

LA POLITIQUE EN MATIÈRE D'ALCOOL ET LE CANCER AU CANADA : CONTEXTE ET STATISTIQUES CLÉS



MAI 2021

La politique en matière d'alcool et le cancer au Canada : contexte et statistiques clés

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction
2	Contexte
6	Consommation d'alcool au Canada
15	Environnement politique réglementaire en matière d'alcool
21	Perceptions du public
23	La COVID-19 et la consommation d'alcool
26	Annexe A : Méthodologie
27	Références

Citation suggérée : Partenariat canadien contre le cancer. (2021, mai). *La politique en matière d'alcool et le cancer au Canada : contexte et statistiques clés*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.

Remerciements : Nous tenons particulièrement à remercier les chercheurs suivants du Health Ethics, Law and Policy Lab de l'Université Western pour leur contribution à ce rapport : J. Shelley, I. Duong, T. Cumpson et K. Tulsieram. Nous remercions également T. Stockwell, C. Paradis et E. Hobin d'avoir examiné ce rapport et fourni leur rétroaction.

ISBN : 978-1-988000-56-5

La production de la présente ressource a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

Introduction



La réduction de la consommation d'alcool nécessite une approche multisectorielle prévoyant la mise en œuvre de politiques fondées sur des données probantes dans plusieurs domaines. Une réponse globale et coordonnée aux tendances et aux méfaits de la consommation d'alcool pourrait jouer un rôle déterminant dans la réduction du risque et de l'incidence des cancers liés à l'alcool au Canada.

La présente ressource donne un aperçu des liens entre l'alcool et le cancer, des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, des taux de consommation au Canada, de l'environnement politique réglementaire en matière d'alcool, des perceptions du public et de l'influence de la COVID-19. Elle met également en évidence certaines populations qui sont surreprésentées dans les données sur la consommation d'alcool et ses méfaits, notamment les cancers liés à l'alcool.

Ce rapport a été élaboré à partir de deux examens systématiques de la documentation sur la recherche canadienne en matière d'épidémiologie et de politiques. Ces examens de la documentation ont été limités géographiquement (données canadiennes uniquement) et temporellement (de janvier 2016 à novembre 2020). Des analyses des politiques ont été menées aux niveaux fédéral, provincial/territorial et municipal. Trente et une municipalités étaient incluses dans le Répertoire des politiques de prévention (RPP) du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat), et comprennent les plus grandes villes canadiennes et des municipalités supplémentaires afin d'assurer un échantillon juste de l'ensemble du pays. Tous les sites Web et politiques référencés sont à jour au 31 janvier 2021. Une méthodologie détaillée se trouve à l'annexe A.



Cette ressource est complétée par le document *La politique en matière d'alcool et le cancer au Canada : mesures*, qui fournit une exploration approfondie des domaines de la politique en matière d'alcool jugés les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool et les cancers qui y sont liés, ainsi qu'un examen des mesures politiques fédérales, provinciales/territoriales et municipales.



Contexte

Principaux points à retenir

Environ 80 % des Canadiens de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année, ce qui en fait la substance psychoactive la plus utilisée au Canada.

Il existe un lien direct entre l'alcool et le cancer dans au moins sept sièges du corps : oropharynx, larynx, œsophage, foie, sein, côlon et rectum.

En 2016, un cancer lié à l'alcool a été diagnostiqué chez environ 3 300 Canadiens.

Les risques de cancer sont les plus élevés chez les buveurs excessifs (4 verres ou plus par jour) et les buveurs modérés (1 à 4 verres par jour); cependant, les petits buveurs (pas plus d'un verre par jour) sont également exposés à un risque accru.

Les études indiquent de manière assez consensuelle qu'il est préférable de consommer moins d'alcool et que les effets positifs de l'alcool sur la santé qui ont été perçus par le passé pourraient avoir été surestimés.

Prévalence et méfaits de l'alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus utilisée au Canada. En 2017, près de 80 % des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé au moins une boisson alcoolisée au cours de l'année précédente¹. De plus, l'alcool est le principal facteur de risque d'incapacité prématurée au Canada et est responsable de 10 % de tous les décès chez les personnes âgées de 15 à 49 ans, avec des taux plus élevés dans les populations marginalisées². En 2016, au Canada, on estime que 14 800 décès étaient liés à l'alcool³. En 2017, le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool au Canada était de 249 pour 100 000 personnes⁴. À l'échelle mondiale, la consommation d'alcool entraîne 3 millions de décès chaque année et est responsable de 5,1 % de la charge mondiale de morbidité⁵.

On estime que **l'alcool** est **l'une des trois principales** causes de décès par cancer dans le monde.

L'alcool et le cancer

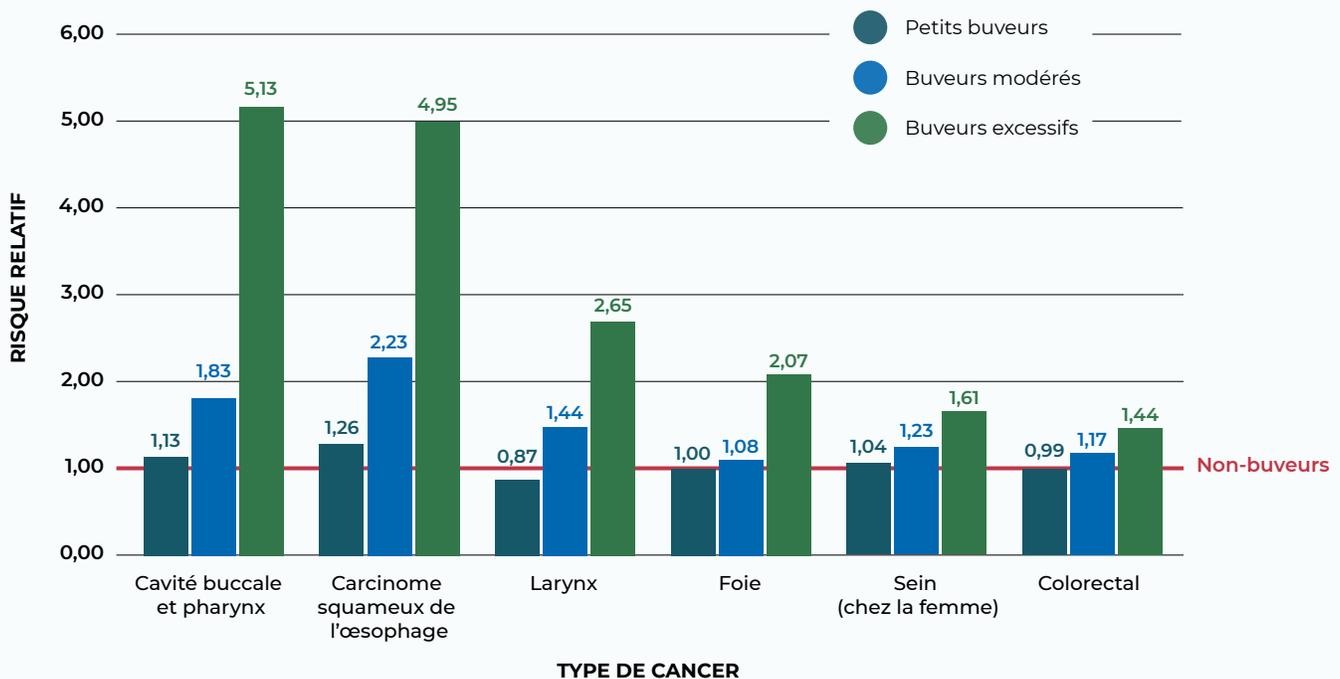
L'alcool est classé dans le groupe 1 des agents cancérogènes⁶ et on estime qu'il est l'une des trois principales causes de décès par cancer dans le monde⁷. Des données probantes indiquent que la consommation chronique ou régulière d'alcool au fil du temps, même à de faibles quantités, augmente le risque de cancer lié à l'alcool⁸. La recherche permet de croire en l'existence d'un lien causal entre la consommation d'alcool et le cancer touchant sept sièges : oropharynx, larynx, œsophage, foie, sein, côlon et rectum (figure 1)⁹.

De nouvelles données portent à croire que la consommation d'alcool pourrait augmenter le risque d'autres cancers, notamment les cancers du pancréas, du poumon et de la prostate¹⁰. Une augmentation de 19 % (RR = 1,19) et de 15 % (RR = 1,15) des risques de cancer du pancréas et du poumon, respectivement, a été observée chez les buveurs excessifs par rapport aux petits buveurs ou aux non-buveurs¹¹. Il convient toutefois de noter que le risque de cancer du poumon peut être

influencé par des facteurs de confusion tels que le tabagisme. Des recherches indiquent que les buveurs excessifs présentent une augmentation statistiquement significative du risque de cancer par rapport aux petits buveurs ou aux non-buveurs¹². Les buveurs excessifs ont un risque relatif de 1,20 de cancer de la prostate, contre 1,09 pour les buveurs modérés et 1,05 pour les petits buveurs¹³.

En 2016, on estime que 3 300 Canadiens ont reçu un diagnostic d'un cancer lié à l'alcool¹⁴. Si le risque de cancer est le plus élevé chez les buveurs excessifs (plus de 4 verres par jour) et les buveurs modérés (1 à 4 verres par jour), les petits buveurs (pas plus d'un verre par jour) et ceux qui s'adonnent à l'hypercatalisation rapide (plus de 4 verres en une seule fois) sont également plus exposés au risque de cancer de la bouche, du pharynx, de l'œsophage et du sein^{15,16}. Le risque augmente lorsque l'alcool est associé à d'autres facteurs, notamment le tabagisme, une alimentation malsaine et/ou le manque d'activité physique¹⁷.

FIGURE 1 : RISQUES RELATIFS SELON LE TYPE DE CANCER ET LA CONSOMMATION D'ALCOOL¹⁸



Bienfaits de l'alcool pour la santé

Il existe des données contradictoires en ce qui concerne les bienfaits de l'alcool pour la santé. Un examen récent de la documentation a permis de recenser plus de 100 études prospectives qui suggèrent une association inverse entre la consommation légère à modérée d'alcool et le risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ischémique (causé par un caillot), de maladie vasculaire périphérique, de mort cardiaque subite et de décès de toutes causes cardiovasculaires¹⁹. L'effet s'est montré constant, correspondant à une réduction de 25 à 40 % du risque²⁰. Il est également ressorti de cet examen de la documentation qu'une consommation modérée d'alcool peut également être bénéfique contre des affections telles que les calculs biliaires et le diabète de type 2. De plus, il a été démontré que la consommation légère d'alcool offre une protection modeste contre le lymphome non hodgkinien, le lymphome de Hodgkin et le cancer du rein²¹. De plus, une diminution de 8 % du cancer du rein a été démontrée pour chaque augmentation de 10 grammes de la quantité d'alcool consommée par jour²². Cependant, ce facteur de protection n'est pas clair pour une consommation supérieure à 30 grammes (3 verres standard) par jour²³.

Certains chercheurs suggèrent que les effets positifs de la consommation d'alcool sur la santé ont été surestimés. Par exemple, un article de 2015, dans lequel les auteurs ont examiné des études cas-témoins et des méta-analyses, a jeté le doute sur les bienfaits associés à l'alcool, conseillant de mettre en balance les effets protecteurs et les effets néfastes de l'alcool²⁴. De même, une étude distincte réalisée en 2015 sur la base d'analyses groupées de dix cohortes de population a révélé que, bien que des effets protecteurs aient été observés dans les groupes âge-sexe dans des modèles non ajustés, ces effets protecteurs diminuaient après un ajustement pour une série de facteurs personnels, socio-économiques et liés au mode de vie, et l'exclusion des anciens buveurs²⁵. Ainsi, l'étude a permis de conclure que les associations établissant un effet protecteur pouvaient être le résultat de biais de sélection entre les strates âge-sexe. En outre, le rapport *Global Burden of Disease 2019* a conclu qu'il n'existe pas de quantité d'alcool sans danger, en particulier en ce qui a trait au risque de cancer²⁶. Malgré les variations entre les études, il convient de noter que tous les bienfaits potentiels de l'alcool sont associés à des niveaux de consommation légers ou modérés; une consommation excessive n'a été associée qu'à un risque accru de dommages chroniques et aigus.

Coûts sociaux et économiques de l'alcool

En plus du fardeau sanitaire, l'alcool impose des coûts sociaux et économiques importants (figure 2), qui sont supérieurs à ceux du tabac, des opioïdes et du cannabis (figure 3). En 2017, le coût de la consommation d'alcool au Canada, y compris les soins de santé, la perte de productivité, la justice pénale et d'autres coûts, a été estimé à 14,6 milliards de dollars²⁷. Des rapports indiquent que l'alcool a généré des revenus de 10,9 milliards de dollars pour le gouvernement du Canada en 2017. Cela se traduit par un déficit lié à l'alcool de 3,7 milliards de dollars à l'échelle nationale²⁸.

FIGURE 2 : COÛTS TOTAUX DES SOINS DE SANTÉ IMPUTABLES À L'ALCOOL, 2017²⁹

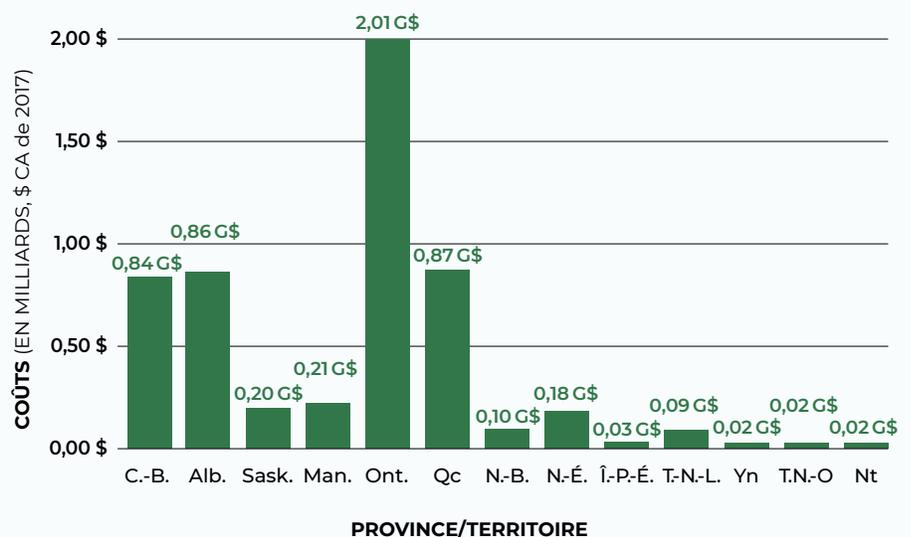
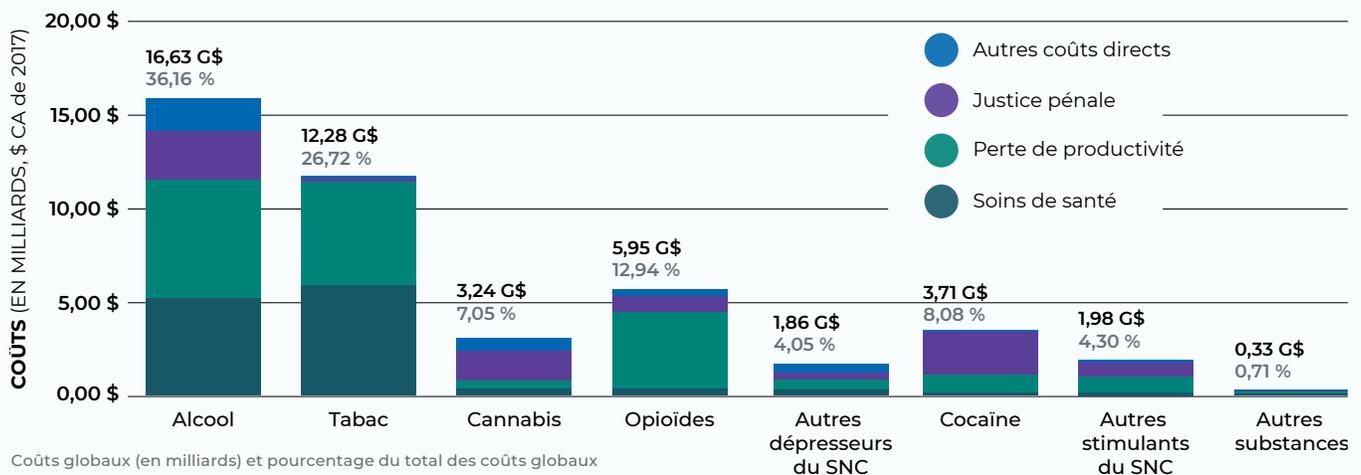


FIGURE 3 : COÛTS IMPUTABLES À L'USAGE DE SUBSTANCES AU CANADA, 2017³⁰



Réponse mondiale à l'alcool

Compte tenu des méfaits de la consommation d'alcool, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2010 la *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*³¹. La *Stratégie* a identifié dix options et interventions politiques pour une action nationale et quatre domaines prioritaires pour une action mondiale (tableau 1).

En 2018, l'OMS a lancé SAFER, une initiative de contrôle de l'alcool qui a établi cinq stratégies que les gouvernements peuvent utiliser pour réduire les dommages sanitaires et sociaux liés à l'alcool : 1) renforcer les restrictions sur la disponibilité de l'alcool; 2) faire progresser et appliquer les mesures de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool; 3) faciliter l'accès au dépistage, aux interventions de courte durée et aux traitements; 4) faire respecter les interdictions ou les restrictions sur la publicité, le parrainage et la promotion de l'alcool; et 5) augmenter le prix de l'alcool par le biais des taxes d'accises et des politiques de prix³². En 2022, en consultation avec les États

membres, l'OMS élaborera un plan d'action mondial pour 2022-2030 visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Le Fonds mondial de recherche contre le cancer (FMRC) a été créé en 1982 pour fournir des renseignements sur la recherche et la santé en matière de prévention du cancer. Dans le cadre de la National Prevention Research Initiative et d'autres programmes similaires, le FMRC étudie les comportements associés à une mauvaise alimentation, au manque d'activité physique et à la consommation d'alcool, afin d'améliorer la santé et de prévenir les cancers.

TABLEAU 1 : STRATÉGIE MONDIALE VISANT À RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL DE L'OMS³³

Dix options et interventions politiques pour une action nationale	Quatre domaines prioritaires pour une action mondiale
<ol style="list-style-type: none"> Leadership, prise de conscience et engagement Action des services de santé Action communautaire Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant Offre d'alcool Marketing des boissons alcoolisées Politiques de prix Réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique Réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel Suivi et surveillance 	<ol style="list-style-type: none"> Plaidoyer et partenariat pour la santé publique Appui technique et renforcement des capacités Acquisition et diffusion du savoir Mobilisation de ressources



Consommation d'alcool au Canada

Principaux points à retenir

Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada fournissent des conseils sur la consommation d'alcool à faible risque.

Jusqu'à 20 % des Canadiens consomment plus d'alcool que les niveaux recommandés par les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada.

La consommation d'alcool varie en fonction de divers facteurs, notamment le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique et l'origine autochtone.

Il existe des directives différentes en matière de consommation d'alcool à faible risque. Le Fonds mondial de recherche contre le cancer recommande l'abstinence et la Société canadienne du cancer recommande de ne pas dépasser deux verres par jour pour les hommes et un pour les femmes.

Il existe des différences entre les territoires de compétence du Canada, notamment en ce qui concerne les ventes et les taux de consommation par habitant.

Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

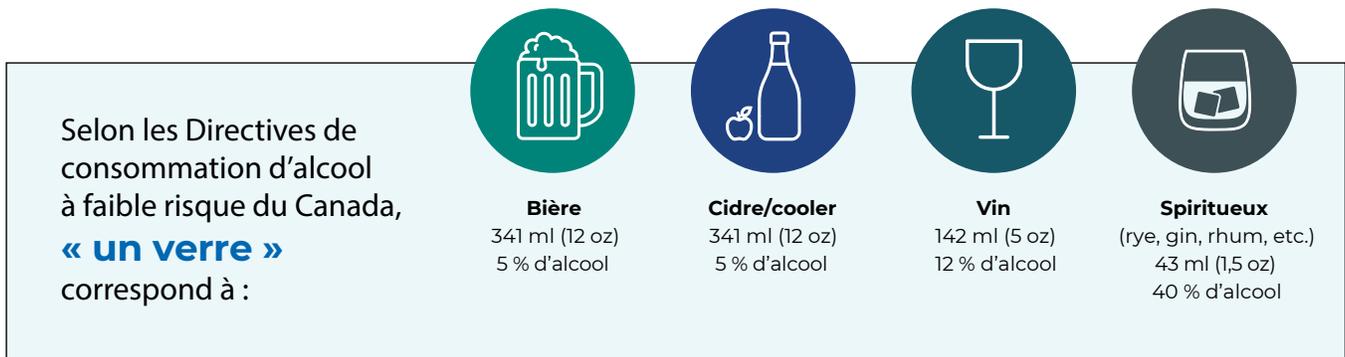
Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada ont été élaborées en 2011 sur la base de données démographiques afin de réduire les méfaits de l'alcool (tableau 2). Pour réduire les risques de maladies chroniques spécifiques, comme le cancer, il peut être nécessaire d'envisager d'autres directives. Par exemple, le Fonds mondial de recherche sur le cancer recommande de ne pas consommer d'alcool pour prévenir le cancer³⁴. La Société canadienne du cancer recommande, pour réduire le risque de cancer, que les femmes et les hommes qui choisissent de consommer de l'alcool ne boivent pas plus d'un et deux verres par jour, respectivement³⁵.

En 2011, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a élaboré les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, qui fournissent des conseils sur la consommation d'alcool visant à en réduire les effets néfastes. Pour réduire les risques sanitaires à long terme, ces directives recommandent que les femmes consomment au maximum 10 verres par semaine, avec un maximum de 2 verres par jour la plupart des jours. Il est recommandé aux hommes de consommer au maximum 15 verres par semaine, avec un maximum de 3 verres par jour la plupart des jours*. Pour éviter une dépendance ou une habitude à l'égard de l'alcool, les directives recommandent un minimum de deux jours sans boire chaque semaine. On estime que si ces directives sont suivies, 13 612 cas de cancer pourraient être évités d'ici 2042**. Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sont en cours de mise à jour, la publication de leur nouvelle version étant prévue pour mars 2022.

* Tous les types de boissons alcoolisées, y compris la bière, le vin et les spiritueux, augmentent le risque de cancer.

** Cancer data - ComPARE [Internet]. Data.prevent.cancer.ca [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://data.prevent.cancer.ca/future/risk-reduction>.

TABEAU 2 : CE À QUOI CORRESPOND « UN VERRE », SELON LES DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE DU CANADA³⁶



Les modes de consommation des populations concernées¹



Adultes

Les hommes adultes canadiens consomment de l'alcool à un taux plus élevé que les femmes et sont donc exposés à un risque supérieur de cancer lié à l'alcool. En 2017, 83 % des hommes et 76,5 % des femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente³⁷. Près de 40 % des hommes et de 25 % des femmes ont déclaré consommer de l'alcool au moins deux fois par semaine (figure 4). Parmi les répondants qui boivent, 26 % des hommes et 17 % des femmes ont déclaré avoir une consommation excessive d'alcool, la consommation excessive étant définie comme 5 verres ou plus pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes, en une seule occasion, au moins une fois par mois (figure 5).

Parmi les Canadiens de 15 ans et plus, 17,6 % des hommes et 14,6 % des femmes dépassaient les limites relatives à la consommation chronique recommandées dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada³⁸.

Par rapport aux femmes qui ne boivent pas, celles qui consomment un verre par jour ont un risque de 5 à 9 % plus élevé de cancer du sein^{39,40,41}. En outre, quatre verres par semaine exposent les femmes à un risque de cancer lié à l'alcool légèrement plus élevé que les hommes (1,4 % contre 1,0 %)⁴². En général, pour les femmes, le risque de cancer du sein augmente pour chaque verre supplémentaire consommé par jour⁴³.

¹ **REMARQUE :** Étant donné que certains ensembles de données ne font pas de distinction entre les personnes qui n'ont jamais bu d'alcool et les anciens buveurs lorsqu'ils présentent les taux d'abstinence, ni entre les niveaux de consommation proportionnels et par habitant, les taux de consommation réels sont probablement plus élevés que ne le suggèrent les données. Les données de consommation sont généralement autodéclarées et doivent donc être interprétées avec prudence.

FIGURE 4 : FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL (18 ANS ET PLUS), PAR SEXE, 2017-2018⁴⁴

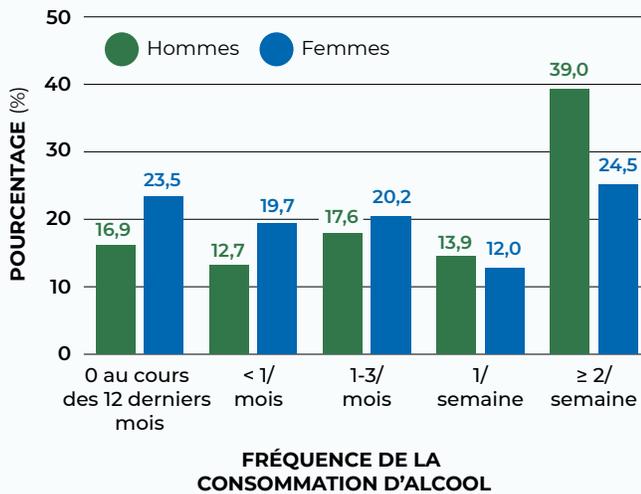
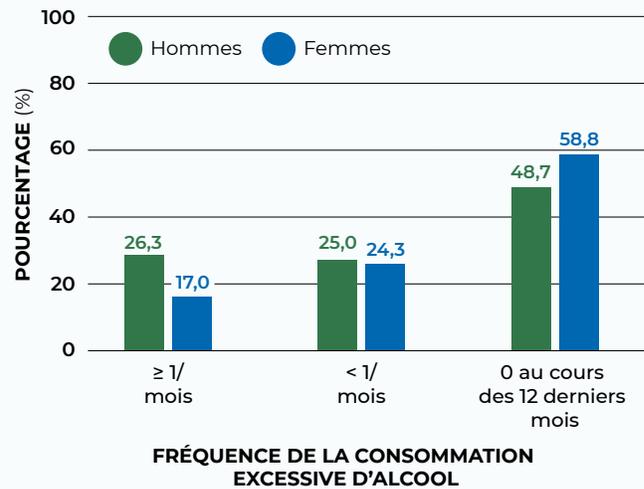


FIGURE 5 : FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION DE 5 VERRES OU PLUS POUR LES HOMMES ET DE 4 VERRES OU PLUS POUR LES FEMMES, PAR SEXE, 2017-2018⁴⁵



[†] La consommation excessive d'alcool est définie comme 5 verres ou plus pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes, en une seule occasion, au moins une fois par mois.



Jeunes

En 2017, 44 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente⁴⁶, cette proportion étant légèrement plus élevée chez les garçons (44,2 %) que chez les filles (43,8 %) (figure 6). Au total, 27 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont rapporté avoir consommé de l'alcool au cours du dernier mois⁴⁷. Parmi ces derniers, 16 % ont déclaré s'être adonnés à l'hyperlcoolisation rapide (5 verres ou plus en une seule occasion) au cours du dernier mois⁴⁸, avec un taux annuel d'hyperlcoolisation rapide de 24,2 % (figure 7).

L'âge moyen de l'initiation à l'alcool chez les Canadiens est de 13,4 ans (13,2 ans pour les garçons et 13,6 ans pour les filles)⁴⁹. La consommation d'alcool augmente à chaque niveau scolaire, se chiffrant à environ 23 % chez les élèves de la 7^e à la 9^e année, et à 65 % chez les élèves de la 10^e à la 12^e année⁵⁰. Les recherches montrent que lorsque les gens

commencent à boire à un âge précoce, ils courent un risque plus élevé de présenter, plus tard dans la vie, un trouble lié à la consommation d'alcool⁵¹. Les troubles liés à l'usage de substances impliquent l'incapacité à limiter la quantité d'alcool consommée, ce qui augmente le risque de cancers liés à l'alcool.

Dans le cadre d'une enquête, 69,3 % des étudiants de niveau postsecondaire (70,2 % des femmes et 68,1 % des hommes), en moyenne, ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 30 jours précédents. Parmi ces étudiants qui consomment de l'alcool, 35 % ont déclaré avoir bu cinq boissons alcoolisées ou plus en une seule fois au cours des deux dernières semaines. Le nombre moyen déclaré de boissons consommées était de 5,96 pour les hommes et de 4,67 pour les femmes. La consommation d'alcool à risque était plus élevée chez les hommes (38,9 %) que chez les femmes (33,5 %)⁵².

FIGURE 6 : PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL AUTODÉCLARÉE AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE CHEZ LES ÉLÈVES DE LA 7^E À LA 12^E ANNÉE AU CANADA, 2012-2017⁵³

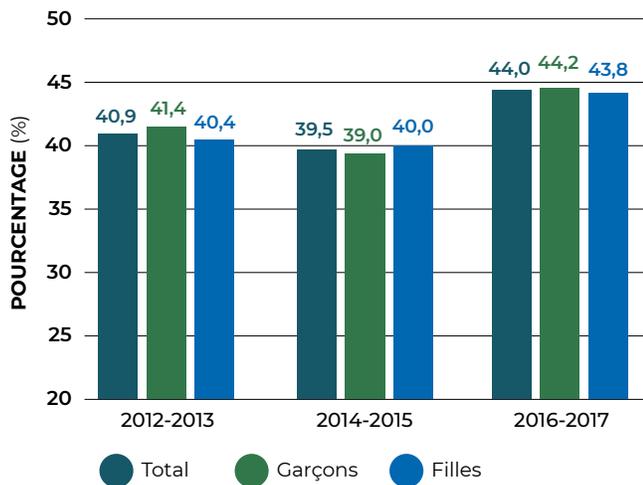
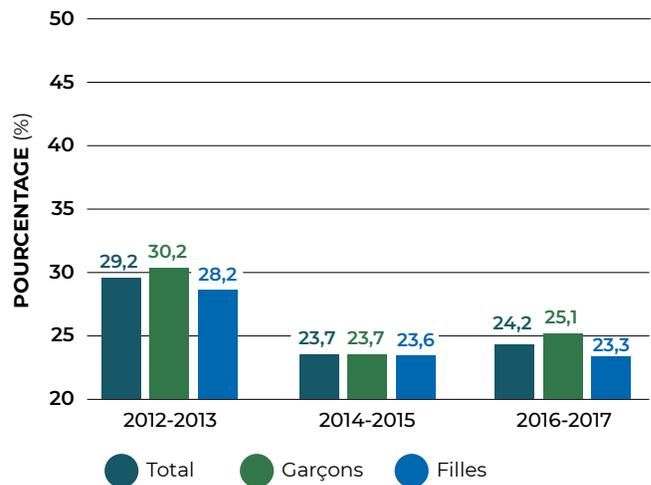


FIGURE 7 : PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION AUTODÉCLARÉE DE 5 VERRES OU PLUS EN UNE SEULE OCCASION AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE CHEZ LES ÉLÈVES DE LA 7^E À LA 12^E ANNÉE AU CANADA, 2012-2017⁵⁴

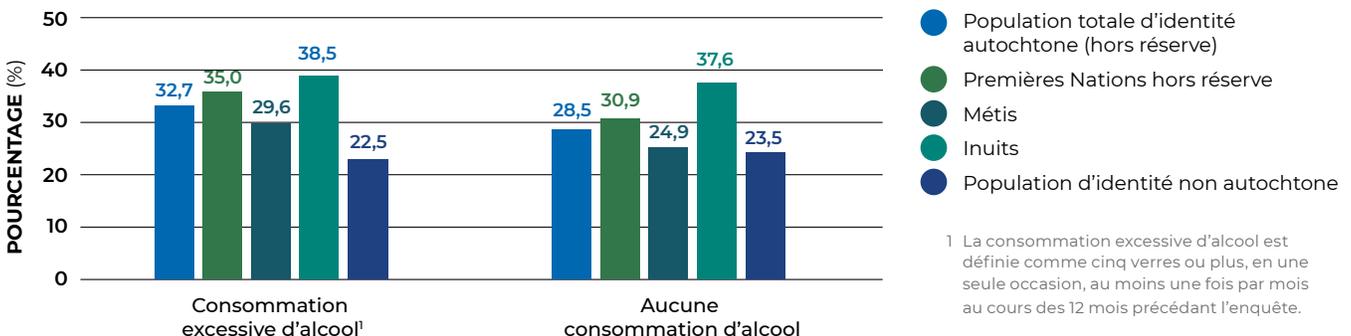


Premières Nations, Inuits et Métis

En se fondant sur des données de 2012, Statistique Canada a rapporté que les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis étaient moins nombreux à consommer de l'alcool que plusieurs autres groupes au Canada. Par exemple, parmi les membres des Premières Nations vivant hors réserve en Ontario, environ 29 % ont déclaré ne pas boire, c'est-à-dire ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédant une enquête sur la santé, comparativement à environ 26 % de la population non autochtone de l'Ontario⁵⁵.

Au Canada, parmi les membres des Premières Nations hors réserve, les Inuits et les Métis qui consomment de l'alcool, la prévalence de la consommation excessive d'alcool est plus élevée que dans les populations non autochtones. Des données canadiennes de 2012 indiquent que 22,5 % des membres des peuples non autochtones sont des buveurs excessifs, contre 38,5 % des Inuits, 29,6 % des Métis et 35 % des membres des Premières Nations vivant hors réserve (figure 8)⁵⁶. Au Canada, c'est chez les Inuits que l'on retrouve la plus grande proportion de non-buveurs, à près de 38 %, et chez les membres des Premières Nations hors réserve, ce pourcentage est de 31 %. En comparaison, seuls 23,5 % des non-Autochtones se déclarent comme non-buveurs⁵⁷.

FIGURE 8 : CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS HORS RÉSERVE, LES INUITS ET LES MÉTIS PAR RAPPORT AUX NON-AUTOCHTONES ÂGÉS DE 12 ANS ET PLUS AU CANADA, 2012⁵⁸



¹ La consommation excessive d'alcool est définie comme cinq verres ou plus, en une seule occasion, au moins une fois par mois au cours des 12 mois précédant l'enquête.

D'après des données de 2014-2015, les jeunes autochtones de la 9^e à la 12^e année présentent une probabilité plus élevée d'avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois et de s'être adonnés à l'hyperalcoolisation rapide au cours des 12 derniers mois, et commencent à boire de l'alcool à un âge plus jeune, comparativement aux jeunes non autochtones (tableau 3). Ces taux sont toutefois

en baisse. En comparant les données de 2014-2015 à celles de 2008-2009, les chercheurs ont constaté une diminution à la fois de la consommation d'alcool et de l'hyperalcoolisation rapide au cours des 12 derniers mois, et ce, tant chez les jeunes autochtones que chez les jeunes non autochtones, l'hyperalcoolisation rapide ayant diminué dans une proportion allant jusqu'à 30 % dans ces deux populations⁵⁹.

TABLEAU 3 : CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES AUTOCHTONES PAR RAPPORT AUX NON-AUTOCHTONES, DE LA 9^E À LA 12^E ANNÉE, 2014-2015⁶⁰

Variable	Estimation	IC à 95 %, limite inférieure	IC à 95 %, limite supérieure	Valeur p
Âge moyen de la première consommation d'alcool – plus d'une gorgée (ans)				
Jeunes autochtones*	13,3	13,0	13,5	< 0,001
Jeunes non autochtones	13,8	13,7	13,8	–
Garçons autochtones	13,0	12,4	13,5	0,003
Garçons non autochtones	13,6	13,5	13,7	–
Filles autochtones	13,5	13,3	13,8	0,006
Filles non autochtones	13,9	13,8	14,1	–
Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois (rapport de cotes)				
Jeunes autochtones par rapport aux jeunes non autochtones	1,43	1,16	1,75	0,001
Garçons autochtones par rapport aux filles autochtones	0,74	0,54	1,00	0,05
Garçons non autochtones par rapport aux filles non autochtones	0,88	0,83	0,94	< 0,001
Hyperalcoolisation rapide** au cours des 12 derniers mois (rapport de cotes)				
Jeunes autochtones par rapport aux jeunes non autochtones	1,04	0,83	1,28	0,75
Garçons autochtones par rapport aux filles autochtones	1,00	0,69	1,46	0,99
Garçons non autochtones par rapport aux filles non autochtones	1,06	0,89	1,27	0,50

* Le terme « jeunes autochtones » désigne les jeunes des Premières Nations, les jeunes Inuits et les jeunes Métis qui, selon leurs déclarations, fréquentent des écoles hors réserve au Canada. Les écoles du Nouveau-Brunswick, du Yukon, du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest ont été exclues.

** L'hyperalcoolisation rapide est définie comme une consommation de cinq verres ou plus d'alcool en une seule occasion.



LGBTQ2S+

Parmi la communauté LGBTQ2S+ (personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers et bispirituelles), jusqu'à 25 % ont fait état de modes de consommation problématiques (c'est-à-dire, des niveaux de consommation modérés à élevés), contre 12,7 % pour l'ensemble de la population canadienne⁶¹. Par exemple, par rapport aux femmes hétérosexuelles, les femmes lesbiennes et bisexuelles

sont 1,64 fois plus susceptibles de déclarer des niveaux plus élevés de consommation d'alcool⁶². Au total, 24 % des membres de la communauté LGBTQ2S+ consomment de l'alcool ou des drogues pour faire face à des abus émotionnels et/ou des violences physiques, contre 10 % de l'ensemble de la population canadienne⁶³.

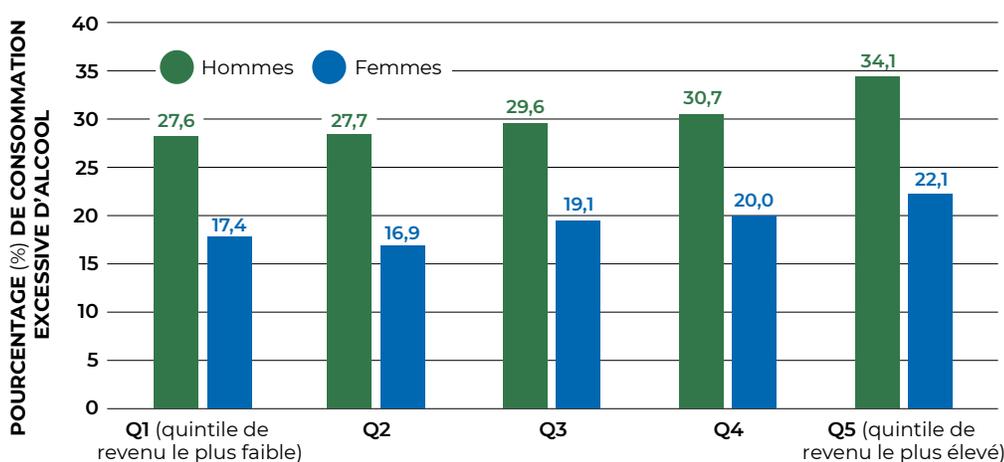


Statut socio-économique (SSE)

Les personnes au Canada dont le revenu et le SSE sont plus élevés sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et de s'adonner à une consommation à risque, comparativement à celles dont le revenu et le SSE sont plus faibles (figure 9)⁶⁴. Par rapport aux personnes dont le SSE est supérieur, celles dont le SSE est inférieur sont touchées de manière disproportionnée par les méfaits liés à l'alcool⁶⁵ et présentent des taux d'hospitalisation plus élevés⁶⁶. Cette situation est attribuable à plusieurs facteurs de risque, notamment l'âge d'initiation à l'alcool, les habitudes de consommation, les environnements sociaux et de consommation, et les comportements à risque, entre autres^{67,68}.

On a également constaté que les personnes qui ont un logement précaire ont un taux de consommation d'alcool plus élevé et un taux de mortalité six fois plus élevé pour des causes liées à l'alcool que les autres populations^{69,70}. Il a été démontré que les personnes à faible revenu subissent davantage de dommages et de conséquences liés à l'alcool, et que ces dommages et conséquences sont, chez elles, plus graves⁷¹. Enfin, les collectivités au SSE inférieur ont tendance à avoir une plus grande densité de points de vente d'alcool, ce qui augmente l'accès à l'alcool et les taux de consommation et de méfaits de l'alcool⁷².

FIGURE 9 : POURCENTAGE DE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL, SELON LE QUINTILE DE REVENU ET LE SEXE, 2018⁷³



Remarques

Les quintiles de revenu sont basés sur le revenu ajusté des ménages autodéclaré dans le cadre de l'ESCC 2018.

La consommation excessive d'alcool est définie comme 5 verres ou plus pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes, en une seule occasion, au moins une fois par mois.

Les personnes dont le **revenu est plus élevé** sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et de s'adonner à une **consommation à risque**, comparativement à celles dont le revenu est plus faible.



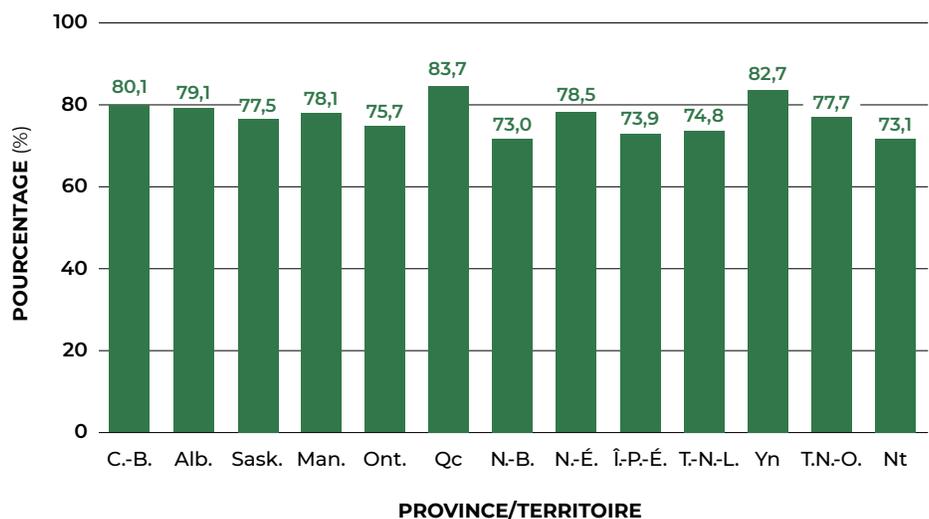
Différences entre les territoires de compétence

La consommation d'alcool varie d'un territoire de compétence à l'autre. C'est au Québec que le pourcentage de buveurs est le plus élevé, à 83,7 %, et au Nouveau-Brunswick qu'il est le plus faible, à 73,0 % (figure 10). En outre, le territoire de compétence affichant le taux le plus élevé de dépassement des limites recommandées dans les directives

de consommation à faible risque est la Colombie-Britannique, à 18,8 %, et celui affichant le taux le plus faible est la Saskatchewan, à 11,1 % (figure 11). Les raisons des différences entre les territoires de compétence peuvent inclure des politiques provinciales ou territoriales variables en matière d'alcool ainsi que des normes culturelles et des environnements sociaux uniques^{74,75,76}.

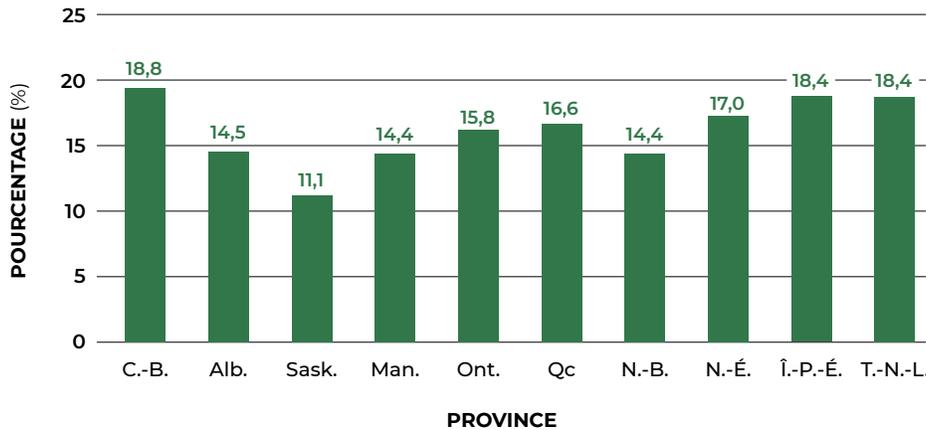
Des variations dans les ventes et la consommation par habitant ont été observées entre les zones urbaines, rurales et éloignées, les habitants des zones rurales étant plus susceptibles de déclarer une consommation excessive d'alcool (22,4 %) que leurs homologues des zones urbaines (18,4 %)⁷⁷. Dans tout le Canada, les taux de consommation municipaux sont souvent supérieurs aux limites recommandées dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, allant de 5 % à Toronto (Ontario) à 15 % à Sherbrooke (Québec)⁷⁸.

FIGURE 10 : POURCENTAGE DE CANADIENS (DE 18 ANS ET PLUS) AYANT DÉCLARÉ AVOIR CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE[†], PAR TERRITOIRE DE COMPÉTENCE[†], 2019⁷⁹



[†] Pour les territoires, les années de déclaration 2017-2018 combinées ont été utilisées en raison de la disponibilité des données. **Moyenne nationale** : 77,5 %

FIGURE 11 : POURCENTAGE DE CANADIENS (DE 15 ANS ET PLUS) AYANT DÉPASSÉ LES LIMITES RECOMMANDÉES DANS LES DIRECTIVES SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE, PAR TERRITOIRE DE COMPÉTENCE†, 2017⁸⁰



† Aucune donnée de disponible pour les territoires

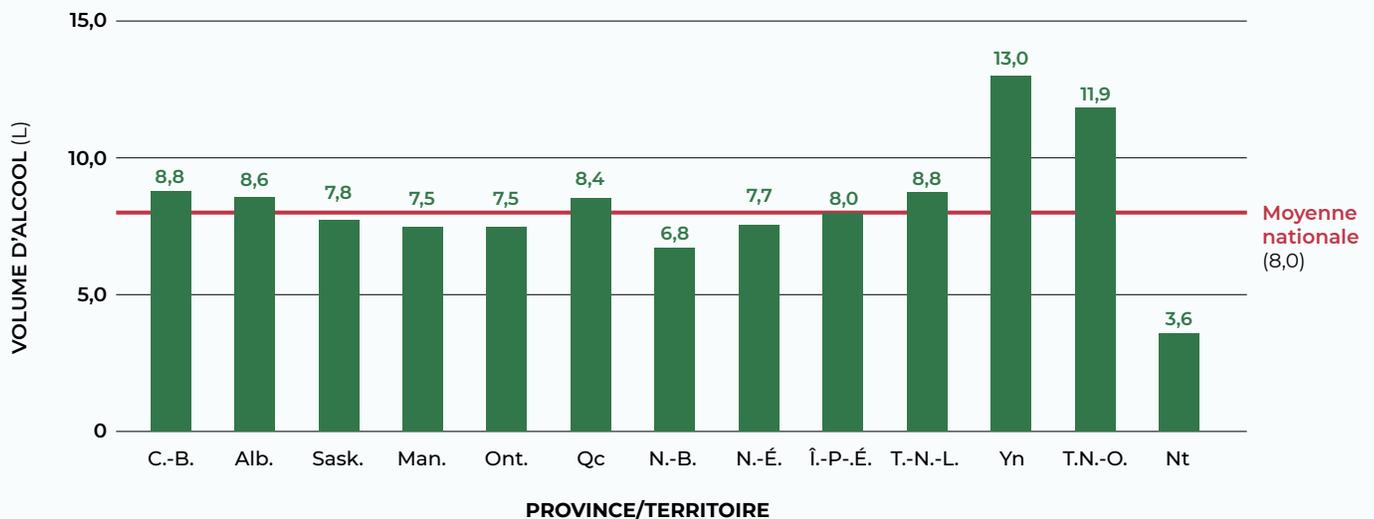
Moyenne nationale : 16,1 %

Calculé sur la base de la consommation d'alcool au cours des 7 jours précédents. Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada recommandent de ne pas dépasser 10 verres par semaine pour les femmes, avec un maximum de 2 verres par jour la plupart des jours, et 15 verres par semaine pour les hommes, avec un maximum de 3 verres par jour la plupart des jours.

Les taux provinciaux et territoriaux varient en ce qui concerne le volume des ventes totales par habitant, ce qui influence directement les habitudes de consommation régionales. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont le volume des ventes totales d'alcool par habitant le plus élevé, avec respectivement 13 L et 11,9 L, tandis que le Nunavut a le volume le plus faible, avec 3,6 L, suivi du Nouveau-Brunswick, avec 6,8 L (figure 12)⁸¹.

En outre, les ventes d'alcool annuelles et par habitant ont un effet direct sur le pourcentage d'adultes qui dépassent les limites recommandées dans les directives de consommation d'alcool en lien avec le cancer, les taux les plus élevés étant enregistrés dans les Territoires du Nord-Ouest (16,2 %) et les plus faibles au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard (6 % et 7,3 % respectivement) (tableau 4).

FIGURE 12 : VOLUME DES VENTES TOTALES D'ALCOOL PAR HABITANT, PAR PROVINCE OU TERRITOIRE, 2018-2019⁸²



Les **ventes d'alcool** ont un **effet direct** sur le pourcentage d'adultes qui dépassent les limites recommandées dans les **directives** de consommation d'alcool en lien avec le cancer.

TABEAU 4 : VENTES D'ALCOOL ANNUELLES ET PAR HABITANT, ET POURCENTAGE D'ADULTES DÉPASSANT LES LIMITES RECOMMANDÉES DANS LES DIRECTIVES EN LIEN AVEC LE CANCER, 2018-2019⁸³

Territoire de compétence	Valeur des ventes totales (dollars)	Valeur des ventes totales par habitant (dollars)	Pourcentage d'adultes (âgés de 18 ans et plus) déclarant dépasser les limites recommandées dans les directives en lien avec le cancer pour la consommation d'alcool*
Canada	23 624 326 \$	759,8 \$	—
C.-B.	3 573 122 \$	833,0 \$	8,1
Alb.	2 595 190 \$	743,6 \$	8,6
Man.	792 334 \$	722,1 \$	8,5
Sask.	638 017 \$	682,1 \$	7,7
Ont.	8 791 427 \$	729,3 \$	7,4
Qc	5 526 923 \$	782,4 \$	9,8
N.-B.	432 986 \$	656,5 \$	6,0 ^E
N.-É.	628 798 \$	763,1 \$	7,9
Î.-P.-É.	80 026 \$	618,2 \$	7,3 ^E
T.-N.-L.	457 206 \$	1 009,7 \$	8,6
Yn	40 038 \$	1 185,0 \$	11,7
T.N.-O.	52 822 \$	1 473,7 \$	16,2
Nt	15 437 \$	595,2 \$	8,0 ^E

^E Interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité des estimations.

* Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada en lien avec le cancer recommandent de ne pas consommer plus de deux verres par jour pour les hommes et plus d'un verre par jour pour les femmes. Les données doivent être interprétées avec prudence, car les résultats étaient fondés sur la consommation d'alcool au cours de la semaine précédente.



Environnement politique réglementaire en matière d'alcool

Principaux points à retenir

L'alcool est réglementé par la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD) et le *Règlement sur les aliments et drogues* (RAD).

Le gouvernement fédéral a récemment inclus l'alcool dans sa nouvelle version du *Guide alimentaire canadien*.

Les gouvernements provinciaux/territoriaux ont la plus grande autorité sur la législation en matière d'alcool au Canada, notamment en ce qui concerne la fixation de l'âge minimum légal de

consommation d'alcool, l'octroi de licences, la distribution et les restrictions en matière de marketing et de publicité.

La Nouvelle-Écosse, le Manitoba, l'Alberta, le Nunavut et la Colombie-Britannique ont mis en œuvre des stratégies de lutte contre l'alcool afin d'en réduire les méfaits.

Une minorité de gouvernements municipaux ont efficacement réglementé l'alcool par la mise en œuvre de politiques municipales en la matière.

Gouvernement fédéral²

Le gouvernement fédéral ne dispose pas actuellement d'une législation réglementant explicitement l'alcool, contrairement à ce qui est le cas pour le cannabis, le tabac et d'autres substances illicites⁸⁴. La politique en matière d'alcool relève plutôt de nombreux domaines législatifs, notamment la réglementation sur les aliments et les drogues, la justice pénale, et la fiscalité. Il en résulte un paysage politique complexe dans lequel interviennent de nombreux ministères fédéraux.

Santé Canada réglemente l'alcool dans le cadre de la réglementation sur les aliments, par l'intermédiaire de la LAD et du RAD. Toutes les ventes de boissons alcoolisées sont soumises à la LAD ainsi qu'à la nécessité de se conformer aux articles pertinents du RAD. Le RAD établit des règles pour des produits spécifiques (par exemple, la teneur maximale en alcool, les règles concernant la dénomination et/ou l'étiquetage, les détails sur

les ingrédients, etc.) ainsi que des règles spécifiques concernant la vente de boissons alcoolisées.

Les boissons alcoolisées sont également soumises aux lois fédérales, dont la *Loi sur l'accise* et la *Loi de 2001 sur l'accise*. L'Agence canadienne du revenu (ARC), avec le soutien de l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), est responsable de son application⁸⁵.

Une stratégie nationale sur l'alcool, *Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada : Vers une culture de modération – Recommandations en vue d'une stratégie nationale sur l'alcool*, a été élaborée en 2007⁸⁶. Utilisé comme cadre pour guider l'élaboration des politiques en matière d'alcool dans les différents territoires de compétence, cet effort a été déterminant pour la mise en place des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. La stratégie nationale est en cours de révision; sa publication est prévue en 2022.

² Pour une analyse plus détaillée des politiques gouvernementales, veuillez consulter le document intitulé *La politique en matière d'alcool et le cancer au Canada : mesures*.

En 2019, le gouvernement fédéral a inclus l'alcool dans la nouvelle version du *Guide alimentaire canadien*, qui indique que des risques pour la santé sont associés à la consommation d'alcool, notamment de nombreux types de cancers et

d'autres problèmes de santé. Le *Guide alimentaire* recommande d'adhérer aux Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, et les personnes qui ne consomment pas d'alcool ne devraient pas être encouragées à commencer.

Gouvernements provinciaux et territoriaux

La législation provinciale/territoriale régit divers aspects de la consommation d'alcool, notamment la fixation de l'âge légal pour consommer de l'alcool; l'application des conditions d'âge pour servir de l'alcool; la mise en œuvre de la réglementation relative à l'octroi de licences et à la distribution; l'imposition de restrictions sur la publicité et le marketing. Ces politiques sont établies et appliquées par les commissions ou régies provinciales/territoriales des

alcools ou de délivrance des permis (tableau 5)⁸⁷. La majorité de ces conseils promeuvent également des programmes de responsabilité sociale pour éduquer le public sur les méfaits de l'alcool⁸⁸. Dans tous les territoires de compétence, à l'exception de l'Alberta, qui fonctionne dans le cadre d'un système privatisé, les régies sont responsables de la vente d'alcool dans les magasins de détail.

TABLEAU 5 : LÉGISLATION EN MATIÈRE D'ALCOOL ET RÉGIE DANS LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES

Province/ territoire	Législation	Régie
C.-B.	<u>Liquor Control and Licensing Act</u>	<u>British Columbia Liquor Distribution Branch</u>
Alb.	<u>Gaming, Liquor and Cannabis Regulation</u>	<u>Alberta Gaming and Liquor Commission</u>
Sask.	<u>The Alcohol Gaming and Regulation Act</u>	<u>Saskatchewan Liquor and Gaming Authority</u>
Man.	<u>Liquor, Gaming and Cannabis Control Act</u>	<u>Manitoba Liquor & Lotteries Corporation</u>
Ont.	<u>Loi sur les alcools</u>	<u>Régie des alcools de l'Ontario</u>
Qc	<u>Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques</u>	<u>La Régie des alcools, des courses et des jeux</u>
N.-B.	<u>Loi sur la réglementation des alcools</u>	<u>Société des alcools du Nouveau-Brunswick</u>
N.-É.	<u>Liquor Control Act</u>	<u>Nova Scotia Liquor Corporation</u>
Î.-P.-É.	<u>Liquor Control Act</u>	<u>Régie des alcools de l'Île-du-Prince-Édouard</u>
T.-N.-L	<u>Liquor Control Act</u>	<u>Newfoundland Labrador Liquor Corporation</u>
Yn	<u>Liquor Act</u>	<u>Yukon Liquor Corporation</u>
T.N.-O.	<u>Loi sur les boissons alcoolisées</u>	<u>Commission des alcools des Territoires du Nord-Ouest</u>
Nt	<u>Loi sur les boissons alcoolisées</u>	<u>Nunavut Liquor Commission</u>

Environnement politique réglementaire en matière d'alcool

Sur les 13 provinces et territoires, cinq ont mis en place des stratégies de prévention des méfaits liés à l'alcool : la Nouvelle-Écosse, le Manitoba, l'Alberta, le Nunavut et la Colombie-Britannique. Ces stratégies utilisent une approche de réduction des méfaits pour

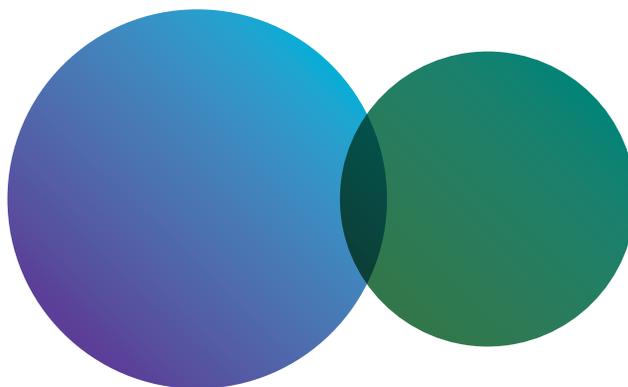
promouvoir une consommation modérée d'alcool auprès des familles et des collectivités, certaines d'entre elles faisant directement référence aux effets de la consommation d'alcool sur le cancer (tableau 6).

TABEAU 6 : PRÉVENTION DU CANCER DANS LES STRATÉGIES PROVINCIALES/TERRITORIALES EN MATIÈRE D'ALCOOL

Province/territoire	Stratégie sur l'alcool	Effet sur la prévention du cancer
C.-B.	<i>Public Health Approach to Alcohol Policy: A Report of the Provincial Health Officer</i> (en anglais seulement)	Le cancer est mentionné dans la discussion sur les données des statistiques de l'état civil.
Alb.	<i>Alberta Alcohol Strategy</i> (en anglais seulement)	Aucune mention du cancer dans la stratégie.
Man.	<i>A Culture of Shared Responsibility: Manitoba's Strategy to Reduce Alcohol-related Harms</i> (en anglais seulement)	Le cancer est mentionné comme l'un des nombreux problèmes de santé à long terme résultant de la consommation d'alcool.
N.-É.	<i>An Alcohol Strategy to Prevent and Reduce the Burden of Alcohol-Related Harm in Nova Scotia</i> (en anglais seulement)	La consommation d'alcool, y compris la consommation légère, est considérée comme un facteur de risque de différents cancers.
Nt	<i>Taking Steps to Reduce Alcohol-Related Harm in Nunavut</i> (en anglais seulement)	Aucune mention du cancer dans la stratégie.

Administration municipale

Les municipalités doivent se soumettre aux régies des alcools et aux lois fixées par le gouvernement provincial/territorial. Ainsi, les 3 700 municipalités du Canada ont le pouvoir de réglementer l'alcool à des degrés divers. Par exemple, certaines municipalités se voient accorder des pouvoirs sur diverses questions, notamment : l'approbation des permis d'alcool (p. ex. Toronto), la consommation d'alcool dans les parcs (p. ex. Surrey), les règlements de zonage (p. ex. Moncton), les heures de vente (p. ex. Toronto) et le service d'alcool lors d'événements (p. ex. Hamilton).



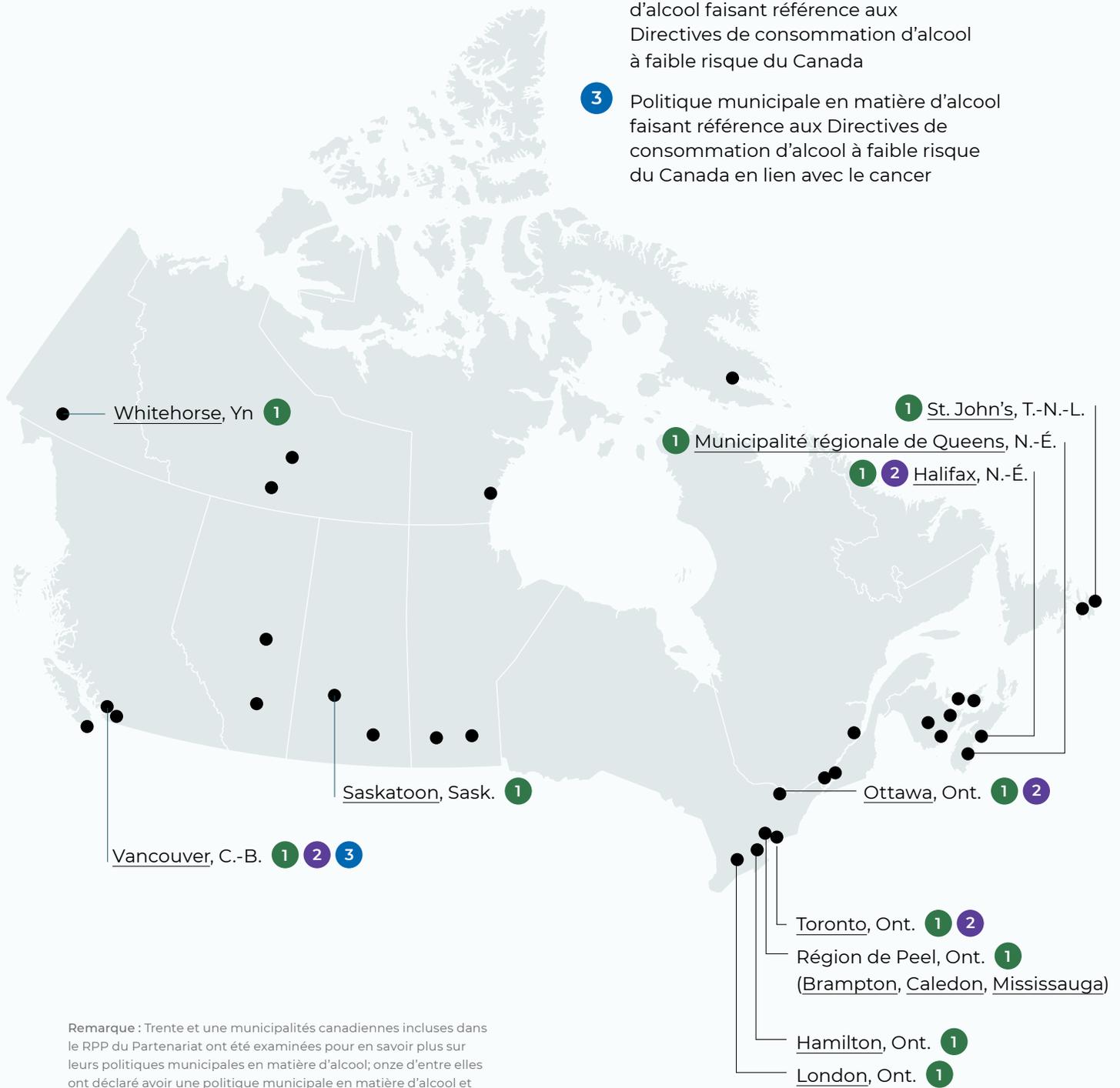


Bien que le pouvoir des municipalités puisse être limité, il est toujours reconnu que les gouvernements municipaux jouent un rôle essentiel dans la réduction de la consommation d'alcool. Les gouvernements municipaux ont un sens aigu des besoins de la collectivité et sont en position de force pour influencer la culture sociétale de la consommation d'alcool, les normes de consommation et aider à réduire les effets néfastes de l'alcool⁸⁹.

L'une des façons dont les gouvernements municipaux ont efficacement réglementé l'alcool et réduit la consommation est par le biais des politiques municipales en matière d'alcool, qui sont reconnues comme faisant partie d'une approche à multiples facettes de la politique en matière d'alcool⁹⁰. Les politiques municipales en matière d'alcool visent à s'aligner sur les politiques fédérales et provinciales/territoriales existantes en matière d'alcool et les stratégies connexes, ou à les renforcer, afin de créer un ensemble de règles pour la consommation d'alcool dans leurs collectivités

respectives⁹¹. Les politiques municipales en matière d'alcool encouragent la consommation modérée d'alcool lors d'événements et sur des propriétés appartenant et gérés par les municipalités^{92,93,94,95}. Trente et une municipalités du Canada incluses dans le RPP du Partenariat ont été examinées pour en savoir plus sur leurs politiques municipales en matière d'alcool; onze d'entre elles ont déclaré avoir une politique municipale en matière d'alcool et moins de cinq y font référence à des directives sur la consommation d'alcool à faible risque ou le cancer (figure 13). Consultez [ce guide de Santé publique Ontario](#) pour en savoir plus sur le rôle et l'efficacité des politiques municipales en matière d'alcool.

FIGURE 13 : POLITIQUES MUNICIPALES EN MATIÈRE D'ALCOOL DANS CERTAINES MUNICIPALITÉS CANADIENNES



Remarque : Trente et une municipalités canadiennes incluses dans le RPP du Partenariat ont été examinées pour en savoir plus sur leurs politiques municipales en matière d'alcool; onze d'entre elles ont déclaré avoir une politique municipale en matière d'alcool et moins de cinq y font référence à des directives sur la consommation d'alcool à faible risque ou le cancer.

Domaines de politiques

Le projet d'Évaluation des politiques canadiennes sur l'alcool (ÉPCA) a ciblé 11 domaines de politiques pour lesquels il existe des preuves directes que des mesures prises dans ces domaines permettent de réduire la consommation d'alcool à l'échelle de la population et les méfaits qui y sont liés. Le Partenariat a déterminé que huit des onze domaines ont une influence directe sur la consommation et jouent donc un rôle prépondérant dans la prévention du cancer. Les trois autres domaines, bien qu'essentiels dans des contextes spécifiques, sont considérés par le Partenariat comme jouant un rôle indirect sur la consommation d'alcool et les taux de cancer (tableau 7). Un examen détaillé de ces domaines de politiques, y compris leur influence au niveau fédéral, provincial/territorial et municipal, est présenté dans le document *La politique en matière d'alcool et le cancer au Canada : mesures du Partenariat*.

TABLEAU 7 : DOMAINES DE POLITIQUES FIGURANT DANS LE RAPPORT DE L'ÉPCA

Effet direct sur la consommation et le risque de cancer	
1.	Fixation des prix et taxation
2.	Accessibilité physique
3.	Marketing et publicité
4.	Âge minimal légal pour consommer de l'alcool
5.	Système de contrôle de l'alcool
6.	Stratégie nationale sur l'alcool
7.	Surveillance et rapports
8.	Messages sur la santé et la sécurité
Effet indirect sur la consommation d'alcool et le risque de cancer	
9.	Mesures de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies
10.	Application des lois sur les boissons alcoolisées
11.	Intervention brève

De nombreux domaines de **politiques en matière d'alcool** ont un **effet direct** sur les tendances de consommation et **jouent un rôle prépondérant** dans la prévention du cancer.



Perceptions du public

Principaux points à retenir

Les Canadiens ne savent généralement pas que l'alcool augmente le risque de cancer.

Plus le public est informé de la relation causale entre la consommation d'alcool et le cancer, plus il est favorable aux politiques de contrôle de l'alcool.

Les Canadiens ne savent généralement pas que l'alcool est un agent cancérigène⁹⁶. Une enquête nationale réalisée en 2015 a révélé que 69 % des participants réduiraient leur consommation d'alcool s'ils apprenaient que l'alcool augmentait le risque de cancer⁹⁷. De même, une enquête d'opinion publique réalisée en 2016 dans l'ensemble de l'Ontario et du Québec a révélé que les deux tiers des personnes interrogées réduiraient leur consommation si elles découvraient que l'alcool augmentait leur risque de cancer⁹⁸. Cependant, seuls 28 à 30 % des répondants étaient réellement conscients qu'une consommation accrue d'alcool était associée à certains cancers⁹⁹.

Dans une enquête de référence menée à Whitehorse et Yellowknife mesurant la connaissance des effets néfastes de l'alcool, moins de 25 % des répondants ont déclaré être conscients du lien entre l'alcool et le cancer¹⁰⁰. En outre, les participants qui ont acquis des connaissances sur les risques de cancer liés à l'alcool étaient environ deux fois plus susceptibles de soutenir les politiques de tarification de l'alcool que ceux qui n'étaient pas conscients des risques¹⁰¹.

Les buveurs excessifs sont plus susceptibles de s'opposer aux politiques de contrôle de l'alcool, telles que celles qui en limitent l'accès et la disponibilité.

On s'interroge beaucoup sur les raisons de ce manque de sensibilisation. Il a été noté que la consommation d'alcool et de tabac « semble faire l'objet d'une couverture médiatique relativement faible par rapport aux surdoses d'opioïdes, bien que ces deux substances soient beaucoup plus nocives pour la société¹⁰². » En outre, les représentations médiatiques de la consommation d'alcool à la télévision et au cinéma sont souvent positives ou neutres et montrent rarement le côté négatif de la consommation¹⁰³. Enfin, l'alcool peut être perçu comme dangereux uniquement à des niveaux élevés, ce qui a entraîné une confusion liée à une consommation de faible niveau et au risque de cancer¹⁰⁴.

Des recherches ont montré que lorsque le public est informé de la relation causale entre la consommation d'alcool et le cancer, son attitude change à l'égard des politiques en matière d'alcool fondées sur des données probantes. Par exemple, une étude a montré que si les participants étaient conscients que l'alcool pouvait entraîner le cancer, ils étaient plus enclins à soutenir les politiques contrôlant le marketing, la disponibilité de l'alcool et le prix, tels que le prix unitaire minimum standard¹⁰⁵.

Il a été démontré que le renforcement des messages de santé relativement à l'alcool, y compris les étiquettes d'avertissement, pouvait modifier les comportements de consommation d'alcool¹⁰⁶. Cependant, il a été démontré que les buveurs excessifs étaient moins conscients et moins favorables à des politiques efficaces en matière d'alcool, de telles stratégies étant potentiellement considérées comme une menace pour la consommation personnelle, l'accès et la disponibilité¹⁰⁷.

Les recherches indiquent que les interventions basées sur l'information, telles que les campagnes médiatiques de santé publique, sont prometteuses pour accroître la connaissance des effets nocifs de l'alcool sur la santé tout en encourageant une opinion publique positive des politiques de réduction des méfaits¹⁰⁸. Il est donc nécessaire de renforcer l'éducation offerte par la santé publique concernant les risques liés à l'alcool pour soutenir la mise en œuvre de politiques efficaces en matière d'alcool¹⁰⁹.



Près d'**un Canadien âgé de 18 ans et plus sur cinq a augmenté sa consommation d'alcool** pendant la pandémie.



La COVID-19 et la consommation d'alcool³

Principaux points à retenir

La consommation et les ventes d'alcool ont augmenté dans certaines populations canadiennes pendant la pandémie de COVID-19.

Les causes de l'augmentation de la consommation d'alcool sont notamment les perturbations de l'horaire régulier, le stress et l'ennui.

Toutes les provinces et tous les territoires canadiens (sauf l'Île-du-Prince-Édouard) ont classé l'alcool dans la catégorie des produits essentiels.

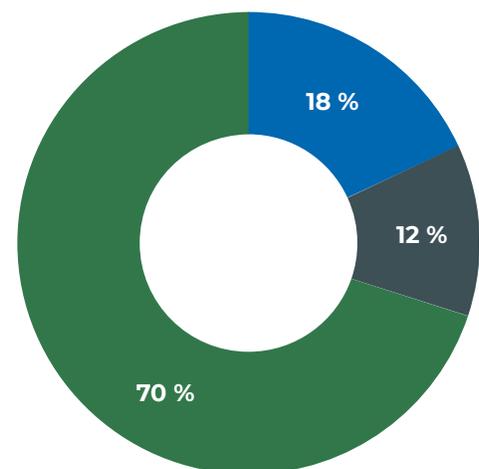
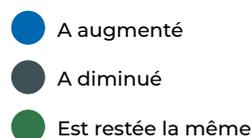
La mise en œuvre de politiques plus strictes en matière d'alcool pourrait favoriser la réduction de la consommation d'alcool pendant et après la pandémie.

La consommation et les ventes d'alcool ont augmenté au Canada depuis l'apparition de la COVID-19. Par exemple, les ventes d'alcool ont connu une augmentation allant jusqu'à 40 % chez les détaillants d'alcool gérés par le gouvernement de la Colombie-Britannique dans les premiers mois de la pandémie¹⁰. Les données suggèrent que 18 % des personnes âgées de 18 ans et plus au Canada ont augmenté leur consommation pendant la pandémie, alors que 70 % des répondants ont déclaré que leur consommation était restée la même (figure 14).

Les personnes de 55 ans et plus au Canada étaient moins susceptibles de signaler des changements dans leur consommation d'alcool, seules 10 % d'entre elles ayant déclaré une augmentation de leur consommation, contre plus de 20 % dans les autres catégories d'âge¹¹.

FIGURE 14 : CHANGEMENT DANS LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 18 ANS ET PLUS PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19¹²

Question : (si vous passez plus de temps à la maison en raison du coronavirus/de la COVID-19) Depuis que vous êtes plus souvent à la maison, votre consommation d'alcool a-t-elle augmenté ou est-elle restée la même?

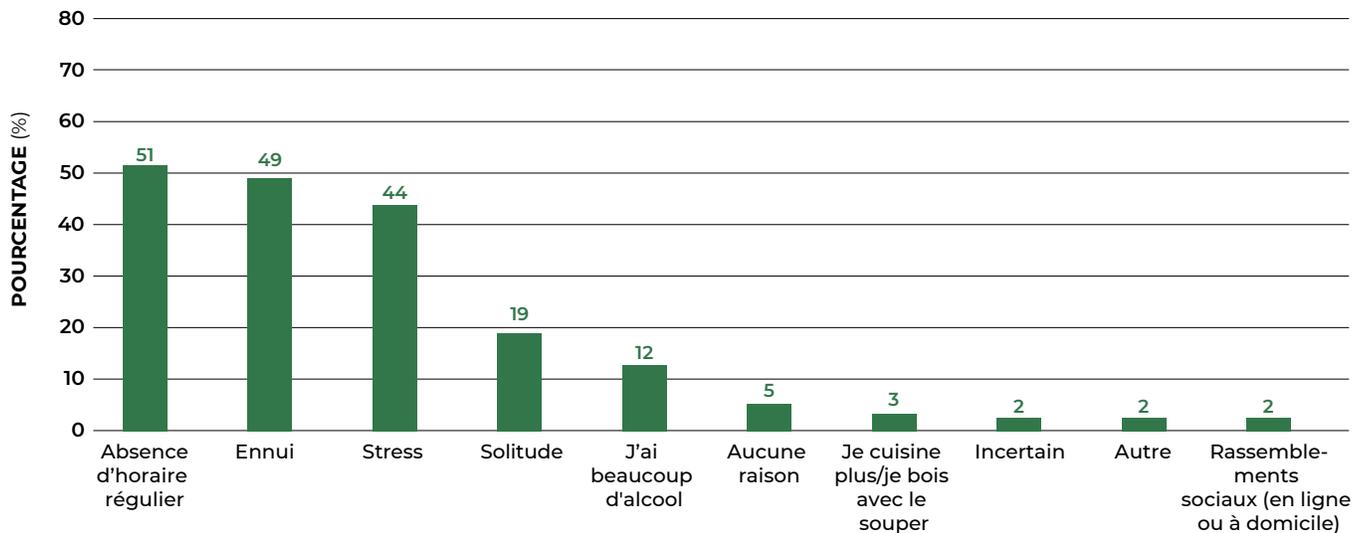


³ Les données présentées dans cette section sont à jour au 31 janvier 2021. Il est recommandé de se référer aux organisations qui surveillent la consommation d'alcool liée à la pandémie et les politiques en la matière pour obtenir les informations les plus récentes.

L'augmentation de la consommation peut être une réponse à plusieurs facteurs. Au Canada, un quart des personnes âgées de 35 à 45 ans ont admis avoir bu davantage pendant la pandémie en raison de perturbations dans les horaires habituels, du stress et de l'ennui (figure 15)¹¹³.

En plus des raisons individuelles, des décisions politiques ont influencé la consommation d'alcool. Par exemple, pendant la pandémie, la plupart des gouvernements provinciaux/territoriaux, à l'exception de l'Î.-P.-É., ont jugé l'alcool essentiel et assuré qu'il demeure accessible¹¹⁴.

FIGURE 15 : RAISONS DE L'AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 35 À 45 ANS PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19¹¹⁵



Question : (Si vous passez plus de temps à la maison en raison du coronavirus/de la COVID-19 et que votre consommation d'alcool a augmenté) **Pourquoi votre consommation d'alcool a-t-elle augmenté?** (Cochez toutes les réponses pertinentes)

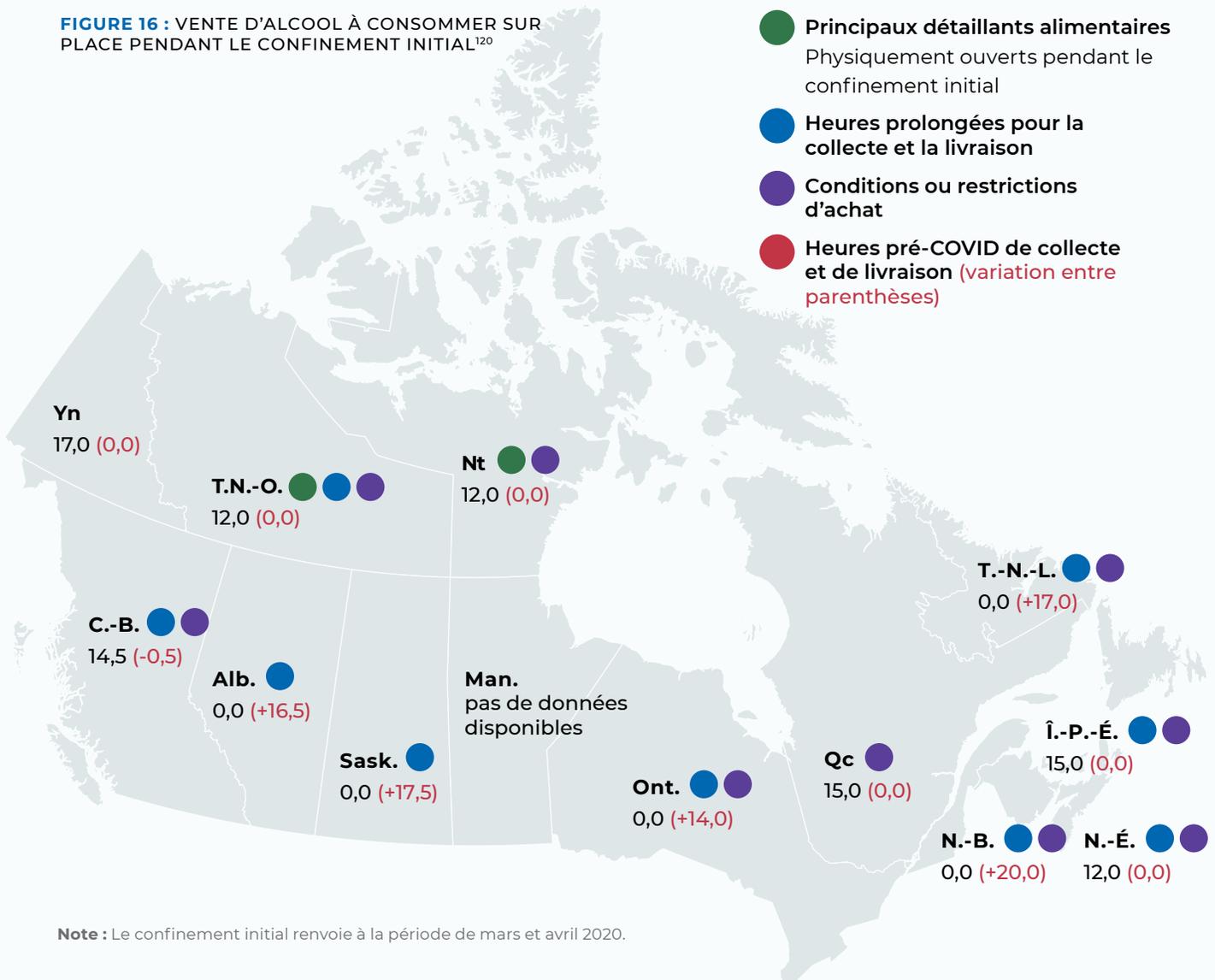
Pendant la pandémie, des modifications ont été apportées à de nombreuses politiques en matière d'alcool au Canada. Par exemple, l'Ontario a étendu les heures de vente d'alcool dans les restaurants et les bars et a autorisé la livraison de boissons alcoolisées¹¹⁶. La collecte d'alcool en bordure de trottoir a été autorisée en Ontario, en Saskatchewan, au Québec et au Nouveau-Brunswick dans les magasins d'alcool appartenant au gouvernement¹¹⁷. North Vancouver, en Colombie-Britannique, a autorisé la consommation d'alcool dans certains parcs¹¹⁸.

En même temps, les efforts visant à réduire la transmission de la COVID-19 ont apporté des changements qui peuvent avoir une incidence positive en réduisant la consommation d'alcool. Par exemple, les provinces ont limité les heures de

service dans les restaurants et les bars (par exemple, l'Ontario a interdit la vente d'alcool après 23 h dans les restaurants et les bars) ou imposé des limites à la capacité globale (par exemple, le Manitoba limite la capacité des bars à 50 %) (figure 16).

Certains de ces changements peuvent également, à long terme, avoir une influence à la hausse sur les taux de consommation d'alcool et sur ses effets néfastes¹¹⁹. Il n'est pas certain que les modifications apportées aux politiques seront renversées pour revenir aux modèles pré-pandémiques ou resteront en place. Les données évoluent rapidement dans ce domaine et le temps dictera la véritable influence sur la consommation et les méfaits à long terme.

FIGURE 16 : VENTE D'ALCOOL À CONSOMMER SUR PLACE PENDANT LE CONFINEMENT INITIAL¹²⁰



Le maintien, le renforcement et/ou la mise en œuvre de politiques plus strictes en matière d'alcool pendant et après la pandémie permettront de réduire au minimum les dommages liés à l'alcool. Ces politiques peuvent inclure une augmentation des droits d'accises, une tarification minimale de l'alcool, l'apposition d'avertissements sanitaires sur les récipients d'alcool, l'introduction de limites sur les livraisons à domicile et la limitation de la densité et des heures d'ouverture des points de vente d'alcool à consommer sur place¹²¹.

Étant donné la nature évolutive des données sur la COVID-19, il est recommandé de se référer aux organisations qui surveillent la consommation d'alcool liée à la pandémie et les politiques en la matière pour obtenir les informations les plus récentes. Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a compilé une série de ressources factuelles sur l'influence de la COVID-19 sur l'usage de substances, y compris l'alcool. Visitez : <https://ccsa.ca/fr/Usage-de-Substances-et-COVID-19> pour plus de détails.

Annexe A : Méthodologie⁴

Revue de la documentation universitaire

Deux examens systématiques de la documentation ont été effectués afin de compiler la recherche canadienne en matière d'épidémiologie et de politiques. Ces examens de la documentation ont été limités à la fois géographiquement (Canada) et temporellement (janvier 2016 à novembre 2020). Les deux examens ont été effectués à l'aide de trois bases de données en ligne : PubMed, Web of Science et Scopus. Le premier examen a donné 47 résultats et le second 3 résultats, après balayage des titres et suppression des doublons.

Analyse des politiques

Des analyses des politiques ont été menées aux niveaux fédéral, provincial/territorial et municipal afin d'étudier la législation relative à la réglementation de l'alcool au Canada. Des recherches électroniques ont été effectuées sur CanLII et ont porté sur la législation fédérale ainsi que sur la législation provinciale/territoriale. La même stratégie de recherche a été utilisée pour rechercher les règlements et les politiques municipales dans 31 sites Web municipaux.

Littérature grise

Les résultats des examens de la documentation ont été complétés par le [rapport de 2019 de l'Évaluation des politiques canadiennes sur l'alcool](#). En outre, divers sites Web gouvernementaux ont été consultés pour trouver les politiques, la législation, les programmes et les statistiques pertinents en matière d'alcool. Une recherche sur Google Scholar et des recherches générales sur Google ont été effectuées pour trouver des informations supplémentaires concernant les taux et les habitudes de consommation d'alcool, comme les heures d'ouverture des magasins d'alcool provinciaux pendant la pandémie de COVID-19, les ventes d'alcool privées et publiques, les campagnes de marketing, les programmes de formation au service responsable d'alcool et d'autres domaines.

Enfin, une recherche dans les médias a été effectuée à l'aide de Google et de recherches sur des sites Web d'informations afin de trouver les territoires de compétence qui ont mis en œuvre des approches innovantes en matière de politiques sur l'alcool.

Limites

La stratégie fondée sur des examens de la documentation a été utilisée pour évaluer la recherche relative à l'alcool au Canada. Cependant, la nature des examens de la documentation ne permet pas d'évaluer la qualité de la documentation ciblée. En outre, la stratégie de recherche n'a pas inclus un examen systématique de la documentation relative aux domaines de politiques. Ainsi, les données rapportées sur les domaines de politiques ne se sont pas appuyées sur un examen complet de la documentation académique et grise liée à l'alcool. En outre, les examens de la documentation et les analyses des politiques ont été limités au Canada. Des données internationales ont complété les examens de la documentation et les analyses des politiques uniquement lorsque cela était nécessaire. En conséquence, les suggestions en matière de politiques peuvent ne pas être applicables dans d'autres pays. Enfin, la recherche et les politiques liées à l'alcool sont en constante évolution, notamment à l'heure de la pandémie de COVID-19. De nouvelles données peuvent apparaître après la publication, ou les données existantes peuvent devenir obsolètes à mesure que le paysage politique continue d'évoluer.

⁴ Tous les sites Web et politiques référencés sont à jour au 31 janvier 2021. Veuillez contacter le Partenariat pour obtenir une méthodologie détaillée.

Références

1. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017* [en ligne]. canada.ca [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html>.
2. *Consommation d'alcool* [en ligne]. who.int [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/.
3. Sherk, A., Stockwell, T., Rehm, J., Dorocicz, J., Shield, K. D. et Churchill, S. (2020). The international model of alcohol harms and policies: a new method for estimating alcohol health harms with application to alcohol-attributable mortality in Canada. *J Stud Alcohol Drugs*, 81(3), 339-351.
4. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Alcool (Sommaire canadien sur la drogue)* [en ligne]. ccsa.ca. [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>.
5. *Consommation d'alcool* [en ligne]. who.int [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/.
6. *List of classifications – IARC monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans* [en ligne]. monographs.iarc.fr [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://monographs.iarc.fr/list-of-classifications>.
7. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. (2018). *Alcohol and cancer risk* (feuille d'information) [en ligne]. [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais et en espagnol seulement) : <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet>.
8. *Ibid.*
9. Connor, J. (2016). Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction*, 112(2), 222-228.
10. Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V. et coll. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*, 112(3), 580-593.
11. *Ibid.*
12. *Ibid.*
13. *Ibid.*
14. Société canadienne du cancer. *Combien de cas de cancer sont attribuables à l'alcool?* [en ligne]. www.cancer.ca [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/reduce-cancer-risk/make-healthy-choices/limit-alcohol/how-many-cancer-cases-are-due-to-alcohol/?region=on>.
15. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. (2018). *Alcohol and cancer risk* (feuille d'information) [en ligne]. [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais et en espagnol seulement) : <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet>.
16. Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., Scotti, L., Jenab, M., Turati, F., Pasquali, E., Pelucchi, C., Galeone, C., Bellocco, R., Negri, E., Corrao, G., Boffetta, P. et La Vecchia, C. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*, 112(3), 580-593. doi : 10.1038/bjc.2014.579. Publié en ligne le 25 novembre 2014.
17. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. (2018). *Alcohol and cancer risk* (feuille d'information) [en ligne]. [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais et en espagnol seulement) : <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet>.
18. Adapté de Bagnardi et coll. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*, 112(3), 580-583.
19. *Alcohol: balancing risks and benefits* [en ligne]. The Nutrition Source [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-drinks/drinks-to-consume-in-moderation/alcohol-full-story/>.
20. *Ibid*
21. *Ibid*
22. Fonds mondial de recherche contre le cancer. (2018). *Alcoholic drinks and the risk of cancer* [en ligne]. [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Alcoholic-Drinks.pdf>.
23. *Ibid.*
24. Fernandez-Sola, J. (2015). Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. *Nat Rev Cardiol*, 12(10), 576.
25. Knott, C. S., Coombs, N., Stamatakis, E., Biddulph, J. (2015). All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts, *BMJ*, 350, h384.

Références

26. Organisation mondiale de la Santé. *The Global Burden of Disease Study 2019*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.thelancet.com/gbd>.
27. Sherk, A. (2021). *Déficit associé à l'alcool : recettes publiques et coûts pour la société associés à l'alcool au Canada* [en ligne]. canada.ca [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-40-no-5-6-2020/deficit-alcool-recettes-publiques-couts-societe-canada.html>.
28. *Ibid.*
29. CEMUSC. (2020). Consulter les données [en ligne]. cemusc.ca [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://cemusc.ca/consulter-les-donnees/>.
30. *Ibid.*
31. Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
32. Organisation mondiale de la Santé. (2018). *SAFER: Preventing and reducing alcohol-related harms – Harmful use of alcohol: a health and development priority* [en ligne]. Organisation mondiale de la Santé [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_framework.pdf?ua=1.
33. *Ibid.*
34. Fonds mondial de recherche sur le cancer. *Limit alcohol consumption* [en ligne]. [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.wcrf.org/dietandcancer/recommendations/limit-alcohol-consumption>.
35. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2014). *Le cancer et l'alcool* [en ligne]. [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Cancer-and-Alcohol-Summary-2014-fr.pdf>.
36. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2017). *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* [affiche]. [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2012-Canada-Low-Risk-Alcohol-Drinking-Guidelines-Poster-fr.pdf>.
37. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (période de référence 2017-2018).
38. Statistique Canada. (2017). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues* (année de référence 2017).
39. Shield, K., Soerjomataram, I. et Rehm, J. (2016). Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcohol Clin Exp Res*, 40(6), 1166-1181.
40. Li, C., Chlebowski, R., Freiberg, M., Johnson, K., Kuller, L., Lane, D. et coll. (2010). Alcohol consumption and risk of postmenopausal breast cancer by subtype: the women's health initiative observational study. *J Natl Cancer Inst*, 102(18), 1422-1431.
41. Allen, N., Beral, V., Casabonne, D., Kan, S., Reeves, G., Brown, A. et coll. (2009). Moderate Alcohol Intake and Cancer Incidence in Women. *J Natl Cancer Inst*, 101(5), 296-305.
42. Hydes, T., Burton, R., Inskip, H., Bellis, M. et Sheron, N. (2019). A comparison of gender-linked population cancer risks between alcohol and tobacco: how many cigarettes are there in a bottle of wine? *BMC Public Health*, 19(1).
43. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2020). Women and alcohol [en ligne]. Niaaa.nih.gov [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/women-and-alcohol#:~:text=There%20is%20an%20association%20between,do%20not%20drink%20at%20all.&text=That%20risk%20increases%20for%20every%20additional%20drink%20they%20have%20per%20day>.
44. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (période de référence 2017-2018).
45. *Ibid.*
46. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Alcool (Sommaire canadien sur la drogue)* [en ligne]. ccsa.ca [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>.
47. Enns, A. et Orpana, H. (2020). Autonomy, competence and relatedness and cannabis and alcohol use among youth in Canada: a cross-sectional analysis. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 40(5-6), 201-210. doi : 10.24095/hpcdp.40.5/6.09. PMID : 32529980; PMCID : PMC7367432.
48. *Ibid.*
49. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Alcool (Sommaire canadien sur la drogue)* [en ligne]. ccsa.ca [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>.
50. *Ibid.*

Références

51. Hingson, R.W., Heeren, T. et Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(7), 739-746. doi : 10.1001/archpedi.160.7.739. PMID : 16818840.
52. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Alcool (Sommaire canadien sur la drogue)* [en ligne]. ccsa.ca [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>.
53. *Ibid.*
54. *Ibid.*
55. Kelly-Scott, K. (2016). *Les peuples autochtones : Feuille d'information de l'Ontario* [en ligne]. Statistique Canada [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-656-x/89-656-x2016007-fra.pdf?st=Hy6Psl3->.
56. *Ibid.*
57. *Ibid.*
58. Kelly-Scott, K. et Smith, K. (2015). *Les peuples autochtones : Feuille d'information du Canada* [en ligne]. www150.statcan.gc.ca [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-656-x/89-656-x2016007-fra.pdf?st=Hy6Psl3->.
59. Sikorski, C., Leatherdale, S. et Cooke, M. (2019). Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les jeunes autochtones qui fréquentent des écoles hors réserve au Canada : résultats transversaux de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 39(6/7), 207-215.
60. *Ibid.*
61. Canadian Centre for Addictions. (2021). *Addiction in the LGBTQ community* [en ligne]. [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://canadiancentreforaddictions.org/addiction-lgbtq/>.
62. Chambre des communes du Canada. (2019). *La santé des communautés LGBTQIA2 au Canada* [en ligne]. ourcommons.ca [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10574595/hesarp28/hesarp28-f.pdf>.
63. Jaffray, B. (2020). *Les expériences de victimisation avec violence et de comportements sexuels non désirés vécues par les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et d'une autre minorité sexuelle, et les personnes transgenres au Canada, 2018* [en ligne]. www150.statcan.gc.ca [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00009-fra.htm>.
64. Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada en 2015. La consommation d'alcool au Canada* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/departement-ministere/state-public-health-alcohol-2015-etat-sante-publique-alcool/alt/state-phac-alcohol-2015-etat-aspc-alcool-fra.pdf>.
65. Slaunwhite, A., McEachern, J., Ronis, S. et Peters, P. (2017). Alcohol distribution reforms and school proximity to liquor sales outlets in New Brunswick. *Revue canadienne de santé publique*, 108(5-6), e488-e496.
66. Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Méfais de l'alcool au Canada. Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/report-alcohol-hospitalizations-fr-web.pdf>.
67. Shield, K., Probst, C. et Rehm, J. (2019). A "buck a beer," but at what cost to public health? *Revue canadienne de santé publique*, 110(4), 512-515.
68. Bloomfield, K. (2020). Understanding the alcohol-harm paradox: what next? [en ligne]. Science Direct [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30119-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30119-5).
69. Palepu, A., Gadermann, A., Hubley, A., Farrell, S., Gogosis, E., Aubry, T. et coll. (2013). Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities. *PLoS ONE*, 8(10), e75133.
70. Hwang, S., Wilkins, R., Tjepkema, M., O'Campo, P. et Dunn, J. (2009). Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*, 339, b4036.

Références

71. Association pour la santé publique de l'Ontario. (2021). *Alcohol and social determinants of health – Strategies to reduce alcohol-related harms in Ontario* [en ligne]. opha.on.ca. [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://opha.on.ca/getmedia/7efd9800-704e-4327-9393-bbdd31cd74f5/Alcohol-and-Social-Determinants-of-Health.pdf.aspx>.
72. Slaunwhite, A., McEachern, J., Ronis, S. et Peters, P. (2017). Alcohol distribution reforms and school proximity to liquor sales outlets in New Brunswick. *Revue canadienne de santé publique*, 108(5-6), e488-e496.
73. Institut canadien d'information sur la santé. (2017). *Méfais de l'alcool au Canada. Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Institut canadien d'information sur la santé [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/report-alcohol-hospitalizations-fr-web.pdf>.
74. Thomas, G. (2012). *Niveaux et profils de consommation d'alcool au Canada* (Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool, rapport 1). Ottawa, Ontario.
75. Gagnon, H., Tessier, S., Cote, J., April, N. et Julien, A. S. (2012). Cognitive and behavioural aspects – Psychosocial factors and beliefs related to intention to not binge drink among young adults. *Alcohol Alcohol*, 47, 525-32.
76. Kuendig, H., Plant, M. A., Plant, M. L., Miller, P., Kuntsche, S. et Gmel, G. (2008). Alcohol-related adverse consequences: cross-cultural variations in attribution process among young adults. *Eur J Public Health*, 18, 386-391.
77. Statistique Canada. (2019). *Consommation abusive d'alcool, 2018* [en ligne]. www150.statcan.gc.ca [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00007-fra.htm>.
78. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Alcool (Sommaire canadien sur la drogue)* [en ligne]. ccsa.ca [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>.
79. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (année de référence 2019).
80. Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues* (année de référence 2017).
81. Partenariat canadien contre le cancer. (2016). *Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer* [en ligne]. [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/2016-cancer-system-performance-report/#>.
82. Statistique Canada. *Ventes de boissons alcoolisées des régions des alcools et d'autres points de vente au détail, selon la valeur, le volume et le volume absolu* (tableau 10-10-0010-01).
83. *Ibid.*
84. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Alcool (Sommaire canadien sur la drogue)* [en ligne]. ccsa.ca [consulté le 28 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>.
85. Gouvernement du Canada. *Directives relatives au règlement sur l'alcool purifié aromatisé* [en ligne]. canada.ca [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/legislation-lignes-directrices/documents-reference/alcool-purifie-aromatise.html>.
86. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2007). *Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada : Vers une culture de modération* [en ligne]. Ottawa, Ontario : Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa-023876-f-2007.pdf>.
87. MADD Canada. (2009). *Provincial Liquor Boards: meeting the best interests of Canadians* [en ligne]. MADD [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : http://madd.ca/english/research/Privatization_PolicyBackgrounderFINAL-ENGLISH.pdf
88. *Ibid.*
89. Santé publique Ontario. (2016). *Guide d'introduction aux politiques municipales en matière d'alcool et à la santé publique* [en ligne]. [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/M/2016/map-scan-primer.pdf?la=fr>.
90. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Politique municipale en matière d'alcool : un rôle pour les gouvernements au Canada* [en ligne]. [consulté le 29 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Municipal-Alcohol-Policy-Role-for-Governments-2017-fr.pdf>.

Références

91. *Ibid.*
92. Hammond, K., Gagne, L., Pauly, B. et Stockwell, T. (2016). *A cost-benefit analysis of a Canadian managed alcohol program* [en ligne]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-a-cost-benefit-analysis-of-a-canadian-map.pdf>.
93. Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Krysowaty, B. et coll. (2016). Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduct J*, 13(1).
94. Stockwell, T., Pauly, B., Chow, C., Erickson, R., Krysowaty, B., Roemer, A. et coll. (2018). Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug Alcohol Rev*, 37, S159-S166.
95. Vallance, K., Stockwell, T., Pauly, B., Chow, C., Gray, E., Krysowaty, B. et coll. (2016). Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduct J*, 13(1).
96. Weerasinghe, A., Schoueri-Mychasiw, N., Vallance, K., Stockwell, T., Hammond, D., McGavock, J. et coll. (2020). Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(2), 398.
97. Société canadienne du cancer. (2015). *Drinking habits and perceived impact of alcohol consumption [survey conducted by Leger]*. Toronto, Ontario : Action Cancer Ontario. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7014334/>.
98. Société canadienne du cancer. (2016). *Nouvelles peu réjouissantes : Les Ontariens ne voient pas le lien entre l'alcool et les risques de cancer accrus* [en ligne]. www.cancer.ca [consulté le 30 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.cancer.ca/fr/about-us/for-media/media-releases/ontario/2016/january/alcohol-survey/?region=on>.
99. *Ibid.*
100. Vallance, K., Stockwell, T., Zhao, J., Shokar, S., Schoueri-Mychasiw, N., Hammond, D. et coll. (2020). Baseline assessment of alcohol-related knowledge of and support for alcohol warning labels among alcohol consumers in Northern Canada and associations with key sociodemographic characteristics. *J Stud Alcohol Drugs*, 81(2), 238-248.
101. Weerasinghe, A., Schoueri-Mychasiw, N., Vallance, K., Stockwell, T., Hammond, D., McGavock, J. et coll. (2020). Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(2), 398.
102. Cunningham, J. et Koski-Jännes, A. (2019). The last 10 years: any changes in perceptions of the seriousness of alcohol, cannabis, and substance use in Canada? *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 14(1).
103. Grube, Joel W. Alcohol in the media: drinking portrayals, alcohol advertising, and alcohol consumption among youth. Dans *Reducing Underage Drinking*.
104. Weerasinghe, A., Schoueri-Mychasiw, N., Vallance, K., Stockwell, T., Hammond, D., McGavock, J. et coll. (2020). Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(2), 398.
105. *Ibid.*
106. Hobin, E., Schoueri-Mychasiw, N., Weerasinghe, A., Vallance, K., Hammond, D., Greenfield, T. et coll. (2020). Effects of strengthening alcohol labels on attention, message processing, and perceived effectiveness: a quasi-experimental study in Yukon, Canada. *Int J Drug Policy*, 77, 102666.
107. Sanchez-Ramirez, D., Franklin, R., Voaklander, D. (2018). Perceptions about alcohol harm and alcohol-control strategies among people with high risk of alcohol consumption in Alberta, Canada and Queensland, Australia. *J Prev Med Public Health*, 51(1), 41-50.
108. Weerasinghe, A., Schoueri-Mychasiw, N., Vallance, K., Stockwell, T., Hammond, D., McGavock, J. et coll. (2020). Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(2), 398.
109. *Ibid.*
110. Hobin, E. et Smith, B. (2020). Is another public health crisis brewing beneath the COVID-19 pandemic? *Revue canadienne de santé publique*, 111(3), 392-396.
111. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *COVID-19 and increased alcohol consumption: NANOS poll summary report* [en ligne]. [consulté le 30 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf>.
112. *Ibid.*
113. *Ibid.*

Références

114. Stockwell, T., Andreasson, S., Cherpitel, C., Chikritzhs, T., Dangardt, F., Holder, H. et coll. (2020). The burden of alcohol on health care during COVID-19. *Drug Alcohol Rev*, 40(1), 3-7.
115. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *COVID-19 and increased alcohol consumption: NANOS poll summary report* [en ligne]. [consulté le 30 janvier 2021]. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf>.
116. Commission des alcools et des jeux de l'Ontario. (2021). *Bulletin d'information : Points forts des récentes réformes du secteur des boissons alcoolisées pour soutenir les entreprises* [en ligne]. agco.ca [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.agco.ca/fr/bulletin/2020/bulletin-dinformation-pointsforts-des-recentes-reformes-du-secteur-des-boissons>.
117. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2021). *Réglementation relative à la vente au détail d'alcool et de cannabis pendant la pandémie de COVID-19 au Canada* [en ligne]. ccsa.ca [consulté le 10 février 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-01/CCSA-COVID-19-Alcohol-Cannabis-Retail-Regulations-During-Pandemic-Canada-2021-fr.pdf>.
118. City of North Vancouver. *Alcohol in Public Spaces* [en ligne]. cnv.org [consulté le 30 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.cnv.org/city-services/health-and-public-safety/alcohol-in-public-spaces>.
119. Stockwell, T., Andreasson, S., Cherpitel, C., Chikritzhs, T., Dangardt, F., Holder, H. et coll. (2020). The burden of alcohol on health care during COVID-19. *Drug Alcohol Rev*, 40(1), 3-7.
120. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Réglementation relative à la vente au détail d'alcool et de cannabis pendant la pandémie de COVID-19 au Canada* [en ligne]. [consulté le 30 janvier 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-01/CCSA-COVID-19-Alcohol-Cannabis-RetailRegulations-During-Pandemic-Canada-2021-fr.pdf>.
121. Stockwell, T., Andreasson, S., Cherpitel, C., Chikritzhs, T., Dangardt, F., Holder, H. et coll. (2020). The burden of alcohol on health care during COVID-19. *Drug Alcohol Rev*, 40(1), 3-7.



La production du présent document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.