète mieux la complexité du problème.
<b>Message 2</b> : Il existe un continuum du risque selon lequel le risque pour ceux qui consomment 2 verres standards ou moins par semaine est négligeable à faible, il est modéré pour ceux qui consomment entre 3 et 6 verres standards par semaine et il est élevé pour ceux qui consomment plus de 6 verres standards par semaine, avec des niveaux de risque de plus en plus élevé avec chaque verre supplémentaire.	
Certains commentaires ont relevé que les termes utilisés dans le continuum de risque portaient à confusion.	Le message a été revu, et le terme « négligeable » a été retiré.
Certains ont demandé un tableau plus clair pour accompagner le message.	Le format, la conception et les couleurs de l'image présentée dans le résumé grand public et le résumé technique ont été modifiés.
Rendre cet énoncé plus clair, concis et direct.	Le message et le texte d'accompagnement ont été revus pour la clarté.
Certains ont demandé plus de renseignements sur les données derrière ce message.	Aucune action n'est requise. Les données et les informations sur la méthode utilisée pour élaborer ce message figurent dans le rapport technique et dans le rapport préliminaire disponible ici : <a href="https://ccsa.ca/fr/risque-vie-de-deces-et-dinvalidite-attribuables-lalcool-rapport">https://ccsa.ca/fr/risque-vie-de-deces-et-dinvalidite-attribuables-lalcool-rapport</a>
<b>Message 3</b> : Tout niveau de consommation comporte des risques, et au-delà de 2 verres standards, le risque de blessures ou d'autres problèmes augmente pour la plupart des gens.	
Nécessite de la simplification et de la précision.	Le message a été revu pour insister davantage sur la consommation d'alcool par occasion et le fait que le risque de méfaits touche la personne qui consomme et les autres.
<b>Message 4</b> : Un nombre disproportionné de blessures, d'actes de violence et de décès est attribuable à la consommation d'alcool des hommes.	
On demande certaines statistiques comparant les résultats liés à l'alcool chez les hommes et les femmes.	Ajout de statistiques à divers endroits dans le document.
Nécessite de préciser les tendances de consommation d'alcool.	Ce message a été déplacé dans un encadré portant sur le sexe et le genre, qui précise que beaucoup plus de méfaits résultent de la consommation d'alcool chez les hommes dans les cas de consommation par occasion.
Certains commentaires ont demandé de l'information sur les facteurs pouvant influencer la consommation d'alcool et ses répercussions (raisons de boire, contexte, traits de personnalité, socialisation, pandémie, etc.).	Aucune action n'est requise. Hors de la portée de ce mandat.



D'autres méfaits liés au genre causés par l'alcool pourraient être pris en compte et soulignés (p. ex. violence sexuelle, conjugale et fondée sur le genre).	Aucune action n'est requise. Le rapport comprend une section sur le lien entre la consommation d'alcool, l'agression et la violence.
Pour la section portant sur le « lien entre la consommation d'alcool, l'agression et la violence », il faudrait souligner que l'alcool n'est pas la seule cause de violence.	Un paragraphe reconnaissant les facteurs aggravants a été ajouté à la section du rapport portant sur le lien entre la consommation d'alcool, l'agression et la violence.
Un commentaire a soulevé des préoccupations quant à la création d'une dynamique de culpabilisation des victimes.	Cette section a été revue par deux membres experts du projet, spécialisés dans ce domaine. Une attention spéciale sera portée à cette préoccupation dans l'organisation d'activités de mobilisation des connaissances.
<b>Message 5 : Au-delà d'un niveau faible de consommation d'alcool, les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes que les hommes.</b>	
Fournir plus de renseignements et de statistiques démontrant les différences entre les hommes et les femmes.	Des statistiques ont été ajoutées dans le rapport technique.
Les hommes et les femmes ne devraient pas être comparés, et le terme « tous » devrait être utilisé à la place.	Aucune action n'est requise. Cette demande ne tient pas compte des connaissances scientifiques actuelles comme quoi la consommation d'alcool comporte des risques propres au sexe et au genre.
Nécessite des précisions quant aux faibles niveaux de consommation et les types de risque.	Cet énoncé a été déplacé dans un encadré portant sur le sexe et le genre qui précise que les risques pour la santé augmentent davantage pour les femmes au-delà de la limite supérieure du risque modéré pour la consommation d'alcool.
<b>Message 6 : Il est plus prudent de s'abstenir de boire durant la grossesse et la période précédant la conception.</b>	
Cet énoncé n'est pas inclusif et doit inclure les autres genres (à savoir, les personnes qui sont enceintes).	Le rapport a été révisé pour éviter les énoncés portant sur un sexe ou un genre précis.
Un commentaire a proposé de promouvoir la sensibilisation en début de grossesse.	Aucune action n'est requise. Hors du champ d'application.
Le terme « période de préconception » doit être défini.	Le terme a été remplacé par « tente de devenir enceinte ».
La formulation de cet énoncé doit être renforcée et simplifiée.	L'énoncé précise désormais qu'il n'y a pas de quantité connue d'alcool qui puisse être consommée sans danger.
Le TSAF doit être mentionné.	Le fait que le TSAF puisse être une conséquence de la consommation d'alcool durant la grossesse est désormais clairement indiqué.
La conclusion omet les avantages de la consommation d'alcool pour les personnes enceintes (p. ex. réduction du stress, diminution de la tension artérielle).	Les questions de recherche à la base de ce projet ont été formulées pour englober toutes les répercussions possibles, de sorte que les études s'intéressant aux effets positifs et négatifs puissent être prises en compte. Les recommandations n'incluent pas les avantages, puisque les résultats généraux des revues systématiques n'ont démontré aucun effet avantageux significatif, même à de faibles niveaux de consommation.
Le message devrait aborder les répercussions de la consommation d'alcool sur les capacités de reproduction masculine.	Aucune action n'est requise. Aucune revue systématique de qualité étayant cette hypothèse n'a été trouvée.
Préciser quelles études ont été utilisées pour parvenir à cet énoncé.	Une description et un compte rendu détaillés des études qui forment la base de cet énoncé sont accessibles ici :



	<p><i>Le sexe, le genre et l'alcool : directives de consommation à faible risque : notions importantes pour les femmes</i> <a href="https://ccsa.ca/sites/default/files/2022-08/CCSA-LRDG-Sex-Gender-and-Alcohol-what-matters-for-Women-in-LRDGs-fr.pdf">https://ccsa.ca/sites/default/files/2022-08/CCSA-LRDG-Sex-Gender-and-Alcohol-what-matters-for-Women-in-LRDGs-fr.pdf</a></p>
<p>Des renseignements sur la façon de réduire les risques au minimum pour une femme qui choisirait de boire devraient être fournis.</p>	<p>Ce rapport vise à examiner les données pour actualiser les DCAFR. Les conseils de réduction des méfaits seront au cœur d'éventuelles activités de mobilisation des connaissances.</p>
<p><b>Message 7 : Lorsqu'on allaite, il est plus prudent de s'abstenir de consommer de l'alcool.</b></p>	
<p>Les phrases devraient être ajustées pour tenir compte du fait que les nourrissons métabolisent l'alcool.</p>	<p>Le rapport indique désormais à juste titre que les nourrissons métabolisent « moins bien » l'alcool, plutôt que de dire qu'ils en sont « incapables ».</p>
<p>Les avantages de la consommation d'alcool sont manquants.</p>	<p>Les questions de recherche à la base de ce projet ont été formulées pour englober toutes les répercussions possibles, de sorte que les études s'intéressant aux effets positifs et négatifs puissent être prises en compte. Les recommandations n'incluent pas les avantages, puisque les résultats généraux des revues systématiques n'ont démontré aucun effet avantageux significatif, même à de faibles niveaux de consommation.</p>
<p>Le message devrait être amélioré en ajoutant de l'information sur le temps que l'alcool reste dans le lait maternel.</p>	<p>Le message a été revu pour y ajouter de l'information sur le temps nécessaire pour que l'alcool quitte complètement le corps et le lait maternel.</p>
<p><b>Commentaires d'ordre général sur le rapport en entier</b></p>	
<p>Certains commentaires ont demandé plus de renseignements sur l'augmentation du risque en fonction du nombre de verres standards.</p>	<p>L'ensemble des tableaux et statistiques présentés dans ce rapport ont été révisés pour présenter les risques en fonction du nombre de verres standards.</p>
<p>Des commentaires ont demandé plus d'informations sur le risque absolu et les années de vie perdues par cause de décès.</p>	<p>Pour aider les lecteurs à mieux comprendre les risques, des tableaux présentant les risques de décès liés à des causes précises ont été ajoutées (tableaux 3 et 4).</p>
<p>Une soumission a demandé pourquoi la courbe en J était désuète.</p>	<p>Une précision a été ajoutée au rapport technique.</p>
<p>Une comparaison des risques pour la santé pour les personnes qui consomment de l'alcool et celles qui n'en boivent pas devraient être ajoutée.</p>	<p>Aucune action n'est requise. L'information est présentée dans le rapport technique (tableaux 1 et 2), qui décrit le pourcentage accru de risque de maladies et de blessures pour ceux qui consomment de l'alcool comparativement aux abstinents à vie (les personnes qui n'ont jamais consommé d'alcool).</p>
<p>Il devrait y avoir une section « limite zéro ».</p>	<p>Le rapport inclut maintenant une section énumérant les circonstances où l'abstinence est plus sécuritaire.</p>
<p>Un commentaire a demandé plus d'information sur les courbes de risque précises ayant été extraites des méta-analyses, et sur leur utilisation.</p>	<p>Nous avons ajouté une note au tableau 1 du document <i>Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool</i> pour indiquer la source de cette fonction de risque relatif.</p>



Certains commentaires ont demandé des courbes de risque en fonction de la fréquence de consommation.	Une phrase a été ajoutée au document <i>Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool</i> pour souligner l'absence de données fiables sur les effets des jours d'abstinence sur l'augmentation ou la diminution du risque de maladies attribuables à l'alcool.
La qualité des données (p. ex. GRADE) devrait être indiquée.	Un paragraphe sur la qualité des données a été ajouté au rapport technique.
Des contributeurs ont trouvé difficile de comprendre d'où vient le seuil de 17,5 années de vie lorsque le reste du document fait mention de 1 vie sur 100 ou de 1 vie sur 1 000.	Une explication a été ajoutée énonçant d'où vient le seuil de 17,5 AVP dans 100 et 1 000 années de vie.
Certains commentaires ont remis en question la façon dont les zones de risque ont été nommées.	Une référence a été ajoutée.
Un commentaire a demandé des précisions sur la façon dont les données du CCATM ont été revues pour créer les courbes de risque.	Une référence au processus de création des courbes de risque relatif en fonction des données du CCATM sur le taux d'alcoolémie a été ajoutée au document <i>Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool</i> .
Certains commentaires ont demandé des précisions sur les effets non protecteurs de la consommation d'alcool sur les cardiopathies.	Tout au long du rapport, le texte a été modifié pour mieux tenir compte des nuances des résultats sur ce sujet.
Un commentaire a demandé pourquoi deux études précises utilisées pour réviser les directives australiennes sur la consommation d'alcool (Patra et coll., 2010; Yang et coll., 2016) n'ont pas été utilisées ici.	Aucune action n'est requise. Patra et coll. (2010) a été remplacée par Larsson et coll. (2016), qui est de qualité égale (tel qu'évalué par GRADE) et plus récente. Yang et coll. (2016) a été remplacée par Zhao et coll. (2017), qui est de meilleure qualité (tel qu'évalué par GRADE) et plus récente.
Un commentaire a demandé des références sur les méthodes de modélisation mathématique.	Tous les modèles sont basés sur une méthode d'évaluation par les pairs et sont cités dans le document <i>Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool</i> .
Un commentaire a remis en question la qualité des données sur les décès, les maladies et les expositions à l'alcool qui ont été utilisées dans la modélisation.	Aucune action n'est requise. Seuls des fichiers de données originaux publics ont été utilisés à la fois pour les analyses originales de modélisation et les contre-analyses.
L'utilisation d'études prospectives et corrélacionnelles contrôlées ne permet pas d'éliminer plusieurs autres explications et contraintes (p. ex. les biais de publication et le fait que les études ne s'attardent pas aux effets bénéfiques de l'alcool).	Le lien de causalité pour toutes les maladies incluses ou exclues des analyses a été déterminé en fonction de récentes études animales, mécaniques et épidémiologiques qui, lorsqu'utilisées ensemble, permettent d'éliminer les autres explications. De plus, tous les risques relatifs ont fait l'objet d'une évaluation d'impartialité selon les critères GRADE.
Un commentaire a remis en question la décision méthodologique (inflation de la consommation d'alcool autodéclarée, sélection restreinte des courbes de risque pour certaines maladies), qui pourrait avoir contribué à une surestimation des risques associés à une faible consommation d'alcool.	D'abord, une correction de l'enquête populationnelle pour la sous-déclaration a été effectuée en fonction des études évaluées par des pairs citées dans le rapport. Ensuite, les risques relatifs obtenus des revues systématiques n'ont pas été ajustés en fonction de la mauvaise estimation de la consommation d'alcool. On suppose que les études épidémiologiques médicales sous-estiment légèrement la consommation d'alcool, mais l'orientation des biais dans la mesure de la consommation d'alcool dans les études de cohorte est inconnue. Nous avons ajouté une note dans le rapport technique reconnaissant cette contrainte.
Les contraintes et incertitudes méthodologiques doivent être indiquées.	Une section portant sur les contraintes a été ajoutée au rapport final.



Expliquer pourquoi seules les revues systématiques ont été incluses.	Ceci est conforme aux lignes directrices GRADE.
Certains commentaires ont relevé que les recommandations étaient trop générales et qu'elles devraient tenir compte d'autres facteurs individuels et de populations particulières.	Ce rapport vise à présenter des recommandations globales pour la population générale. Ce point sera porté à la phase de mobilisation des connaissances de ce projet, où des ressources seront consacrées à l'élaboration de messages répondant directement aux préoccupations exprimées par des personnes de divers horizons et aux expériences personnelles variées.
Il devrait y avoir une recommandation numérique claire.	Les principaux points à retenir ont été revus pour améliorer leur clarté. Toutefois, considérant les résultats obtenus au cours de ce projet, les experts ont convenu que plutôt que de fournir des règles et des recommandations strictes, il faut présenter à la population un continuum de risque.
Certains ont demandé que l'information de ce rapport soit présentée par groupe d'âge.	Les experts ont convenu d'adopter une approche à vie de la consommation d'alcool, qui correspond beaucoup mieux à la façon dont les gens consomment de l'alcool tout au long de leur vie. Par exemple, les gens ne commencent pas à boire à 45 ou à 65 ans. Nous avons ajouté une phrase au document <i>Risque à vie de décès et d'invalidité attribuables à l'alcool</i> justifiant l'utilisation d'une telle approche en fonction des études empiriques concernant la consommation d'alcool dans le parcours de vie.
Expliquer pourquoi les quantités concernant le calage d'alcool n'ont pas changé.	La révision de la définition du calage d'alcool dépasse la portée de ce mandat. Qui plus est, la définition demeure pertinente dans d'autres contextes et pour d'autres types d'intervention.
Les recommandations devraient aborder les avantages de la consommation d'alcool.	Les questions de recherche à la base de ce projet ont été formulées pour englober toutes les répercussions possibles, de sorte que les études s'intéressant aux effets positifs et négatifs puissent être utilisées. Les recommandations n'incluent pas les avantages, puisque les résultats généraux des revues systématiques n'ont démontré aucun effet avantageux significatif, même à de faibles niveaux de consommation.
Certains commentaires ont demandé un message plus fort comme quoi l'abstinence est l'option la plus sûre, tandis que d'autres ont demandé un message affirmant que l'alcool est aussi important que l'abstinence, et d'autres ont demandé des messages moins axés sur l'abstinence.	La terminologie a été revue tout au long du rapport pour apporter plus de nuances.
Si l'on reconnaît que le sexe et le genre sont différents, la version anglaise du rapport semble utiliser les termes « women/females » et « men/males » de manière interchangeable dans certains contextes faisant référence aux risques psychologiques. Si l'énoncé fait référence au sexe assigné à la naissance, les termes « males » et « females » s'imposent.	Tout au long du rapport, le texte a été révisé pour préciser les concepts biologiques (sexe) et sociaux (genre). Une note sur la terminologie a également été ajoutée.



<p>Ce rapport est sexiste et doit être plus inclusif des autres genres.</p>	<p>Il y a eu un engagement à intégrer au projet l'analyse tenant compte du sexe, du genre et de la diversité (ACSG+). Par contre, la science du sexe et du genre est toute nouvelle, la littérature, encore incomplète, et de nombreuses répercussions du sexe et du genre sur la consommation d'alcool, surtout chez certaines sous-populations comme les peuples autochtones, les personnes âgées et les minorités sexuelles et de genre, demeurent trop peu étudiées ou inconnues. Les experts sont conscients qu'il est important que les personnes de diverses identités de genre et de sexe se reconnaissent dans les Repères. Pour cette raison, il sera essentiel que la phase de mobilisation des connaissances du projet crée des ressources qui ont un sens pour les populations sur tout le continuum du genre et du sexe.</p>
<p>Demande de retirer la section sur les implications politiques.</p>	<p>Les implications politiques sont fondées sur des données probantes. Elles sont incluses dans le rapport, car elles ouvrent la voie pour accroître la sensibilisation et soutenir les gens qui pourraient vouloir suivre les Repères canadiens sur l'alcool et la santé.</p>
<p>Une définition plus précise du verre standard doit être ajoutée au début du rapport.</p>	<p>Une définition du verre standard a été ajoutée au début du rapport, et une image a été ajoutée au rapport technique.</p>
<p>Certains commentaires demandaient de l'information sur les répercussions de la consommation d'alcool chez les jeunes.</p>	<p>Il s'agit d'une contrainte désormais mentionnée dans la conclusion du rapport. Le message stipulant que les jeunes n'ayant pas l'âge légal de boire devraient attendre le plus longtemps possible avant de commencer à boire a aussi été ajouté.</p>
<p>Fournir plus de statistiques sur le nombre de personnes qui décèdent de maladies associées à l'alcool et qui présentent des troubles de santé liés à la consommation, de même que les coûts pour le système de santé.</p>	<p>Plus de référence et de statistiques ont été ajoutées tout au long du rapport.</p>
<p>Une analyse sur les changements dans les résultats si l'on diminue la consommation d'alcool devrait être ajoutée.</p>	<p>Un paragraphe du rapport technique consacré à ce sujet a été bonifié.</p>
<p>Une analyse sur les risques pour la santé mentale (p. ex. dépression, suicide) et sociale (p. ex. solitude, isolement) est requise.</p>	<p>Les experts ont commandé un examen de la question. <i>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</i> est disponible ici : <a href="https://ccsa.ca/fr/incidence-de-la-consommation-dalcool-sur-lapparition-de-la-depression-de-lanxiete-et-de-lideation">https://ccsa.ca/fr/incidence-de-la-consommation-dalcool-sur-lapparition-de-la-depression-de-lanxiete-et-de-lideation</a>. Le rapport final présente un résumé ainsi que les contraintes et limites de la revue.</p>
<p>Certains commentaires demandaient une plus grande priorité accordée à la réduction des méfaits.</p>	<p>Ce projet se fondait sur le principe d'autonomie dans la réduction des méfaits, ce qui est désormais plus clair. Le résumé grand public présente des conseils pour une consommation plus sécuritaire.</p>
<p>Demande que l'on mentionne les traitements fondés sur des données probantes offerts pour le trouble lié à l'usage d'alcool, et que les gens puissent consulter leur médecin pour plus de renseignements sur les options thérapeutiques.</p>	<p>Une note a été ajoutée au rapport.</p>





Certains commentaires demandaient de l'information sur les répercussions de l'alcool sur le cerveau.	Le projet portait sur 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, pour lesquels il existait des revues systématiques de grande qualité.
Un commentaire a demandé des précisions sur les données provinciales.	Des détails et des précisions ont été ajoutés tout au long du rapport.
Certains commentaires ont demandé plus de consultations et que les messages soient élaborés en collaboration avec des acteurs concernés.	Les membres du public ont été invités deux fois à donner leur avis. Les représentants de différents organismes de santé ont été invités à discuter des messages et stratégies de communication idéales. On espère que les conclusions de la révision seront utiles pour les experts et les partenaires, qui devraient travailler de concert pour élaborer des interventions et des messages qui répondront directement aux préoccupations exprimées par des personnes de divers horizons et aux expériences personnelles variées.
Préciser où trouver les données probantes d'où découlent les recommandations.	Un tableau a été révisé. Des liens vers tous les rapports circonstanciels sont disponibles dans ce tableau et tout au long du document.
Un commentaire a remis en question la décision d'inclure trois documents dans le rapport final.	Nous avons choisi de préparer trois documents pour répondre aux besoins du plus grand nombre de personnes possible. Ils ont été rédigés pour des publics précis, mais ne se limitent pas à ces derniers pour autant.
Un commentaire a demandé que l'on se concentre sur la consommation responsable et plus sûre plutôt que sur des repères de consommation à faible risque.	Les experts ont convenu que présenter un continuum de risque associé à divers niveaux de consommation d'alcool devrait permettre 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 cela aidera les gens à développer les intentions nécessaires pour adopter des comportements plus sains et plus sécuritaires.
Des erreurs typographiques et grammaticales générales ainsi que des suggestions de formatage.	De nombreuses corrections grammaticales, typographiques et de formatage ont été faites pour améliorer la clarté du rapport.

Au total, 19 articles ont été présentés comme preuves à prendre en compte dans la modélisation mathématique. Aucun des articles proposés n'a été retenu; les raisons expliquant ce choix sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Articles soumis pour être introduits comme preuves	Mesure prise
Bryazka, D., M.B. Reitsma, M.G. Griswold, K.H. Abate, C. Abbafati, M. Abbasi-Kangevari, ... et M. Diress. « Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020, <i>The Lancet</i> , vol. 400, n° 10347, 2022, p. 185–235. <a href="https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00847-9">https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00847-9</a>	Cet article a été exclu à l'étape 2 du processus d'examen puisqu'il répondait à moins de deux critères de qualité méthodologique. Les caractéristiques des études retenues n'ont pas été indiquées, et leur qualité, non évaluée.
Daviet, R., G. Aydogan, K. Jagannathan, N. Spilka, P.D. Koellinger, H.R. Kranzler, G. Nave et R.R. Wetherill. « Associations between alcohol consumption and gray and white matter volumes in the UK Biobank », <i>Nature Communications</i> , vol. 13, n° 1, 2022, article 1175. <a href="https://doi.org/10.1038/s41467-022-28735-5">https://doi.org/10.1038/s41467-022-28735-5</a>	Pas une revue systématique.



Articles soumis pour être introduits comme preuves	Mesure prise
Demoury, C., P. Karakiewicz et M.E. Parent. « Association between lifetime alcohol consumption and prostate cancer risk: A case-control study in Montreal, Canada », <i>Cancer Epidemiology</i> , vol. 45, 2016, p. 11-17. <a href="https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.004">https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.004</a>	Pas une revue systématique.
Leong, C., J.M. Bolton, O. Ekuma, H.J. Prior, D. Singal, J. Nepon, G. Konrad, M. Paille, G. Finlayson et N. Nickel. « Association of alcohol use disorder on alcohol-related cancers, diabetes, ischemic heart disease and death: A population-based, matched cohort study », <i>Addiction</i> , vol. 117, 2022, p. 368-381. <a href="https://doi.org/10.1111/add.15646">https://doi.org/10.1111/add.15646</a>	Pas une revue systématique.
Ma, H., X. Li, T. Zhou, D. Sun, I. Shai, Y. Heianza, E.B. Rimm, J.E. Manson et L. Qi. « Alcohol consumption levels as compared with drinking habits in predicting all-cause mortality and cause-specific mortality in current drinkers », <i>Mayo Clinic proceedings</i> , vol. 96, n° 7, 2021, p. 1758-1769. <a href="https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.02.011">https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.02.011</a>	Pas une revue systématique.
Marcus, G.M., E. Vittinghoff, I.R. Whitman, S. Joyce, V. Yang, G. Nah, E.P. Gerstenfeld, J.D. Moss, R.J. Lee, B.K. Lee, Z.H. Tseng, V. Vedantham, J.E. Olgin, M.M. Scheinman, H. Hsia, R. Gladstone, S. Fan, E. Lee, C. Fang, ... et J.A. Hahn. « Acute consumption of alcohol and discrete atrial fibrillation events », <i>Annals of Internal Medicine</i> , vol. 174, n° 11, 2021, p. 1503-1509. <a href="https://doi.org/10.7326/M21-0228">https://doi.org/10.7326/M21-0228</a>	Pas une revue systématique.
McIntosh, J. « Alcohol and Canadian health », <i>Global Journal of Health Science</i> , vol. 9, n° 5, 2017, p. 96-104. <a href="https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n5p96">https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n5p96</a>	Pas une revue systématique.
McIntosh, J. « The truth about alcohol and health », <i>European Journal of Medical and Health Sciences</i> , vol. 1, n° 2, 2019. <a href="https://doi.org/10.24018/ejmed.2019.1.2.35">https://doi.org/10.24018/ejmed.2019.1.2.35</a>	Pas une revue systématique.
Mørch, L.S., D. Johansen, L.C. Thygesen, A. Tjønneland, E. Løkkegaard, C. Stahlberg et M. Grønbaek. « Alcohol drinking, consumption patterns and breast cancer among Danish nurses: A cohort study », <i>European Journal of Public Health</i> , vol. 17, n° 6, 2007, p. 624-629. <a href="https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm036">https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm036</a>	Pas une revue systématique.
Patra, J., B. Taylor, H. Irving, M. Roerecke, D. Baliunas, S. Mohapatra et J. Rehm. « Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types—a systematic review and meta-analysis », <i>BMC Public Health</i> , vol. 10, 2010, article 258. <a href="https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-258">https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-258</a>	L'étude sur les AVC de Larsson et coll. (2016) a été retenue plutôt que celle de Patra et coll. (2010) puisqu'elle était plus récente et de qualité similaire selon l'évaluation GRADE.
Perreault, K., A. Bauman, N. Johnson, A. Britton, V. Rangul et E. Stamatakis. « Does physical activity moderate the association between alcohol drinking and all-cause, cancer and cardiovascular diseases mortality? A pooled analysis of eight British population cohorts », <i>British Journal of Sports Medicine</i> , vol. 51, n° 8, 2017, p. 651-657. <a href="https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096194">https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096194</a>	Pas une revue systématique.
Schaefer, S.M., A. Kaiser, I. Behrendt, G. Eichner et M. Fasshauer. « Association of alcohol types, coffee and tea intake with mortality: prospective cohort study of UK Biobank participants », <i>British Journal of Nutrition</i> , publication en ligne anticipée, 2022, p. 1-11. <a href="https://doi.org/10.1017/S000711452200040X">https://doi.org/10.1017/S000711452200040X</a>	Pas une revue systématique.
Van Heertum, K. et B. Rossi. « Alcohol and fertility: How much is too much? », <i>Fertility Research and Practice</i> , vol. 3, 2017, p. 10. <a href="https://doi.org/10.1186/s40738-017-0037-x">https://doi.org/10.1186/s40738-017-0037-x</a>	Pas une revue systématique.



Articles soumis pour être introduits comme preuves	Mesure prise
Veldhuis, C.B., T.L. Hughes, L. Drabble, S.C. Wilsnack, E. Riggle et S.S. Rostovsky. « Relationship status and drinking-related outcomes in a community sample of lesbian and bisexual women », <i>Journal of Social and Personal Relationships</i> , vol. 36, n° 1, 2019, p. 244-268. <a href="https://doi.org/10.1177/0265407517726183">https://doi.org/10.1177/0265407517726183</a>	Pas une revue systématique.
White, A.J., L.A. DeRoo, C.R. Weinberg et D.P. Sandler. « Lifetime alcohol intake, binge drinking behaviors, and breast cancer risk », <i>American Journal of Epidemiology</i> , vol. 186, n° 5, 2017, p. 541-549. <a href="https://doi.org/10.1093/aje/kwx118">https://doi.org/10.1093/aje/kwx118</a>	Pas une revue systématique.
White, H.R., P. Fite, D. Pardini, E.-Y. Mun et R. Loeber. « Moderators of the dynamic link between alcohol use and aggressive behavior among adolescent males », <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> , vol. 41, n° 2, 2013, p. 211-222. <a href="https://doi.org/10.1007/s10802-012-9673-0">https://doi.org/10.1007/s10802-012-9673-0</a>	Pas une revue systématique.
Willett, W.C., M.J. Stampfer, G.A. Colditz, B.A. Rosner, C.H. Hennekens et F.E. Speizer. « Moderate Alcohol Consumption and the Risk of Breast Cancer », <i>New England Journal of Medicine</i> , vol. 316, n° 19, 1987, p. 1174-1180. <a href="https://doi.org/10.1056/NEJM198705073161902">https://doi.org/10.1056/NEJM198705073161902</a>	Pas une revue systématique.
Wood, A.M., S. Kaptoge, A.S. Butterworth, P. Willeit, S. Warnakula, T. Bolton, E. Paige, D.S. Paul, M. Sweeting, S. Burgess, S. Bell, W. Astle, D. Stevens, A. Koulman, R.M. Selmer, W.M.M. Verschuren, S. Sato, I. Njølstad, M. Woodward, ... et J. Danesh. « Risk thresholds for alcohol consumption: Combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies », <i>The Lancet</i> , vol. 391, n° 10129, 2018, p. 1513-1523. <a href="https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X">https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X</a>	Cet article a été exclu à l'étape 2 du processus d'examen puisqu'il répondait à moins de deux critères de qualité méthodologique. Il n'y avait aucune recherche exhaustive de la littérature, les caractéristiques de chacune des études retenues n'étaient pas indiquées, et leur qualité, non évaluée.
Yang, Y., D.C. Liu, Q.M. Wang, Q.Q. Long, S. Zhao, Z. Zhang, Y. Ma, Z.M. Wang, L.L. Chen et L.S. Wang. « Alcohol consumption and risk of coronary artery disease: A dose-response meta-analysis of prospective studies », <i>Nutrition</i> , vol. 32, n° 6, 2016, p. 637-644. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nut.2015.11.013">https://doi.org/10.1016/j.nut.2015.11.013</a>	L'étude plus récente sur la cardiopathie ischémique de Zhao et coll. (2017) a été retenue plutôt que celle de Yang et coll. (2016) puisqu'elle était de meilleure qualité selon l'évaluation GRADE.