

santé

COLLECTION POLITIQUES PUBLIQUES ET

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

La consommation d'alcool et la santé publique au Québec



La consommation d'alcool et la santé publique au Québec

Direction du développement des individus
et des communautés

Mai 2010

AUTEURS

Nicole April, médecin spécialiste en santé communautaire
Direction du développement des individus et des communautés

Claude Bégin, conseiller scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Agent de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière/Direction de santé publique et d'évaluation

Réal Morin, médecin spécialiste en santé communautaire et directeur scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATEURS À LA RÉDACTION

David Boisclair, économiste
Direction du développement des individus et des communautés

Madelyn Fournier, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction du développement des individus et des communautés

Isabelle Goupil-Sormany, résidente en santé communautaire
Direction du développement des individus et des communautés

Denis Hamel, statisticien
Direction des systèmes de soins et politiques publiques

Dominique Laflamme, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction du développement des individus et des communautés

AGENTES ADMINISTRATIVES

Julie Colas
Direction du développement des individus et des communautés

Sylvie Muller
Direction des systèmes de soins et services et maladies chroniques

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1919-1731 (VERSION IMPRIMÉE)
ISSN : 1919-174X (PDF)
ISBN : 978-2-550-59045-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-59046-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les experts suivants qui ont généreusement accepté de lire ce travail. Leurs commentaires ont permis d'enrichir les analyses et d'élargir la perspective présentée dans cet avis :

- Thomas Babor, professeur et directeur du Département de médecine communautaire et de soins de santé à l'École de médecine de l'Université du Connecticut.
- Pierre Fortin, professeur au Département des sciences économiques de l'École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal.
- Norman Giesbrecht, chercheur senior au Département de la recherche sociale, en prévention et sur les politiques publiques du Centre on Addiction and Mental Health.
- Sylvia Kairouz, professeure adjointe au Département de sociologie et d'anthropologie de l'Université Concordia et chercheure à l'Institut universitaire sur les dépendances.

Les auteurs veulent également souligner la précieuse contribution de nombreux collègues. Leurs commentaires judicieux ont permis d'approfondir la réflexion et d'améliorer la qualité de cette analyse de santé publique :

- Pierre Bergeron, directeur scientifique, Maude Chapados, Robert Jacob et Geneviève Lapointe, de l'équipe sur les politiques publiques de la Direction des systèmes de soins et politiques publiques, Institut national de santé publique du Québec.
- Hélène Gagnon, Louise Guyon, Johanne Laguë et Élisabeth Papineau, de l'équipe Habitudes de vie de la Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec.
- Francine Allard, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction régionale de santé publique.

L'Institut national de santé publique du Québec a réalisé ce travail grâce au soutien financier accordé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES.....	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	IX
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODOLOGIE.....	3
1 IMPACTS DE L'ALCOOL SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE	5
1.1 Mécanismes d'action de l'alcool	5
1.2 Problèmes de santé et problèmes sociaux associés à l'alcool.....	5
1.3 Fardeau de la maladie associé à l'alcool.....	6
1.4 Impacts sociaux et de santé au Québec	7
1.4.1 Méfaits liés à l'alcool.....	7
1.4.2 Estimation de la mortalité et la morbidité liées à l'alcool	8
1.5 Coûts et bénéfices économiques de l'alcool au Québec	12
1.5.1 Estimation des coûts de l'alcool.....	12
1.5.2 Bénéfices économiques de l'alcool.....	13
2 CONSOMMATION D'ALCOOL.....	15
2.1 Consommation d'alcool <i>per capita</i>	15
2.1.1 Comparaisons internationales de la consommation <i>per capita</i>	15
2.1.2 Consommation <i>per capita</i> au Québec et au Canada.....	16
2.2 Consommation d'alcool déclarée chez les Québécois âgés de 15 ans et plus	18
2.2.1 Proportion de buveurs	18
2.2.2 Consommation au-delà des quantités hebdomadaires à faible risque	19
2.2.3 Consommation excessive.....	20
2.2.4 Scores à l'AUDIT	23
2.2.5 Dépendance à l'alcool	23
2.3 Consommation d'alcool chez les jeunes des écoles secondaires du Québec	24
2.4 Consommation d'alcool chez les Québécoises enceintes.....	25
3 POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE D'ALCOOL ET SANTÉ PUBLIQUE.....	27
3.1 Considérations générales sur les politiques publiques et la prévention des problèmes liés à l'alcool	27
3.1.1 Rôle des politiques publiques en matière d'alcool.....	27
3.1.2 Efficacité des politiques publiques pour prévenir les problèmes liés à l'alcool.....	27
3.1.3 Industrie de l'alcool	28

3.2	Politiques publiques en matière d'alcool dans le monde.....	29
3.2.1	Prises de position internationales sur les politiques publiques en matière d'alcool	29
3.2.2	Comparaisons internationales sur les politiques publiques en matière d'alcool	30
3.2.3	Évolution de la consommation d'alcool et des politiques publiques dans certains pays	33
3.3	Politiques publiques en matière d'alcool au Québec.....	39
3.3.1	Orientations du gouvernement québécois.....	39
3.3.2	Cadres législatifs canadien et québécois régissant le commerce de l'alcool	40
3.4	Mesures spécifiques de prévention des problèmes liés à l'alcool	47
3.4.1	Mesures restreignant l'accessibilité économique	47
3.4.2	Mesures restreignant l'accessibilité physique	54
3.4.3	Monopole d'État	56
3.4.4	Mesures restreignant l'accessibilité légale	57
3.4.5	Restrictions du marketing de l'alcool.....	57
3.4.6	Mesures pour contrer l'alcool au volant.....	62
3.4.7	Interventions précoces en milieu clinique.....	68
3.5	Acceptabilité des politiques publiques en matière d'alcool par la population.....	69
	CONSTATS	71
	RECOMMANDATIONS	77
	BIBLIOGRAPHIE	79
	ANNEXE	93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Facteurs de risque et fardeau de la maladie - Pays développés, 2000	7
Tableau 2	Méfais de l'alcool, Québec, Canada, 2004	8
Tableau 3	Proportion des décès et des maladies attribuables à l'alcool (fraction attribuable), par sexe, Québec, 2002.....	9
Tableau 4	Estimation des décès attribuables à l'alcool, par sexe, Québec, Canada, 2002	11
Tableau 5	Estimation des services de santé attribuables à l'alcool, Québec, Canada, 2002	11
Tableau 6	Coûts des soins de santé attribuables à l'alcool, Québec, Canada, 2002	13
Tableau 7	Consommation d'alcool pendant la grossesse.....	26
Tableau 8	Interventions dont l'évidence indique un haut degré d'efficacité pour prévenir les problèmes liés à l'alcool	28
Tableau 9	Comparaison des politiques de contrôle de l'alcool dans 30 pays de l'OCDE - Résultats de l'indicateur « Alcohol Policy Index ».....	31
Tableau 10	Comparaison des domaines de l'indicateur « Alcohol Policy Index », pour certains pays.....	32
Tableau 11	Profil comparatif en matière de politiques publiques sur l'alcool, Canada (Ontario), Norvège, Suède, Royaume-Uni, France, mai 2002	36
Tableau 12	Lois et réglementations canadiennes et québécoises régulant le commerce des boissons alcoolisées ainsi que les méfaits liés à une consommation excessive	43
Tableau 13	Responsabilités d'application des lois et règlements en matière de boissons alcoolisées pour le Québec.....	45
Tableau 14	Études de l'élasticité-prix de l'alcool	47
Tableau 15	Nombre de permis en vigueur pour la vente d'alcool et nombre de succursales de la Société des alcools du Québec, 2003-2004 à 2008-2009	55
Tableau 16	Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées du CRTC	61
Tableau 17	Sanctions au Code criminel et au Code de la sécurité routière pour conduite avec facultés affaiblies	66
Tableau 18	Opinions des Québécois et des Canadiens au sujet de certaines politiques publiques en matière d'alcool	70
Tableau 19	Évolution de la consommation en litres d'alcool pur, <i>per capita</i> , selon le type de boissons alcoolisées, Québec, Canada, 1986-1987 à 2007-2008.....	96
Tableau 20	Proportion de buveurs actuels, par groupe d'âge et par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005	97

Tableau 21	Consommation au-delà des seuils hebdomadaires de faible risque (plus de 14 verres par semaine chez les hommes et plus de 9 chez les femmes) chez les buveurs actuels, par groupe d'âge et par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005	98
Tableau 22	Consommation excessive (5 verres et plus par occasion) au moins une fois par mois au cours de la dernière année, chez les buveurs actuels, par groupe d'âge et par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005	99
Tableau 23	Consommation excessive au moins une fois par mois au cours de la dernière année, chez les buveurs actuels, par groupe d'âge et par sexe, Québec, 2007	100

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Répartition des coûts attribuables à l'alcool, Canada, 2002	12
Figure 2	Évolution des bénéfices nets du gouvernement québécois provenant directement du contrôle et de la vente des boissons alcoolisées, Québec, 1993-1994 à 2007-2008	14
Figure 3	Consommation <i>per capita</i> (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, Canada et 10 pays occidentaux, 1961 à 2003	16
Figure 4	Évolution de la consommation <i>per capita</i> (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, Québec, Canada, 1986-1987 à 2007-2008	17
Figure 5	Évolution de la consommation <i>per capita</i> (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, selon le type de boissons alcoolisées, Québec, 1986-1987 à 2007-2008.....	18
Figure 6	Évolution de la proportion de buveurs actuels, par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005	19
Figure 7	Évolution de la consommation au-delà des quantités hebdomadaires à faible risque (plus de 14 verres par semaine chez les hommes et plus de 9 chez les femmes), parmi les buveurs, par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005	20
Figure 8	Évolution de la consommation excessive (5 verres et plus par occasion) au moins une fois par mois au cours de la dernière année, par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005	22
Figure 9	Évolution de la consommation excessive (5 verres et plus par occasion) au moins une fois par mois au cours de la dernière année, par groupe d'âge, Québec, 1994-1995 à 2005.....	23
Figure 10	Proportion des élèves du secondaire qui ont consommé de l'alcool au moins une fois dans la dernière année et des élèves buveurs réguliers, 2000 à 2008	24
Figure 11	Évolution du boire excessif et du boire excessif répétitif chez les élèves du secondaire qui ont consommé de l'alcool, 2000 à 2008	25
Figure 12	Composantes du prix de vente au détail d'une bouteille typique de spiritueux et de vin, Québec, 2009.....	50
Figure 13	Composantes du coût de détail d'une canette typique de bière à 5 %, Canada, 2000	51
Figure 14	Évolution de l'indice des prix à la consommation (IPC) des boissons alcoolisées comparée à certains autres IPC au Québec, 1979 à 2008	53
Figure 15	Évolution du rapport entre le revenu disponible réel des ménages et l'indice des prix à la consommation au Québec, 1981 à 2008.....	54
Figure 16	Nombre de promotions affectant les prix, offertes à la population, SAQ, 1993-1994 à 2003-2004.....	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ARC	Agence du revenu du Canada
ASFC	Agence des services frontaliers du Canada
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AVCI	Années de vie corrigées pour l'incapacité
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CIM	Classification internationale des maladies
CRTC	Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GATT	<i>General Agreement on Tariffs and Trade</i>
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPC	Indice des prix à la consommation
ISQ	Institut de la statistique du Québec
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RACJ	Régie des alcools, des courses et des jeux
SAQ	Société des alcools du Québec
SQRR	Société québécoise de récupération et de recyclage
WHO	World Health Organization

INTRODUCTION

En accord avec sa mission d'information et de transfert des connaissances, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) élabore des synthèses et des avis pour soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. L'objectif de ces rapports est d'informer les autorités et le public des impacts des politiques publiques, actuelles ou envisageables, sur la santé et le bien-être de la population. Ils visent également à appuyer le ministre de la Santé et des Services sociaux dans son rôle de conseiller du gouvernement en la matière.

L'INSPQ dépose cette analyse de santé publique portant sur la consommation d'alcool au Québec au ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Selon cet article, « le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. » (Loi sur la santé publique : L.R.Q. 2001, c. S-2.2, c. 60, a. 54).

L'alcool est une de ces questions de santé publique importantes. Bien entendu, l'alcool est largement présent dans les usages de plusieurs sociétés à travers le monde et dans la vie de la majorité des Québécois. La consommation d'alcool est culturellement intégrée dans nombre de pays, voire de groupes sociaux (Wilson, 2005). Elle procure du plaisir et peut agir comme « lubrifiant social » dans de nombreuses occasions (de Garine dans Demossier, 2005). Cependant, l'alcool n'est pas un bien de consommation ordinaire, pour reprendre l'expression d'experts internationaux en la matière (Babor et collab., 2003). La consommation d'alcool engendre de nombreux problèmes sociaux et de santé, ce qui en fait un objet de santé publique (OMS, 2002).

La présente analyse s'inscrit dans la lignée des études effectuées en la matière par l'INSPQ depuis 2003. Jusqu'à ce jour, les travaux réalisés ont porté sur l'évolution de la consommation moyenne d'alcool et sur les pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec (SAQ). C'est la première fois que l'INSPQ présente un portrait d'ensemble sur la consommation d'alcool et la santé publique pour soutenir les débats sur l'évolution des politiques dans ce domaine.

Le but de cette analyse est de rendre disponible une information pertinente sur les trois aspects suivants : 1) l'impact de la consommation d'alcool sur l'état de santé et de bien-être de la population; 2) l'évolution de la consommation d'alcool au Québec; 3) l'importance des politiques publiques pour prévenir les problèmes liés à l'alcool ainsi que la description de ces politiques au Québec et au Canada.

En premier lieu, le document résume les connaissances sur les liens entre la consommation d'alcool et les problèmes sociaux et de santé. Il présente les meilleures estimations disponibles sur les conséquences de cette consommation pour le système de soins québécois et plus largement sur les coûts pour le Québec et le Canada. En deuxième lieu, il

décrit l'évolution de la consommation d'alcool au Québec. En troisième lieu, il propose une synthèse des écrits scientifiques et des rapports d'organismes internationaux sur les politiques publiques en matière d'alcool, un portrait des lois, règlements et pratiques dans le domaine de l'alcool au Québec et au Canada ainsi qu'une description des mesures efficaces de prévention des problèmes liés à l'alcool. Enfin, les auteurs dégagent certains constats et formulent des recommandations visant le renforcement des politiques publiques pour prévenir les problèmes associés à la consommation d'alcool.

MÉTHODOLOGIE

Les synthèses produites sur la consommation d'alcool et la santé publique ont d'abord été mises à profit. Les auteurs et collaborateurs à la rédaction ont ainsi consulté les nombreuses recensions des écrits et les rapports d'organismes nationaux et internationaux qui ont été publiés au cours des quinze dernières années. Durant les années 1990, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ainsi que son bureau européen ont chapeauté plusieurs travaux sur l'alcool et la santé (OMS, 2007; WHO, 2004a; OMS, 2002). Dans cette foulée, des experts internationaux ont publié des analyses d'ensemble de cette problématique (Babor et collab., 2003; Edwards et collab., 1994). La Commission européenne a aussi publié, en 2006, un état de situation sur la consommation d'alcool en Europe qui a été rédigé par l'Institute of Alcohol Studies de la Grande-Bretagne (Anderson et collab., 2006). Par ailleurs, Meier et collab. (2008), de l'Université de Sheffield, ont fait une analyse approfondie des conséquences de la consommation d'alcool sur la santé et le bien-être ainsi que des effets du prix et de la promotion de l'alcool sur la consommation et sur la santé; cette étude a été réalisée à la demande du ministre de la Santé de la Grande-Bretagne (Meier et collab., 2008). Tous ces écrits ont servi de base documentaire à la présente analyse.

Afin de décrire les impacts de l'alcool sur la santé et le bien-être au Québec, les données québécoises ont été extraites d'une importante étude canadienne. Publiée en 2006 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), cette étude a analysé les coûts sociaux et de santé de l'abus de substances (tabac, alcool et drogues illicites) au Canada en 2002 (Rehm et collab., 2006).

En ce qui concerne l'évolution de la consommation d'alcool des Québécois et Canadiens, les auteurs ont mis à jour les données de Statistique Canada sur les ventes d'alcool déjà présentées par l'INSPQ dans les états de situation sur la consommation d'alcool au Québec (Bégin, 2003; Bégin et collab., 2005; Morin et collab., 2003a, 2003b; Quesnel, 2003).

Pour décrire l'évolution des habitudes de consommation des Québécois, l'information provient de six enquêtes menées par Statistique Canada, à savoir les Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 et les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003 et 2005. Dans ces enquêtes, les répondants sont interrogés sur un grand nombre de sujets reliés à la santé, dont la consommation d'alcool. Ces données sont accessibles dans les fichiers de microdonnées à grande diffusion de Statistique Canada et ont été analysées à l'INSPQ¹.

En ce qui concerne les politiques publiques canadiennes et québécoises, de nombreuses sources documentaires ont été revues. En 2006, des chercheurs canadiens ont publié un livre sur la santé publique et l'évolution des politiques en matière d'alcool au Canada (Giesbrecht et collab., 2006). Des recherches supplémentaires ont été nécessaires pour décrire de façon plus exhaustive les lois, les règlements et les pratiques sur le commerce d'alcool. Nous avons consulté les sites des ministères responsables des différentes lois et les sites Web repérés avec les mots-clés suivants : alcool, alcool au volant, bière, code

¹ Pour plus de détails, voir *Note méthodologique sur l'évolution des habitudes de consommation des Québécois* en annexe.

criminel canadien, conditions de vente et de consommation (heures, jours, lieux, etc.), consommation abusive, contrôle privé, droits d'accise, étiquettes de mise en garde, lois, mineurs, monopole public, normes de la radiodiffusion, points de contrôle routier, politiques publiques, promotion et programme d'éducation, réglementations, responsabilité sociale, sécurité routière, taux d'alcoolémie, taxes et vente au détail.

1 IMPACTS DE L'ALCOOL SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

1.1 MÉCANISMES D'ACTION DE L'ALCOOL

La consommation d'alcool occasionne de multiples problèmes sociaux et de santé physique ou mentale. Le type de problèmes causés par l'alcool dépend à la fois du volume d'alcool que les individus boivent et de leur façon de boire cet alcool, par exemple s'ils s'adonnent à des épisodes de forte consommation. L'alcool peut produire des problèmes selon trois mécanismes différents : 1) les modifications biochimiques, toxiques ou bénéfiques, qui engendrent des maladies chroniques ou encore protègent contre certaines d'entre elles; 2) l'intoxication à l'alcool qui survient lors de la consommation de quantités importantes d'alcool en une période de temps limité et qui augmente plus particulièrement le risque de traumatismes et de problèmes sociaux et de santé aigus; 3) la dépendance qui, en plus d'être un problème de santé mentale, occasionne des maladies chroniques ainsi que des problèmes sociaux aigus et chroniques (Rehm et collab., 2004; Babor et collab., 2003).

1.2 PROBLÈMES DE SANTÉ ET PROBLÈMES SOCIAUX ASSOCIÉS À L'ALCOOL

La consommation d'alcool est associée à plusieurs cancers (World Cancer Research Fund, 2007; Baan et collab., 2007; Corrao et collab., 2004). Il n'y a pas de seuil sans risque. Le risque est présent même avec une consommation faible et il augmente avec la quantité d'alcool consommée.

Le risque est particulièrement important pour les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du sein et du foie. L'association est moins forte pour le cancer colorectal, mais suffisante pour que le Centre international de recherche sur le cancer déclare, en 2007, que l'alcool est un carcinogène pour le cancer colorectal (Working Group Report on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 2007).

L'alcool est aussi associé aux maladies chroniques non cancéreuses. Les liens entre l'alcool et la cirrhose du foie ou entre l'alcool et la pancréatite chronique sont bien connus. Le risque est très élevé chez les personnes qui prennent de grandes quantités d'alcool, mais il existe également, dans une moindre mesure, chez celles qui en boivent des quantités modérées (Corrao et collab., 2004). Par ailleurs, l'alcool protège contre le diabète de type 2 (Koppes et collab., 2005).

Les effets de l'alcool sur le système cardiovasculaire peuvent être à la fois néfastes et bénéfiques. Notamment, il peut occasionner l'hypertension artérielle, dont le risque augmente déjà à des quantités modérées d'alcool, et les accidents vasculaires cérébraux qui, pour leur part, sont causés par de grandes quantités d'alcool (Corrao et collab., 2004). L'alcool peut protéger contre les maladies vasculaires ischémiques à des quantités faibles ou modérées (Klatsky, 2007; Corrao et collab., 2004). Il est démontré que l'alcool a des effets biochimiques compatibles avec un effet protecteur (Klatsky, 2007). Certains auteurs contestent les méthodes épidémiologiques utilisées pour montrer les effets protecteurs de l'alcool et avancent qu'ils existent réellement, mais qu'ils ont été surestimés (Fillmore et collab., 2007).

L'alcool diminue les habiletés motrices, augmente le temps de réaction, altère le jugement, influence les émotions et diminue les réponses aux attentes sociales (Babor et collab., 2003). Pour ces raisons, il peut occasionner des accidents de la route, d'autres types d'accidents et des épisodes de violence (Meier et collab., 2008). De plus, la consommation de cinq verres d'alcool et plus dans une même occasion est associée à un risque accru de blessures et d'actes de violence (Meier et collab., 2008). La consommation d'alcool est également associée à l'augmentation de l'incidence des infections transmissibles sexuellement (Meier et collab., 2008).

Aussi, étant une substance psychotrope, l'alcool peut rendre dépendant. Problème de santé mentale en soi, la dépendance entretient la consommation importante d'alcool et peut amener d'autres problèmes sociaux et de santé (Babor et collab., 2003). Notamment, ce problème à l'alcool est associé à l'augmentation du risque de suicide (Meier et collab., 2008).

Enfin, l'alcool est un produit tératogène qui peut causer des décès fœtaux et des anomalies chez les enfants (Chudley, 2005). Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la forme la plus visible de ces anomalies. Des retards de croissance, des dommages au cerveau qui amènent des troubles du développement ainsi que des malformations congénitales sont aussi associés à l'exposition prénatale à l'alcool.

Meier et ses collaborateurs (2008) soulignent que l'alcool a un effet consistant et statistiquement significatif sur la violence et les blessures et cela même à de faibles quantités d'alcool consommées (25 g/jour). Ces auteurs précisent également qu'il existe une association forte et consistante entre la consommation d'alcool et l'insatisfaction maritale (Meier et collab., 2008). Par ailleurs, l'alcool peut avoir des conséquences néfastes non seulement sur les individus, mais aussi sur d'autres personnes, par exemple lors d'accidents ou d'épisodes de violence. Il peut aussi amener de grandes souffrances aux enfants, à la famille et à l'entourage des personnes qui en abusent ou en sont dépendantes (OMS, 2007). Ces conséquences ne sont cependant pas bien chiffrées.

1.3 FARDEAU DE LA MALADIE ASSOCIÉ À L'ALCOOL

L'OMS a présenté, dans son rapport annuel de 2002, les principaux facteurs de risque à la santé et le fardeau de maladies² qui leur étaient associés dans les différentes régions du monde (OMS, 2002). En tenant compte à la fois des effets positifs et des problèmes qu'il engendre, l'alcool était responsable de 4,0 % du fardeau de la maladie et arrivait au cinquième rang des facteurs ayant le plus fort impact sur la morbidité et la mortalité dans le monde en 2000.

² Le fardeau de la maladie est calculé au moyen d'un indicateur, les « années de vie corrigées pour l'incapacité » (AVCI), qui permet d'estimer la charge totale de mortalité et de morbidité rattachée à une maladie. Ceci est fait en additionnant le nombre d'années de vie perdues à cause de la mortalité prématurée due à cette maladie avec le nombre « d'équivalent d'années en bonne santé » perdues à cause de la morbidité. Ces années de morbidité sont pondérées par un indice reflétant l'importance de l'incapacité (Murray et Lopez, 1997). Par exemple, si une maladie a un indice de pondération de 0,1, ceci veut dire que dix ans de vie avec cette maladie correspondent à une année de vie perdue (World Health Organization, 2004). Une fois les conséquences mesurées en AVCI connues pour ces divers facteurs de risque, il est possible de calculer l'importance de chacun d'entre eux par rapport aux autres.

Dans les pays développés, en 2000, il arrivait au troisième rang des facteurs de risque de morbidité et de mortalité, tout de suite après le tabagisme et l'hypertension (tableau 1).

Des analyses plus récentes révèlent qu'en 2004, dans les Amériques, l'alcool était responsable de 9,2 % du fardeau de la maladie, soit 14,2 % chez les hommes et 3,4 % chez les femmes (Rehm et collab., 2009).

Tableau 1 Facteurs de risque et fardeau de la maladie - Pays développés, 2000

Facteurs de risque	Fardeau total de la maladie (en AVCI) %
Tabac	12,2
Tension artérielle	10,9
Alcool	9,2
Cholestérol	7,6
Excès de poids/obésité	7,4
Faible consommation de fruits et de légumes	3,9
Inactivité physique	3,3
Drogues illicites	1,8

Source : OMS, 2002, p. 91.

1.4 IMPACTS SOCIAUX ET DE SANTÉ AU QUÉBEC

1.4.1 Méfaits liés à l'alcool

L'*Enquête sur les toxicomanies au Canada* fournit des informations sur les méfaits de l'alcool chez les Québécois (Kellner, 2005). Cette enquête mesure la prévalence de certains problèmes dans la dernière année, mais ne donne pas d'information sur leur gravité. Parmi les Québécois ayant bu de l'alcool durant la dernière année, 8,4 % déclarent avoir subi au moins un méfait de leur propre consommation d'alcool, les plus fréquents touchant les liens d'amitié et la vie sociale. Par ailleurs, environ 30,2 % des Québécois auraient subi au moins un méfait de la consommation d'alcool par des tiers; les plus fréquents étant les insultes et les humiliations (Kellner, 2005).

Dans cette enquête, la prévalence des méfaits est plus fréquente chez les jeunes et chez les personnes qui ont une forte consommation d'alcool. Les personnes âgées de moins de 25 ans sont les plus vulnérables aux méfaits de leur propre consommation d'alcool et aux méfaits de la consommation d'alcool par des tiers : plus d'un jeune Canadien sur cinq a subi au moins un méfait de sa propre consommation et la majorité a été victime d'un méfait de la consommation d'autres personnes (tableau 2) (Kellner, 2005).

Tableau 2 Méfaits de l'alcool, Québec, Canada, 2004

	Au moins un méfait de sa propre consommation d'alcool (12 derniers mois)	Au moins un méfait de la consommation d'alcool d'autres personnes (12 derniers mois)
Tous âges (15 ans et plus)		
Québec	8,4 %	30,2 %
Canada	8,8 %	32,7 %
Jeunes Canada ^(a)		
15-24 ans	21,8 %	
18-19 ans		62,6 %
20-24 ans		58,3 %

Source : Kellner, 2005, p. 45 et 46.

^(a) Données non publiées pour le Québec.

1.4.2 Estimation de la mortalité et la morbidité liées à l'alcool

Le CCLAT a publié une étude sur les coûts de l'abus de substances (tabac, alcool et drogues illicites) au Canada en 2002 (Rehm et collab., 2006). Les auteurs ont diffusé les analyses de la mortalité, de la morbidité, de l'utilisation des services et des coûts pour chacune des provinces canadiennes. Les données présentées dans les prochaines sections sont extraites de cette étude dont la méthodologie utilisée est décrite dans le rapport de Rehm et collab. publié en 2006.

Il est à noter que certains indicateurs de morbidité n'étaient pas disponibles pour le Québec. Ainsi, les auteurs ont dû extrapoler les statistiques d'hospitalisation pour soins aigus pour le Québec à partir des données canadiennes, car les données québécoises n'étaient pas disponibles selon le code CIM-10 dans la banque de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Quant aux statistiques d'hospitalisation pour maladies psychiatriques, elles provenaient également de l'ICIS, selon le code CIM-9; c'est ainsi que les données québécoises ont pu être utilisées. De plus, les données sur les traumatismes sont aussi spécifiques au Québec.

Des données de 1992 sur les coûts de l'abus de substances (tabac, alcool et drogues illicites) au Canada sont disponibles (Single et collab., 1999). Il n'est cependant pas possible de décrire l'évolution de la mortalité et de la morbidité entre cette étude et celle publiée en 2006, car leurs méthodologies sont différentes sur plusieurs aspects (Rehm et collab., 2006).

Estimation de la proportion des décès et des maladies liés à l'alcool

Le tableau 3 présente la proportion des différentes causes de décès et de maladies attribuables à l'alcool au Québec, en 2002. Ces fractions attribuables ont été calculées dans le cadre de l'étude sur les coûts de l'abus de substances au Canada, en 2002 (Rehm et collab., 2006).

Pour les maladies qui n'existeraient pas sans la présence de l'alcool, la fraction attribuable est de 100 %. Dans le cas des autres maladies chroniques, les fractions attribuables sont calculées à partir des risques relatifs tirés des méta-analyses et des données sur l'exposition

à l'alcool (quatre catégories basées sur le volume d'alcool bu). Dans les cas où la consommation d'alcool a un effet protecteur, la fraction attribuable est négative. Il s'agit alors de la proportion des décès ou des maladies évités grâce à la consommation d'alcool. Finalement, les statistiques sur les traumatismes ne sont pas des estimations, mais sont directement tirées de différentes études ou bases de données (Rehm et collab., 2006).

Tableau 3 Proportion des décès et des maladies attribuables à l'alcool (fraction attribuable), par sexe, Québec, 2002

	Fraction attribuable (%)			
	Décès		Maladies ^(a)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cancers				
Bouche et oropharynx	32,7	18,6	33,2	19,2
Œsophage	37,6	24,1	37,7	24,3
Foie	31,7	22,0	31,3	21,7
Larynx	42,5	31,0	43,0	31,1
Sein	-	6,4	-	6,4
Autres	8,7	5,0	8,9	5,4
Total	30,5	9,3	34,9	10,7
Diabète	-5,1	-2,5	-5,1	-2,5
Maladies neuropsychiatriques				
Psychoses alcooliques	100,0	100,0	100,0	100,0
Syndrome de dépendance à l'alcool	100,0	100,0	100,0	100,0
Abus d'alcool	100,0	100,0	100,0	100,0
Dépression unipolaire majeure	8,4	2,8	10,3	2,5
Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool	100,0	100,0	100,0	100,0
Épilepsie	49,7	37,5	41,7	32,2
Polyneuropathie alcoolique	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	85,9	57,8	48,2	20,0
Maladies cardiovasculaires				
Maladie hypertensive	22,6	7,8	23,3	8,0
Maladie ischémique cardiaque	-9,3	-4,9	-9,5	-5,0
Cardiomyopathie alcoolique	100,0	100,0	100,0	100,0
Arythmies cardiaques	25,7	17,3	25,9	17,4
Maladies cérébrovasculaires	2,6	-6,6	2,9	-6,7
<i>Accident vasculaire cérébral ischémique</i>	<i>-0,6</i>	<i>-8,2</i>	<i>-0,6</i>	<i>-8,4</i>
<i>Accident vasculaire cérébral hémorragique</i>	<i>8,9</i>	<i>-3,6</i>	<i>9,2</i>	<i>-3,8</i>
Varices œsophagiennes	53,9	44,5	54,0	42,2
Total	-4,7	-3,9	7,2	3,3
Maladies de la peau				
Psoriasis	27,5	15,4	26,3	16,2

^(a) Estimation de la morbidité à partir des jours d'hospitalisation occasionnés par les maladies.

Tableau 3 Proportion des décès et des maladies attribuables à l'alcool (fraction attribuable), par sexe, Québec, 2002 (suite)

	Fraction attribuable (%)			
	Décès		Maladies ^(a)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies digestives				
Gastrite alcoolique	100,0	100,0	100,0	100,0
Cirrhose du foie	58,1	45,7	58,2	45,1
Cholélithiases	-13,1	-7,1	-14,3	-7,8
Pancréatites aiguës et chroniques	23,2	11,7	24,3	12,0
Pancréatites chroniques liées à l'alcool	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	52,9	37,0	27,8	11,5
Problèmes périnataux				
Petit poids de naissance et prématurité	6,8	6,8	6,8	6,8
Syndrome d'alcoolisation fœtale	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	1,0	1,0	100,0	100,0
Traumatismes non intentionnels				
Accident de véhicules à moteur	39,4	18,2	26,0	11,7
Empoisonnement	24,0	21,5	7,8	6,6
<i>Empoisonnement accidentel par l'alcool et exposition à l'alcool</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
Chute	17,9	5,9	7,5	2,7
Feu	40,8	18,5	17,9	8,1
Noyade	33,8	28,7	10,6	8,3
Autres	30,6	20,4	13,1	10,3
Total	30,8	16,6	12,7	8,0
Traumatismes intentionnels				
Suicide et traumatisme infligés à soi-même	17,3	13,7	7,9	6,1
<i>Auto-empoisonnement intentionnel par l'alcool et exposition à l'alcool</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
Homicide	36,7	34,0	16,0	15,4
Autres	29,7	-	12,5	13,5
Total	19,2	16,7	10,3	7,1
Autres traumatismes				
Toxicité méthanol et éthanol (intention non déterminée)	100,0	100,0	100,0	100,0
Alcoolémie	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Tiré et traduit de Rehm et collab., 2006, tableaux I-A-7 et D-HC-A-21, avec l'autorisation du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

^(a) Estimation de la morbidité à partir des jours d'hospitalisation occasionnés par les maladies.

Estimation de la mortalité attribuable à l'alcool

Au Québec, on estime que 1,8 % de tous les décès survenus en 2002 étaient attribuables à l'alcool, soit 3 % chez les hommes et 0,5 % chez les femmes, ce qui représente un total de 1 170 décès (Rehm et collab., 2006) (tableau 4). Comme plusieurs décès liés à l'alcool surviennent chez des personnes jeunes, le nombre d'années potentielles de vie perdues est estimé à 38 668 (Rehm et collab., 2006).

Tableau 4 Estimation des décès attribuables à l'alcool, par sexe, Québec, Canada, 2002

Indicateurs de mortalité	Québec	Canada
Nombre total de décès attribuables à l'alcool	Hommes : 954	Hommes : 3 313
	Femmes : 216	Femmes : 579
	Total : 1 170	Total : 3 892
Années potentielles de vie perdues	Hommes : 30 040	Hommes : 113 380
	Femmes : 8 628	Femmes : 34 191
	Total : 38 668	Total : 147 571

Source : Rehm et collab., 2006.

Estimation de la morbidité et des services de santé attribuables à l'alcool

Bien que l'impact de l'alcool sur la mortalité soit loin d'être négligeable, c'est au chapitre de la morbidité que ses effets sont les plus importants. En extrapolant les données canadiennes à la population québécoise, on estime, qu'en 2002, l'alcool a été impliqué dans 405 353 épisodes de soins ambulatoires, 48 307 diagnostics d'hospitalisation et 324 245 jours d'hospitalisation (tableau 5). Ces journées d'hospitalisation équivalent à l'utilisation d'environ 1 000 lits de soins de courte durée.

Tableau 5 Estimation des services de santé attribuables à l'alcool, Québec, Canada, 2002

Services de santé attribuables à l'alcool	Québec	Canada
Nombre d'épisodes de soins ambulatoires	405 353	1 537 269
Nombre de diagnostics d'hospitalisation	48 307	195 970
Nombre de jours d'hospitalisation	324 245	1 246 945

Source : Rehm et collab., 2006.

1.5 COÛTS ET BÉNÉFICES ÉCONOMIQUES DE L'ALCOOL AU QUÉBEC

1.5.1 Estimation des coûts de l'alcool

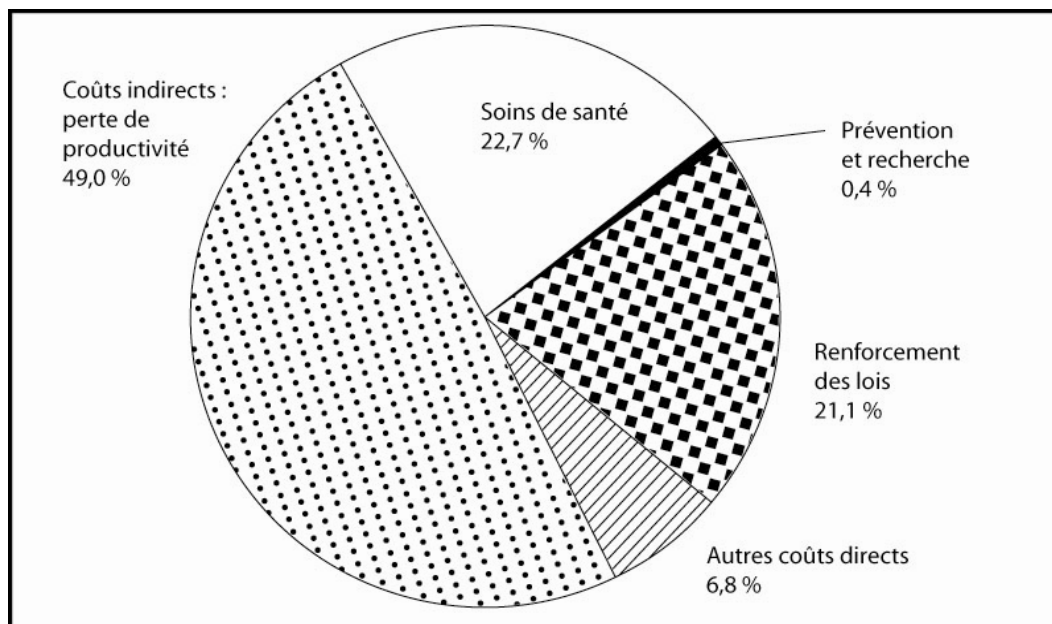
L'étude sur les coûts de l'abus de substances au Canada a permis d'estimer les coûts de la consommation d'alcool pour la société (Rehm et collab., 2006). Cette étude estime que l'ensemble des coûts imputables à l'alcool au Québec est de plus de 3 milliards de dollars, en 2002. Ceci correspond à 416 \$ par habitant et représente 1,1 % du produit intérieur brut. Les coûts des soins de santé représentent 22 % de l'ensemble des coûts imputables à l'alcool au Québec.

L'étude tient compte des coûts directs, soit ceux occasionnés par les soins de santé, les coûts pour le système judiciaire ainsi que les coûts de la prévention et de la recherche. Les coûts indirects de la perte de productivité due à la mortalité prématurée et à la morbidité sont également inclus. Par contre, tous les coûts intangibles sont exclus, par exemple les coûts de la souffrance due à l'abus d'alcool pour l'individu et pour les autres personnes, comme la famille et l'entourage.

La figure 1 montre la nature et la répartition de ces coûts pour l'ensemble du Canada. La moitié est constituée de perte de productivité due à des maladies liées à l'alcool.

Le total des coûts des soins de santé attribuables à l'alcool pour 2002 peut être estimé à près de 651 millions de dollars pour le Québec et de 3 milliards de dollars pour le Canada. L'origine de ces coûts est présentée au tableau 6.

Figure 1 Répartition des coûts attribuables à l'alcool, Canada, 2002



Source : Rehm et collab., 2006.

Tableau 6 Coûts des soins de santé attribuables à l'alcool, Québec, Canada, 2002

Coûts des soins de santé	Québec \$	Canada \$
Hospitalisations de soins aigus	321 002 174	1 458 627 382
Médicaments prescrits	191 768 250	767 591 643
Traitements « internes » spécialisés	85 983 170	754 919 500
Visites aux médecins de famille	31 556 343	172 821 472
Services ambulatoires (médecins)	16 469 488	80 199 800
Traitements « externes » spécialisés	3 277 670	52 435 754
Hospitalisations de soins psychiatriques	705 585	19 637 001
TOTAL	650 762 680	3 306 232 552

Source : Rehm et collab., 2006.

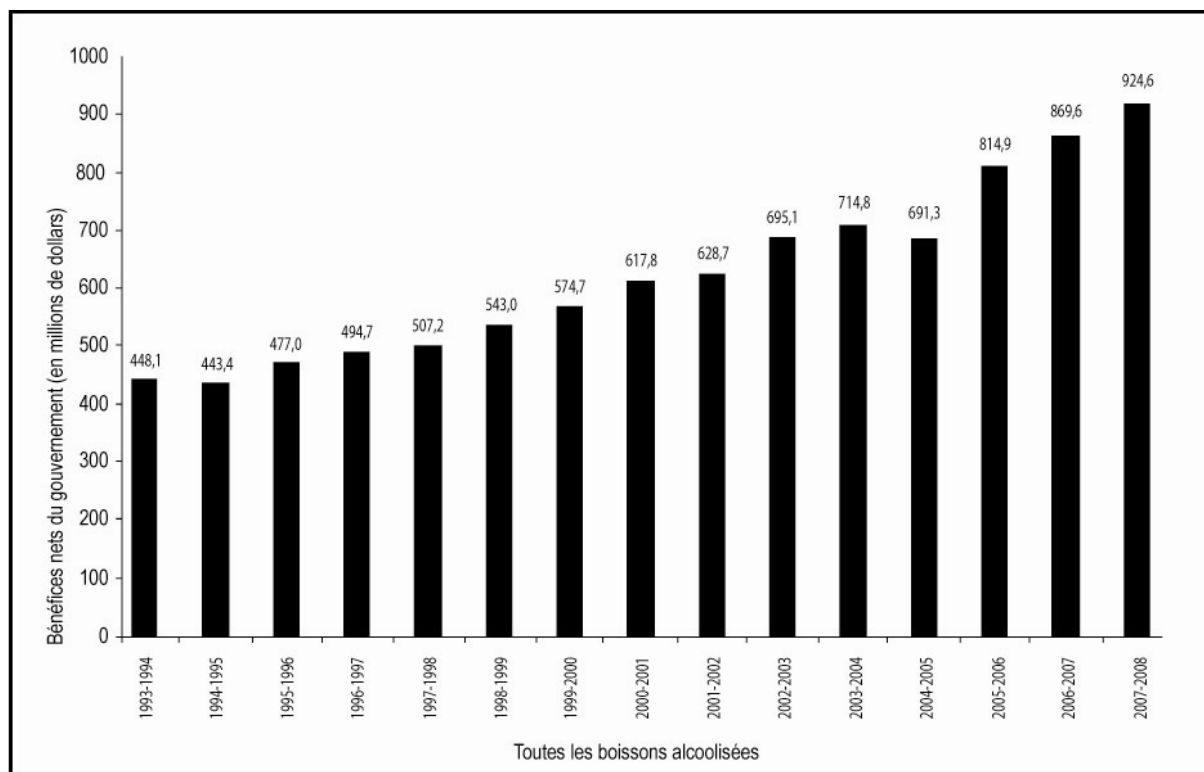
1.5.2 Bénéfices économiques de l'alcool

La figure 2 présente l'évolution des bénéfices nets³ du gouvernement provenant directement du contrôle et de la vente des boissons alcoolisées. Ceux-ci augmentent de façon constante depuis 1994. Ils se chiffraient à près de 925 millions de dollars en 2007-2008.

Le total des bénéfices nets du gouvernement québécois provenant de la vente des produits alcoolisés se situait entre 629 millions de dollars en 2001-2002 et 695 millions de dollars en 2002-2003. Ces bénéfices sont comparables aux coûts des soins de santé attribuables à l'alcool en 2002, eux-mêmes estimés à 651 millions de dollars.

³ Il s'agit du bénéfice net des régies des alcools provinciales et territoriales et des recettes des administrations publiques provenant directement du contrôle et de la vente des boissons alcoolisées. Les recettes des administrations publiques provinciales et territoriales proviennent du contrôle de la vente au détail des boissons alcoolisées telles que les taxes spéciales, les licences et permis, les amendes et saisies, mais ne comprennent pas les taxes générales de ventes au détail perçues par la plupart des provinces (ex. : TVQ). Le bénéfice net des régies des alcools provient de la vente des boissons alcoolisées moins les dépenses au cours de l'exercice financier (Statistique Canada, 2008).

Figure 2 Évolution des bénéfices nets du gouvernement québécois provenant directement du contrôle et de la vente des boissons alcoolisées, Québec, 1993-1994 à 2007-2008



Source : Statistique Canada, *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada*, Exercice financier clos le 31 mars, n° 63-202-XIB, n° 63-202-XIF, catalogues annuels, 1993-1994 à 2007-2008.

Note : Ces bénéfices ne comprennent pas les taxes générales de ventes au détail perçues par la plupart des provinces canadiennes.

En résumé

- ⇒ La consommation d'alcool est un déterminant majeur de la santé des populations dans les pays développés. Il arrive au troisième rang des facteurs ayant le plus fort impact sur la mortalité et la morbidité. Les calculs déterminant cet ordre sous-estiment l'ampleur du problème, car ils ne tiennent compte que des problèmes vécus par les buveurs alors que l'entourage et d'autres personnes peuvent aussi subir des problèmes.
- ⇒ Pour 2002, les analyses disponibles suggèrent que les coûts sociaux de l'alcool s'élèvent à 3 milliards de dollars au Québec dont 651 millions de dollars en soins de santé. L'évolution au Québec des impacts sociaux, de la mortalité et de la morbidité dus à l'alcool n'est pas connue. Il serait pertinent d'améliorer la surveillance de ces problèmes.
- ⇒ Le total des coûts des soins de santé attribuables à l'alcool est à peu près équivalent aux bénéfices économiques du gouvernement québécois provenant de la vente des produits alcoolisés.

2 CONSOMMATION D'ALCOOL

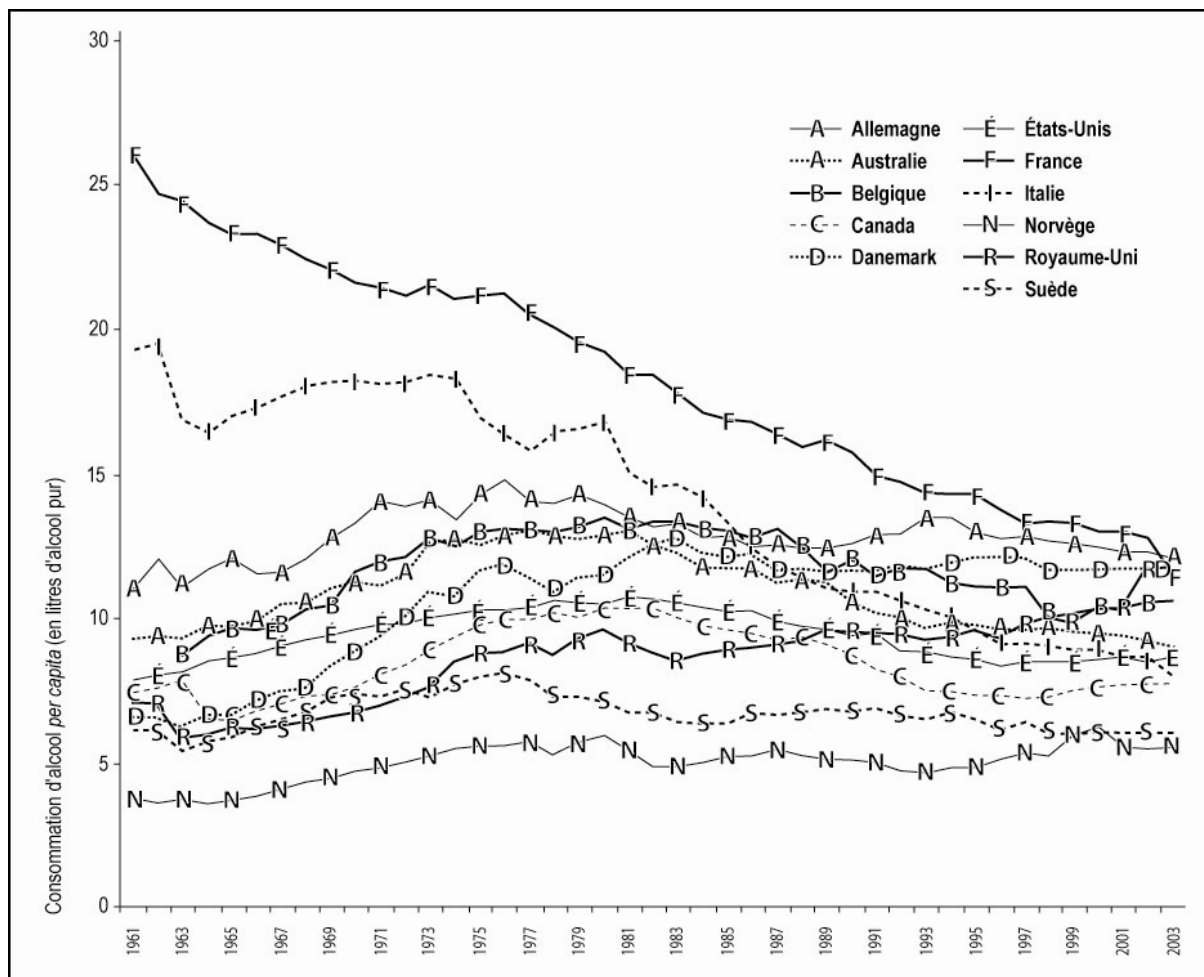
2.1 CONSOMMATION D'ALCOOL *PER CAPITA*

2.1.1 Comparaisons internationales de la consommation *per capita*

Les données sur le volume des ventes d'alcool dans un pays ou une région permettent de mesurer la consommation moyenne par personne âgée de 15 ans et plus, aussi nommée consommation *per capita*. La figure 3 montre l'évolution de la consommation d'alcool *per capita* au Canada et dans dix pays occidentaux, entre 1961 et 2003. Ces pays ont été choisis parce qu'ils sont souvent utilisés lors de comparaisons internationales avec le Canada et le Québec. Toutefois, les données québécoises ne figurent pas dans ces analyses, mais il est estimé que l'évolution de la consommation d'alcool au Québec, en litres d'alcool pur par personne de 15 ans et plus, est relativement similaire à celle du Canada depuis la fin des années 1990 (voir figure 4).

En 2003, la consommation *per capita* du Canada était inférieure à celle de plusieurs pays occidentaux, à l'exception de la Suède et de la Norvège. Cependant, depuis le milieu des années 1990, la consommation d'alcool au Canada est en hausse. Elle l'est également aux États-Unis, au Danemark et en Belgique. Au Royaume-Uni (Grande-Bretagne et Irlande du Nord), la consommation moyenne d'alcool a augmenté de façon plus importante encore. Par ailleurs, la consommation d'alcool a diminué dans plusieurs pays dont la France, l'Italie, l'Australie et l'Allemagne.

Figure 3 Consommation *per capita* (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, Canada et 10 pays occidentaux, 1961 à 2003



Source : World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, [En ligne]. [http://apps.who.int/globalatlas/default.asp] (Consulté le 23 juillet 2009).

2.1.2 Consommation *per capita* au Québec et au Canada

Les données sur la consommation d'alcool *per capita* sont issues des publications annuelles de Statistique Canada concernant le contrôle et la vente de boissons alcoolisées (1986-1987 à 2005-2006)⁴.

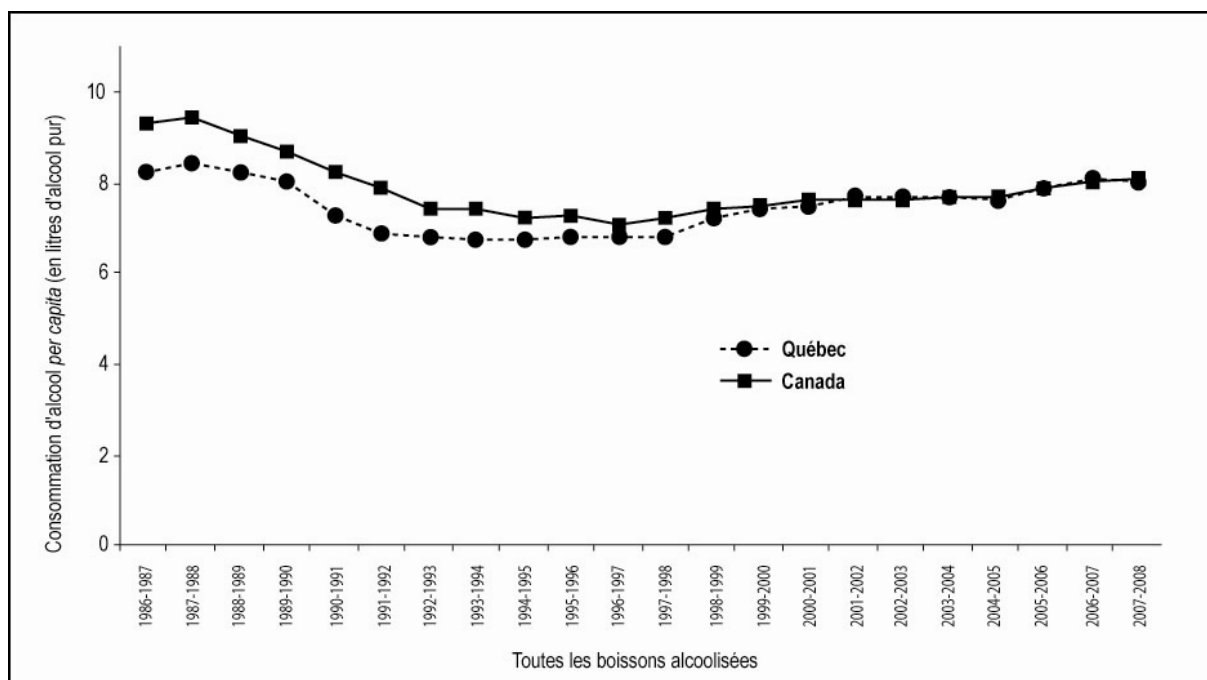
Les volumes enregistrés de vente d'alcool au Québec, après avoir connu une diminution jusqu'au début des années 1990, sont désormais en hausse. Cette augmentation des

⁴ Le détail de l'évolution des tendances est disponible dans les états de situation produits par l'Institut national de santé publique du Québec (Bégin et collab., 2005; Bégin, 2003; Morin et collab., 2003a, 2003b; Quesnel, 2003). Il peut être utile de se référer à ces états de situation pour comprendre les indicateurs retenus et leur validité.

ventes, lorsque transformée en équivalent de litres d'alcool pur⁵ par Québécois âgé de 15 ans et plus, montre que la consommation moyenne d'alcool augmente au Québec depuis 1994-1995 et que le phénomène s'est accentué après 1997-1998 (figure 4 et tableau 19 en annexe). De 1994-1995 à 2007-2008, la consommation *per capita* a augmenté de 19,1 % au Québec comparativement à 12,3 % pour l'ensemble du Canada, passant de 6,8 litres à 8,1 au Québec et de 7,3 à 8,2 litres au Canada. Des études ont démontré que l'augmentation de la consommation d'un litre d'alcool pur par personne augmente la mortalité toutes causes de 2,9 %, les suicides de 4 %, les accidents chez les hommes de 5,9 % et les cirrhoses de 16 % et de 12 % respectivement chez hommes et les femmes (Ramstedt, 2004, 2005; Skog, 2003).

Au Québec, on observe cette tendance à la hausse en particulier pour le vin (figure 5). À noter que la bière demeure la principale source d'apport en équivalent d'alcool pur. En 2007-2008, la bière compte pour 56,8 % de la consommation d'alcool *per capita*. La consommation des spiritueux est inférieure à celle des autres produits et est relativement stable depuis le début des années 1990.

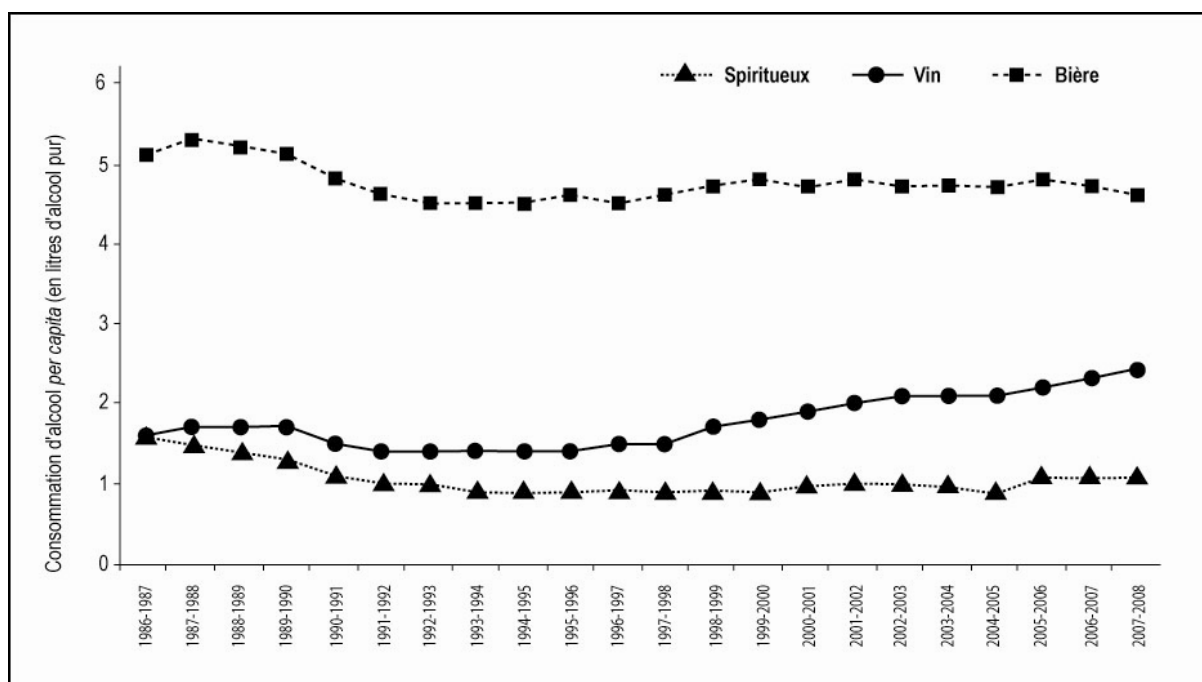
Figure 4 Évolution de la consommation *per capita* (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, Québec, Canada, 1986-1987 à 2007-2008



Source : Statistique Canada, *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada*, Exercice financier clos le 31 mars, n° 63-202-XIB, n° 63-202-XIF, catalogues annuels 1986-1987 à 2007-2008.

⁵ Il s'agit d'un litre d'alcool pur dégagé de toute association avec l'eau. Le volume des ventes de boissons alcoolisées en litres d'alcool pur est calculé en multipliant le volume des ventes par le pourcentage d'alcool par volume. Statistique Canada utilise un taux de conversion pour établir une mesure de comparaison entre les types de boissons alcoolisées. Pour les spiritueux, le pourcentage d'alcool est de 40 % par volume sauf pour les liqueurs (20 %) et les *coolers* à base de spiritueux (5 %). Le pourcentage d'alcool de la plupart des vins varie entre 11 % et 12 %. Ainsi, le taux de conversion des vins est établi à 11,5 %. Le taux de conversion utilisé pour les *coolers* à base de vin est de 5 %. Il est établi à 5 % pour la bière. Le niveau d'alcool de la plupart des bières varie entre 4 % et 6,5 %.

Figure 5 Évolution de la consommation *per capita* (15 ans et plus), en litres d'alcool pur, selon le type de boissons alcoolisées, Québec, 1986-1987 à 2007-2008



Source : Statistique Canada, *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada*, Exercice financier clos le 31 mars, n° 63-202-XIB, n° 63-202-XIF, catalogues annuels 1986-1987 à 2007-2008.

2.2 CONSOMMATION D'ALCOOL DÉCLARÉE CHEZ LES QUÉBÉCOIS ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS

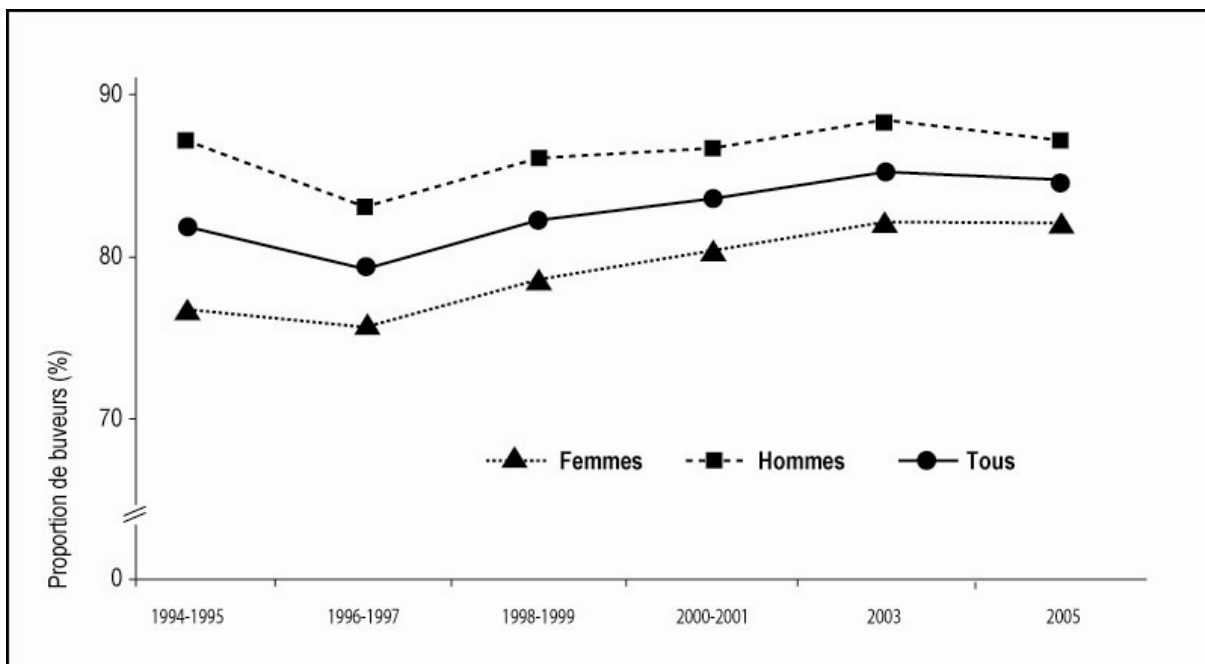
Les données sur la consommation d'alcool déclarée sont extraites de l'exploitation des enquêtes de Santé Canada sur la santé de la population effectuées de 1994-1995 à 2005. Ces données permettent d'analyser l'évolution du profil de consommation d'alcool telle que rapportée par les Québécois questionnés.

2.2.1 Proportion de buveurs

Les enquêtes révèlent que la proportion de Québécois âgés de 15 ans et plus consommant de l'alcool a augmenté entre 1994-1995 et 2005 (de 81,5 % à 84,2 %) (figure 6 et tableau 20 en annexe). Cette hausse est attribuable à l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes qui est passée de 76,2 % à 81,8 %. Chez les hommes, la proportion de buveurs a fluctué pour demeurer globalement stable au cours de la période.

Les enquêtes révèlent que le nombre moyen de consommations prises par les buveurs actuels dans les sept derniers jours précédant les enquêtes a augmenté significativement. Il est passé de 3,6 en 1994-1995 à 4,2 consommations en 2003.

Figure 6 Évolution de la proportion de buveurs actuels, par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005



Sources : Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005.

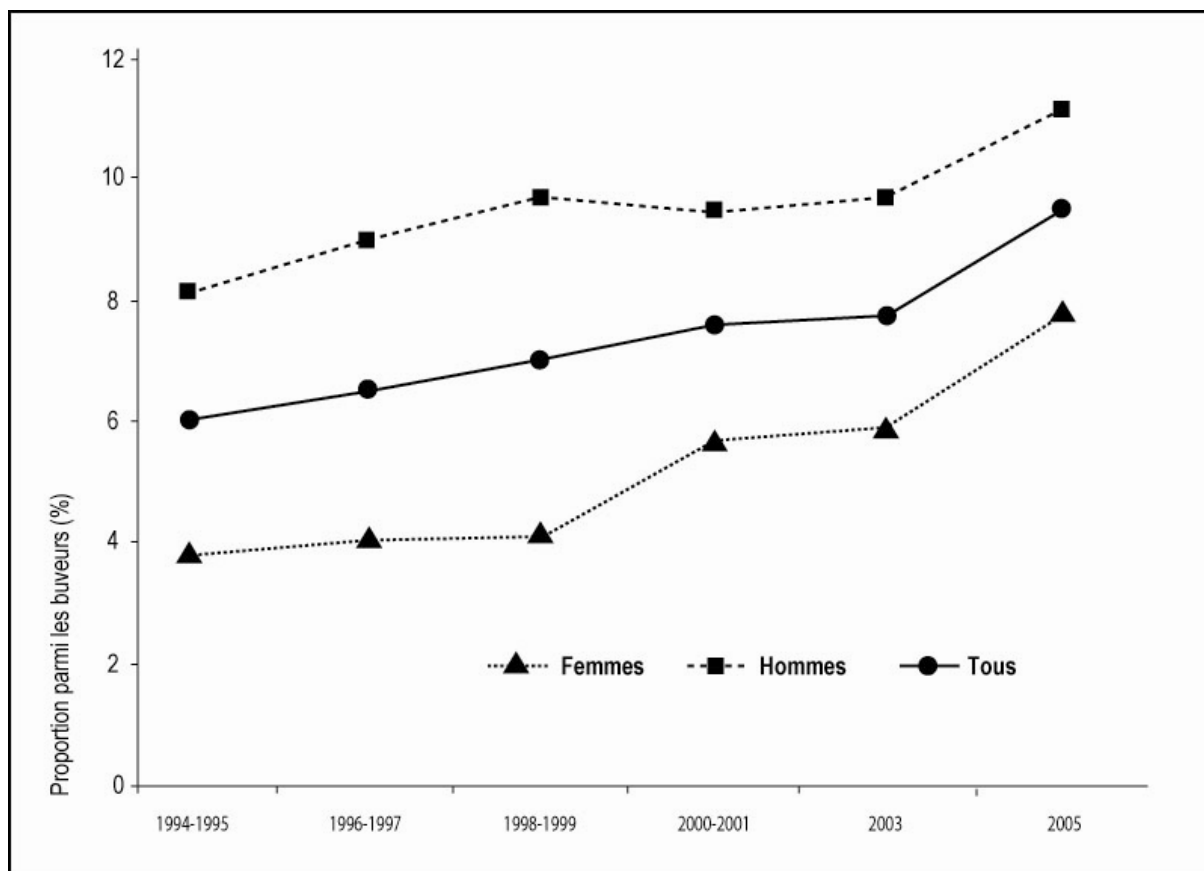
2.2.2 Consommation au-delà des quantités hebdomadaires à faible risque

Des experts canadiens ont défini des limites hebdomadaires sur la base des données épidémiologiques et des courbes de risque relatives à certaines conséquences à long terme sur la santé. Ainsi, selon les normes canadiennes de la consommation à faible risque, normes émises par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies en 1997, les hommes ne devraient pas boire plus de quatorze consommations par semaine, alors que ce maximum est fixé à neuf consommations pour les femmes (Bondy et collab., 1999). De plus, personne ne devrait boire plus de deux consommations par jour. Au Canada, une consommation standard (un verre) contient 341 ml de bière, à 5 % d'alcool, 142 ml de vin à 12 % d'alcool, ou 43 ml de spiritueux, à 40 % d'alcool ou 85 ml de vin fortifié, par exemple le porto à 18 % d'alcool. Ces quantités équivalent à 17 ml (13,6 g) d'alcool pur. Enfin, certaines personnes ne devraient pas boire ou encore devraient consommer moins que ces « normes », comme les femmes enceintes (abstention recommandée), les personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool, des maladies hépatiques ou psychiatriques, les conducteurs de véhicules de services (machinerie lourde, camion, autobus) ou les jeunes adolescents.

La proportion d'hommes qui ont pris plus de quatorze consommations dans les sept derniers jours précédant l'enquête et celle des femmes qui ont pris plus de neuf consommations durant cette même période augmente d'une enquête à l'autre (figure 7 et tableau 21 en annexe). Entre 1994-1995 et 2005, elle est passée de 8,1 % à 11,2 % chez les hommes et de 3,8 % à 7,8 % chez les femmes. Ainsi, le nombre estimé d'hommes qui boivent au-delà

des quantités hebdomadaires à faible risque est passé de 195 500 en 1994-1995 à 293 600 en 2005. Chez les femmes, où la croissance est beaucoup plus marquée, ce nombre estimé est passé de 84 900 en 1994-1995 à 201 000 en 2005. En dix ans, plus de 200 000 personnes se sont ajoutées au groupe de personnes qui déclarent une consommation au-delà des quantités hebdomadaires à faible risque totalisant près de 500 000 Québécois.

Figure 7 Évolution de la consommation au-delà des quantités hebdomadaires à faible risque (plus de 14 verres par semaine chez les hommes et plus de 9 chez les femmes), parmi les buveurs, par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005



Sources : Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005.

2.2.3 Consommation excessive

Un autre indicateur retenu est celui de la consommation excessive d'alcool qui correspond au fait de boire au moins cinq consommations ou plus en une même occasion au cours de la dernière année. Or, cet indicateur permet également de mesurer la consommation excessive au moins une fois par mois au cours de la dernière année. Les données d'enquête révèlent qu'elle est aussi en hausse au Québec (figure 8 et tableau 22 en annexe). Selon ces enquêtes, en 2005, 29,5 % des hommes et 11,9 % des femmes reconnaissent avoir une

consommation excessive. Cette proportion était respectivement de 17,6 % et de 4,3 % en 1994-1995.

Le phénomène de la consommation excessive est particulièrement présent chez les personnes de 15 à 24 ans (figure 9). D'ailleurs, la proportion des buveurs de ce groupe d'âge qui ont eu une consommation excessive au moins une fois par mois au cours de la dernière année est passée de 18 % à 35 % de 1994-1995 à 2005. Chez les personnes de 25 à 44 ans, la proportion de celles qui consomment de façon excessive double aussi entre 1994-1995 et 2005 (11 % à 23 %). Dans la catégorie des individus âgés de 45 à 64 ans, la progression est moins importante, mais malgré tout constante (11 % à 17 %). En 2005, l'enquête révèle que 21 % des Québécois âgés de 15 ans et plus qui boivent de l'alcool, soit plus de un million de personnes, ont une consommation susceptible d'entraîner des conséquences néfastes.

Au Québec, les premières données disponibles de l'enquête de 2007, pour les personnes âgées de 12 ans et plus⁶, rapportent que la consommation excessive est à la hausse. En effet, la proportion de buveurs de 12 ans et plus déclarant avoir une consommation excessive au moins une fois par mois au cours de la dernière année a atteint 20,8 % en 2007 (tableau 23 en annexe). Elle se situait à 19,2 % en 2003 (Statistique Canada, 2008). Cette proportion atteignait 29 % chez les buveurs de sexe masculin alors qu'elle était de 12,4 % pour le sexe féminin. De plus, la consommation excessive s'observe davantage chez le groupe d'âge des 20 à 34 ans (33 %). La proportion atteint 42,4 % chez les hommes et 22,9 % chez les femmes de ce groupe d'âge.

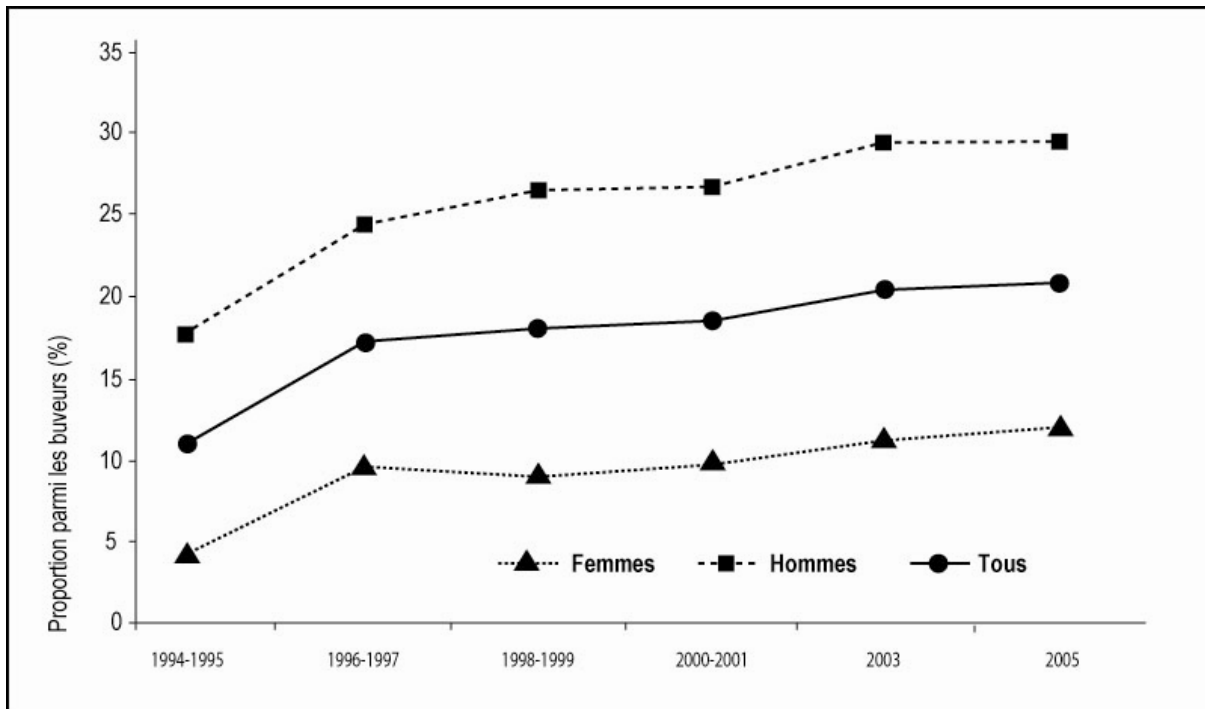
Ces résultats démontrant une augmentation de la consommation excessive sont compatibles avec ceux d'une étude de Demers et collab. (2009) qui a comparé les données de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Enquête Santé Québec) avec celles de l'étude *Gender, Alcohol and Culture* (Genasis) réalisée en 2004. Selon ces analyses, la proportion de buveurs est stable, mais la proportion d'entre eux qui a bu cinq verres ou plus par occasion au moins une fois dans l'année a augmenté tant chez les hommes que chez les femmes ainsi que dans l'ensemble des groupes d'âge. Ces analyses indiquent aussi que les Québécois buvaient plus souvent en 2004 qu'en 1992. Chez les hommes, la fréquence de consommation est passée de 95 à 105 occasions par année et, chez les femmes, de 53 à 65 occasions, durant cette période de douze ans (Demers et collab., 2009).

Les mêmes auteurs ont rapporté, à partir de l'étude Genasis, qu'il existe un lien entre la fréquence de consommation et la quantité usuelle d'alcool consommée par occasion : les personnes qui boivent occasionnellement boivent une moins grande quantité d'alcool par occasion. En contrepartie, plus les personnes boivent souvent, plus elles prennent d'alcool à chaque fois et plus elles risquent de boire de façon excessive (5 verres et plus) (Demers et collab., 2009). « Les buveurs réguliers (5 à 7 fois par semaine) et modérés, c'est-à-dire ceux qui consomment un ou deux verres par occasion, existent, mais sont peu nombreux [...] parmi les buveurs, 8,7 % des hommes et 4,7 % des femmes présentent ce profil. Si

⁶ Les données de l'enquête de 2007 sont présentées à titre indicatif pour les personnes âgées de 12 ans et plus. Au moment de la rédaction de ce rapport, l'INSPQ n'avait pas encore traité les fichiers de microdonnées à grande diffusion lui permettant d'analyser les données pour les personnes âgées de 15 ans et plus.

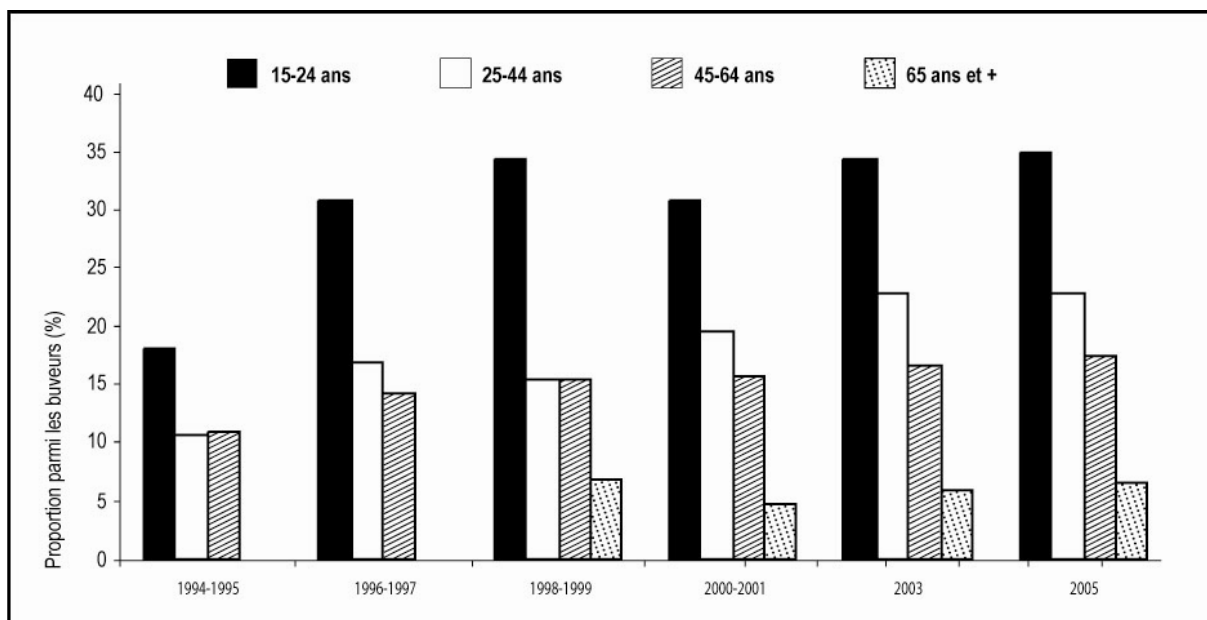
usuellement consommer un ou deux verres par occasion est commun (55 % des hommes et 78 % des femmes), ces buveurs sont représentés dans les catégories de buveurs occasionnels et sous-représentés parmi ceux qui consomment le plus fréquemment. » (Demers et collab., 2009, p. 52).

Figure 8 Évolution de la consommation excessive (5 verres et plus par occasion) au moins une fois par mois au cours de la dernière année, par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005



Sources : Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005.

Figure 9 Évolution de la consommation excessive (5 verres et plus par occasion) au moins une fois par mois au cours de la dernière année, par groupe d'âge, Québec, 1994-1995 à 2005



Sources : Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005.

Note : Pour les enquêtes de 1994-1995 et 1996-1997, le nombre de personnes de 65 ans et plus est trop petit pour être présenté.

2.2.4 Scores à l'AUDIT

L'*Enquête sur les toxicomanies au Canada*, réalisée dans toutes les provinces canadiennes en 2004, pose les questions du test de dépistage de la consommation à risque pour la première ligne de soins médicaux (Adlaf et collab., 2005). Ce test, l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), a été développé par l'OMS. Une consommation à risque est définie comme un score de 8 ou plus à l'ensemble des questions. L'enquête indique que, comparativement aux buveurs de l'ensemble du Canada, une proportion moins grande de buveurs québécois avait une consommation à risque (17,1 % vs 14,5 %) (Demers et Poulin, 2005). La proportion de la population qui boit de l'alcool est plus grande au Québec que dans l'ensemble des provinces, dans cette enquête (82,3 % vs 79,3 %). Lorsque la proportion des personnes qui ont un score à l'AUDIT de 8 ou plus est rapportée à l'ensemble de la population, elle est de 11,9 % au Québec et 13,6 % au Canada.

2.2.5 Dépendance à l'alcool

En 2002, l'ESCC portait sur la santé mentale. Cette enquête a permis d'obtenir la prévalence de la dépendance à l'alcool dans la population. Au Québec, cette prévalence se situe à 1,9 %, ce qui est inférieur à celle de l'ensemble du Canada qui est de 2,6 % (Tjepkema, 2004).

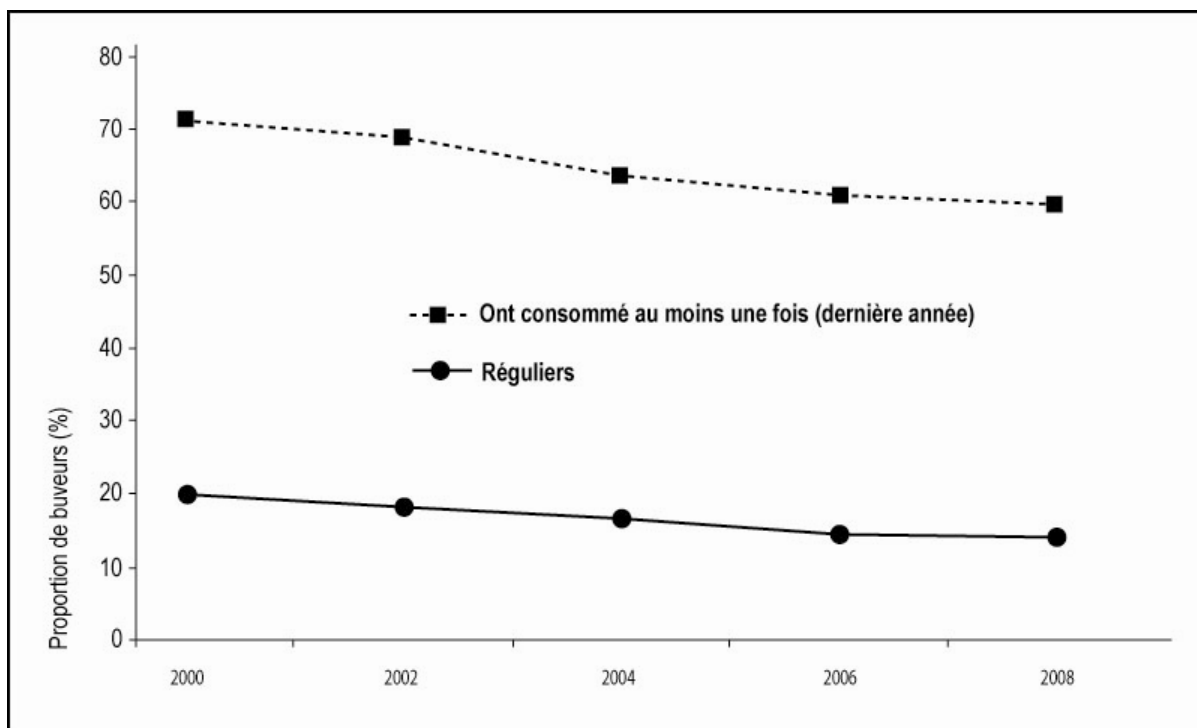
2.3 CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES DES ÉCOLES SECONDAIRES DU QUÉBEC

Depuis l'année 2000, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) réalise une enquête tous les deux ans sur le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues et la pratique des jeux de hasard et d'argent dans les écoles secondaires du Québec (Cazale et collab., 2009).

Même si la grande majorité des jeunes qui fréquentent les écoles secondaires n'ont pas l'âge légal pour boire de l'alcool, on calcule en 2008 que 59,7 % ont consommé de l'alcool pendant la dernière année et que 14,3 %, soit environ un sur sept, étaient des buveurs réguliers (figure 10). Il s'agit des élèves qui déclarent avoir consommé de l'alcool la fin de semaine ou plusieurs fois dans la semaine sans pour autant en consommer tous les jours. La tendance est à la baisse pour ces deux indicateurs entre 2000 et 2008.

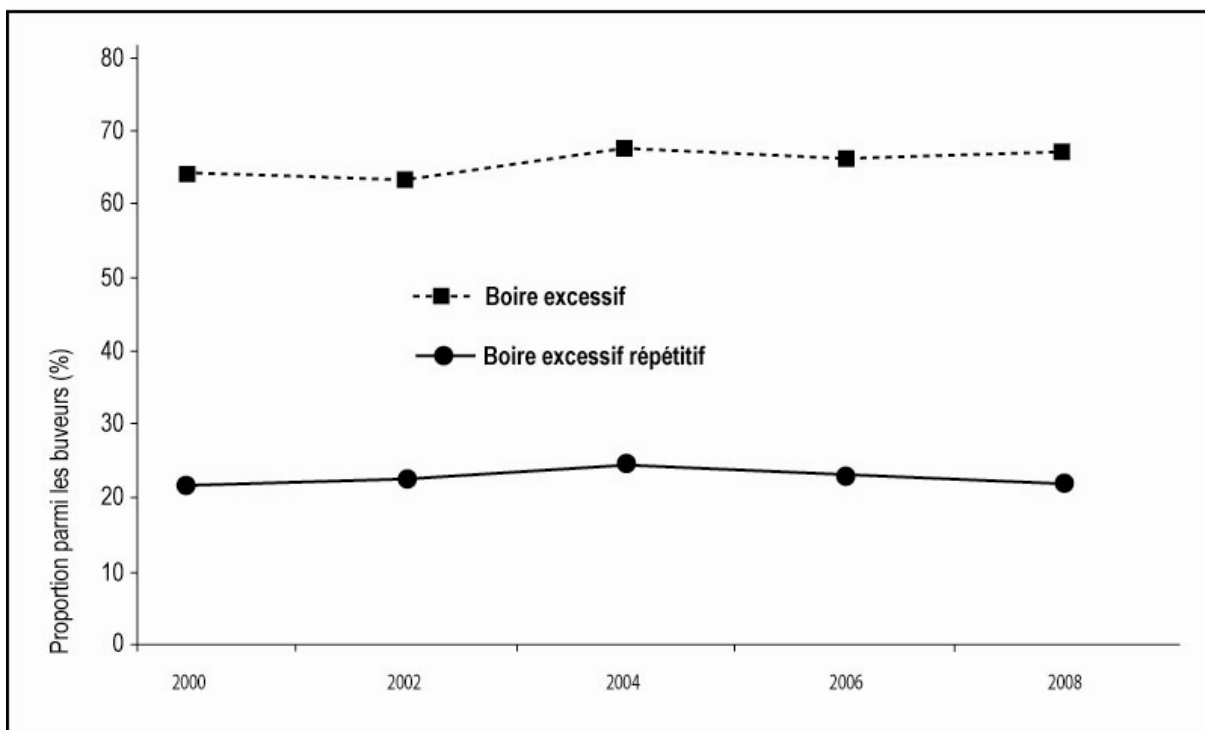
Par ailleurs, en 2008, 67,2 % de ces jeunes buveurs ont eu une consommation excessive (5 consommations ou plus en une même occasion, au moins une fois au cours d'une période de 12 mois) et 21,9 % l'ont fait de façon répétitive (5 consommations ou plus, 5 fois ou plus pendant la même période). Toutefois, ces chiffres sont demeurés relativement stables entre 2000 et 2008 (figure 11).

Figure 10 Proportion des élèves du secondaire qui ont consommé de l'alcool au moins une fois dans la dernière année et des élèves buveurs réguliers, 2000 à 2008



Source : Cazale et collab., Institut de la statistique du Québec, 2009.

Figure 11 Évolution du boire excessif et du boire excessif répétitif chez les élèves du secondaire qui ont consommé de l'alcool, 2000 à 2008



Source : Cazale et collab., Institut de la statistique du Québec, 2009.

2.4 CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES QUÉBÉCOISES ENCEINTES

L'alcool étant un produit reconnu comme tératogène, il est pertinent de connaître la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse. Trois enquêtes peuvent nous donner de l'information à ce sujet, mais comme elles ont des méthodologies différentes, il n'est pas possible de les comparer (tableau 7). Par exemple, la période après la grossesse où les femmes sont questionnées ainsi que la façon de poser les questions sont différentes, ce qui peut avoir une influence sur les résultats.

Les ESCC permettent d'observer l'évolution de la proportion des femmes qui ont pris de l'alcool pendant la grossesse. Celle-ci aurait diminué et serait passée de 26 % à 17,7 % entre 2003 et 2005.

Aucune de ces enquêtes ne permet de connaître la quantité d'alcool consommé et les façons de boire pendant la grossesse.

Tableau 7 Consommation d'alcool pendant la grossesse

Études	Québec %	Canada %
<i>Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, 2009 (Données de 2006)</i>	21,2	10,5
<i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003</i>	26,0	12,4
<i>Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005</i>	17,7	10,5
<i>Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006 (Données de 2005)</i>	34,1	

Sources : O'Campo et Johnston, Agence de la santé publique du Canada, 2009.

Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003, 2005.

Neill et collab., Institut de la statistique du Québec, 2006.

En résumé

- ⇒ La consommation d'alcool *per capita* du Canada est inférieure à celle de la majorité des pays comparables. Toutefois, la consommation canadienne a augmenté de 1996-1997 à 2007-2008.
- ⇒ La consommation d'alcool des Québécois a également augmenté au cours de cette période de dix ans avec une consommation plus importante de vin.
- ⇒ Les modes de consommation plus à risque sont à la hausse : sur une période de dix ans, la proportion des buveurs qui boivent au-delà des quantités hebdomadaires jugées à faible risque est passée de 6 % à 9,5 %. La consommation excessive au moins une fois par mois, a presque doublé, passant de 11,2 % à 20,8 %, ce qui représente plus de un million de Québécois en 2005.
- ⇒ Entre 1994-1995 et 2005, la progression de la consommation d'alcool, notamment la consommation à risque, a été plus marquée chez les femmes. La consommation au-delà des seuils à faible risque a doublé (3,8 % à 7,8 % des buveuses), le nombre étant passé de 84 900 à 201 000 femmes en 2005. La consommation excessive au moins une fois par mois a augmenté de 4,4 % à 11,9 % des buveuses sur cette même période de dix ans. Au moins une femme sur cinq affirme avoir pris de l'alcool pendant sa dernière grossesse.
- ⇒ La consommation d'alcool avant l'âge légal est un comportement prévalent au Québec. Toutefois, la fréquence de la consommation chez les jeunes des écoles secondaires a diminué entre 2000 et 2008.

3 POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE D'ALCOOL ET SANTÉ PUBLIQUE

3.1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL

3.1.1 Rôle des politiques publiques en matière d'alcool

Le terme de « politiques publiques » fait l'objet de plusieurs définitions. Pour cette analyse, nous retenons la définition suivante, proposée par Lemieux (2002) : « ... on peut définir une politique publique comme étant faite d'activités orientées vers la solution de problèmes publics dans l'environnement, et ce, par des acteurs politiques dont les relations sont structurées, le tout évoluant dans le temps. »

Il est reconnu que les politiques émanant des différents secteurs gouvernementaux, comme les politiques en matière de revenu, d'emploi, d'éducation, de logement ou de transports, peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur la santé et le bien-être de la population. Tous les secteurs d'activité ont donc une responsabilité à cet égard et doivent élaborer des politiques publiques saines ou favorables à la santé. Les « politiques favorables à la santé » sont « des politiques adoptées par différents paliers de gouvernement caractérisés par une préoccupation explicite pour la santé et l'équité et par l'imputabilité pour les impacts sur la santé » (Conférence d'Adélaïde, 1988 dans Benoît, 2009).

Il faut rappeler que l'alcool n'est pas un bien de consommation ordinaire (Babor et collab., 2003). Bien que l'alcool puisse contribuer à l'apport économique de la société, la consommation d'alcool est une source de problèmes sociaux et de santé dont les coûts économiques associés sont aussi élevés que les bénéfices nets provenant du contrôle et de la vente pour les gouvernements. C'est pourquoi le principal objectif d'une politique en matière d'alcool est de faire une large place à la promotion de la santé et du bien-être de la population (OMS, 2007). En ce sens, une politique en matière d'alcool doit aussi être une politique favorable à la santé.

Les éléments d'une politique en matière d'alcool varient d'un pays à l'autre en fonction de ses valeurs, de sa culture et de l'acceptabilité de la réglementation (OMS, 2007). La mise en œuvre d'une telle politique est sous la responsabilité des pouvoirs publics et requiert la participation de différents secteurs d'un gouvernement (OMS 2007). Par exemple, la taxation de l'alcool, sous l'autorité du secteur des finances publiques, constitue un apport économique pour les coffres de l'État tout en étant une mesure efficace pour diminuer les problèmes sociaux et de santé (OMS, 2007).

3.1.2 Efficacité des politiques publiques pour prévenir les problèmes liés à l'alcool

Un collectif de chercheurs internationaux en collaboration avec l'OMS a publié, en 1994 et en 2003, un état des connaissances sur les mesures de prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool (Babor et collab., 2003; Edwards et collab., 1994). Les interventions les plus efficaces sont les politiques publiques visant la taxation, l'âge minimum légal et les monopoles d'État. Les mesures agissant sur les contextes de consommation, comme la

responsabilisation des serveurs et le dépistage au hasard des conducteurs de véhicules pour procéder à des tests d'haleine, sont également efficaces pour diminuer les méfaits de la consommation d'alcool (Babor et collab., 2003).

Les traitements et les interventions précoces chez les personnes qui boivent trop ou qui ont des problèmes liés à l'alcool ont aussi démontré leur efficacité, mais sont plus coûteux et difficiles à mettre en œuvre (Babor et collab., 2003).

Les mesures d'interdiction de consommation d'alcool pour éviter de troubler l'ordre public, par exemple l'interdiction de boire en public, ne réussissent pas à diminuer la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont associés (Rehm et collab., 2004; Room, 2002). Les évaluations des mesures éducatives ou persuasives n'ont pas démontré d'effet soutenu sur la consommation, notamment l'enseignement à l'école, les messages éducatifs destinés à la population générale et l'étiquetage des boissons alcoolisées. Cependant, elles ont le mérite de faciliter le positionnement social du problème (Rehm et collab., 2004). La sensibilisation de la population peut aussi devenir un facteur clé dans l'acceptabilité de politiques publiques limitant l'accès aux produits alcoolisés (Casswell, 1989; Holmila, 1997, cités dans Room, 2002).

Babor et collab. (2003) ont présenté une synthèse des interventions et les ont classifiées selon l'évidence scientifique de leur degré d'efficacité (haut degré d'efficacité, efficacité modérée ou efficacité limitée). Le tableau 8 présente les interventions dont l'évidence scientifique indique un haut degré d'efficacité.

Tableau 8 Interventions dont l'évidence indique un haut degré d'efficacité pour prévenir les problèmes liés à l'alcool

Taxation et prix de l'alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Taxes sur l'alcool (150 %)
Réglementations sur l'accessibilité physique	<ul style="list-style-type: none"> • Interdiction totale de la vente d'alcool • Âge légal minimum • Monopole d'État sur la vente au détail • Responsabilité des serveurs
Mesures dissuasives pour contrer la conduite avec facultés affaiblies	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage au hasard des conducteurs pour procéder à des tests d'haleine « random breath testing » • Limites d'alcoolémie faibles • Limite d'alcoolémie zéro pour jeunes conducteurs « tolérance zéro »

Source : Babor et collab., 2003.

3.1.3 Industrie de l'alcool

Il importe de reconnaître que des intérêts économiques importants sont en jeu dans le commerce de l'alcool (Casswell, 2009). L'industrie de la production et de la vente de l'alcool se retrouve de plus en plus globalisée et concentrée entre quelques grandes compagnies qui dominent le marché dans le monde : les cinq plus grandes brasseries détiennent environ 50 % du marché global de la bière et les cinq plus grandes compagnies de spiritueux possèdent aussi environ 50 % du marché de leurs produits (Jernigan, 2009). L'industrie de

l'alcool a été proactive pour être présente auprès des pouvoirs politiques et pour chercher à devenir partenaire des autorités de santé publique (Casswell, 2009). Lorsqu'elle participe à définir des orientations de prévention, ses prises de position marquent cependant une préférence pour : 1) favoriser les mesures éducatives, par ailleurs démontrées inefficaces, et faire valoir que les mesures limitant l'accessibilité ne sont pas appropriées; 2) argumenter que les différences culturelles vont à l'encontre de l'application des mesures évaluées comme efficaces; 3) attirer l'attention sur les risques de commerce illégal de l'alcool si des mesures limitant l'accessibilité sont adoptées (Casswell, 2009).

Devant cette situation, les chercheurs du domaine de l'alcool se donnent de plus en plus le rôle de transmettre les connaissances sur les interventions efficaces (Anderson et collab., 2009a; Casswell, 2009). Certains considèrent même que les actions entreprises en prévention du tabagisme pourraient servir de modèle et réclament une convention-cadre sur le contrôle de l'alcool dont le but serait de contrebalancer le contexte global du commerce de l'alcool et de motiver les pays à adopter des politiques nationales (Casswell et Thamarangsi, 2009).

3.2 POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE D'ALCOOL DANS LE MONDE

3.2.1 Prises de position internationales sur les politiques publiques en matière d'alcool

Depuis de nombreuses années, les organismes internationaux examinent les impacts de la consommation d'alcool sur la santé de la population, documentent de façon exhaustive les meilleurs moyens pour les prévenir et prennent position pour des politiques publiques en matière d'alcool qui sont favorables à la santé (OMS, 2007). À l'échelle mondiale, l'engagement de l'OMS est présent depuis au moins 1979, année où un comité d'experts a émis des recommandations concernant la prévention et le traitement des problèmes liés à la consommation d'alcool (OMS, 2007).

La situation a évolué rapidement par la suite et de nombreuses recherches scientifiques ont permis de mieux comprendre la situation épidémiologique et les actions de prévention les plus efficaces. L'engagement de l'OMS s'est accéléré depuis 2002 avec la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2002* et le *Global Report on Alcohol 2004* (OMS, 2002; WHO, 2004). Ces rapports ont confirmé l'importance de l'alcool comme déterminant de la santé dans le monde et ont fait part de préoccupations concernant l'augmentation de la consommation d'alcool, en particulier chez les femmes et les jeunes. Le second rapport a de plus documenté l'efficacité des politiques publiques pour prévenir les problèmes. Depuis, de nombreuses stratégies et politiques, entre autres en sécurité routière, en santé mentale et en promotion de la santé et de modes de vie sains, ont considéré l'alcool comme une cible de prévention (OMS, 2005).

En 2007, le Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool a recommandé « la coordination d'une riposte mondiale à la nature universelle des problèmes liés à l'alcool » et que l'OMS joue un rôle « en surmontant les obstacles internationaux qui freinent l'élaboration de politiques efficaces en matière d'alcool » (OMS, 2007). En 2008, la 61^e Assemblée mondiale de la Santé a demandé de préparer « un projet de stratégie

mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool, reposant sur toutes les données et les meilleures pratiques disponibles, couvrant les options politiques requises et tenant compte de la diversité des contextes nationaux, religieux et culturels... » (OMS, 2008, p. 2). Ce projet de stratégie sera étudié lors de la 63^e Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra du 17 au 22 mai 2010 (WHO, 2010).

En Europe, le bureau régional de l'OMS a également été très actif : il a proposé en 1992 un « Plan d'action européen contre l'alcoolisme » puis adopté en 1995 la « Charte européenne sur la consommation d'alcool » (OMS Europe, 2006). Cet engagement envers la prévention des problèmes liés à l'alcool a permis la réalisation de nombreuses recherches sur l'efficacité et le rendement économique de la prévention ainsi que la publication de livres et rapports sur le sujet (Babor et collab., 2003; Rehn et collab., 2001; Edwards et collab., 1994). Cet organisme a aussi adopté en 2001 une « Déclaration sur les jeunes et l'alcool » et, plus récemment, a développé un cadre d'action qui présente des orientations stratégiques à long terme pour l'Europe (OMS Europe, 2006).

L'Association américaine pour la santé publique, le World Medical Association et l'OMS ont pris position en faveur d'une convention-cadre sur le contrôle de l'alcool (American Public Health Association, 2007; OMS, 2008).

Le Canada ne possède pas de politique spécifique en matière d'alcool, mais un groupe de travail a émis des recommandations pour que le pays se dote d'une stratégie nationale sur l'alcool (Pieterse et collab., 2007). Le directeur de la santé publique de la Colombie-Britannique a aussi diffusé un rapport sollicitant différents acteurs à adopter des politiques publiques pour contrer l'augmentation de la consommation d'alcool dans cette province (Kendall, 2008).

3.2.2 Comparaisons internationales sur les politiques publiques en matière d'alcool

Alcohol Policy Index

Au cours des dernières années, des chercheurs ont créé des outils permettant des comparaisons internationales des politiques publiques portant sur l'alcool (Brand et collab., 2007; Anderson et collab., 2006; WHO, 2004a). À ce sujet, Brand et collab. (2007) ont développé un indicateur composite, appelé « Alcohol Policy Index », qui leur a permis de comparer les politiques sur le contrôle de l'alcool de trente pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'indicateur est composé de cinq domaines, dont le poids relatif est basé sur leur efficacité à réduire les effets négatifs de l'alcool : la disponibilité physique (32 points), le contexte de consommation (8 points), le prix (24 points), les avertissements sur l'alcool (3 points) et la conduite avec facultés affaiblies (34 points). La disponibilité physique et le prix représentent un poids de 56/100 du total de l'indice. Le poids accordé au premier domaine est plus grand que celui donné au second. Ceci s'explique par le fait que les auteurs incluent plusieurs aspects à la disponibilité physique : âge légal, responsabilité des serveurs ainsi que la restriction de la densité des magasins, des heures d'ouverture et des produits vendus.

Les résultats révèlent que, sur une échelle de cent points, le score médian est de 42,4 (tableau 9). Le Luxembourg obtient le plus bas score, avec 14,5, et la Norvège le plus haut, avec 67,3. Pour sa part, le Canada se situe au dixième rang avec un score de 50,1. Selon les auteurs, chaque hausse de dix points sur l'échelle est associée à une baisse de consommation de un litre d'alcool pur par personne par année (Brand et collab., 2007).

Tableau 9 Comparaison des politiques de contrôle de l'alcool dans 30 pays de l'OCDE - Résultats de l'indicateur « Alcohol Policy Index »

Pays	Rang	Score au « Alcohol Policy Index »
Norvège	1.	67,3
Pologne	2.	67,0
Islande	3.	64,5
Suède	4.	63,8
Australie	5.	62,8
Hongrie	6.	57,5
Slovaquie	7.	57,0
Finlande	8.	54,2
Japon	9.	52,4
Canada	10.	50,1
Nouvelle-Zélande	11.	49,9
Turquie	12.	48,7
Mexique	13.	45,1
Corée du Sud	14.	43,3
États-Unis	15.	43,1
Belgique	16.	41,7
Espagne	17.	40,9
Irlande	18.	40,8
Grèce	19.	36,2
Royaume-Uni	20.	35,5
République-Tchèque	21.	35,4
Pays-Bas	22.	34,4
Italie	23.	34,2
Danemark	24.	33,2
Portugal	25.	27,2
France	26.	26,9
Autriche	27.	23,0
Allemagne	28.	22,4
Suisse	29.	22,4
Luxembourg	30.	14,5
OCDE	Médiane	42,4

Source : Brand et collab., 2007, p. 0756.

Un examen de la situation des pays pour chacun des domaines d'intervention les plus importants révèle que le Canada exerce un meilleur contrôle de la disponibilité physique que la majorité des pays de l'OCDE (tableau 10).

Selon cette étude, les consommateurs canadiens paient moins cher pour se procurer de l'alcool que ceux de la plupart des pays de l'OCDE. D'autres études arrivent cependant à des conclusions différentes que celle de Brand et collab. (2007) quant au prix de l'alcool. Selon l'analyse de Thomas (2004), les taxes sont plus élevées au Canada que dans la majorité des pays étudiés. D'après cette analyse, bien que le taux de la taxe d'accise fédérale pour les spiritueux soit inférieur à celui de nombreux pays européens, lorsqu'on ajoute aux droits d'accise toutes les taxes et majorations fédérales ou provinciales, les taux d'imposition du Canada se retrouvent alors parmi les plus élevés (Thomas, 2004).

Ces résultats d'études incitent à la prudence dans la comparaison des politiques concernant le prix où diverses variables peuvent être étudiées. Par exemple, les auteurs de la publication sur l' « Alcohol Policy Index » (Brand et collab., 2007) ont considéré la relation entre le prix de l'alcool et le produit intérieur brut (PIB) *per capita* par pays. Cette relation représenterait mieux l'effort financier des consommateurs pour se procurer de l'alcool, car elle considère indirectement le pouvoir d'achat. C'est pourquoi, dans leur étude, le Canada obtient un score faible au « Alcohol Policy Index » au sujet du prix de l'alcool, et ce, malgré une taxation élevée. En effet, ce produit est plus accessible par rapport au produit intérieur brut au Canada qu'il ne l'est dans d'autres pays de l'OCDE.

Tableau 10 Comparaison des domaines de l'indicateur « Alcohol Policy Index », pour certains pays

Rang	Disponibilité physique (32)	Contexte de consommation (8)	Prix des alcools (24)	Avertissements sur l'alcool (3)	Véhicules à moteur (34)	Total (100)
Norvège	15	8	13	3	28	67
Suède	20	3	11	3	28	64
Australie	17	6	16	*	24	63
Canada	21	3	8	0	18	50
États-Unis	23	6	*	1	13	43
Belgique	8	5	16	1	12	42
Royaume-Uni	14	3	18	*	*	36
Italie	*	5	13	3	13	34
Danemark	9	6	8	1	9	33
France	2	*	3	2	20	27
Allemagne	8	*	5	*	9	22
OCDE (médiane)	8	5	13	1	15	42

Source : Brand et collab., 2007, p. 0757.

* Aucun point dans le domaine donné.

Profil comparatif de l'OMS

L'OMS a produit un rapport qui trace un profil comparatif des pays en matière de politiques publiques sur l'alcool (WHO, 2004b). Ce rapport permet de situer, au 1^{er} mai 2002, chaque pays sur les principales lois et réglementations à mettre en œuvre au regard des politiques sur l'alcool.

Le tableau 11 montre où se situait le Canada en 2002, sur la base des données pour l'Ontario, et il le compare à la situation qui prévalait dans quatre pays qui se distinguent quant aux scores de l'indicateur « Alcohol Policy Index » : la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni et la France. Il illustre la présence de lois et de règlements ainsi que leurs sphères d'application concernant l'alcool. Il révèle que la publicité sur l'alcool n'est pas encadrée en Ontario alors qu'elle l'est dans d'autres pays. Elle concerne entre autres la télévision, la radio, les médias écrits, les circulaires, les étiquettes de mise en garde sur la santé ainsi que la surveillance de la publicité et des commandites. Cette situation vaut possiblement pour l'ensemble du Canada bien que le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) et la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ) du Québec ont certains pouvoirs en ce domaine.

L'autre point de différence est celui de la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool où le taux légal en Ontario, et pour tout le Canada, se situe à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang⁷. Ce taux est aussi de 80 mg au Royaume-Uni, alors qu'il est de 20 mg en Norvège et en Suède, et de 50 mg en France. De plus, les barrages routiers sont plutôt occasionnels en Ontario alors qu'ils se produisent souvent en Norvège et en Suède.

Les données du « Alcohol Policy Index » et celles de l'OMS, présentées aux tableaux 10 et 11 révèlent que le Canada a adopté un ensemble de lois et de règlements qui le rendent comparable aux autres pays. Ces analyses portent à croire que le Canada présente un bon profil en matière de politiques publiques sur l'alcool. Cependant, il se compare désavantageusement sur trois aspects : la taxation en rapport avec le pouvoir d'achat, la publicité et la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool.

3.2.3 Évolution de la consommation d'alcool et des politiques publiques dans certains pays

L'analyse de l'évolution de la consommation d'alcool dans les onze pays occidentaux de la figure 3 montre que les différences entre les volumes d'alcool consommé sont beaucoup moins marquées maintenant qu'elles ne l'étaient au début des années 1960. Par exemple, alors que dans les pays scandinaves la consommation se situait à six litres ou moins d'alcool absolu par habitant au début des années 1960, elle voisinait les vingt-cinq litres en France au même moment (WHO, Global Information System on Alcohol, 2009). Entre cette époque et le début des années 2000, la consommation a diminué dans les pays à forte consommation de vin comme la France et l'Italie. Elle est demeurée stable ou encore a légèrement augmenté dans les pays à faible consommation, comme les pays scandinaves.

⁷ Un taux d'alcoolémie de 80 mg par 100 ml signifie que la personne a huit parts d'alcool par 10 000 parts de sang. Le taux d'alcoolémie peut s'exprimer de manière différente selon la juridiction du pays (ex. : 80 mg/100 ml, 0,08 g/100 ml, 0,8 mg/ml ou 0,8 g/l). Les expressions populaires « 80 mg % », « .8 » ou « .08 » réfèrent au 80 mg/100 ml.

En 2003, l'écart entre les pays a considérablement diminué, se situant autour de six litres entre les pays occidentaux où la consommation est la plus faible et ceux où elle est la plus élevée.

Ce portrait statistique de la consommation d'alcool peut s'expliquer en partie par l'analyse des contextes culturels réalisée par Gordon et collab. (2008). Ces auteurs observent une certaine convergence des modes de consommation qu'ils expliquent par une homogénéisation des styles de vie, l'urbanisation de la population, la plus grande indépendance des femmes et la globalisation du marketing de l'alcool (Gordon et collab., 2008).

Un bref examen de la situation en France, en Grande-Bretagne et en Suède soulève certaines interprétations sur l'évolution de la consommation et des politiques adoptées par les gouvernements dans des contextes culturels en évolution.

La France, pays de forte consommation de vin, a connu une baisse de la consommation de 1 % par année en quarante ans, laquelle s'est accompagnée d'une réduction de la cirrhose alcoolique (Craplet, 2005). En Grande-Bretagne, au contraire, la consommation est à la hausse depuis les années 1960 et elle atteint maintenant les niveaux de la France à 11,6 litres par habitant (figure 3). Entre la fin des années 1980 et le début des années 2000, les décès par cirrhoses ont augmenté de façon importante alors qu'ils diminuaient dans les autres pays d'Europe (Leon et McCambridge, 2006). La Suède est l'un des pays occidentaux où la consommation d'alcool est la plus faible. Au cours des vingt dernières années, elle est demeurée relativement stable autour de six litres par habitant (figure 3). La consommation excessive d'alcool a légèrement augmenté chez les jeunes, mais les problèmes liés à l'alcool, et notamment la cirrhose, semblent stables (Gordon et collab., 2008).

En France, d'après une chercheuse en anthropologie, le vin fait toujours partie de la culture, mais les contextes de globalisation, de modernité et de multiculturalisme engendrent un nouveau rapport à ce produit et à ce qu'il représente (Demossier, 2005). Pour illustrer ces changements, elle note une augmentation de la consommation de vins de bonne qualité, de caves particulières et du tourisme dans les régions viticoles (Demossier, 2005). Craplet (2005), pour sa part, considère que la consommation des Français s'est rapprochée de celle des Européens du Nord. Selon ce médecin, le vin occupe une place moins importante lors des repas quotidiens et l'alcool est plus souvent consommé pour se détendre et dans des contextes de socialisation (Craplet, 2005). Depuis les années 1950, diverses politiques ont été adoptées dans ce pays et ont modifié le contexte de la consommation d'alcool : une législation du nombre de points de vente de l'alcool ayant amené une diminution de leur nombre, l'instauration d'un âge légal minimum pour se procurer de l'alcool, la limite d'alcoolémie pour la conduite automobile à 50 mg par 100 ml et surtout une loi très stricte sur la publicité de l'alcool adoptée en 1992 (Gordon et collab., 2008; Craplet, 2005). Il n'est pas possible de départager la part de l'évolution culturelle avec celle des politiques publiques dans l'explication de l'évolution de la consommation d'alcool et des façons de boire, mais il est plausible qu'elles s'influencent mutuellement.

En Grande-Bretagne, un consensus s'établit à l'effet que la consommation d'alcool est un problème social et de santé publique (McKee et collab., 2009). Durant les années 1990, le prix relatif de l'alcool en fonction du revenu a diminué et l'industrie est demeurée très agressive pour faire le marketing de l'alcool, notamment par les commandites des équipes sportives (Gordon et collab., 2008). En 2003, l'augmentation du nombre de lieux de consommation d'alcool ouverts 24 heures a suscité de nombreux débats (Gordon et collab., 2008). En 2008, la British Medical Association a publié un rapport enjoignant le gouvernement à instaurer des politiques pour diminuer les méfaits de la consommation abusive d'alcool (BMA Board of Science, 2008).

En Suède, traditionnellement, il se buvait surtout des spiritueux lors de congés et d'occasions spéciales. De nos jours, la consommation des Suédois ressemble plus à celle des autres Européens. Par exemple, les Suédois boivent davantage de vin lors des repas (Gordon et collab., 2008). Selon l'analyse de Gordon et collab. (2008), la Suède est le seul pays qui, dans ses politiques, accorde la priorité aux considérations de santé plutôt qu'aux bénéfices financiers pour l'État. Les interventions de l'État en la matière sont très importantes : monopole d'État permettant des restrictions du nombre de points de vente et des heures d'ouverture, ainsi que des prix élevés. La limite d'alcoolémie au volant est de 20 mg par 100 ml. L'interdiction de la publicité de l'alcool, auparavant très sévère, a été relâchée depuis un jugement de la Cour de justice des Communautés européennes en 2001. Elle ne vise maintenant que les produits contenant plus de 13 % d'alcool (Gordon et collab., 2008). L'expérience de la Suède illustre que malgré une certaine diminution de la sévérité des contrôles, il a été possible de maintenir des politiques publiques en matière d'alcool dans le contexte de la mondialisation et de limiter les problèmes liés à l'alcool.

Tableau 11 Profil comparatif en matière de politiques publiques sur l'alcool, Canada (Ontario), Norvège, Suède, Royaume-Uni, France, mai 2002

Lois et réglementations	Sphère d'application	Canada (Ontario)			Norvège			Suède			Royaume-Uni ^(a)			France		
		Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées		
		Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux
Contrôle de la vente au détail et de la production	Monopole sur la production de	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Monopole sur la vente de ^{(a),(b)}	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Permis pour la production de	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	---	---	---	Oui	Oui	Oui
	Permis pour la vente	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Restrictions des points de vente et niveau de surveillance	Heures de vente	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
	Jours de vente	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	---	---	---	Non	Non	Non
	Lieux de vente	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	---	---	---	Oui	Oui	Oui
	Nombre de places (densité)	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Niveau de surveillance	Complètement			Complètement			Complètement			Partiellement			---		
Âge limite pour l'achat d'alcool	Consommation sur place	19	19	19	18	18	20	18	18	18	18	18	18	16	16	16
	Consommation à l'extérieur ^(b)	19	19	19	18	18	20	20	20	20	18	18	18	16	16	16
Taxes sur les boissons alcoolisées	Taxes de vente/valeur ajoutée	Oui			Oui			Oui			Oui			Oui		
	% taxes de vente/valeur ajoutée	19,0			24,0			25,0			17,5			16,9		
	% taxes sur le prix de détail ^(c)	---	---	---	---	---	---	25,9	33,8	67,1	---	---	---	8,8	3,1	33,2
	Timbres d'accise (bouteille)	Non			Non			Non			Non			Oui		

^(a) Les données pour le Royaume-Uni réfèrent à l'Angleterre et aux pays de Galles.

^(b) En Suède, l'âge légal pour acheter de la bière dans les marchés d'alimentation est de 18 ans (moins de 3,5 % d'alcool pur par volume).

^(c) En Norvège, le taux de la taxe est de 15,55 % par volume d'alcool pur par litre (vol%/litre) sur la bière, de 3,47 % par volume d'alcool pur par litre sur le vin et de 5,98 % par volume d'alcool pur par litre sur les spiritueux. En Italie, lorsque la TVA est incluse, le taux de la taxe est de 31 % sur la bière, de 0 % sur le vin et de 40 % sur les spiritueux.

Tableau 11 Profil comparatif en matière de politiques publiques sur l'alcool, Canada (Ontario), Norvège, Suède, Royaume-Uni, France, mai 2002 (suite)

Lois et réglementations	Sphère d'application	Canada (Ontario)			Norvège			Suède			Royaume-Uni ^(a)			France		
		Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées		
		Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux
Restrictions sur la publicité ^{(d),(e)}	Télévision nationale	Non	Non	Non	Banni	Banni	Banni	Banni	Banni	Banni	Vol.	Vol.	Vol.	Banni	Banni	Banni
	Radio nationale	Non	Non	Non	Banni	Banni	Banni	Banni	Banni	Banni	Vol.	Vol.	Vol.	Partiel	Partiel	Partiel
	Médias écrits	Non	Non	Non	Banni	Banni	Banni	Partiel	Banni	Banni	Vol.	Vol.	Vol.	Partiel	Partiel	Partiel
	Circulaires	Non	Non	Non	Banni	Banni	Banni	Banni	Banni	Banni	Vol.	Vol.	Vol.	Non	Non	Non
	Étiquettes de mise en garde sur la santé	Non			---			Non			Non			Oui		
Surveillance de la publicité et des commandites	---			Complètement			Complètement			---			---			
Restrictions sur les commandites	Événements sportifs	Non	Non	Non	Banni	Banni	Banni	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Partiel	Partiel	Partiel
	Événements jeunesse	Partiel	Partiel	Partiel	Banni	Banni	Banni	Non	Non	Non	Vol.	Vol.	Vol.	Banni	Banni	Banni

^(d) En Norvège, la publicité dans les magazines d'affaires est autorisée. La publicité pour des produits avec moins de 2,51 % d'alcool pur par volume (2,51 vol%) est permise et utilisée pour contourner les interdictions.

^(e) Au Royaume-Uni, la publicité est gérée à la fois sur une base d'autorégulation et sur une base statutaire pour les codes de gouvernance de la publicité radiodiffusée ou télédiffusée.

Tableau 11 Profil comparatif en matière de politiques publiques sur l'alcool, Canada (Ontario), Norvège, Suède, Royaume-Uni, France, mai 2002 (suite)

Lois et réglementations	Sphère d'application	Canada (Ontario)			Norvège			Suède			Royaume-Uni ^(a)			France		
		Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées			Catégorie de boissons alcoolisées		
		Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux
Restrictions sur la consommation d'alcool lors d'événements publics	Établissements de soins de santé	Volontairement			Partiellement			Partiellement			Volontairement			Partiellement		
	Établissements d'enseignement	Partiellement			Partiellement			Non			Volontairement			Partiellement		
	Bureaux du gouvernement	Partiellement			Partiellement			Non			Volontairement			Partiellement		
	Transport public	Banni			Partiellement			Partiellement			Partiellement			Partiellement		
	Parcs, rues, etc. ^{(f),(g)}	Banni			Partiellement			Volontairement			Volontairement			Non		
	Événements sportifs	Partiellement			Partiellement			Partiellement			Partiellement			Partiellement		
	Événements de loisirs (concerts, etc.)	Partiellement			Partiellement			Partiellement			Volontairement			Volontairement		
Lieux de travail	Volontairement			Partiellement			Volontairement			Partiellement			Partiellement			
Définition de l'alcool (teneur), niveau légal d'alcoolémie (route), barrage routier aléatoire dépistage	Définition de l'alcool (vol. %)	0,5			2,5			2,25			0,5			1,2		
	Niveau maximal de concentration d'alcool dans le sang (CAS) ^(h)	0,8			0,2			0,2			0,8			0,5		
	Utilisation de barrage routier aléatoire (dépistage) ⁽ⁱ⁾	Quelquefois			Souvent			Souvent			Non			Souvent		

Source : Tiré de World Health Organization. *Global Status Report: Alcohol Policy*, Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva, 2004b, p. 110, 145, 153, 161, 176.

--- Non disponible ou ne s'applique pas.

^(f) En Ontario, les autorités locales peuvent allouer des permis pour consommer de l'alcool lors d'occasions ou de lieux spécifiques.

^(g) En Norvège, boire dans les lieux publics est prohibé, mais on peut obtenir un permis local pour servir de l'alcool, dans un parc par exemple.

^(h) En Ontario, une suspension du permis pour 12 heures existe pour les conducteurs arrêtés avec un taux d'alcoolémie entre 0,5 g% et 0,8 g%.

⁽ⁱ⁾ En Ontario, spécialement pendant la période de Noël et les congés.

3.3 POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE D'ALCOOL AU QUÉBEC

3.3.1 Orientations du gouvernement québécois

Le *Programme national de santé publique 2003-2012*, adopté par le gouvernement du Québec en 2003, a été mis à jour en 2008 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Ce programme décrit les principaux objectifs et activités pour prévenir les problèmes sociaux et de santé et améliorer la santé et le bien-être de la population. Les problèmes liés à l'alcool en font partie : « Réduire la proportion d'adolescents et d'adultes qui présentent des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que des problèmes de jeux de hasard et d'argent. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

Les activités touchent l'accessibilité à l'alcool, l'exposition aux médias ainsi que la recherche de cas et le counseling :

- « Sensibilisation des décideurs privés et publics visés à l'importance de l'application des lois et règlements visant la restriction de l'accessibilité à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent pour les jeunes de moins de 18 ans. »
- « Soutien à l'élaboration et à l'application de politiques publiques ainsi que de mesures législatives et réglementaires visant la limitation des effets négatifs sur la santé des éléments suivants :
 - l'accessibilité économique et physique à l'alcool et aux jeux de hasard et d'argent;
 - les caractéristiques de certains jeux de hasard et d'argent. »
- « Sensibilisation des décideurs privés et publics visés aux effets négatifs, sur les enfants et les adolescents, de l'exposition à des modèles inappropriés dans les médias (violence, sexualisation précoce, surconsommation d'alcool, de drogues et de jeux de hasard et d'argent, etc.) ainsi que sensibilisation de ces décideurs privés et publics à l'importance de la réduction de cette exposition. »
- « Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool et le tabagisme auprès des femmes enceintes. »
- « Recherche de cas et counseling sur la consommation d'alcool. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 44 et 74).

Le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* a été élaboré par dix ministères, sous la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il propose quarante et une actions concertées pour prévenir, réduire et traiter la toxicomanie au sein de la société québécoise. (Gouvernement du Québec, 2006).

Dans l'axe 1 du plan d'action, le troisième objectif est de « réduire l'offre de psychotropes » par des actions d'information et de formation :

- « Conception et promotion des stratégies de prévention les plus prometteuses pour réduire l'intoxication à l'alcool, en collaboration avec les réseaux concernés. »

- « Sensibilisation des autorités à l'implantation d'activités obligatoires de formation à l'intention des tenanciers de débits de boissons et des milieux de distribution sur les risques et les conséquences liés à la consommation d'alcool et d'autres substances. »
- « Instauration d'une collaboration entre les intervenants des réseaux concernés et les organisateurs de manifestations festives d'envergure afin de réduire les conséquences de la consommation (ex. : bal de finissants, fête techno, carnaval, etc.). » (Gouvernement du Québec, 2006, p. 49).

Ensuite, dans le même axe, un deuxième groupe d'actions concerne les mesures de contrôle, sous la responsabilité de différents ministères :

- « Renforcement de la coordination et de la concertation de l'inspection au regard des lois et règlements interdisant aux mineurs l'accès à l'alcool. »
- « Harmonisation des interventions visant à réduire l'accessibilité des substances licites et illicites. »
- « Facilitation de l'application de lois et de règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans. » (Gouvernement du Québec, 2006, p. 49).

Enfin, dans l'axe 2, ce plan d'action présente l'objectif « d'accentuer la détection de la toxicomanie et l'intervention précoce auprès des différentes clientèles » et propose « un cadre de référence et un guide de bonnes pratiques », de la formation et des outils, ainsi que de l'intervention (Gouvernement du Québec, 2006).

3.3.2 Cadres législatifs canadien et québécois régissant le commerce de l'alcool

Les politiques publiques qui visent à prévenir les problèmes liés à la consommation d'alcool doivent porter une attention particulière aux mesures de réduction de l'accessibilité économique, légale, temporelle et géographique (Babor et collab., 2003). Ces mesures relèvent souvent de décisions politiques qui prennent la forme de lois et de règlements.

Les responsabilités sont partagées entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial. Ces responsabilités portent sur les éléments suivants :

- le cadre législatif et administratif concernant le processus de négoce de l'alcool;
- la mise en place de conditions de commerce dans toutes les provinces et territoires;
- les conditions et les modes de consommation ainsi que les comportements et les effets qui en découlent, tels l'alcool au volant et les nuisances publiques.

Le tableau 12 identifie les principaux éléments de la législation canadienne et québécoise en matière d'alcool.

Législation canadienne

La responsabilité canadienne touche l'importation, les droits et taxes, la publicité, l'embouteillage, l'étiquetage ainsi que le Code criminel en matière d'alcool au volant. Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux travaillent de concert dans le but d'assurer que les boissons alcoolisées, fabriquées au Canada ou importées,

respectent les normes canadiennes concernant la fabrication, l'importation, la distribution, la disposition et le commerce.

Ainsi, toute boisson alcoolisée, que ce soit le vin, la bière, les spiritueux, le cidre ou autres produits de même nature, doit respecter les normes de composition canadienne en application de la *Loi sur les aliments et drogues*, notamment en ce qui concerne la teneur en alcool avant que la vente ne soit approuvée au Canada. La bière est aussi soumise aux normes relatives à l'étiquetage, à la quantité nette et à la taille standardisée du contenant. De plus, la *Loi sur l'accise* et la *Loi de 2001 sur l'accise* imposent des taux et des droits d'accise sur les boissons alcoolisées fabriquées ou importées au Canada, lesquels sont établis selon le volume d'alcool éthylique absolu des produits. Les pratiques publicitaires de produits alcoolisés sont aussi soumises à l'autorité fédérale par la *Loi sur la radiodiffusion* et ses règlements. Différentes organisations fédérales gèrent plusieurs lois et réglementations canadiennes en ce qui a trait au négoce des boissons alcoolisées.

À ce sujet, l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) veille à l'application de plus de quatre-vingt-dix lois, règlements et ententes internationales au nom d'autres ministères et organismes fédéraux, des provinces et des territoires, tels que la *Loi sur les douanes*, la *Loi sur l'accise*, le Tarif des douanes et le Code criminel.

Pour sa part, l'Agence canadienne d'inspection des aliments est chargée d'assurer et de contrôler l'application de certaines lois telles que la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation* ainsi que la Réglementation sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation.

Quant au Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC), il s'agit d'un organisme indépendant chargé de réglementer les réseaux de radiodiffusion et de télécommunications du Canada. Il rend compte au Parlement par l'intermédiaire du ministre du Patrimoine canadien.

Enfin, le Bureau de la concurrence est responsable de l'administration et de l'application de certaines lois telles que la *Loi sur la concurrence* et la *Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation* (autres que les denrées alimentaires).

Législation québécoise

Le commerce de l'alcool au Québec est soumis à plusieurs dispositions canadiennes avant d'être encadré par les lois et règlements du gouvernement québécois (Bureau de la concurrence, Canada, 2005). Ainsi, s'ajoutent à l'application des lois fédérales, la législation et la réglementation entourant les heures d'ouverture des commerces, les conditions de vente au détail dans les débits de boissons, les permis, les pratiques commerciales et l'éthique de vente et, enfin, l'âge minimum de consommation. De plus, tout produit alcoolisé importé au Canada, en vertu de la *Loi fédérale sur l'importation des boissons enivrantes*, est soumis au contrôle administratif d'une régie provinciale des alcools à qui incombe le respect des normes et obligations en vigueur sur son territoire.

Au Québec, deux organismes sont responsables de l'application des lois et règlements de juridiction provinciale : la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ) et la Société des alcools du Québec (SAQ).

La RACJ est chargée de l'administration de la Loi sur la Régie des alcools, des courses et des jeux, de la Loi sur les permis d'alcool et de la Loi sur la Société des alcools du Québec. Dans le cadre de ses fonctions et pouvoirs, la RACJ exerce notamment le contrôle sur la publicité ainsi que sur les programmes éducatifs de prévention (Éditeur officiel du Québec, 2009).

La Loi sur les permis d'alcool permet à la RACJ de délivrer un permis à une personne physique ou morale ou à une société. Les permis délivrés en vertu de la présente loi sont les permis de brasserie, de taverne, de restaurant pour vendre, de restaurant pour servir, de bar, de club, d'épicerie, de vendeur de cidre et de réunion, et permis « Terre des hommes » et « Parc olympique »⁸. À ceux-ci s'ajoutent les permis de grossiste de matières premières et d'équipements et de détaillant de matières premières et d'équipements (Éditeur officiel du Québec, 2009). La Régie peut, conformément à la présente loi, exercer ses fonctions et pouvoirs lorsque la tranquillité publique est mise en cause.

La Loi sur la Régie des alcools, des courses et des jeux stipule que seule la SAQ est autorisée à importer des boissons alcooliques ou à en acheter d'une autre province. Toute personne ou organisme désirant acquérir des boissons alcooliques (y compris par Internet) doit par conséquent s'adresser directement à la SAQ et être âgée de 18 ans et plus (Éditeur officiel du Québec, 2009). La SAQ a également le pouvoir d'accomplir tout ce qui est requis pour la réalisation de ses fonctions. C'est le conseil d'administration de la SAQ qui édicte les règlements nécessaires à la régie interne et à la conduite des affaires de la Société. Les règlements de la SAQ doivent cependant être approuvés par le gouvernement.

La Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques porte sur les infractions relatives à la Loi sur les permis d'alcool ainsi qu'à la Loi sur la Société des alcools du Québec. La loi définit les boissons alcooliques comme étant : l'alcool, les spiritueux, le vin, le cidre et la bière, ainsi que tout liquide ou solide contenant de l'alcool éthylique et pouvant être consommé par une personne, à la condition que ces boissons liquides ou solides contiennent plus de 0,5 % en volume d'alcool éthylique (Éditeur officiel du Québec, 2009). De plus, un produit alcoolisé contenant plus d'une des cinq espèces de boissons mentionnées précédemment est considéré comme appartenant au produit contenant la plus grande teneur en alcool. La loi définit également un « établissement » comme une installation dans laquelle est exploité un permis ou dans laquelle sont fabriquées des boissons alcooliques sous l'autorité d'une loi fédérale ainsi que les circonstances et dépendances de cette installation.

Le tableau 13 indique les responsabilités d'application de ces lois pour le Québec. Celles-ci sont présentées selon leurs sphères d'application, le type de boissons alcooliques et le niveau de responsabilité (public ou privé). Les sphères d'application concernent : le négoce de l'alcool; les points de vente; les taxes sur l'alcool; les réglementations et restrictions en

⁸ Ces deux lieux d'activités ont un permis d'alcool qui leur est spécialement dédié.

matière de publicité; les réglementations et restrictions des commandites lors d'événements publics; les timbres sur les bouteilles; les étiquettes de mise en garde sur les bouteilles d'alcool; la restriction de la consommation d'alcool lors d'événements publics ainsi que la teneur maximale en alcool.

Tableau 12 Lois et réglementations canadiennes et québécoises régulant le commerce des boissons alcoolisées ainsi que les méfaits reliés à une consommation excessive

Lois et réglementations
Au Canada
<ol style="list-style-type: none"> 1 - <i>Loi sur l'importation des boissons enivrantes</i>, L.R.C. 1985, c. I-3 2 - <i>Loi sur les douanes</i>, L.R.C. 1985, c. 1 (2^e suppl.) 3 - <i>Tarif des douanes</i>, L.C. 1997, c. 36 4 - <i>Loi sur le commerce des spiritueux</i>, L.C. 2005, ch. 39, S-15.6 5 - <i>Loi sur l'accise</i>, L.R.C. 1985, c. E-14 (incluant la taxe sur les produits et services TPS; la TPS est de 5 % depuis le 1^{er} janvier 2008) 6 - <i>Loi sur la taxe d'accise</i>, L.R.C. 1985, c. E-15 7 - <i>Loi sur les aliments et drogues</i>, L.R.C. 1985, c. F-27 8 - <i>Règlement sur les aliments et drogues</i>, C.R.C., c. 870 9 - <i>Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation</i>, L.R.C. 1985, c. C-38 10 - <i>Loi sur les produits agricoles au Canada</i>, L.R.C. 1985, c. 20 (4^e suppl.) 11 - <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement</i>, L.C. 1999, c. 33 12 - <i>Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments</i>, L.C. 1997, c. 6 13 - <i>Loi sur la radiodiffusion</i>, L.C. 1991, c. 11 14 - <i>Règlements concernant la radiodiffusion et la télédiffusion</i>, <i>Règlement de 1987 sur la télédiffusion</i>, DORS/87-49 15 - <i>Loi sur la concurrence</i>, L.R.C. 1985, c. C-34 16 - <i>Avis sur les droits d'accise</i>, <i>Loi de 2001 sur l'accise</i>, L.C. 2002, c. 22, EDN 15 (juin 2006) et EDN 11 (mai 2006) 17 - <i>Code criminel</i>, L.R.C. 1985, c. C-46 (incluant la capacité de conduite affaiblie par l'alcool) 18 - <i>Loi sur le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes</i>, L.R.C. 1985, c. C-22

Tableau 12 Lois et réglementations canadiennes et québécoises régulant le commerce des boissons alcoolisées ainsi que les méfaits liés à une consommation excessive (suite)

Lois et réglementations
Au Québec
<p>19 - Loi sur la Régie des alcools, des courses et des jeux, L.R.Q., c. R-6.1</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Règles de procédure de la Régie des alcools, des courses et des jeux, c. R-6.1, r.2</p> <p>20 - Loi sur les permis d'alcool, L.R.Q.c. P-9.1</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Règlement sur les conditions relatives à la délivrance et l'exploitation d'un permis « Terre des hommes » et d'un permis « Parc olympique », c. P-9.1, r.1</p> <p style="padding-left: 20px;">b. Règlement sur certains documents relatifs à la Loi sur les permis d'alcool, c. P-9.1, r.2</p> <p style="padding-left: 20px;">c. Règlement sur les droits et les frais payables en vertu de la Loi sur les permis d'alcool, c. P-9.1, r.3</p> <p style="padding-left: 20px;">d. Règlement concernant les normes d'aménagement des établissements, c. P-9.1, r.4</p> <p style="padding-left: 20px;">e. Règlement sur les permis d'alcool, c. P-9.1, r.5</p> <p style="padding-left: 20px;">f. Règlement sur la promotion, la publicité et les programmes éducatifs en matière de boissons alcooliques, c. P-9.1, r.6</p> <p style="padding-left: 20px;">g. Règles de régie interne de la Régie des alcools, des courses et des jeux, R.R.Q. 1981, c. P-9.1, r.9 (dernière mise à jour 1^{er} octobre 2009)</p> <p>21 - Loi sur la Société des alcools du Québec, L.R.Q.c. S-13</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Règlement sur l'achat et l'embouteillage de spiritueux, c. S-13, r.0.1</p> <p style="padding-left: 20px;">b. Règlement sur les boissons alcooliques fabriquées et embouteillées par un titulaire de permis de distillateur, c. S-13, r.0.2</p> <p style="padding-left: 20px;">c. Règlement sur le cidre et les autres boissons alcooliques à base de pommes, c. S-13, r.1.1</p> <p style="padding-left: 20px;">d. Règlement sur les droits et frais exigibles en vertu de la Loi sur la Société des alcools du Québec, c. S-13, r.2.2</p> <p style="padding-left: 20px;">e. Règlement sur les modalités de vente des boissons alcooliques par les titulaires de permis d'épicerie, c. S-13, r.4.1</p> <p style="padding-left: 20px;">f. Règlement sur le vin et les autres boissons alcooliques fabriqués ou embouteillés par un titulaire de permis de fabricant de vin, c. S-13, r.6</p> <p>22 - Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques, L.R.Q.c. I-8.1</p> <p>23 - Loi sur les loteries, les concours publicitaires et les appareils d'amusement, L.R.Q., c. L-6</p> <p>24 - Loi sur la Société québécoise de récupération et de recyclage, L.R.Q., c. S-22.01</p> <p>25 - Loi sur la taxe de vente du Québec, L.R.Q., c. T-0.1 (la TVQ est de 7,5 % et s'additionne à la TPS)</p> <p>26 - Loi sur les licences, L.R.Q., c. L-3</p> <p>27 - Code de la sécurité routière, L.R.Q., c. C-24.2</p>

Sources : Ministère de la Justice du Canada, [En ligne]. [<http://laws.justice.gc.ca/fr/>] (Consulté le 9 juillet 2009).
 Éditeur officiel du Québec, Publications Québec, [En ligne]. [<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php>] (Consulté le 15 juillet 2009 et le 25 mars 2010).

Tableau 13 Responsabilités d'application des lois et règlements en matière de boissons alcoolisées pour le Québec

Sphères d'application	Bière	Vin	Spiritueux	N° réf. ^(a)
Commerce de l'alcool				
Importation	SAQ et privé	SAQ	SAQ	1, 21
Production/embouteillage	SAQ et privé	SAQ	SAQ	1, 21
Entreposage	SAQ et privé	SAQ	SAQ	1, 21
Distribution	SAQ et privé	SAQ	SAQ	1, 21
Vente en gros	SAQ et privé	SAQ	SAQ	1, 21
Vente au détail	SAQ et privé	RACJ, SAQ et privé	RACJ et SAQ	1, 20, 21
Points de vente				
Heures de vente pour la consommation Ex. : bar, restaurant	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20
Jours de vente pour la consommation Ex. : bar, restaurant	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20
Lieux de vente pour la consommation Ex. : bar, restaurant	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20
Contrôle sur la densité (nombre de personnes sur place) Ex. : bar, restaurant	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20
Lieux de vente ponctuels pour la consommation Ex. : Festival de jazz	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20, 20-c
Lieux de vente au détail Ex. : succursales et agences SAQ	SAQ	SAQ	SAQ	21
Points de vente au détail/commerce Ex. : épicerie, dépanneurs et grandes surfaces	RACJ, SAQ	RACJ, SAQ	RACJ, SAQ	20, 21-e
Surveillance des points de vente	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20, 22
Âge limite ^(b) Achat et consommation d'alcool	RACJ	RACJ	RACJ	22

^(a) Le lecteur peut se référer au tableau 12 pour savoir de quelle loi ou réglementation relève la restriction ou le contrôle mentionné. Le numéro inscrit dans la colonne « N° réf. » est celui de la numérotation dans le tableau 12. Ainsi la Loi sur la Société des alcools du Québec est inscrite au n° 21 alors que la *Loi sur la taxe d'accise* est inscrite au n° 6.

^(b) Au Canada, l'âge légal de consommation d'alcool est régi par des lois et des politiques d'application propres à chaque province ou territoire. À l'heure actuelle, à l'exception du Québec, du Manitoba et de l'Alberta (où l'âge légal est fixé à 18 ans), il faut avoir 19 ans dans toutes les autres provinces et tous les territoires pour avoir le droit de consommer de l'alcool (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2008).

Tableau 13 Responsabilités d'application des lois et règlements en matière de boissons alcoolisées pour le Québec (suite)

Sphères d'application	Bière	Vin	Spiritueux	No réf. ^(a)
Taxes sur l'alcool (bière, vin, boissons alcoolisées et spiritueux)^(c)				
Taxes d'accise fédérales	ASFC, ARC et autres organismes fédéraux	ASFC, ARC et autres organismes fédéraux ^(d)	ASFC, ARC et autres organismes fédéraux	6
Majorations provinciales	ASFC et autres organismes fédéraux, SAQ, RACJ	ASFC et autres organismes fédéraux, SAQ, RACJ	ASFC et autres organismes fédéraux, SAQ, RACJ	6, 21, 21-d, 26,
Taxes environnementales et de récupération	SQRR	SQRR	SQRR	24
Taxes de vente fédérales	ARC et autres organismes fédéraux	ARC et autres organismes fédéraux	ARC et autres organismes fédéraux	5
Taxes de vente provinciales	Revenu Québec	Revenu Québec	Revenu Québec	25
Réglementations et restrictions en termes de publicité				
Radio/télévision	CRTC, RACJ	CRTC, RACJ	CRTC, RACJ	13, 14, 19, 20-f
Médias écrits	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20-f
Circulaires	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20-f
Concours et promotion	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20-f
Réglementations et restrictions des commandites lors d'événements publics (festival, kermesse, carnaval, etc.)	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20-a, 20-f
Timbres sur les bouteilles	RACJ, SAQ	RACJ, SAQ	RACJ, SAQ	19, 20, 21-e, 22
Étiquette de mise en garde sur les bouteilles d'alcool	Non réglementé	Non réglementé	Non réglementé	Aucun
Restriction de la consommation d'alcool lors d'événements publics	RACJ	RACJ	RACJ	19, 20, 22
Teneur maximale en alcool	SAQ	SAQ	SAQ	21

^(c) Les produits de la bière et du vin qui n'excèdent pas 0,5 % d'alcool par volume ne sont pas considérés comme des boissons alcoolisées (Agence des services frontaliers du Canada, 2008).

^(d) Exonération de droits d'accise sur le vin fabriqué entièrement au Canada.

3.4 MESURES SPÉCIFIQUES DE PRÉVENTION DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL

3.4.1 Mesures restreignant l'accessibilité économique

Effets des changements de prix et de taxation sur la consommation d'alcool et sur la santé

La vaste revue systématique de Meier et collab. (2008) rapporte que l'augmentation des prix a un effet significatif sur la réduction de la demande d'alcool. Cette situation a été observée aux États-Unis, en Australie, en Suisse et au Royaume-Uni (Meier et collab., 2008). Plusieurs recensions des écrits arrivent à la même conclusion (Babor et collab., 2003; Chaloupka et collab., 2002; Cook et Moore, 2002; Österberg, 2001). Cet effet s'observe dans tous les groupes de la population, et ce, tant chez les consommateurs légers et modérés que chez les consommateurs excessifs (Farrell et collab., 2003). De même, les jeunes modulent davantage leur consommation d'alcool en fonction de son prix (Kuo et collab., 2003; Coate et Grossman, 1988).

Deux méta-analyses portant chacune sur plus de cent études de l'élasticité-prix de l'alcool, définie comme le rapport du pourcentage de variation de la quantité demandée d'un produit au pourcentage de variation du prix de ce produit (tableau 14), ont montré que les hausses de prix conduisent à une réduction de la consommation dans une proportion inférieure à l'augmentation du prix (Waagenar, 2009; Gallet, 2007). La bière est moins sensible aux changements de prix que le vin et les spiritueux.

Une étude réalisée dans quatre provinces canadiennes, en 2005, révèle des données spécifiques pour le Canada et les provinces (Trolldal, 2005). Au Québec, dans le cas de la bière, une augmentation de prix de 100 % diminuerait la consommation dans une proportion de 12 %; une même augmentation de prix diminuerait toutefois la consommation de spiritueux de 44 % (tableau 14). Bien que les chiffres d'élasticité-prix de l'alcool au Québec soient moindres que dans les autres provinces canadiennes, les différences ne sont pas significatives. L'élasticité-prix est une donnée qui fluctue dans le temps et selon les régions.

Tableau 14 Études de l'élasticité-prix de l'alcool

Produit	Méta-analyse 112 études Waagenar et collab., 2009	Méta-analyse 132 études Gallet, 2007	Une étude Trolldal, 2005	
			Canada (4 provinces)	Québec
Bière	-0,46	-0,36	-0,17	-0,12
Vin	-0,69	-0,70	-0,55	-0,39
Spiritueux	-0,80	-0,68	-0,80	-0,44

Les recherches rapportent aussi que des prix et des taxes élevés réduisent non seulement la consommation, mais aussi plusieurs des problèmes liés à l'alcool (Meier et collab., 2008). Ainsi, des hausses de prix et de taxes ont été associées à la diminution des décès par cirrhose du foie (Ramstedt, 2004) et à la réduction de la mortalité, toutes causes confondues (Norström, 2004). Certaines recherches ont conclu à une association entre le prix de l'alcool

et la survenue d'actes criminels ou violents (Babor et collab., 2003; Cook et Moore, 2000). Enfin, les résultats d'une étude des Centers for Disease Control and Prevention suggèrent que des taxes sur l'alcool et un âge légal de consommation plus élevés sont associés à une plus faible incidence des infections transmissibles sexuellement chez les jeunes (Harrison et Kassler, 2000).

Moyens d'application des politiques de fixation des prix de l'alcool

La hausse des prix de l'alcool résulte généralement de la taxation. La taxation est une mesure non seulement efficace pour diminuer les problèmes liés à la consommation abusive d'alcool, mais elle est aussi peu coûteuse à mettre en place (Babor, 2003). En fait, c'est celle qui présente le meilleur rapport coût-efficacité (Chisholm, 2004).

Une baisse de la taxation pour les produits à faible teneur en alcool peut aussi être un moyen de diminuer la consommation d'alcool. En Australie, à la fin des années 1980, les taxes des bières contenant moins de 3,5 % d'alcool ont été diminuées (National Preventative Health Taskforce, 2009). Cette mesure, combinée aux efforts de marketing des compagnies de bière et à l'introduction des mesures pour réduire l'alcool au volant, a eu pour résultat une augmentation de la part de marché de ces produits à faible teneur alcoolisée. Une étude a également démontré que les buveurs de bière ne peuvent pas vraiment distinguer les sortes de bière selon leur concentration en alcool et qu'ils apprécient tout autant socialiser avec des bières à faible teneur en alcool qu'avec des plus fortes (Segal et Stockwell, 2009).

Une autre mesure consiste à fixer un prix minimum sur les boissons alcoolisées. Le prix minimum est potentiellement efficace lorsqu'il s'applique au produit le moins cher, car la substitution vers d'autres produits devient moins intéressante pour les consommateurs (Gruenewald et collab., 2006). Certains sous-groupes, notamment les jeunes, sont plus sensibles aux interventions sur le prix minimum (Farrell et collab., 2003; Kuo et collab., 2003; Coate et Grossman, 1988). De plus, la bière étant la boisson d'introduction à l'alcool chez les jeunes, en limiter l'accès par un prix minimum peut représenter une mesure préventive pertinente (Komro et Toomey, 2002; Coate et Grossman, 1988). Meier et ses collaborateurs (2008) soulignent que le prix minimum peut être une mesure de santé publique efficace pour réduire la consommation des boissons alcoolisées à faible coût (« cheap drinks »). Aussi, une fois la mesure du prix minimum mise en place, il faut la réviser régulièrement pour en maintenir l'efficacité. D'autre part, l'efficacité d'une mesure de prix minimum pourrait être limitée par des phénomènes de substitution vers d'autres produits, phénomènes dont l'ampleur et la nature sont difficiles à estimer; ils dépendent de multiples facteurs, dont le prix et l'attrait des autres produits pour les consommateurs (Levy et Sheflin, 1983).

Enfin, Heien et Pompelli (1989) ont établi une corrélation entre l'augmentation du pouvoir d'achat des consommateurs, la taxation des produits et la consommation d'alcool. Cette analyse confirme que l'augmentation du pouvoir d'achat est plus déterminante sur la consommation que le simple prix, et ce, dans toutes les classes sociales. Le prix relatif de l'alcool a ainsi perdu de son pouvoir dissuasif au fil des années aux États-Unis (Heien, 1996).

Mettre en œuvre une politique de prix de l'alcool pour en diminuer la consommation est une tâche complexe. Par exemple, une difficulté rapportée en Australie est d'obtenir des données spécifiques sur les ventes d'alcool (National Preventative Health Taskforce, 2009). Malgré tout, au Canada, le Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool recommande que « les gouvernements et l'industrie puissent utiliser un certain nombre de leviers politiques afin d'infléchir et de maintenir le prix final des boissons alcoolisées, incluant l'établissement de taxes, des majorations et l'établissement de prix minimum cohérents à travers le Canada pour s'assurer que les prix ne descendent pas à des niveaux qui encouragent une consommation abusive et une augmentation des méfaits liés à l'alcool (prix de référence sociale). » (Pieterse et collab., 2007, p.16).

Par ailleurs, le directeur provincial de la santé de la Colombie-Britannique et les chercheurs du Centre de recherche sur les dépendances de l'Université de Victoria ont fait une « proposition de changements aux prix de l'alcool en Colombie-Britannique dans le but de réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool » (Provincial Health Officer of British Columbia, Centre for Addictions Research of BC, 2008). Les actions visent à : 1) fournir des incitatifs aux fabricants, détaillants et consommateurs pour produire, commercialiser et consommer des boissons à faible teneur d'alcool (< 4,6 %), augmenter les taxes sur les bières à plus de 5,5 %, et imposer une augmentation encore plus grande pour les bières et coolers à plus de 6,5 %; 2) s'assurer que cet alcool n'est pas vendu sous le prix minimum fixé annuellement; 3) s'assurer que les prix de l'alcool soient ajustés avec le coût de la vie; 4) créer un fonds, basé sur une majoration additionnelle de quelques cents sur le prix d'une consommation standard pour les boissons à forte teneur en alcool, afin de soutenir des programmes de prévention et de traitement additionnels pour les problèmes de dépendance. » (Provincial Health Officer of British Columbia, Centre for Addictions Research of BC, 2008).

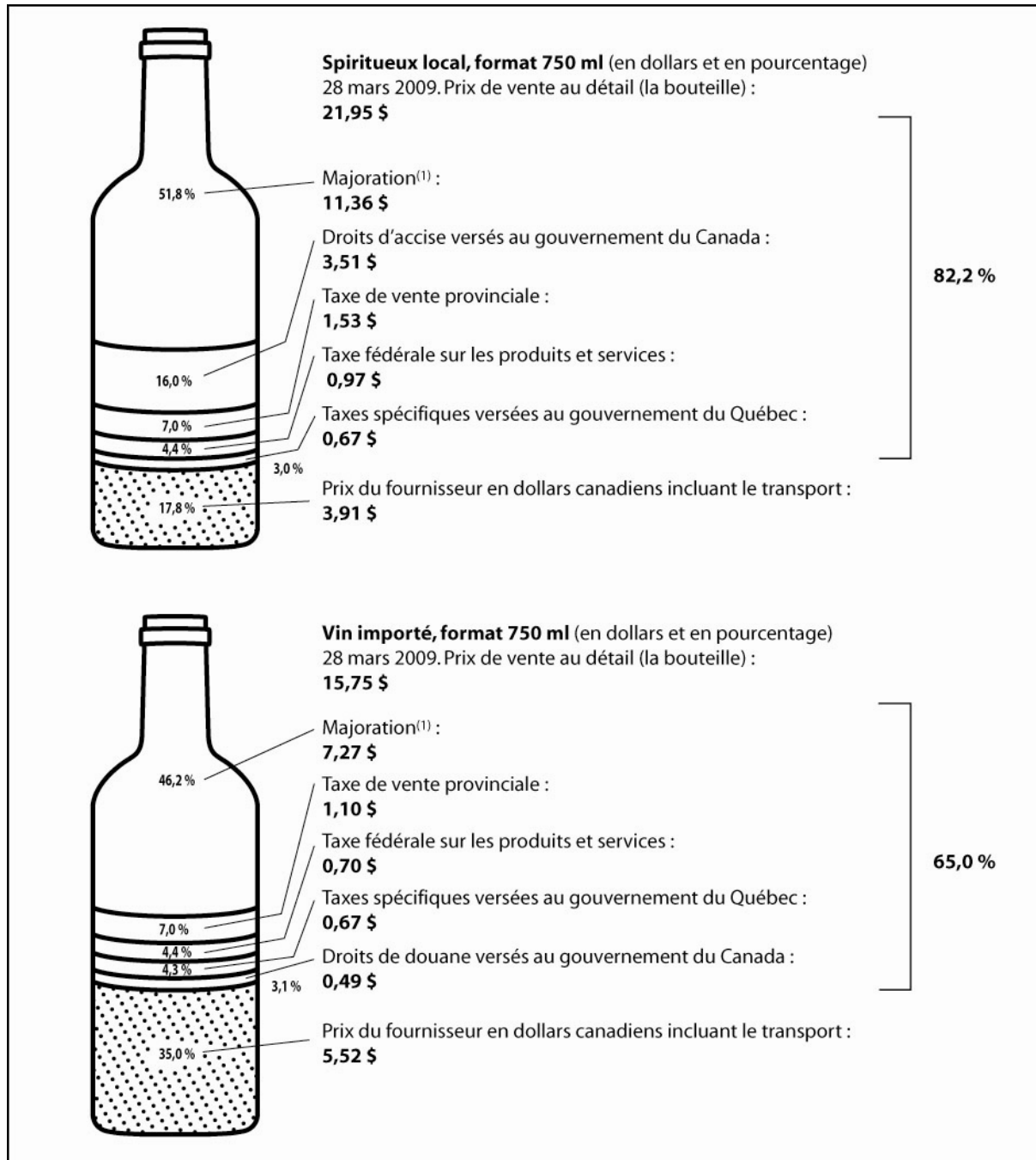
Prix de l'alcool au Canada et au Québec

Au Canada, trois types de taxes sont appliquées sur les boissons alcoolisées : 1) les taxes d'accise fédérales; 2) les taxes environnementales et les majorations provinciales; 3) les taxes de vente fédérales et provinciales (Thomas, 2004). Les diverses taxes constituent une importante proportion du prix d'achat des produits de l'alcool au Canada.

Les figures 12 et 13 illustrent, à titre d'exemple, les composantes du prix de vente au détail d'une bouteille typique de spiritueux distillé et de vin en 2009 et d'une cannette de bière, en 2000⁹. La plus grande partie de l'alcool produit au Canada est réglementée et taxée en vertu de la *Loi de 2001 sur l'accise* (L.C. 2002, c. 22) et de la *Loi sur l'accise* du gouvernement fédéral (Thomas, 2004). Au nombre des exceptions, on compte le vin et la bière brassés à domicile aux fins de consommation personnelle.

⁹ En 2005, en moyenne, les taxes à l'égard d'une bière canadienne correspondaient à 51 % de son prix de vente au détail. Le gouvernement fédéral perçoit le tiers de toutes les taxes prélevées par le biais des droits d'accise et de la TPS. (L'Association des brasseurs du Canada, Incidence économique La deuxième bière la plus taxée au monde, 1 p., [En ligne]. [<http://www.brewers.ca>] (Consulté le 19 octobre 2009). En 2007, ces taxes équivalaient à 50 % du prix de vente au détail d'une bière. (L'Association des brasseurs du Canada, La bière... brasse une saine économie, 2009, non paginé), [En ligne]. [<http://www.brewers.ca>] (Consulté le 19 octobre 2009).

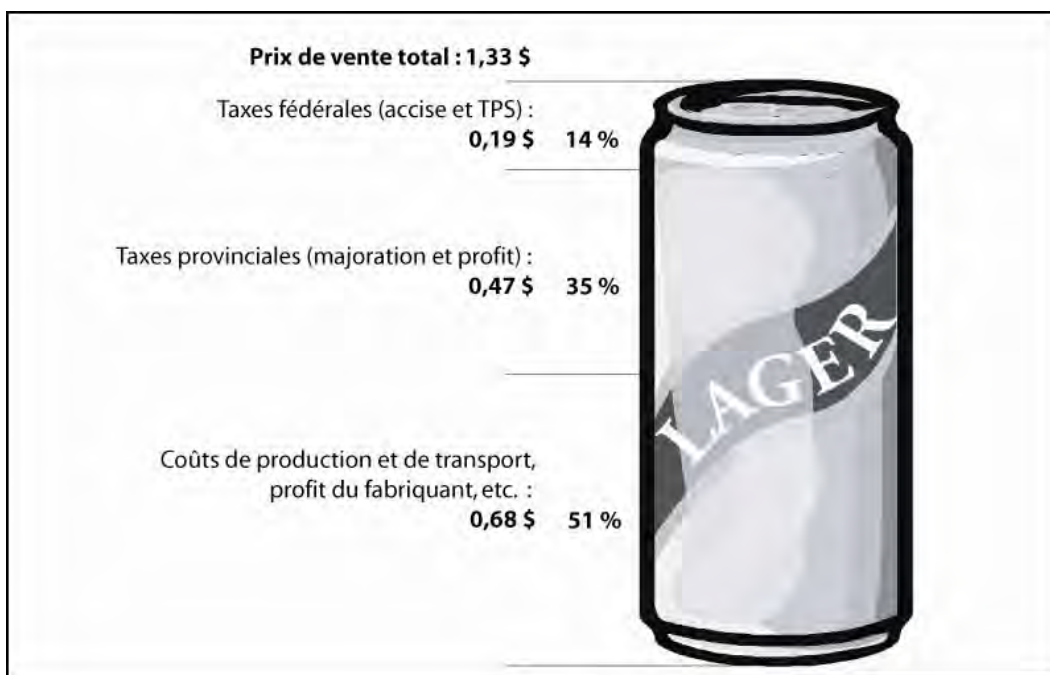
Figure 12 Composantes du prix de vente au détail d'une bouteille typique de spiritueux et de vin, Québec, 2009



Source : Société des alcools du Québec, *Rapport annuel 2009*, section Finances, p. 36, [En ligne]. [<http://www.saq.com>] (Consulté le 6 octobre 2009).

⁽¹⁾ La majoration permet d'assumer les frais de vente et mise en marché, de distribution et d'administration, et de dégager un bénéfice net.

Figure 13 Composantes du coût de détail d'une canette typique de bière à 5 %, Canada, 2000



Source : Tiré de Thomas 2004, figure 10, p. 25, avec l'autorisation du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

De plus, les lois fédérales édictent un prix minimum des boissons alcoolisées sur la base de leur teneur en alcool. À titre d'exemple, pour les taxes d'accise fédérales, voici le taux du droit applicable sur les spiritueux et sur le vin en date du 19 mars 2010 (Ministère de la Justice du Canada, 2010) :

- spiritueux : 11,696 \$ le litre d'alcool éthylique pur contenu dans les spiritueux;
- spiritueux contenant au plus 7 % d'alcool éthylique pur par volume : 0,295 \$ le litre de spiritueux;
- droit spécial sur les spiritueux : 0,12 \$ le litre d'alcool éthylique pur contenu dans les spiritueux;
- vin contenant au plus 1,2 % d'alcool éthylique pur par volume : 0,0205 \$ le litre;
- vin contenant plus de 1,2 % d'alcool éthylique pur par volume, mais au plus 7 % d'alcool éthylique absolu par volume : 0,295 \$ le litre;
- vin contenant plus de 7 % d'alcool éthylique pur par volume : 0,62 \$ le litre.

De 1985 à 1994, des plaintes ont été déposées par les États-Unis auprès de différents tribunaux administratifs internationaux contre les politiques publiques provinciales et nationales canadiennes en matière d'alcool. Les politiques publiques liées à la bière ont été particulièrement contestées. Dès 1992, les gouvernements des États-Unis et du Canada ont conclu un « Accord de principe sur les pratiques provinciales de commercialisation de la bière » (Gouvernement du Canada, 1993). Ces négociations ont pris fin en décembre 1994.

Les instances liées au General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) ont alors établi que le marché de la bière au Canada était un marché ouvert et favorable au commerce. La politique du prix minimum est donc intégrée dans les accords internationaux de libre-échange, étant tolérée par les États-Unis en raison des principes sociaux qui la sous-tendent. Ainsi, le fait de fixer un seuil de prix pour la bière, comme pour toute autre boisson alcoolisée, n'a pour objectif que de prévenir la vente d'alcool ou de bière à des prix qui encourageraient une consommation excessive (Gouvernement du Canada, 1993).

À ce sujet, le Québec applique depuis plusieurs années une réglementation de prix minimum de la bière vendue en épicerie. Cette mesure est inscrite dans la Loi sur les permis d'alcool (L.R.Q.c. P-9.1) du gouvernement du Québec (Gouvernement du Québec, 2006) et ses modalités d'application sont détaillées dans le Règlement sur la promotion, la publicité et les programmes éducatifs en matière de boissons alcooliques.

Depuis 1990, la Régie des alcools, des courses et des jeux contrôle le prix minimum de la bière vendue au détail par les titulaires de permis d'épicerie. À partir de 1994, en vertu de ce règlement, le prix minimum de la bière est ajusté selon l'indice canadien des prix à la consommation et il varie selon la teneur en alcool par volume. Par exemple, au 1^{er} avril 2010, le prix minimum de vente au détail de la bière, *excluant* les taxes de vente fédérale (TPS) et provinciale (TVQ), se situait à :

- 2,6126 \$ le litre : moins de 4,1 % d'alcool par volume;
- 2,7595 \$ le litre : de 4,1 % à 4,9 % d'alcool par volume;
- 2,8626 \$ le litre : de 5 % à 6,2 % d'alcool par volume;
- 2,9586 \$ le litre : plus de 6,2 % d'alcool par volume.

(RACJ, 2010)¹⁰.

Prix relatif de l'alcool au Québec

Au Québec, le prix de l'alcool a augmenté plus rapidement que celui d'autres produits de consommation. En fait, l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'alcool a crû plus vite que l'IPC total; une hausse de 177,5 % par rapport à 117,5 % (figure 14). Ensuite, il a suivi la tendance de l'IPC total entre 1996 et 2008.

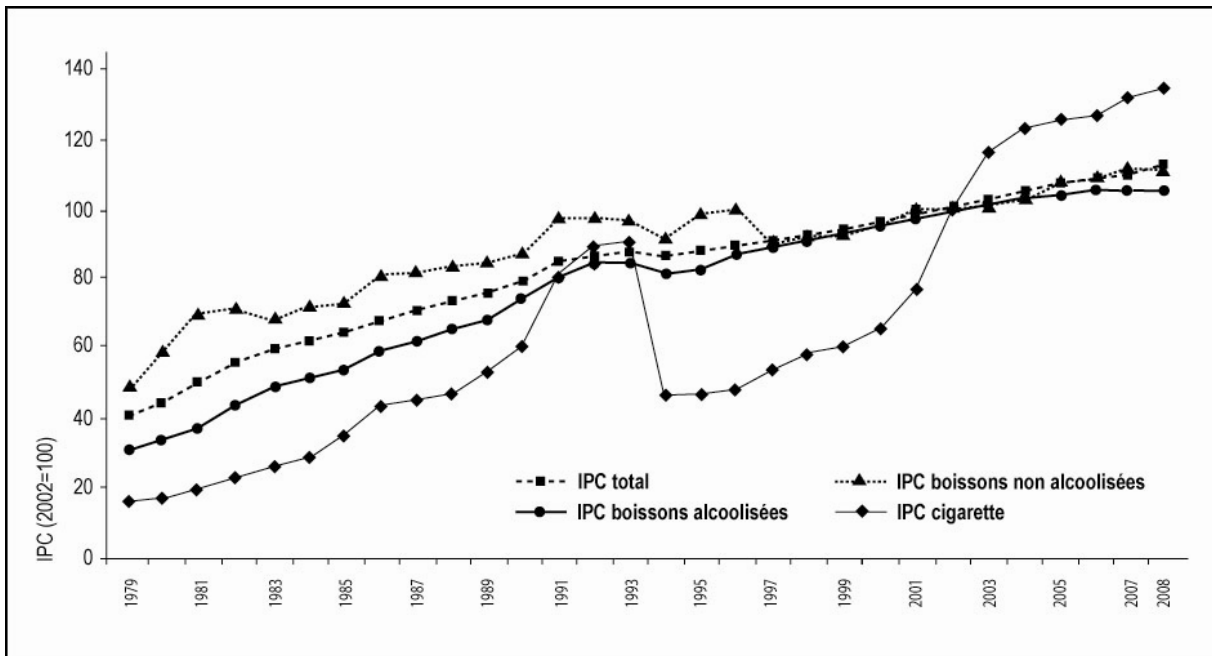
La figure 14 montre également l'évolution de l'IPC pour les boissons non alcoolisées (ex. : jus, café) et les cigarettes. L'IPC des boissons alcoolisées a augmenté plus vite que le prix des boissons non alcoolisées jusqu'en 1995, puis au même rythme jusqu'en 2008. Toutefois, le prix des boissons alcoolisées a monté moins rapidement que celui de la cigarette depuis 25 ans. Entre 1979 et 2008, la hausse fut respectivement de 253,4 % et de 759,2 %.

Pour sa part, la figure 15 montre que le pouvoir d'achat général a régulièrement augmenté depuis 1981, sauf lors des récessions de 1981-1982 et de 1990-1993. La hausse des prix des boissons alcoolisées semble donc inférieure à celle du revenu disponible réel des ménages entre 1981 et 2008. Il serait cependant prématuré de faire un lien direct entre la

¹⁰ Méthodologie : prix au litre/1000 x nombre de ml x nombre de contenants.
Exemple : 2,6126 \$/1000 x 341 ml x 12 bouteilles = 10,69 \$.

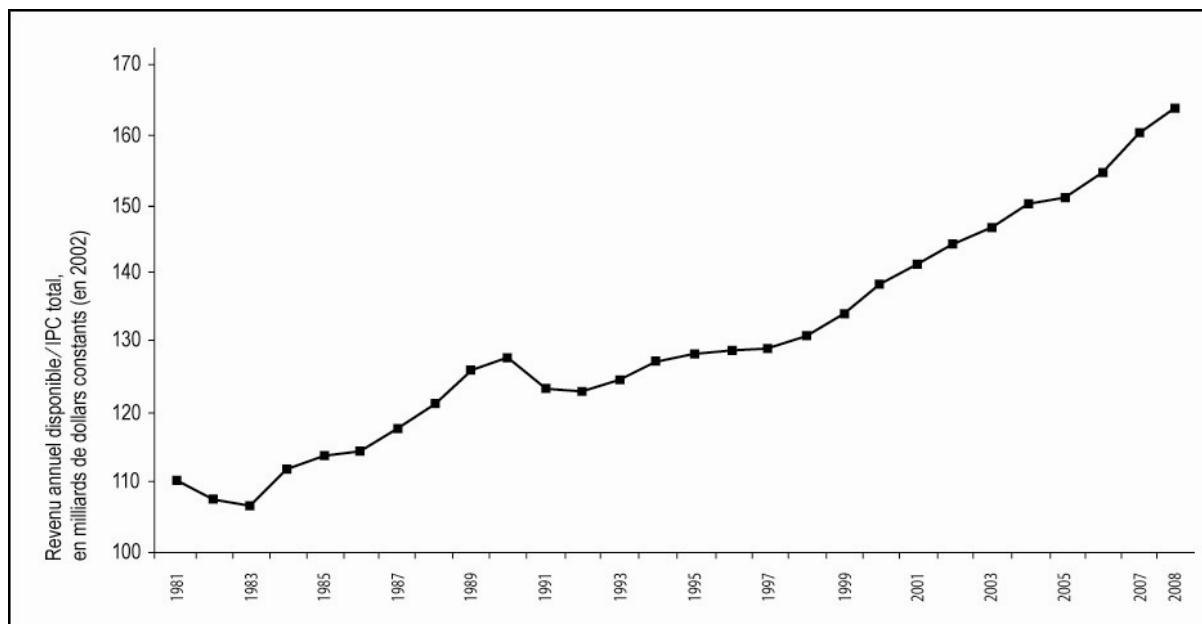
hausse du revenu disponible réel et la hausse de la consommation d'alcool. Certes, les ménages ont disposé d'un gain monétaire quant à leur revenu disponible réel. Toutefois, ces données ne permettent pas de statuer sur l'affectation discrétionnaire qu'ils ont pu en faire. En d'autres mots, le gain de revenu disponible a pu être alloué à l'alcool, mais aussi à d'autres fins, comme l'épargne, le loisir, l'achat de biens matériels, etc.

Figure 14 Évolution de l'indice des prix à la consommation (IPC) des boissons alcoolisées comparée à certains autres IPC au Québec, 1979 à 2008



Sources : À partir des données de Statistique Canada (tableau CANSIM 326-0021) et de Pierre Fortin (2009), Université du Québec à Montréal, communication personnelle, données non publiées.

Figure 15 Évolution du rapport entre le revenu disponible réel des ménages et l'indice des prix à la consommation au Québec, 1981 à 2008



Sources : À partir des données de Statistique Canada (tableau CANSIM 385-0012) et de Pierre Fortin (2009), Université du Québec à Montréal, communication personnelle, données non publiées.

3.4.2 Mesures restreignant l'accessibilité physique

Les restrictions à l'accessibilité physique font référence à l'accessibilité géographique et temporelle.

Dans un territoire donné, l'accessibilité géographique dépend du nombre, de la densité et de la localisation des points de vente. Une augmentation du nombre et de la densité des débits de boissons alcoolisées dans un lieu donné est associée à une augmentation de la consommation d'alcool et des problèmes associés, principalement les problèmes de violence (Anderson et collab., 2006). Par exemple, l'accroissement du nombre de brasseries et de dépanneurs dans un quartier pourrait favoriser la hausse de la consommation de bière puisque ce type de produit est vendu par les brasseries et qu'elle est un produit économiquement accessible dans les dépanneurs. La densité des débits de boissons influence aussi l'importance de la consommation d'alcool avant l'âge légal (Anderson et collab., 2006 dans OMS, 2007).

Les pays qui ont une distribution contrôlée des points de vente de l'alcool semblent présenter moins de problèmes liés à l'alcool (WHO, 2004a). L'obtention obligatoire de permis fait aussi partie des mesures de contrôle efficaces pour limiter l'accessibilité géographique à l'alcool (Anderson et coll, 2006). En parallèle, la diminution des points de vente peut s'avérer utile comme mesure de contrôle bien que les effets observés varient d'une étude à l'autre (Anderson et coll, 2006; Adrian et collab., 1996; Gruenewald et collab., 1993; Moskowitz, 1989).

L'accessibilité temporelle consiste à limiter les heures où l'alcool peut être vendu ou acheté. Les mesures pour diminuer l'accessibilité temporelle sont moins efficaces que celles portant sur l'accessibilité économique et légale. La qualité des études actuelles ne permet pas de statuer clairement sur leur efficacité, mais elles peuvent être efficaces dans certaines circonstances et contextes de consommation (Babor et collab., 2003). Notamment, l'état de situation d'Anderson et collab. (2006) rapporte que le fait d'allonger le nombre d'heures où la vente d'alcool est permise peut entraîner une redistribution des moments durant lesquels les accidents et les situations de violence liés à l'alcool peuvent se produire. Cependant, cette mesure entraîne généralement une augmentation de la consommation d'alcool et des problèmes associés (Anderson et collab., 2006). Réduire le nombre d'heures ou de jours où la vente de boissons alcoolisées est permise se traduit le plus souvent par une diminution du nombre de problèmes liés à l'alcool, particulièrement les problèmes de violence comme les homicides et les agressions (Anderson et collab., 2006).

Accessibilité physique de l'alcool au Québec

L'alcool est un produit de consommation facilement accessible dans toutes les régions du Québec. Le tableau 15 présente le nombre de permis délivrés pour la vente d'alcool au Québec entre 2003-2004 et 2008-2009. Toutefois, les données de la Société des alcools du Québec révèlent que le nombre de succursales est demeuré stable à environ 340 au cours des années 1990 (Bégin et collab., 2005). Cependant, une trentaine de nouvelles succursales se sont ajoutées en 2000-2001, suivies d'une dizaine de plus en 2001-2002 et de dix-huit autres en 2002-2003. Le nombre de succursales a augmenté jusqu'en 2006-2007 pour atteindre 414 succursales et est demeuré stable depuis (SAQ, 2008).

Tableau 15 Nombre de permis en vigueur pour la vente d'alcool et nombre de succursales de la Société des alcools du Québec, 2003-2004 à 2008-2009

	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Nombre de permis en vigueur						
Bars, brasseries, tavernes et clubs	13 170	13 096	13 080	13 084	13 098	12 846
Épiceries	8 389	8 472	8 378	8 305	8 210	8 045
Restaurants	10 679	10 837	10 912	11 174	11 352	11 417
Nombre de succursales SAQ ^(a)	398	403	408	414	414	414
Total (permis et succursales)	32 636	32 808	32 778	32 977	33 074	32 722

Sources : Société des alcools du Québec. Rapports annuels 2008 et 2009.

Régie des alcools, des courses et des jeux, Rapports annuels de gestion, 2004-2005 à 2008-2009.

^(a) Les agences de la SAQ ne sont pas incluses dans le calcul, car elles le sont, à titre de lieu de vente d'alcool, dans le nombre de permis d'épicerie. En 2008-2009, il y avait 398 agences au Québec.

En ce qui regarde l'accessibilité temporelle au Québec, la Loi sur les permis d'alcool prévoit un horaire d'ouverture pour la vente ou le service de boissons alcoolisées par des établissements licenciés, soit tous les jours, de 8 heures à 3 heures le lendemain (Éditeur officiel du Québec, 2009). Toutefois, la vente de boissons alcoolisées, pour emporter ou pour livrer, autorisée par le permis de restaurant pour vendre, ne peut avoir lieu que durant la

période comprise entre 8 heures et 23 heures. Enfin, les permis d'épicerie et de vendeur de cidre peuvent être exploités tous les jours durant la période comprise entre 8 heures et 23 heures conformément à la Loi sur les heures et les jours d'admission dans les établissements commerciaux (RACJQ, 2009).

3.4.3 Monopole d'État

Les monopoles d'État peuvent limiter la consommation d'alcool et les problèmes qui en découlent; en contrepartie, leur disparition peut amener une augmentation de la consommation d'alcool (Trolldal, 2005; Babor, 2003; Gruenewald et collab., 1992). Le monopole d'État est une mesure efficace de prévention en autant qu'il porte une responsabilité sociale et qu'il poursuive des objectifs de santé publique (OMS, 2007; Babor et collab., 2003). Cette structure de marché permet de gérer différents aspects de l'accessibilité aux produits alcooliques tels que les lieux et les heures de vente, l'application des lois sur la vente aux mineurs et aux personnes intoxiquées et une stratégie de commercialisation responsable. Cependant, la mission des monopoles d'État, c'est-à-dire d'assurer le contrôle du commerce de l'alcool, s'est graduellement effritée au Québec, au Canada et dans d'autres pays durant les dernières décennies (Giesbrecht et collab., 2006).

Monopole d'État au Québec

Le Québec a été l'un des premiers endroits en Amérique du Nord à adopter une loi créant un monopole d'État en 1921 (Quesnel, 2003). La Commission des liqueurs était alors mandatée pour commercialiser des boissons alcooliques dans un cadre contrôlé de façon à favoriser la consommation modérée d'alcool. En 1971, la Commission des liqueurs a été scindée en deux entités juridiques distinctes : la Régie des alcools, des courses et des jeux, responsable de l'émission des permis et de la surveillance des établissements, et la SAQ, responsable du commerce de l'alcool sous l'autorité du ministre des Finances (Quesnel, 2003).

La SAQ se donne aussi pour mission de servir la population de toutes les régions du Québec en offrant une gamme étendue de produits. Par son mandat, elle peut aussi, avec l'autorisation du gouvernement, établir et exploiter des usines ou autres établissements pour la fabrication de boissons alcooliques.

La SAQ a vu son existence remise en question à au moins trois reprises au cours des vingt dernières années (1983 à 1985; 1993-1994; 1997 à 1999) (Demers et Fournier, 2006). Chaque fois, les débats ont été largement médiatisés. Cependant, ce sont les intérêts économiques de l'État qui tire des revenus importants de ce commerce ainsi que ceux des consommateurs et de l'industrie qui ont fait l'objet de discussions, alors que les questions sociales et de santé ont été évacuées (Demers et Fournier, 2006). Le débat revient régulièrement sur les scènes médiatique et politique (Demers et Fournier, 2006). À ce sujet, le Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool mentionne que les régies gouvernementales des alcools de certaines provinces canadiennes se sont graduellement éloignées de leur mandat initial, notamment la responsabilité sociale, pour le subordonner à des considérations économiques et financières (Pieterson et collab., 2007).

À cet effet, dans son plan stratégique 2010-2012, la SAQ énonce les moyens qu'elle a mis en place pour exercer sa responsabilité sociale : « La société d'État est également engagée dans la promotion d'une consommation responsable, tant par l'application de son éthique de vente que par sa participation au sein d'Éduc'alcool » (SAQ, 2009).

3.4.4 Mesures restreignant l'accessibilité légale

Dans de nombreux pays, les lois édictent un âge minimum pour pouvoir acheter ou consommer des boissons alcoolisées dans les lieux publics; cet âge varie entre 16 et 21 ans (Anderson et collab., 2006). Les lois sur l'âge légal ont des effets sur la consommation d'alcool et sur ses conséquences, en particulier sur les accidents de la route. Ces effets sont présents chez les jeunes, que leur âge soit inférieur ou supérieur à l'âge légal (Anderson et collab., 2006). Au Canada, des études ont démontré des liens directs entre l'âge légal de consommation et les problèmes liés à l'alcool; un âge légal plus élevé étant associé à une plus faible prévalence de ces problèmes (Room et West, 1998; Edwards et collab., 1994). De telles lois sont efficaces dans la mesure où elles sont respectées et renforcées (Babor et collab., 2003).

Par ailleurs, pour les décideurs et l'opinion publique en général, la notion d'accessibilité légale est parfois associée aux interdictions liées à la consommation ou à la vente d'alcool dans les jardins publics, dans la rue ou au travail, dans le but d'améliorer la qualité de vie des familles, des résidents locaux et des travailleurs (OMS, 2007). L'application de ces formes d'interdiction peut varier selon les contextes culturels et sociaux propres à une société. Toutefois, elles ne sont pas citées dans la littérature scientifique à titre de mesures efficaces pour contrer la consommation d'alcool de la population.

Accessibilité légale au Québec

Au Québec, il faut avoir 18 ans pour avoir le droit d'acheter des boissons alcoolisées ou pour les consommer dans des établissements licenciés (Pieterson et collab., 2007). La Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques prévoit l'interdiction de vente de boissons alcooliques à une personne d'âge mineur ou même à une personne majeure, si cette dernière s'en procure pour une personne d'âge mineur. Elle prévoit aussi l'interdiction de vente de boissons alcooliques à une personne majeure en état d'ébriété ou pour le bénéfice d'une personne majeure manifestement sous l'influence d'alcool (Éditeur officiel du Québec, 2009).

3.4.5 Restrictions du marketing de l'alcool

Marketing et publicité

Grâce à la globalisation des réseaux de production et de marketing, l'industrie de l'alcool est en mesure d'innover pour produire et mettre rapidement en marché ses produits à travers le monde (Jernigan, 2009).

Jernigan (2009) rapporte que la US Federal Trade Commission a distingué 22 catégories de dépenses de promotion parmi lesquelles se retrouvent : la publicité « traditionnelle » dans les médias électroniques et écrits, dans les transports et par la poste; la publicité sur Internet ou la commandite de sites Internet; la distribution d'articles promotionnels et le placement de

produits; la commandite d'événements sportifs et culturels ou d'équipes de sport; la promotion directe dans les lieux de vente. L'auteur estime aussi que la promotion de messages de responsabilité sociale et de programmes peut constituer une stratégie de marketing. Toutes ces nouvelles approches de marketing servent particulièrement à la mise en marché des « marques » (« branding ») et de leur image qui s'inscrivent bien dans la culture des jeunes (Casswell et Maxwell, 2005).

Effets de la publicité sur la consommation d'alcool

Les effets de la publicité sur la consommation d'alcool ont d'abord été étudiés au moyen de recherches économétriques aux résultats contradictoires (Babor et collab., 2003). Plus récemment, des études longitudinales démontrent une association entre l'exposition des jeunes et des enfants au marketing et à la publicité de l'alcool et leur consommation (Meier et collab., 2008). La publicité dans les médias écrits et électroniques et la présence d'alcool dans les films, dans les vidéos et à la télévision, ont des effets modestes mais significatifs sur l'initiation à la consommation et, chez ceux qui boivent déjà, sur la quantité d'alcool consommé (Anderson et collab., 2009b; Smith et Foxcroft, 2009; Meier et collab., 2008).

Selon une récente recension des écrits, la possession de produits affichant des marques d'alcool est associée à la consommation d'alcool par des jeunes qui n'ont pas l'âge légal (McClure et collab., 2009).

Le nombre de publicités auxquelles les jeunes sont exposés est aussi important. Selon des études recensées par Babor et collab. (2003), les expositions multiples favoriseraient des attitudes positives par rapport à la consommation d'alcool et normaliseraient la consommation importante d'alcool. Le Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool (2007) considère pour sa part que les effets de l'exposition à la publicité semblent cumulatifs. Selon le Center on Alcohol Marketing and Youth, les jeunes américains âgés de 12 à 20 ans ont vu plus de 300 publicités sur l'alcool à la télévision en 2007 (The Center on Alcohol Marketing and Youth, 2009).

Le marketing de l'alcool influencerait aussi la consommation des étudiants des collèges. Selon une étude américaine, la promotion de l'alcool sur les campus et dans l'environnement qui les entoure augmente la consommation excessive des étudiants alors que les messages de protection n'ont pas d'effet (Kuo et collab., 2003). Les escomptes au volume, les coupons de réduction, les annonces de prix spéciaux et les objets de promotion (ex. : tasses, calendriers) ont tous démontré des effets sur la consommation excessive (définie dans cette étude par cinq consommations et plus par occasion chez les hommes et par quatre et plus chez les femmes, dans les deux dernières semaines).

Finalement, il est fort possible que la publicité influence la consommation des jeunes. Étant donné la vitesse d'évolution du marketing de l'alcool, il sera toujours difficile de faire des études pour mettre ces liens en évidence (Hastings, 2005). Jernigan (2009) considère que la recherche en santé publique sur les effets du marketing sur la consommation d'alcool ne réussit pas à suivre le rythme des innovations en la matière. Par exemple, très peu de recherches ont porté sur la mise en marché de nouveaux produits sucrés à base d'alcool fort qui attirent, en particulier, les jeunes et les filles (Jernigan, 2009).

Restrictions de la publicité de l'alcool

Les restrictions sur la publicité de l'alcool sont appliquées de deux façons : l'autorégulation par l'industrie et la législation.

D'après les experts, l'autorégulation par l'industrie se donnant des codes de conduite n'est pas efficace, à moins que des organisations indépendantes et les gouvernements assurent un encadrement juridique ou encore qu'il existe « une menace permanente et crédible de réglementation par les pouvoirs publics » (OMS, 2007). Ces restrictions sur la publicité peuvent avoir certains effets si elles sont accompagnées par d'autres mesures à l'intérieur d'un cadre d'intervention plus général avec des mesures plus restrictives (Meier et collab., 2008).

Plusieurs pays possèdent une législation qui restreint la publicité de l'alcool. Les lois les plus sévères sont en vigueur en France et en Norvège (Babor et collab., 2003). En France, depuis 1991, la loi Évin impose des limites sévères à la publicité à la télévision et à la plupart des commandites sportives (Babor et collab., 2003). Toutefois, la transmission télévisée de matchs sportifs en provenance d'autres pays contrecarre en partie l'effet de la loi (Babor et collab., 2003). En 2009, des débats ont aussi eu cours et le gouvernement français proposa un amendement à la loi permettant de restreindre la publicité de l'alcool sur Internet (Fédération Française d'Addictologie, 2009).

Des restrictions partielles sont aussi en vigueur dans plusieurs autres pays. Celles-ci visent entre autres certains produits, comme les spiritueux, certaines heures de télévision ou certains médias (WHO, 2004b; Babor et collab., 2003).

L'impact des restrictions de la publicité sur la consommation ou sur les problèmes liés à la consommation d'alcool demeure méconnu à ce jour, en raison du manque d'études sur le sujet (Grube et Nygaard, 2005). Malgré certaines études économétriques qui ont démontré une diminution de la consommation totale en présence de restrictions de la publicité, la question n'est pas encore résolue (Saffer et Dave, 2002; Grube et Nygaard, 2005). Selon Babor et collab. (2003), le principe de précaution devrait guider les politiques en la matière. Le Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool (2007) abonde dans le même sens en concluant pour sa part que :

« Considérant les effets préjudiciables pour les jeunes des stratégies de marketing appliquées à l'alcool, le Comité recommande que l'OMS soutienne et assiste les gouvernements afin de :

- réglementer efficacement la commercialisation des boissons alcoolisées, notamment en édictant des règles appropriées pour la publicité ou le parrainage d'événements culturels et sportifs, en particulier ceux qui ont un impact sur les plus jeunes, ou en les interdisant;
- désigner des agences statutairement responsables de la surveillance et de l'application des réglementations applicables à la commercialisation;
- travailler ensemble à l'établissement d'un mécanisme pour réglementer la commercialisation des boissons alcoolisées, y compris la réglementation stricte ou l'interdiction de la publicité et du parrainage à l'échelle mondiale. » (OMS, 2007, p. 55).

Publicité de l'alcool au Québec et au Canada

Le Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool indique que la surveillance de la publicité de l'alcool au Canada s'effectue de trois façons : « 1) le Code de la publicité radiodiffusée en faveur des boissons alcoolisées est responsable du principal outil de réglementation fédérale; 2) les provinces et les territoires établissent des normes calquées sur la réglementation fédérale; 3) l'organisation Les Normes canadiennes de la publicité identifie les normes en matière de publicité d'alcool pour l'industrie. » (Pieterse et collab., 2007, p. 16).

Depuis 1968, au niveau fédéral, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) est responsable de réglementer la publicité à la radio et la télévision. Cependant, au milieu des années 1980 et au milieu des années 1990, le CRTC a modifié ses politiques et pratiques en matière de publicité de l'alcool (Ogborne et Stoduto, 2006). Conséquemment, en 1996, la publicité sur les spiritueux est devenue permise dans les médias électroniques alors qu'elle ne l'était pas auparavant. Le CRTC a aussi cessé de s'occuper du processus d'autorisation préalable et a délégué la responsabilité de s'assurer du respect du code de la publicité à un organisme créé par l'industrie de la publicité. Les Normes canadiennes de la publicité a des services d'approbation qui examinent la publicité radiotélévisée sur les boissons alcoolisées afin d'en assurer la conformité avec le Code de la publicité radiodiffusée en faveur des boissons alcoolisées du CRTC (Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, 1996) (tableau 16).

Au Québec, la Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques interdit de représenter, par quelque moyen que ce soit, qu'une boisson alcoolique favorise la santé ou possède une valeur nutritive ou curative (Éditeur officiel du Québec, 2009).

L'industrie québécoise a adopté un code d'éthique qui est appliqué par le Conseil d'éthique de l'industrie des boissons alcooliques (Conseil d'éthique de l'industrie des boissons alcooliques, 2009). « Le code d'éthique est une déclaration de principes à laquelle les entreprises et les personnes qui commercialisent, font la promotion ou vendent des produits alcoolisés peuvent choisir d'adhérer de manière volontaire. Toutefois, les normes établies serviront de critères pour juger de l'éthique de tout fabricant, promoteur ou détaillant exerçant des activités dans le domaine des produits alcoolisés, qu'il ait ou non adhéré au code. » (Éduc'alcool, non daté). Le Conseil d'éthique reçoit les plaintes, en évalue la pertinence et statue sur le respect ou non du code. Le Conseil peut blâmer les entreprises ou les personnes qui ne respectent pas ses recommandations. Ses décisions sont rendues publiques (Éduc'alcool, non daté).

Par ailleurs, aucun organisme canadien ou québécois n'exerce une forme de contrôle sur la publicité et la promotion de l'alcool sur Internet (Pieterse et collab., 2007).

Une autre forme de marketing est la publicité par les coupes de prix, pratique qui est présente au Québec. Nous possédons quelques données sur les pratiques de promotion par les prix de la SAQ (figure 16). Il semble que moins d'une dizaine de promotions par année étaient offertes aux consommateurs dans les années 1990. Leur nombre est passé à une trentaine en 1999-2000 et il a atteint un sommet d'une quarantaine de promotions en 2000-

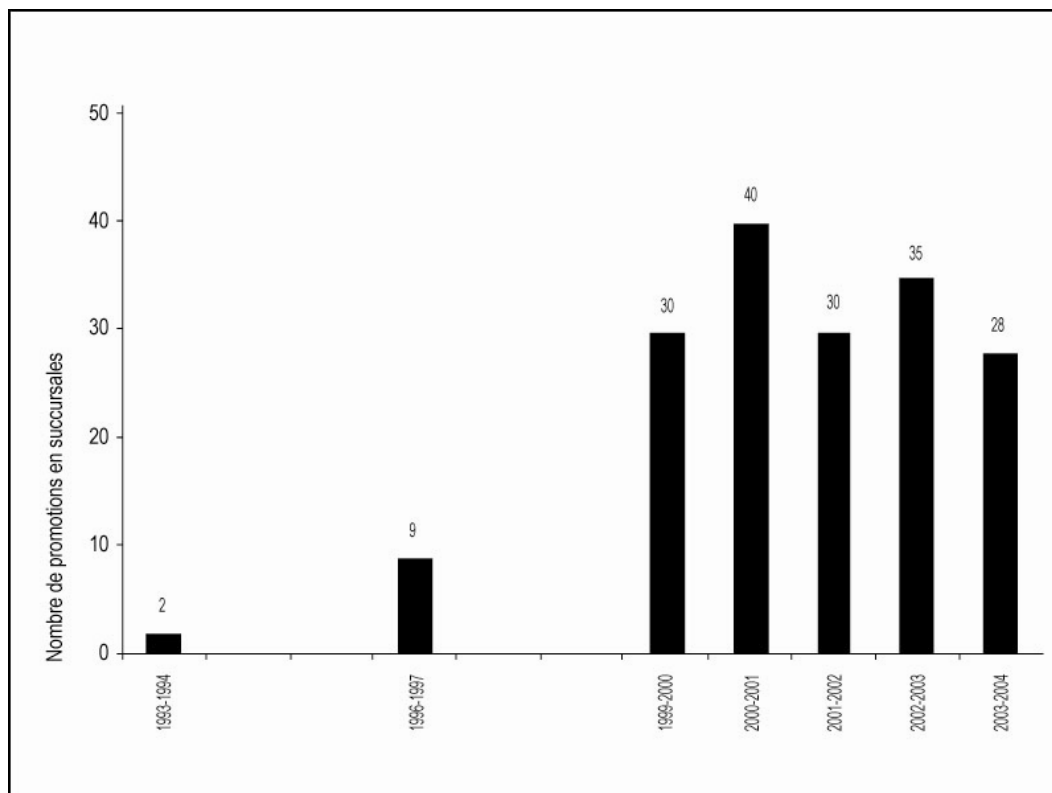
2001. Il y a eu 28 promotions en 2003-2004, dernière année où la SAQ a rapporté cette donnée dans son rapport annuel.

Tableau 16 Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées du CRTC

- « Les messages publicitaires en faveur de boissons alcoolisées ne doivent pas :
- a) tenter d'inciter les non-buveurs de tout âge à boire ou à acheter des boissons alcoolisées;
 - b) être destinés à des personnes n'ayant pas l'âge légal de consommer de l'alcool, associer un produit à la jeunesse ou à ses symboles, ou dépeindre des personnes n'ayant pas l'âge légal de consommer de l'alcool ou des personnes qui pourraient être prises pour celles-ci dans un contexte où il y a présentation ou promotion du produit;
 - c) dépeindre le produit en le situant dans le cadre d'une activité attrayante surtout pour les personnes n'ayant pas l'âge légal de consommer, ou en le rattachant à une telle activité;
 - d) contenir l'endossement, directement ou indirectement, d'une façon personnelle ou par implication, d'un produit par toute personne, tout personnage ou tout groupe qui est susceptible d'être un modèle de comportement pour les mineurs du fait d'une situation passée ou actuelle lui valant la confiance du public, d'une réalisation spéciale dans tout secteur d'activité, de ses liens avec des organismes de charité et/ou de ses activités de sensibilisation au profit des enfants, de sa réputation ou de son exposition dans les médias;
 - e) tenter d'instituer un produit comme le symbole d'un statut social, une nécessité pour jouir de la vie ou un moyen de fuir les problèmes de la vie, ou tenter de persuader que la consommation du produit devrait prendre le dessus sur d'autres activités;
 - f) créer l'impression, directement ou indirectement, que l'acceptation sociale, le statut social, la réalisation de soi, la réussite en affaires ou dans les sports puissent être obtenus, améliorés ou renforcés par la consommation d'alcool;
 - g) créer l'impression, directement ou indirectement, que la présence d'alcool est, de quelque façon que ce soit, essentielle pour prendre plaisir à une activité ou à un événement;
 - h) dépeindre un produit, ou sa consommation, de façon exagérée;
 - i) exagérer l'importance ou l'effet de tout aspect du produit ou de son emballage;
 - j) montrer une mauvaise utilisation du produit, une dépendance au produit, un comportement compulsif, un besoin pressant ou l'urgence de la consommation, ou tenir des propos qui créent cette impression, de quelque manière que ce soit;
 - k) tenir des propos impérieux pour inciter les gens à acheter ou à consommer le produit;
 - l) présenter le produit d'une certaine façon ou à un certain moment de manière à l'associer à la conduite de tout véhicule ou voiture nécessitant des habiletés;
 - m) présenter le produit d'une certaine façon ou à un certain moment de manière à l'associer à toute activité exigeant beaucoup d'habileté, de prudence ou d'attention ou comportant un élément évident de danger;
 - n) inciter à préférer une boisson alcoolisée en raison de son niveau d'alcool plus élevé;
 - o) faire allusion aux sensations et à l'effet causés par l'alcool ni donner l'impression, par le comportement des personnes dépeintes dans le message, qu'elles sont sous l'influence de l'alcool;
 - p) dépeindre des personnes avec un produit dans des situations où la consommation d'alcool est interdite;
 - q) présenter des scènes où un produit est véritablement consommé ou créer l'impression, de manière sonore ou visuelle, qu'il est ou a été consommé. »

Source : Tiré du Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC), 2009. *Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées*, [En ligne], [<http://www.crtc.gc.ca/fra/general/codes/alcohol.htm>] (Consulté le 6 novembre 2009).

Figure 16 Nombre de promotions affectant les prix, offertes à la population, SAQ, 1993-1994 à 2003-2004



Source : Bégin et collab., (2005).

3.4.6 Mesures pour contrer l'alcool au volant

En 1964, une étude réalisée aux États-Unis a montré que les conducteurs qui avaient consommé de l'alcool présentaient un risque plus élevé d'être impliqués dans un accident que ceux dont le taux d'alcoolémie était de zéro, et ce risque augmentait rapidement lorsque la concentration d'alcool dans le sang était plus élevée (Borkenstein et collab., 1964 dans Global Road Safety Partnership, 2007). Ces résultats ont été appuyés et bonifiés par d'autres études menées depuis les années 1980 (Crompton et collab., 2002 dans Global Road Safety Partnership, 2007; Hurst et collab., 1994; McLean et collab., 1981 dans Global Road Safety Partnership, 2007). Ces études révèlent que le risque d'être impliqué dans un accident augmente de manière significative lorsque la concentration d'alcool dans le sang des conducteurs de véhicules à moteur atteint 40 mg (ou 0,04 g) par 100 ml de sang. Comparé à une alcoolémie de 0 mg, le risque est environ 5 fois plus élevé à 100 mg et 140 fois plus élevé à 240 mg (Crompton et collab., 2002 dans Global Road Safety Partnership, 2007).

D'ailleurs, une étude réalisée par la Société de l'assurance automobile du Québec a démontré un risque encore plus important d'accident mortel de la route lié à l'alcool (Brault et collab., 2004). Les résultats de cette étude montrent que le risque s'accroît avec la concentration d'alcool dans le sang. Ainsi, pour une concentration comprise entre 20 et

50 mg, le risque d'accident mortel est de 1,7 fois; de 51 à 80 mg, il est de 4,5 fois; de 81 à 150 mg, de 23,9 fois; de 151 à 210 mg, de 176,5 fois; de 210 mg et plus, de 640 fois.

« On comprend maintenant que même de petites quantités d'alcool peuvent rendre une personne inapte à conduire un véhicule moteur, que ce soit une auto, un camion, une motocyclette, une motoneige ou une embarcation, en particulier chez les jeunes conducteurs. Les risques accrus de collisions, de blessures et de décès s'accompagnent de coûts élevés. » (Pieterse et collab., 2007, p. 22).

L'adoption de mesures préventives pour réduire la conduite avec facultés affaiblies doit s'inscrire dans une perspective globale de santé publique (Blais et collab., 2007). À ce sujet, la Commission européenne a proposé de réduire le nombre de décès routiers par une harmonisation des sanctions et par la promotion de nouvelles technologies pour améliorer la sécurité routière (Anderson et collab., 2006).

Selon la Commission européenne, les politiques sur l'alcool au volant sont plus efficaces si elles incluent :

- des limites légales de taux d'alcoolémie qui sont basses;
- des contrôles routiers de détection d'alcool appliqués par la police régulièrement, soit au hasard (sans restriction) ou lors d'opérations planifiées (barrages routiers);
- une suspension administrative du permis de conduire;
- de bas taux d'alcoolémie et un accès graduel au permis de conduire pour les jeunes conducteurs;
- l'utilisation d'antidémarrateurs éthylométriques à des fins préventives pour les récidivistes, bien que leur efficacité diminue lorsque l'appareil est retiré.

Ces propos rejoignent ceux du Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool (2007) qui mentionne que les mesures qui visent à réduire les accidents liés à la conduite en état d'ébriété figurent parmi les stratégies faisant l'objet des recherches les plus nombreuses pour diminuer les problèmes liés à l'alcool. De plus, les lois sur l'âge minimum légal de consommation d'alcool et les programmes de formation des serveurs ont également montré leur efficacité pour réduire les accidents liés à la conduite en état d'ébriété (OMS, 2007).

La Commission européenne recommande, entre autres, d'introduire partout en Europe une limite de concentration d'alcool dans le sang atteignant 50 mg (ou 0,05 g) par 100 ml. Elle recommande également aux pays qui ont des limites plus basses de ne pas les augmenter et de fixer une limite de 20 mg par 100 ml pour les jeunes conducteurs et les conducteurs de services publics (taxi, autobus) et de poids lourds. Cette dernière recommandation pour les jeunes conducteurs reçoit aussi l'appui de l'Organisation de coopération et de développement économique et de la Conférence européenne des ministres du transport (OCDE-CEMT, 2006).

La recommandation concernant le 50 mg par 100 ml est également partagée par le récent rapport de l'OMS sur la sécurité routière (WHO, 2009), et par d'autres chercheurs (Albalade, 2006, 2008; Fell et Voas, 2006; Beirness et Simpson, 2002; Norström et Laurell, 1997; Zaal, 1994; Brooks et Zaal, 1992; Smith, 1988). En 2008, 88 pays avaient une limite d'alcoolémie égale ou inférieure à 50 mg par 100 ml (WHO, 2009). Cette limite est de 50 mg par 100 ml ou moins dans la plupart des pays d'Europe et de 20 mg par 100 ml en Suède (WHO, 2009, Anderson et Baumberg, 2006). De plus, l'organisme EuroSafe¹¹, a récemment adopté une déclaration demandant au Conseil des ministres de la santé de l'Union européenne d'approuver le principe de tolérance zéro pour la consommation d'alcool avant de conduire ou de travailler et de réduire le niveau d'alcoolémie à 20 mg par 100 ml pour l'Europe (EuroSafe, 2009a, 2009b).

Pour être plus efficaces, les lois sur l'alcool au volant doivent être appliquées et publicisées (Anderson et Baumberg, 2006; Global Road Safety Partnership, 2007). Si le public méconnaît les changements légaux apportés ou l'augmentation des renforcements des lois existantes, il est peu probable que cela affecte sa consommation et sa conduite. Les programmes de prévention communautaires qui incluent une campagne d'information publique peuvent accroître l'efficacité des mesures pour contrer l'alcool au volant.

En résumé, pour agir efficacement en matière d'alcool au volant, il importe d'augmenter la perception du risque d'être arrêté, notamment d'intensifier les activités de surveillance policière, d'utiliser davantage les antidémarrageurs éthylométriques¹² reliés à un détecteur d'alcool et de maximiser les sanctions administratives et pénales, notamment pour les récidivistes (sévérité, promptitude et mise en application) (Blais et Maurice, 2010; Chambre des communes du Canada, 2009; Table québécoise de la sécurité routière, 2009, 2007; Global Road Safety Partnership, 2007, Anderson et Baumberg, 2006; Bjerre, 2005; Insurance Institute for Highway Safety, 2005; Beirness et Marques, 2004; Willis et collab., 2004; Vézina, 2002; Comité plan d'action, 2001).

Mesures contre l'alcool au volant au Canada et au Québec

Au Canada, le Code criminel a été modifié en 1969 pour criminaliser le fait de conduire avec une alcoolémie supérieure à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang (Chambre des communes du Canada, 2009). Cette modification a autorisé les services policiers à exiger un échantillon d'haleine des conducteurs soupçonnés de conduire avec les facultés affaiblies. De plus, le refus d'obtempérer est considéré comme un acte criminel.

¹¹ La déclaration émise par EuroSafe (2009a, 2009b), le 25 novembre 2009, est appuyée par douze organisations non gouvernementales (ONG) travaillant dans le domaine de la santé et de la sécurité en Europe. Les membres de cette ONG sont : European Public Health Alliance (EPHA); European Alcohol Policy Alliance (EUROCARE); La Prévention Routière Internationale (PRI); European Federation of Road Traffic Victims (FEVR); European Public Health Association/Injury Prevention Section (EUPHA); European Society for Emergency Medicine (EuSEM); European Network of Safety and Health Professional Organisations (ENSHPO); International Life Saving Federation of Europe (ILSE); Network for International Collaboration on Evidence in Suicide Prevention (NICE-SP); Federation of the EU Fire Officer Association (FEU); European YOUTH Forum (EYF); European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (EuroSafe).

¹² Un système d'antidémarrage éthylométrique est un appareil relié à un détecteur d'alcool, c'est-à-dire un système qui coupe automatiquement le moteur du véhicule en cas de détection d'une consommation d'alcool par le conducteur et cela selon un seuil prédéterminé, par exemple 80 mg d'alcool par 100 ml de sang.

« Comme la plupart des pays industrialisés, le Canada a un système de sanctions à trois paliers en matière de conduite automobile : un taux d'alcoolémie de zéro pour les jeunes et les nouveaux conducteurs; un taux d'alcoolémie de 0,05 % qui donne lieu à des mesures administratives, comme la suspension du permis de conduire pendant 24 heures; et un taux d'alcoolémie de 0,08 %, au-delà duquel des sanctions criminelles s'appliquent. Le système canadien reflète deux niveaux de responsabilité gouvernementale : à un taux d'alcoolémie de 0,05 %, les lois provinciales et territoriales sur la sécurité routière s'appliquent et, à un taux d'alcoolémie de 0,08 %, le Code criminel fédéral s'applique ». (Pieterse et collab., 2007, p. 23).

Selon la Table québécoise de la sécurité routière, à l'exception du Québec, l'ensemble des provinces et territoires ont prévu des sanctions pour les conducteurs présentant une alcoolémie inférieure à 80 mg par 100 ml de sang (Table québécoise de la sécurité routière, 2009).

Au Québec, quand une personne est interceptée au volant avec les facultés affaiblies, elle est susceptible de subir des sanctions à deux paliers différents : au fédéral, en vertu du Code criminel, et au provincial, en vertu du Code de la sécurité routière (SAAQ, 2010) (tableau 17). Un conducteur dont le taux d'alcool dans le sang est supérieur à 80 mg par 100 ml, ou supérieur à 0 mg par 100 ml dans le cas où il est titulaire d'un permis d'apprenti conducteur ou probatoire, verra son permis suspendu immédiatement pour une période de 90 jours (SAAQ, 2010). Actuellement, le Code de la sécurité routière québécois ne contient pas d'autres mesures administratives pour les conducteurs ayant un taux d'alcoolémie entre 50 et 80 mg par 100 ml. Toutefois, le gouvernement du Québec a tenu, en février et mars 2010, une consultation générale et des auditions publiques sur le projet de loi n° 71 – Loi modifiant de nouveau le Code de la sécurité routière et d'autres dispositions législatives qui prévoit, notamment « la suspension de conduire pour les conducteurs ayant une alcoolémie entre 50 et 80 mg d'alcool par 100 ml de sang lorsqu'ils ne sont pas soumis à une interdiction totale d'alcool dans l'organisme » (Assemblée nationale, 2009).

Tableau 17 Sanctions au Code criminel et au Code de la sécurité routière pour conduite avec facultés affaiblies

	Code criminel	Code de la sécurité routière
1 ^{re} sanction	<ul style="list-style-type: none"> • Interdiction de conduire pour une période minimale de 1 an • Possibilité d'antidémarrateur éthylométrique après une période minimale d'interdiction de conduire de 3 mois • Amende minimale de 1 000 \$ 	<p>Pour une alcoolémie supérieure à 80 mg/100 ml, sans excéder 160 mg/100 ml :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspension immédiate du permis pour 90 jours • Révocation du permis pour 1 an^(a) • Évaluation sommaire^(b) du conducteur pour établir si son rapport à l'alcool ou aux drogues ne compromet pas la conduite sécuritaire d'un véhicule. <ul style="list-style-type: none"> • Si l'évaluation sommaire est favorable : <ul style="list-style-type: none"> • programme Alcofrein^(c) obligatoire • Si l'évaluation sommaire est non favorable : <ul style="list-style-type: none"> • évaluation complète^(d) • antidémarrateur éthylométrique obligatoire pour 1 an après la révocation et une fois que l'évaluation est satisfaisante pour la Société. <p>Pour une alcoolémie supérieure à 160 mg/100 ml ou pour un refus d'obtempérer^(e) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspension immédiate du permis pour 90 jours • Saisie du véhicule pour 30 jours • Révocation du permis pour 3 ans • Évaluation complète • Antidémarrateur éthylométrique pour 2 ans après la révocation et une fois que l'évaluation est satisfaisante pour la Société.
2 ^e sanction	<ul style="list-style-type: none"> • Interdiction de conduire pour une période minimale de 2 ans • Possibilité d'antidémarrateur éthylométrique après une période minimale d'interdiction de conduire de 6 mois • Emprisonnement minimal de 30 jours 	<p>Pour une alcoolémie supérieure à 80 mg/100 ml, sans excéder 160 mg/100 ml :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspension immédiate du permis pour 90 jours • Saisie du véhicule pour 30 jours • Révocation du permis pour 3 ans • Évaluation complète • Antidémarrateur éthylométrique pour 2 ans après la révocation et une fois que l'évaluation est satisfaisante pour la Société. <p>Pour une alcoolémie supérieure à 160 mg/100 ml ou pour un refus d'obtempérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspension immédiate du permis pour 90 jours • Saisie du véhicule pour 30 jours • Révocation du permis pour 5 ans • Évaluation complète • Antidémarrateur éthylométrique pour 3 ans (ou à vie s'il s'agit de la 2^e condamnation à plus de 160 mg/100 ml ou s'il s'agit d'un refus d'obtempérer) après la révocation et une fois que l'évaluation est satisfaisante pour la Société.

^(a) Voir à ce sujet le dépliant *Les infractions au Code criminel*.

^(b) Évaluation sommaire : évaluation visant à déterminer notamment le risque de récidive d'un individu (aux frais du contrevenant).

^(c) Programme Alcofrein : programme d'éducation reconnu par le ministre des Transports du Québec. Il s'agit de sensibiliser les conducteurs aux problèmes de la consommation d'alcool ou de drogue dans le but de prévenir la récidive (aux frais du contrevenant).

^(d) Évaluation complète : évaluation visant à déterminer la nature des problèmes, à établir un plan d'encadrement et de suivi selon la gravité du cas et la motivation de l'individu (plusieurs rencontres sur une période variant entre 6 et 9 mois, aux frais du contrevenant).

^(e) Refus d'obtempérer : refus ou omission, sans excuse raisonnable, d'obtempérer à un ordre de l'agent de la paix donné en vertu de l'article 254 du Code criminel, notamment de fournir un échantillon d'haleine ou de sang, ou de se soumettre aux épreuves de coordination des mouvements.

Tableau 17 Sanctions au Code criminel et au Code de la sécurité routière pour conduite avec facultés affaiblies (suite)

	Code criminel	Code de la sécurité routière
3 ^e sanction et les subséquentes	<ul style="list-style-type: none"> • Interdiction de conduire pour une période minimale de 3 ans • Possibilité d'antidémarrateur éthylométrique, et ce, après une période minimale d'interdiction de conduire de 12 mois • Emprisonnement minimal de 120 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspension immédiate du permis pour 90 jours • Saisie immédiate du véhicule pour 30 jours • Révocation du permis pour 5 ans • Évaluation complète • Antidémarrateur éthylométrique obligatoire pour 3 ans après la révocation du permis et une fois que l'évaluation est satisfaisante pour la Société. <p>Pour une alcoolémie supérieure à 80 mg/100 ml, sans excéder 160 mg/100 ml :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspension immédiate du permis pour 90 jours • Saisie du véhicule pour 30 jours • Révocation du permis pour 5 ans • Évaluation complète • Antidémarrateur éthylométrique pour 3 ans (ou à vie si 2 autres condamnations à plus de 160 mg/100 ml ou un refus d'obtempérer figurent au dossier) après la révocation et une fois que l'évaluation est satisfaisante pour la Société. <p>Pour une alcoolémie supérieure à 160 mg/100 ml ou pour un refus d'obtempérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspension immédiate du permis pour 90 jours • Saisie du véhicule pour 30 jours • Révocation du permis pour 5 ans • Évaluation complète • Antidémarrateur éthylométrique pour 3 ans (ou à vie s'il s'agit de la 2^e condamnation à plus de 160 mg/100 ml ou s'il s'agit d'un refus d'obtempérer) après la révocation et une fois que l'évaluation est satisfaisante pour la Société.
Accident ^(f) causant des lésions corporelles	Emprisonnement maximal de 10 ans	
Accident causant la mort	Peine maximale d'emprisonnement à perpétuité	
Période de référence pour le calcul de la récidive	Pas de période mentionnée au Code criminel	10 ans
Autres dispositions		<ul style="list-style-type: none"> • Conduite durant sanction : saisie du véhicule pour 30 jours et amende de 1 885 \$ à 3 760 \$^(g) • Zéro alcool pour les titulaires d'un permis d'apprenti conducteur et d'un permis probatoire et pour les titulaires, depuis moins de 5 ans, d'un permis autorisant la conduite d'un cyclomoteur ou d'un tracteur de ferme

^(f) Alors qu'il avait les capacités affaiblies, une alcoolémie supérieure à 80 mg/100 ml ou s'il a refusé ou omis d'obtempérer à un ordre de l'agent de la paix (ex. : a refusé de fournir un échantillon d'haleine).

^(g) Les montants, sous réserve de modification, comprennent l'amende prévue au Code de la sécurité routière, les frais de greffe ainsi qu'une contribution à l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC); d'autres frais peuvent s'ajouter.

Note : Toutes ces évaluations sont faites par des employés du Programme d'évaluation des conducteurs automobile (PECA) géré par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Source : Société de l'assurance automobile du Québec (2010). Prévention des accidents. Lois et sanctions. Sécurité routière : L'alcool au volant, La conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, [En ligne]. [http://www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/alcool/comprendre/lois_sanctions.php] (Consulté le 18 février 2010). Reproduction autorisée.

3.4.7 Interventions précoces en milieu clinique

L'objectif des interventions est de répondre aux besoins des individus pour éviter qu'ils éprouvent des problèmes ou encore pour soulager leurs souffrances physiques et psychologiques (Babor et collab., 2003). Les interventions peuvent aussi avoir des effets sur la santé de la population en diminuant l'usage des produits, en prévenant les rechutes et en améliorant les situations liées aux maladies mentales, à l'emploi et à la criminalité (Babor et collab., 2008).

De nombreuses interventions existent, parmi lesquelles les trois types les mieux décrits sont : 1) les interventions brèves pour les buveurs à risque qui ne sont pas dépendants; 2) les traitements formels pour les personnes qui souffrent d'abus ou de dépendance à l'alcool; 3) les groupes d'entraide (Babor et collab., 2003).

Les interventions brèves pour les buveurs à risque qui ne sont pas dépendants ou qui sont au début de leur dépendance ont fait l'objet de nombreuses recherches. Depuis près de 25 ans, l'OMS pilote des études dans de nombreux pays sur le dépistage et les interventions brèves en milieu clinique (Heather, 2006). Ces interventions ont démontré leur efficacité à réduire la consommation d'alcool des buveurs à risque; elles sont recommandées pour le milieu clinique par le U.S. Preventive Services Task Force (Kaner et collab., 2007; Whitlock et collab., 2004). Cependant, un volet de ces interventions brèves, soit la recherche de cas auprès de tous les adultes consultant en première ligne, s'avère difficile à mettre en œuvre, même si l'OMS a développé un questionnaire validé pour identifier les buveurs à risque (Beich et collab., 2003; Heather, 2006). Après 25 ans de recherche de l'OMS sur l'identification précoce des buveurs à risque et les interventions brèves, ces approches demeurent toujours difficiles à implanter en milieu clinique.

Interventions brèves au Québec

Au Québec, les personnes qui boivent au-delà des quantités jugées à faible risque peuvent obtenir des services pour évaluer leur consommation d'alcool et obtenir du soutien pour réduire leur consommation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). Le programme Alcochoix+ est offert dans les centres de santé et de services sociaux. L'évaluation se fait par téléphone et permet notamment de vérifier si le programme de réduction de la consommation convient à la personne ou si sa situation nécessite une référence en milieu spécialisé. La personne admissible, décidant de poursuivre, choisit la formule qui lui convient, soit : la formule autonome, où elle reçoit un guide qu'elle utilise seule; la formule guidée où elle rencontre un intervenant à trois reprises; la formule de groupe où elle assiste à six rencontres de quatre-vingt-dix minutes. Dans tous les cas, l'intervention dure six semaines (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009).

Des services spécialisés pour les personnes dépendantes à l'alcool (ou aux autres drogues) sont offerts dans toutes les régions du Québec par les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (CRPAT).

Des centres communautaires et privés complètent l'offre de service aux personnes dépendantes à l'alcool et aux autres substances. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place un mécanisme d'accréditation et de contrôle de qualité de ces centres (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009).

3.5 ACCEPTABILITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE D'ALCOOL PAR LA POPULATION

L'*Enquête sur les toxicomanies au Canada* réalisée en 2004 a permis de documenter les opinions des Canadiens au sujet de certaines politiques publiques concernant l'alcool (Racine et collab., 2006). Le tableau 18 décrit ces opinions et les compare avec celles de l'ensemble des Canadiens.

Les Québécois soutiennent de façon quasi unanime l'adoption de contrôles d'alcoolémie aléatoires. Ils sont aussi très favorables au maintien du monopole d'État, car seulement 20,8 % d'entre eux sont contre leur maintien et croient qu'il faut privatiser la vente d'alcool.

Les opinions sur la publicité et l'âge légal sont partagées. La moitié des Québécois est d'avis que le gouvernement devrait interdire la publicité sur les boissons alcoolisées à la télévision. Près de la moitié d'entre eux appuie une augmentation de l'âge légal pour consommer de l'alcool. Moins de Québécois que de Canadiens soutiennent cette mesure, malgré le fait que l'âge légal soit de 18 ans au Québec alors qu'il est de 19 ans dans plusieurs provinces et territoires canadiens.

Moins d'un Québécois sur trois croit que l'augmentation des taxes pourrait aider à en prévenir la consommation. De plus, une minorité d'entre eux est en faveur d'une augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées.

Enfin, un sondage réalisé en 2009 par la Fondation de recherche sur les blessures de la route (2009a et 2009b) montre que 82,5 % des Québécois (79,2 % des Canadiens) se disent très préoccupés ou extrêmement préoccupés par la conduite en état d'ivresse. Ce sondage a également mesuré le degré de soutien de la population du Québec à différentes mesures visant à repérer les conducteurs ivres et à les empêcher de conduire, ainsi :

- 73,9 % (79,4 % au Canada) sont d'accord ou tout à fait d'accord pour que l'usage d'antidémarrage soit obligatoire pour les personnes déclarées coupables de conduite avec facultés affaiblies;
- 68,7 % (64,1 % au Canada) sont d'accord ou tout à fait d'accord pour que les policiers soient autorisés à faire des tests d'alcoolémie au hasard pour repérer les conducteurs en état d'ivresse;
- 69,8 % (63,6 % au Canada) sont d'accord ou tout à fait d'accord pour que la présence policière soit manifestement plus grande pour lutter contre la conduite en état d'ivresse;
- 44,7 % (43,5 % au Canada) pensent que les antidémarrage devraient être obligatoires sur tous les véhicules.

Tableau 18 Opinions des Québécois et des Canadiens au sujet de certaines politiques publiques en matière d'alcool

Opinions	Québec %	Canada %
« Il faudrait augmenter les taxes sur les boissons alcoolisées »	33,3*	40,1
« L'augmentation des taxes pourrait aider à en prévenir la consommation »	29,6	27,2
« Il faudrait augmenter l'âge légal pour consommer de l'alcool »	44,1*	48,0
« Les gouvernements provinciaux devraient fermer les magasins de vente d'alcool et permettre la vente libre d'alcool aux magasins du secteur privé »	20,8*	29,5
« Le gouvernement devrait interdire la publicité sur les boissons alcoolisées à la télévision »	48,1	51,1
« Il faudrait mettre en place des contrôles d'alcoolémie aléatoires »	96,8	96,8

Source : Racine et collab., 2006, p. 52-53.

* Différence significative avec l'ensemble du Canada.

CONSTATS

Cette analyse sur la consommation d'alcool au Québec nous amène à dégager trois principaux constats et à formuler des recommandations pour le maintien et l'adoption de politiques publiques en matière d'alcool qui soient favorables à la santé.

1) La consommation d'alcool est un déterminant important de la santé de la population

L'alcool est largement présent dans plusieurs cultures et sociétés à travers le monde. Il est associé aux repas, à des moments de plaisir et de détente. L'alcool, à des niveaux faibles ou modérés, protège contre les maladies ischémiques et le diabète. Toutefois, la consommation d'alcool cause plus de problèmes sociaux et de santé qu'elle n'en prévient. Elle est associée à une soixantaine de maladies ainsi qu'à des blessures, des décès et des problèmes psychologiques et sociaux. Dans les sociétés occidentales, l'alcool est le troisième facteur ayant le plus fort impact sur la mortalité et la morbidité après le tabac et l'hypertension artérielle (OMS, 2002). Les hommes sont plus touchés que les femmes par l'alcool : ce produit est responsable de 14,2 % du fardeau de la maladie chez les hommes et de 3,4 % chez les femmes en Amérique du Nord (Rehm et collab., 2009).

L'étude sur les « coûts de l'abus de substances au Canada 2002 » révèle qu'au Québec 1,8 % de tous les décès étaient liés à l'alcool. Ceci correspond à près de 39 000 années potentielles de vie perdues. Par ailleurs, cette étude estime à plus de 324 000 le nombre de jours d'hospitalisation attribuables à l'alcool (Rhem et collab., 2006b). Pour la même année, les coûts sociaux de la consommation d'alcool pour la société québécoise sont estimés à plus de 3 milliards de dollars. Les coûts directs des soins de santé attribuables à l'alcool atteignent 651 millions de dollars, ce qui est à peu près équivalent aux revenus de l'État provenant de la vente d'alcool (Rhem et collab., 2006b).

Cette étude donne également un portrait des conséquences de la consommation d'alcool au Québec en 2002. À ce jour, il n'existe pas de système de surveillance pour suivre, de façon continue, l'évolution des indicateurs de mortalité, de morbidité et des coûts attribuables à l'alcool au Québec.

2) La consommation d'alcool est en hausse au Québec

Selon les données de vente d'alcool publiées annuellement par Statistique Canada, la consommation moyenne d'alcool des Québécois augmente depuis près de quinze ans, ceci après une baisse marquée dans les années 1980 et jusqu'au début des années 1990. Elle est passée de 6,8 litres en équivalent d'alcool pur par personne, en 1994-1995, à 8,1 litres en 2007-2008, soit une hausse de 19,1 %. Or, des études ont démontré que l'augmentation de la consommation de un litre d'alcool pur par personne augmente la mortalité toutes causes de 2,9 %, les suicides de 4 %, les décès par accidents chez les hommes de 5,9 %, les décès par cirrhoses de 16 % et de 12 % respectivement chez hommes et les femmes (Ramstedt, 2004, 2005; Skog, 2003).

La bière représente près de 60 % de l'alcool consommé au Québec, en équivalent d'alcool pur, en 2007-2008. Le vin, cependant, est de plus en plus populaire et constitue la source principale de la hausse de la consommation d'alcool au sein de la population. Les spiritueux représentent une faible part des ventes de produits alcoolisés. La consommation de ces produits est relativement stable depuis le milieu des années 1990 hormis une augmentation en 2004-2005. Les comparaisons des données internationales révèlent que, pendant que les Québécois boivent de plus en plus, la consommation d'alcool est en baisse dans plusieurs pays.

Selon les enquêtes réalisées auprès de la population, la proportion de buveurs a augmenté, au Québec, entre le milieu des années 1990 et 2005, en raison de l'accroissement de la proportion de femmes qui prennent de l'alcool. Cette hausse de la consommation chez les femmes a été observée dans d'autres pays (Anderson, 2006).

Un demi-million de personnes au Québec déclarent une consommation hebdomadaire au-delà des seuils de faible risque, c'est-à-dire plus de neuf consommations par semaine chez les femmes et plus de quatorze chez les hommes. La fréquence de la consommation au-delà de ces seuils a augmenté de façon constante entre 1994-1995 et 2005, plus particulièrement chez les femmes où elle a plus que doublé.

Environ un million de personnes au Québec déclarent des épisodes de consommation excessive, soit cinq verres ou plus lors d'une même occasion, au moins une fois par mois, au cours de la dernière année. Ce mode de consommation a progressé chez les deux sexes et dans toutes les catégories d'âge et il a presque doublé en dix ans. Il est particulièrement fréquent chez les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, se retrouvant chez 45 % d'entre eux.

Les données de l'*Enquête sur l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et des jeux de hasard et d'argent chez les élèves du secondaire*, réalisée aux deux ans entre 2000 et 2008, permettent de suivre l'évolution de la fréquence et les indicateurs de gravité de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. La majorité des jeunes âgés de moins de 18 ans fréquentant le secondaire a déjà pris de l'alcool et un sur sept boit de façon régulière (Cazale, Fournier et Dubé, 2009). Même si moins de jeunes buvaient de l'alcool en 2008 qu'en 2000, la fréquence du boire excessif est demeurée stable parmi les buveurs.

La consommation d'alcool pendant la grossesse est probablement à la baisse au Québec, selon les résultats des enquêtes canadiennes. Il n'en demeure pas moins que, selon l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec*, réalisée en 2005, 34 % des femmes ont consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse (Neill et collab., 2006).

En bref, toutes ces statistiques sur la consommation d'alcool au Québec révèlent une hausse continue de la consommation moyenne d'alcool depuis le milieu des années 1990 et que celle-ci est due aux modes de consommation à risque, tant chez les hommes que chez les femmes, mais en particulier chez ces dernières, et ce, dans toutes les catégories d'âge.

3) Le Québec dispose de politiques publiques en matière d'alcool qu'il importe de maintenir et de renforcer

Prévenir les problèmes liés à la consommation d'alcool ne signifie pas promouvoir de l'abstinence. Il s'agit plutôt de créer un environnement social où on ne considère pas l'alcool comme un « produit de consommation ordinaire », pour reprendre l'expression des experts internationaux (Babor et collab., 2003).

De nombreux travaux scientifiques ont démontré que les lois et les règlements pour limiter l'accessibilité économique, légale, géographique et temporelle demeurent les mesures les plus efficaces et les plus efficaces pour prévenir les problèmes associés à la consommation d'alcool. À cet effet, la création ou le maintien de monopoles d'État pour la vente d'alcool constitue un moyen efficace pour y parvenir.

Le Québec dispose de lois, de règlements et d'un monopole d'État pour encadrer divers aspects reliés à la fabrication et au commerce des boissons alcoolisées ainsi que pour réduire les méfaits associés à la consommation d'alcool. Cet encadrement légal et réglementaire est complexe et multiple puisqu'il se décline sur deux paliers législatifs, le provincial et le fédéral.

Selon les comparaisons internationales, le Canada se situe parmi les dix meilleurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques en cette matière. Toutefois, des analyses de la situation prévalant dans certains États, avec lesquels le Canada et le Québec se comparent généralement, font ressortir que des améliorations peuvent être apportées aux chapitres de la taxation en rapport avec le pouvoir d'achat, de la publicité et de la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool (WHO, 2004a, 2004b; Brand et collab., 2007).

La taxation de l'alcool est importante au Québec et au Canada. Toutefois, l'indice des prix à la consommation (IPC) des boissons alcoolisées est demeuré inférieur ou égal à l'IPC global entre 1979 et 2008. De plus, de 1981 à 2008, le revenu disponible des ménages québécois a augmenté plus rapidement que l'indice des prix à la consommation. Les deux tiers des Québécois sont contre l'augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées et seulement une minorité d'entre eux croit qu'une augmentation des taxes aide à prévenir la consommation d'alcool.

Différentes modalités de contrôle des prix à des fins de prévention ont été utilisées un peu partout dans le monde. Ainsi, en Australie, on a diminué les taxes et le prix des bières à faible teneur en alcool dans le but de favoriser la vente de ces produits (National Preventative Health Taskforce, 2009). Les autorités de santé publique de la Colombie-Britannique recommandent cette mesure pour cette province (Provincial Health Officer of British Columbia, Centre for Addictions Research of BC, 2008). L'impact de cette politique n'a pas été évalué, mais une étude a démontré qu'elle est acceptable pour les consommateurs (Segal et Stockwell, 2009). Le Québec aurait avantage à rester à l'affût de telles expériences et, éventuellement à étudier la faisabilité de créer ce type d'incitatifs financiers favorisant la consommation de bières à faible teneur en alcool.

Dans des analyses antérieures, l'INSPQ a documenté les stratégies commerciales de la SAQ, notamment la promotion des produits par des rabais, généralement modulés en fonction du volume d'alcool acheté ou de périodes dites festives de l'année. Ces pratiques ont pour effet d'augmenter l'accessibilité économique des produits alcoolisés. Quasi inexistantes avant les années 2000, les différentes formes de rabais ont connu un essor important depuis. Elles illustrent le glissement de la mission de contrôle et de prévention du monopole d'État vers des objectifs de rentabilité. Cette situation a également été observée au Canada et dans d'autres pays (Giesbrecht et collab., 2006). Dans le plan stratégique 2010-2012, la SAQ affirme s'engager dans la promotion d'une consommation responsable d'alcool, en étant membre d'Éduc'alcool et en appliquant son éthique de vente (SAQ, 2009).

Une multitude de pratiques promotionnelles, notamment des rabais sur les produits, sont également exercées par des entreprises privées. Des promotions par les prix sont offertes sur les lieux de vente, par exemple les « 2 pour 1 » dans les bars.

Ces pratiques renvoient par ailleurs à l'enjeu plus large de la publicité de l'alcool. L'industrie de l'alcool est très agressive dans la mise en marché et la promotion de ses produits, mettant à profit des stratégies modernes de marketing et disposant de moyens financiers importants (Casswell, 2009; Jernigan, 2009). Les chercheurs qui s'intéressent aux effets du marketing et de la publicité de l'alcool sur la consommation peuvent difficilement suivre l'évolution rapide de ces pratiques. Des études ont néanmoins démontré que la publicité de l'alcool peut avoir des effets préjudiciables chez les jeunes (Hastings et collab., 2005; Meier et collab., 2008). C'est la raison pour laquelle l'OMS recommande de réglementer la commercialisation des boissons alcoolisées (OMS, 2007). Étant donné la globalisation de cette industrie, elle recommande plus précisément l'adoption de règlements stricts, voire l'interdiction de la publicité à l'échelle mondiale, notamment l'interdiction de la commandite d'événements sportifs et culturels. Au Québec, la moitié de la population est en faveur de l'interdiction de la publicité des boissons alcoolisées à la télévision. Il serait utile de mieux comprendre les conditions d'acceptabilité publique et de vérifier la faisabilité légale des restrictions partielles, voire des restrictions totales de la publicité des produits alcoolisés et des pratiques promotionnelles sur les prix telles que les escomptes au volume de vente, les « 2 pour 1 » ou les « happy hours ».

En ce qui concerne la conduite avec facultés affaiblies, il est connu que le risque d'accidents et de problèmes augmente déjà avec une alcoolémie de 40 mg par 100 ml de sang (Crompton et collab., 2002 dans Global Road Safety Partnership, 2007). Au Canada, le code criminel s'applique à une alcoolémie de 80 mg par 100 ml ou plus. En 2008, 88 pays avaient une limite d'alcoolémie égale ou inférieure à 50 mg par 100 ml (WHO, 2009). Cette limite de 50 mg par 100 ml ou moins est celle que l'on retrouve dans la plupart des pays d'Europe. Elle est même aussi basse que 20 mg par 100 ml en Suède (WHO, 2009; Anderson et Baumberg, 2006). Au Canada, les provinces peuvent appliquer des sanctions administratives à des niveaux inférieurs à 80 mg pour 100 ml. Le Québec est la seule province qui n'a pas encore adopté cette pratique, sauf pour les conducteurs apprentis (Table québécoise de la sécurité routière, 2009). Cette mesure sur le taux d'alcoolémie a fait l'objet d'un débat lors d'une commission parlementaire sur la modification du code de la sécurité routière tenue à l'hiver 2010.

D'autres mesures ont été démontrées efficaces pour diminuer la conduite avec facultés affaiblies. Parmi celles-ci, les contrôles routiers de détection d'alcool, au hasard ou lors de barrages routiers, sont moins utilisés au Canada que dans les pays de comparaison (Brand et collab., 2007). Les systèmes d'antidémarrageurs éthylométriques reliés à un détecteur d'alcool et le renforcement des sanctions administratives et pénales, notamment pour les récidivistes et pour la conduite d'un véhicule à moteur avec un taux d'alcoolémie variant entre 50 mg et 79 mg d'alcool par 100 ml de sang, constituent d'autres mesures efficaces pour agir en matière d'alcool au volant (Blais et Maurice, 2010; Chambre des communes du Canada, 2009; Table québécoise de la sécurité routière, 2009, 2007; Global Road Safety Partnership, 2007; Anderson et Baumberg, 2006; Bjerre, 2005; Insurance Institute for Highway Safety, 2005; Beirness et Marques, 2004; Willis et collab., 2004; Vézina, 2002; Comité plan d'action, 2001). Toutes ces mesures dissuasives mériteraient d'être renforcées au Québec, d'autant plus que la majorité de la population les appuie.

D'ailleurs, un sondage réalisé en 2009 par la Fondation de recherche sur les blessures de la route (2009a et 2009b) montre que 82,5 % des Québécois se disent très préoccupés ou extrêmement préoccupés par la conduite en état d'ivresse. De plus, les personnes interviewées se disent d'accord ou tout à fait d'accord : 73,9 % pour que l'usage d'antidémarrageurs soit obligatoire pour les personnes déclarées coupables de conduite avec facultés affaiblies; 68,7 % pour que les policiers soient autorisés à faire des tests d'alcoolémie au hasard pour repérer les conducteurs en état d'ivresse; 69,8 % pour que la présence policière soit manifestement plus grande pour lutter contre la conduite en état d'ivresse; 44,7 % pensent que les antidémarrageurs devraient être obligatoires sur tous les véhicules.

Enfin, l'offre d'une gamme de services cliniques aux buveurs à risque et aux personnes dépendantes à l'alcool demeure toujours nécessaire. Les services préventifs, en particulier ceux qui soutiennent les buveurs à risque souhaitant diminuer leur consommation d'alcool, sont complémentaires aux mesures précédemment mentionnées.

RECOMMANDATIONS

Des constats découlant de la présente analyse, réalisée dans le cadre de l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, confirment la nécessité de politiques publiques pour prévenir les problèmes associés à la consommation d'alcool. C'est pourquoi l'Institut national de santé publique du Québec formule des recommandations touchant les principaux aspects suivants :

1. Le prix de l'alcool

Bien que le contrôle des prix de l'alcool s'avère la mesure démontrée la plus efficace pour diminuer la consommation d'alcool et ses conséquences néfastes, le contexte d'une opinion publique défavorable rend difficile l'utilisation accrue de ce moyen. Cependant, le maintien de la taxation actuelle et son ajustement à l'évolution des revenus et du coût de la vie pourrait être l'approche à privilégier en ce qui regarde l'accessibilité économique.

- Maintenir les mesures de taxation actuelle sur les produits alcoolisés, en tenant compte de l'indice des prix à la consommation et de l'évolution des revenus des ménages.
- Réaliser des études sur l'effet de l'évolution des prix de l'alcool sur la consommation au Québec et, dans les limites de la disponibilité des données, selon les différents groupes socioéconomiques.

2. L'encadrement légal et la responsabilité du monopole d'État

Les monopoles d'État représentent un outil privilégié pour assurer un équilibre entre les impératifs de gestion commerciale des produits alcoolisés et les intérêts de santé de la population.

- Maintenir le monopole d'État de la Société des alcools du Québec et les pouvoirs actuels de la Régie des alcools, des courses et des jeux.
- Réaffirmer la responsabilité sociale de la Société des alcools à l'égard de la consommation d'alcool dans la population; appuyer son engagement à promouvoir la consommation responsable d'alcool, notamment par sa participation à Educ'alcool, et l'inviter à se questionner, dans l'application de son éthique de vente, sur ses pratiques promotionnelles axées sur les rabais selon le volume d'achat ou sur diverses formes de réduction de prix.

3. Le marketing de l'alcool

Puisque l'alcool peut avoir des effets préjudiciables chez les jeunes, l'Organisation mondiale de la Santé recommande d'adopter des règlements stricts à l'égard de la commercialisation des boissons alcoolisées, et ce, à l'échelle mondiale.

Dans le contexte québécois, il importe d'examiner les conditions d'acceptabilité par le public et de vérifier la faisabilité légale des restrictions partielles ou totales de la publicité des produits alcoolisés et des pratiques promotionnelles sur les lieux de consommation telles que les « 2 pour 1 » ou les « happy hours ».

4. L'alcool au volant

La population est largement en faveur des mesures pour contrer l'alcool au volant. De telles mesures sont déjà en place, mais méritent d'être renforcées, notamment :

- Augmenter les contrôles routiers de détection d'alcool aléatoires ou lors de barrages routiers.
- Rendre obligatoire l'usage de systèmes d'antidémarrage éthylométriques pour les personnes déclarées coupables de conduite avec facultés affaiblies.
- Abaisser à 50 mg par 100 ml le taux d'alcoolémie permis pour la conduite d'un véhicule automobile et introduire des sanctions administratives et pénales, notamment des points d'inaptitude et des amendes, pour les conducteurs d'un véhicule à moteur avec un taux d'alcoolémie variant entre 50 mg et 79 mg d'alcool par 100 ml de sang.

5. La surveillance épidémiologique

La formulation de politiques publiques sur l'alcool exige la connaissance des données sur l'évolution de la consommation d'alcool et des problèmes associés. Ces analyses représentent aussi un intérêt pour la population. Elles peuvent éventuellement susciter l'adhésion du public aux efforts pour mettre en place des politiques visant l'amélioration de la santé, de la sécurité et du bien-être de la population.

Les activités de surveillance épidémiologique doivent être faites de façon continue et sur une période prolongée, afin de mieux comprendre l'évolution des habitudes de consommation et de leurs conséquences dans les différents groupes de la population. Il s'agit notamment de :

- Suivre l'évolution de la consommation d'alcool, des modes de consommation à risque, de la morbidité, de la mortalité et des coûts sociaux associés.
- Maintenir la continuité dans la tenue des enquêtes et dans les variables étudiées afin de permettre un suivi à long terme des modes de consommation. À cette fin, maintenir les collectes de données réalisées depuis l'année 2000 dans les écoles secondaires du Québec et assurer la continuité du suivi des indicateurs des modes de consommation dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* et dans les autres enquêtes.
- Documenter les modes de consommation d'alcool des femmes en âge d'avoir des enfants et des femmes enceintes et réaliser des études permettant d'établir la fréquence des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.
- Communiquer au public les résultats de ces analyses de surveillance.

L'actualisation de ces recommandations nécessite la collaboration de l'ensemble des ministères et organismes gouvernementaux concernés. Comme proposé au Canada, dans plusieurs pays et par l'OMS, elles pourraient éventuellement s'inscrire dans une politique gouvernementale sur l'alcool. Ces recommandations sont cohérentes avec celles du Projet de stratégie mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool qui sera étudié lors de la 63^e Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2010 (OMS, 2010).

BIBLIOGRAPHIE

Adlaf, E.M., Bégin, P., Sawka, E. (Eds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 101 p.

Adrian, M., Ferguson, B.S., Her, M. (1996). Does allowing the sale of wine in Quebec grocery stores increase consumption? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 57(4), 434-448.

Agence canadienne d'inspection des aliments. *Lois et Règlements*. [En ligne], [<http://www.inspection.gc.ca/francais/reg/regf.shtml>] (Consulté le 18 juin 2008).

Agence des services frontaliers du Canada. *Législation*. [En ligne], [<http://www.cbsa-asfc.gc.ca/agency-agence/legislation-fra.html>] (Consulté le 18 juin 2008).

Albalade, D. (2006). Lowering Blood Alcohol Content Levels to Cave Lives: The European Experience. *Research Institute of Applied Economics*, 32 p.

Albalade, D. (2008). Lowering Blood Alcohol Content levels to Cave Lives: The European Experience. *Journal of Policy Analysis and Management*, 27(1), 20-39.

American Public Health Association (2007). *APHA Approves Framework Convention on Alcohol Control, Alcohol, Tobacco and Other Drugs, Section Newsletters, Winter 2007*. [En ligne], [<http://www.apha.org/membergroups/newsletters/sectionnewsletters/alcohol/winter07/>] (Consulté le 12 août 2009).

Anderson, P., Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission*. Institute of Alcohol Studies, UK, 432 p.

Anderson, P., Drummond, C., Hellman, M., Rosenqvist, P. (2009a). Introduction to the issue—the alcohol industry and alcohol policy. *Addiction*, 104, Suppl 1, 1-2.

Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., et collab. (2009b). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229-243.

Assemblée nationale (2009). *Loi modifiant de nouveau le Code de la sécurité routière et d'autres dispositions législatives. Projet de loi n° 71*. Présenté par Madame Julie Boulet, ministre des Transports, Québec, Editeur officiel du Québec. 14 p.

Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., et collab. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology*, 8(4), 292-293.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., et collab. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity – Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.

Babor, T.F., Stenius, K., Romelsjo, A. (2008). Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(S1), S50-S59.

Bégin, C. (2003). *La consommation d'alcool au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 28 p.

Bégin, C., April, N., Morin, R. (2005). *Consommation d'alcool au Québec et pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec – Mise à jour avril 2005*. Institut national de santé publique du Québec, 21 p.

Bégin, C., Sergerie, D. (2008). *Trousse média – Prévention de la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool*, Direction du développement des individus et des communautés. Institut national de santé publique du Québec. [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/asp/fr/media_traumatismes_alcool.aspx?sortcode=1.56.64.75] (Consulté le 29 avril 2009).

Beich, A., Thorsen, T., Rollnick, S. (2003). Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 327, 536-542.

Beirness, D.J., Simpson, H.M. (2002). *The safety impact of lowering the BAC limit for drivers in Canada*. Ottawa, Traffic Injury Research Foundation, 110 p.

Beirness, D.J., Marques, P.R. (2004). Alcohol Ignition Interlock Programs. *Traffic Injury Prevention*, 5(3), 299-308.

Benoît, F. (2009). *Introduction aux politiques publiques favorables à la santé*. Présentation à la Conférence de l'Association canadienne de santé publique. Winnipeg, 7 juin 2009.

Bjerre, B. (2005). Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcolock device and program: Swedish experiences. *Accident Analysis and Prevention*, 37(6), 1145-1152.

Blais, É., Bégin, C., Courville, A., et collab. (2007). *Mémoire déposé à la Commission des transports et de l'environnement dans le cadre des consultations sur les projets de loi modifiant le Code de la sécurité routière et le Règlement sur les points d'inaptitude*. Institut national de santé publique du Québec, 37 p.

Blais, É., Maurice, P. (2010) *Réduction de la limite d'alcool permise dans le sang pour la conduite d'un véhicule automobile. Avis scientifique*. Institut national de santé publique du Québec, 89 p.

BMA Board of Science (2008). *Alcohol misuse: tackling the epidemic*. British Medical Association.

Bondy, S.J., Rehm, J., Ashley, M.J., et collab. (1999). Low-risk drinking guidelines: the scientific evidence. *Canadian Journal of Public Health*, 90(4), 264-270.

Brand, D.A., Saisana, M., Rynn, L.A., et collab. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Medicine*, 4(4), e151, doi:10.1371/journal.pmed.0040151.

Brault, M., Dussault, C., Bouchard, J., Lemire, A.M. (2004). *Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec : résultats finaux*. Société de l'assurance automobile du Québec, Direction des études et des stratégies en sécurité routière. Préparé pour la 17^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, 8-13 août, Glasgow, UK, 9 p.

Brooks, C., Zaal, D. (1992). *Effects of a Reduced Alcohol Limit for Driving*. Federal Office of Road Safety, Australia, 13 p.

Bureau de la concurrence du Canada (2005). *Bulletin technique sur les activités réglementées*. [En ligne], [<http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/epic/site/cb-bc.nsf/fr/01993f.html>] (Consulté le 18 juin 2008).

Bureau de la concurrence du Canada. *Lois et litiges*. [En ligne], [http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/epic/site/cb-bc.nsf/fr/h_00020f.html] (Consulté le 18 juin 2008).

Casswell, S., Maxwell, A. (2005). Regulation of Alcohol Marketing: A Global View. *Journal of Public Health Policy*, 26, 343-358.

Casswell, S. (2009). Alcohol industry and alcohol policy – the challenge ahead. *Addiction*, 104, Suppl 1, 3-5.

Casswell, S., Thamarangsi, T. (2009). Reducing harm from alcohol: call to action. *The Lancet*, 373 (9682), 2247-2257.

Cazale, L., Fournier, C., Dubé, G. (2009). *Consommation d'alcool et de drogues*, dans *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*, chapitre 4. Institut de la statistique du Québec, p. 91-147.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Exposé général sur l'alcool*, Modifié le 29 août 2008. [En ligne], [<http://www.ccsa.ca/Fra/Topics/SubstancesAndAddictions/Alcohol/Pages/AlcoholOverview.aspx>] (Consulté le 16 avril 2009).

Chaloupka, F.J., Grossman, M., Saffer, H. (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26(1), 22-34.

Chambre des communes du Canada (2009). *Mettre un frein à l'alcool au volant : une approche en commun*. Rapport du Comité permanent de la justice et des droits de la personne, sous la présidence de Ed Fast, 10^e rapport, Communication Canada – Édition, Ottawa, 40^e législature, 2^e session.

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., Monteiro, M. (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65, 782-793.

Chudley, A.E., Conry, J., Cook, J.L., et collab. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *Canadian Medical Association Journal*, 172 (5 Suppl.), S1-S21.

Coate, D., Grossman, M. (1988). Effects of Alcoholic Beverage Prices and Legal Drinking Ages on Youth Alcohol Use. *Journal of Law and Economics*, 31(1), 145-171.

Comité plan d'action (2001). *Mesures visant à améliorer le bilan routier concernant la conduite avec les capacités affaiblies par l'alcool*. Rapport remis au ministre des Transports, M. Guy Chevrette.

Conseil d'éthique de l'industrie des boissons alcooliques (2009). *Rapport annuel 2009*.

Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (1996). *Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées*. [En ligne], [<http://www.crtc.gc.ca/fra/general/codes/alcohol.htm>] (Consulté le 22 décembre 2009).

Cook, P.J., Moore, M.J. (2000). *Alcohol*. Dans Culyer A.J., Newhouse J.P., (Eds.). *Handbook of Health Economics*. Elsevier, Oxford, p. 1629-1673.

Cook, P.J., Moore, M.J. (2002). The economics of alcohol abuse and alcohol-control policies. *Health Affairs*, 21(2),120-133.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38(5), 613-619.

Côté, L., Courtemanche, R., Caron, B. (2005), *Comparabilité entre les cycles 1.1 et 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Impact du changement apporté à la répartition de l'échantillon selon la base de sondage*. Institut de la statistique du Québec.

Craplet, M. (2005). France: alcohol today. *Addiction*, 100(10), 1398-1401.

Demers, A., Poulin, C. (2005). *Consommation d'alcool*. Dans Adlaf, E.M., Bégin, P., Sawka, E., (Eds.), *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa, Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 20-47.

Demers, A., Fournier, M. (2006). *The Proposed Privatization of the Quebec Liquor Corporation: The Never-Ending Story*. Dans Giesbrecht N., et collab. (Eds.), *Sober Reflections. Commerce, Public Health and the Evolution of Alcohol Policy in Canada, 1980-2000*. Montréal : McGill-Queens University Press, p. 129-149.

Demers, A., Paradis, C., Picard, E. (2009). *Y aura-t-il un lendemain de veille à la modération?* Dans Guyon, L., et collab. (Eds.), *Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent, À l'heure de l'intégration des pratiques*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 43-63.

Demossier, M. (2005). *Consuming Wine in France: the Wandering Drinker and the Vin-anomie*. Dans Wilson, T.M., (Eds.), *Drinking Cultures, Alcohol and Identity*. Oxford: Berg, p. 129-154.

Éditeur officiel du Québec, Publications Québec, Lois du Québec, *Lois et règlements*. [En ligne], [<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php>] (Consulté le 15 juillet 2009 et le 25 mars 2010).

Éduc'alcool (2007). *Les Québécois et l'alcool*. Montréal, 58 p.

Éduc'alcool [s.d.]. *Code d'éthique de l'industrie québécoise des boissons alcooliques*.

Edwards, G., et collab. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press, 226 p.

EuroSafe (2009a). *Alcohol and injuries, Policy statement issued by the Network of European NGO's Dedicated to injury prevention*. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion, Amsterdam, The Netherlands, November 9, 12 p.

EuroSafe (2009b). *European health and safety organisations call for stricter EU-coordinated alcohol policies*, Press release, European Association for Injury Prevention and Safety Promotion, Amsterdam, The Netherlands, November 25, 2 p.

Farrell, S., Manning, W.G., Finch, M.D. (2003). Alcohol dependence and the price of alcoholic beverages. *Journal of Health Economics*, 22(1), 117-147.

Fédération Française d'Addictologie (2009). *Nouvelle tentative de destruction de la Loi Evin*. Communiqué de presse FFA, 19 février 2009. [En ligne], [www.addictologie.org/+nouvelle-tentative-de-destruction+.html] (Consulté le 31 mars 2009).

Fell, J.C., Voas, R.B. (2006). The effectiveness of reducing illegal blood alcohol concentration (BAC) limits for driving: evidence for lowering the limit to .05 BAC. *Journal of Safety Research, ePub*, 37(3), 233-243.

Fillmore, K. M., Stockwell, T., Chikritzhs, T., et collab. (2007). Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Annals of Epidemiology*, 17(5), S16-S23.

Fondation de recherche sur les blessures de la route (2009a). *Sondage sur la sécurité routière 2009. La conduite en état d'ivresse au Canada par région*. Traffic Injury Research Foundation, 22 p.

Fondation de recherche sur les blessures de la route (2009b). *Sondage sur la sécurité routière 2009. La conduite en état d'ivresse au Canada*. Traffic Injury Research Foundation, 5 p.

Gallet, C.A. (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51(2), 121-135.

Giesbrecht, N., Demers, A., Ogborne, A., et collab. (Eds.), (2006). *Sober Reflections. Commerce, Public Health and the Evolution of Alcohol Policy in Canada, 1980-2000*. Montréal: McGill-Queens University Press, 368 p.

Global Road Safety Partnership (2007). *Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners*. Geneva, 149 p.

Gordon, S., Heim, D., MacAskill, S., et collab. (2008). *Snapshots of drinking. A rapid review of drinking cultures and influencing factors: Australia, Canada, France, Germany, Spain, Sweden and the United Kingdom and Scotland*. NHS Health Scotland.

Gouvernement du Canada (1993). *Mémoire d'accord États-Unis – Canada sur les pratiques provinciales de commercialisation de la bière*. Washington, 5 août, 8 p.

Gouvernement du Québec (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, 74 p.

Grube, N.E., Nygaard, P. (2005). *Alcohol Policy and Youth Drinking: Overview of Effective Interventions for Young People*. Dans Stockwell T., et collab. (Eds). *Preventing Harmful Substance Use-The evidence base for policy and practice*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.

Gruenewald, P.J., Madden, P., Janes, K. (1992). Alcohol Availability and the Formal Power and Resources of State Alcohol Beverage Control Agencies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(3), 591-597.

Gruenewald, P.J., Ponicki, W.R., Holder, H.D. (1993). The relationship of outlet densities to alcohol-consumption: a time-series cross-sectional analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(1), 38-47.

Gruenewald, P.J., Ponicki, W.R., Holder, H.D., Romelsjö, A. (2006). Alcohol Prices, Beverage Quality, and the Demand for Alcohol: Quality Substitutions and Price Elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(1), 96-105.

Harrison, P., Kessler, W.J. (2000). Alcohol Policy and Sexually Transmitted Disease Rates-United States, 1981-1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 49(16), 346-349.

Hastings, G., Anderson, S., Cooke, E., Gordon, R. (2005). Alcohol Marketing and Young People's Drinking: A Review of the Research. *Journal of Public Health Policy*, 26, 296-311.

Heather, N. (2006). *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care*. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse.

Heien, D., Pompelli, G. (1989). The Demand for Alcoholic Beverages: Economic and Demographic Effects. *Southern Economic Journal*, 55(3), 759-770.

Heien, D. (1996). The Relationship between Alcohol Consumption and Earnings. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 57(5), 536-542.

Hurst, P.M., Harte, D., Frith, W.J. (1994). The Grand Rapids dip revisited. *Accident Analysis and Prevention*, 26, 647-654, dans Global Road Safety Partnership (2007). *Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners*, Geneva, 149 p.

Insurance Institute for Highway Safety (2005). Reflecting on the alcohol-impaired driving problem worldwide and what to do about it, *Status Report*, 40(4), April 2, 7 p.

Jernigan, D.H. (2009). The global alcohol industry: an overview. *Addiction*, 104 (Suppl. 1), 6-12.

Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., et collab. (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 1.2 Santé mentale et bien-être. Portrait de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé au Québec. Brochure n° 4. Troubles mentaux, consommation d'alcool et de drogues et autres problèmes liés à la santé mentale.* Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut de la statistique du Québec.

Kaner, E.F., Beyer, F., Dickinson, H.O., et collab. (2007). *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations.* Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 2, art. n° CD004148.

Kellner, F. (2005). *Problèmes dus à l'alcool : prévalence, incidence et répartition.* Dans Adlaf E., Begin P., Sawka E., (Eds.), *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits, Rapport détaillé.* Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 33-47.

Kendall, P.R.W. (2008). *Public Health Approach to Alcohol Policy – An updated report from the provincial health officer.* Office of the Provincial Health Officer of British Columbia, 70 p.

Klatsky, A.L. (2007). Alcohol, cardiovascular diseases and diabetes mellitus. *Pharmacological Research*, 55(3), 237-247.

Komro, K.A., Toomey, T.L. (2002). Strategies to prevent underage drinking. *Alcohol Research and Health*, 26(1), 5-14.

Koppes, L.L., Dekker, J.M., Hendriks, H.F., et collab. (2005). Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Care*, 28(3), 719-725.

Kuo, M., Wechsler, H., Greenberg, P., Lee, H. (2003). The marketing of alcohol to college students: the role of low prices and special promotions. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 204-211.

Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques - Les acteurs et leur pouvoir*, 2^e édition. Québec, Presses de l'Université Laval.

Leon, D.A., McCambridge, J. (2006). Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950 to 2002: an analysis of routine data. *The Lancet*, 367, 52-56.

Levy, D., Sheflin, N. (1983). New Evidence on Controlling Alcohol Use through Price. *Journal of Studies on Alcohol*, 44(6), 929-937.

McClure, A.C., Stoolmiller, M., Tanski, S.E., et collab. (2009). Alcohol-Branded Merchandise and Its Association With Drinking Attitudes and Outcomes in US Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(3), 211-217.

McKee, M., Belcher, P., Hervey, T. (2009). Reducing harm from alcohol. *British Medical Journal*, 338, b1191.

Meier, P., Brennan, A., O'Reilly, D., et collab. (2008). *Independent Review of the Effects of Alcohol Pricing and Promotion. Part A: Systematic Reviews*. SchHARR, University of Sheffield, 243 p.

Ministère de la Justice du Canada. *Lois*. [En ligne], [<http://laws.justice.gc.ca/fr/>] (Consulté le 9 juillet 2009 et le 7 avril 2010).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Gouvernement du Québec, 101 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Programme Alcochoix+*. [En ligne], [http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil] Consulté le 22 décembre 2009).

Morin, R., April, N., Bégin, C. (2003a). *Mise à jour sur la consommation d'alcool au Québec et les pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 17 p.

Morin, R., April, N., Bégin, C., Quesnel, G. (2003b). *État de situation sur la consommation d'alcool au Québec et sur les pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec – Perspectives de santé publique*. Institut national de santé publique du Québec, 62 p.

Moskowitz, J.M. (1989). The Primary Prevention of Alcohol Problems – A Critical Review of the Research Literature. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 50(1), 54-88.

National Preventative Health Taskforce (2009). *Australia: the healthiest country by 2020. Technical Report N° 3. Preventing Alcohol-Related harm in Australia: a window of opportunity. Including addendum for October 2008 to June 2009*. Commonwealth of Australia.

Neill, G., Beauvais, B., Plante, N., Haiek, L.N. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Institut de la statistique du Québec, 86 p.

Norström, T., Laurell, H. (1997). *Effects of the lowering of the legal BAC-limit in Sweden*. Cité dans Mercier-Guyon C., (Eds.), *Alcohol, Drugs and Traffic Safety – T'97*. Centre d'Études et de Recherche en Médecine du Traffic, Annecy, France, 87-94.

Norström, T. (2004). Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in Canada, 1950-98. *Addiction*, 99(10), 1274-1278.

O'Campo, P., Johnston, M. (2009). *Consommation d'alcool*. Dans Agence de la santé publique du Canada, *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa, p. 88-94.

Ogborne, A., Stoduto, G. (2006). *Changes in Federal Regulation of Broadcast Advertisements for Alcoholic Beverages*. Dans Giesbrecht N., et collab. (Eds.), *Sober Reflections. Commerce, Public Health and the Evolution of Alcohol Policy in Canada, 1980-2000*. Montréal : McGill-Queens University Press, p. 237-259.

Organisation for Economic Co-operation and Development, European Conference of Ministers of Transport (2006). *Young Drivers: The Road to Safety*. Paris, France, 260 p.

Organisation mondiale de la Santé (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002, Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2005). *Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool*. Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, Point 13.14 de l'ordre du jour, WHA58.26.

Organisation mondiale de la Santé (2007). *Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool*. Deuxième rapport, Série de rapports techniques, n° 944, Genève, Suisse.

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Soixante et unième Assemblée mondiale de la Santé, Point 11.10 de l'ordre du jour, WHA61.4, 3 p.

Organisation mondiale de la Santé (2010). *Projet de stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool – Version révisée compte tenu des résultats de la cent vingt-sixième session du Conseil exécutif*. Genève, 20 p.

Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe (2006). *Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*, 41 pages.

Österberg, E. (2001). *Effects of Price and Taxation*. Dans Heather N., Peters T.J., Stockwell, T. (Eds.) *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. Wiley, John and Sons, 685-698.

Pieterse, B., Perron, M., Finnerty, M., et collab. (2007). *Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada : Vers une culture de modération. Recommandations en vue d'une stratégie nationale sur l'alcool*, Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool, 41 p.

Provincial Health Officer of British Columbia, Centre for Addictions Research of BC (2008). *A proposal for changes to BC liquor prices in order to reduce harm from alcohol consumption. A submission to the Select Standing Committee on Finance and Government Services on behalf of University of Victoria*, 12 p.

Quesnel, G.T. (2003). *L'évolution des pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 27 p.

Racine, S., Flight, J., Sawka, E. (2006). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : opinions, attitudes et connaissances*, 114 p.

Ramstedt, M. (2003). Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without mention of alcohol – the case of Canada, *Addiction*, 98(9), 1267-1276.

Ramstedt, M. (2004). Alcohol consumption and alcohol-related mortality in Canada, 1950-2000. *Canadian Journal of Public Health*, 95(2), 121-126.

Ramstedt M. (2005). Alcohol and suicide at the population level – the Canadian experience. *Drug and Alcohol Review*, 24(3), 203-208.

Régie des alcools, des courses et des jeux (2010). *Prix minimums de la bière*. [En ligne], [<http://www.racj.gouv.qc.ca>] (Consulté le 25 mars 2010).

Régie des alcools, des courses et des jeux. *Rapports annuels de gestion, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007 2007-2008 et 2008-2009*. [En ligne], [<http://www.racj.gouv.qc.ca/>] (Consulté les 16 avril et 23 octobre 2009).

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., et collab. (2004). Alcohol use. Dans Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A., Murray C.J.L. (Eds.), *Comparative Quantification of Health Risks - Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: World Health Organization, 959-1108.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., et collab. (2006a). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., et collab. (2006b). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002, version [CD-ROM]*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., et collab. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233.

Rehn, N., Room, R., Edwards, G. (2001). *L'alcool dans la Région européenne : consommation, méfaits et politiques*. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 137 p.

Room, R. (1984). Alcohol Control and Public Health. *Annual Review of Public Health*, 5, 293-317.

Room, R., West, P. (1998). Alcohol and the U.S.-Canada border: Trade disputes and border traffic problems. *Journal of Public Health Policy*, 19(1), 68-87.

Room, R., Rossow, I. (2001). The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 6, 218-228.

Room, R. (2002). *Alcohol*. Dans Detels, R., et collab. *Oxford Textbook of Public Health - 4th Edition*. Oxford: Oxford University Press, 1521-1532.

Saffer, H., Dave, D. (2002). Alcohol Consumption and Alcohol Advertising Bans. *Applied Economics*, 1325-1334.

Segal, D.S., Stockwell, T. (2009). Low alcohol alternatives: A promising strategy for reducing alcohol related harm. *International Journal of Drug Policy*, 20(2), 183-187.

Single, E., Truong, M.V., Adlaf, E., Ialomiteanu, A. (1999). *Profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 399 p.

Skog, O.J. (2003). Alcohol consumption and fatal accidents in Canada, 1950-98. *Addiction*, 98(7), 883-893.

Smith, D.I. (1988). Effect on Traffic Safety of Introduction a 0.05% Blood Alcohol Level in Queensland, Australia. *Medicine, Science and the Law*, 28(2), 165-170.

Smith, L.A., Foxcroft, D.R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9, 51.

Société de l'assurance automobile du Québec (2010). *Prévention des accidents. Lois et sanctions. Sécurité routière : L'alcool au volant, La conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool*. [En ligne], [http://www.saaq.gouv.qc.ca/prevention/alcool/comprendre/lois_sanctions.php] (Consulté le 18 février 2010).

Société des alcools du Québec (2008). *Rapport annuel 2008*. [En ligne], [<http://www.saq.com>] (Consulté le 18 juillet 2008).

Société des alcools du Québec (2009). *Rapport annuel 2009, section Finances*, p. 36. [En ligne], [<http://www.saq.com>] (Consulté le 6 octobre 2009).

Société des alcools du Québec (2009). *Innovation, savoir-faire et passion. Plan stratégique 2010-2012*. [En ligne], [http://marketing.globalwinespirits.com/SAQ_B2B/Plan_strategique_2010_2012.pdf] (Consulté le 27 avril 2010).

Statistique Canada (2007). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007*, Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, annuel, CANSIM (base de données). [En ligne], [<http://cansim2.statcan.gc.ca>] (Consulté le 24 septembre 2008).

Statistique Canada, *Comptes économiques nationaux : Ventes des boissons alcoolisées*. Tableaux 183-0006, 183-0017, 183-0019. Exercice financier se terminant le 31 mars (annuel), année 2007-2008. [En ligne], [<http://cansim2.statcan.gc.ca/>] (Consulté le 13 octobre 2009).

Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, *Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999. Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005*.

Statistique Canada, *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada*. Exercice financier clos le 31 mars, n° 63-202-XIB, n° 63-202-XIF, catalogues annuels 1986-1987 à 2007-2008, Ottawa.

Table québécoise de la sécurité routière (2007). *Pour améliorer le bilan routier. Premier rapport de recommandations de la Table québécoise de la sécurité routière*. 54 p.

Table québécoise de la sécurité routière (2009). *Deuxième rapport de recommandations. Pour poursuivre l'amélioration du bilan routier*, 60 p.

The Center on Alcohol Marketing and Youth (2009). *Youth Exposure to Alcohol Advertising on Television, 2001 to 2007*. [En ligne], [<http://camy.org>] (Consulté le 12 août 2009).

Thomas, G. (2004). *Méfais liés à l'alcool et politique régissant la consommation au Canada*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 46 p.

- Tjepkema, M. (2004). Alcohol and illicit drug dependence. *Supplement to Health Reports*, 15, 9-19.
- Trollidal, B. (2005). Availability and sales of alcohol in four Canadian provinces: a time-series analysis. *Contemporary Drug Problems*, 32, 343-372.
- Trollidal, B., Ponicki, W. (2005). Alcohol price elasticities in control and license states in the United States, 1982-99. *Addiction*, 100(8), 1158-1165.
- Vézina, L. (2002). *The Québec Alcohol Ignition Interlock Program: Impact on Recidivism and Crashes*. Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Montréal, 4-9 août, 97-104.
- Wagenaar, A.C., Salois, M.J., Komro, K.A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179-190.
- Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., et collab. (2004). Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 557-568.
- Willis, C., Lybrand, S., Bellamy, N. (2004). Alcohol ignition interlock programs for reducing drink driving recidivism. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, art. n° CD004168.
- Wilson, T.M. (Ed.). (2005). *Drinking cultures, alcohol and identity*. Berg, Oxford.
- Working Group report on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (2007). *Alcoholic Beverage Consumption and Ethyl Carbamate (Urethane)*. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol. 96, Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*.
- World Health Organization (2002). *The world health report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva.
- World Health Organization (2004a). *Global Status Report on Alcohol*. Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, Part I, 88 p.
- World Health Organization (2004b). *Global Status Report: Alcohol Policy*. Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, 118, 161, 170.
- World Health Organization (2007). *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. [En ligne], [<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>] (Consulté le 7 avril 2008).
- World Health Organization (2009). *Global Status Report on Road Safety: Time for Action*. Geneva, 287 p.
- World Health Organization (2010). *Follow the process for implementing the WHA 61.4 resolution and preparing a draft global strategy to reduce harmful use of alcohol*, Geneva,

[En ligne], [http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html]
(Consulté le 29 mars 2010).

Zaal, D. (1994). *Traffic Law Enforcement: A Review of the Litterature*, Report N° 53, Federal Office of Road Safety, Department of Transport, Monash University, Australia, April, 53-54.

ANNEXE

NOTE MÉTHODOLOGIQUE SUR L'ÉVOLUTION DES HABITUDES DE CONSOMMATION DES QUÉBÉCOIS

Pour décrire l'évolution des habitudes de consommation des Québécois (figures 7 à 10 et tableaux 19 à 23), les données ont été tirées de six enquêtes menées par Statistique Canada, à savoir les Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 et les Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003 et 2005.

Dans ces enquêtes, les répondants sont interrogés sur un grand nombre de sujets reliés à la santé, dont la consommation d'alcool et des données sociodémographiques. Ces données sont accessibles dans les fichiers de microdonnées à grande diffusion de Statistique Canada et ont été analysées à l'INSPQ.

Des comparaisons ont été effectuées entre les enquêtes. Le choix des variables a d'abord été guidé par la similitude des questions concernant l'alcool d'une enquête à l'autre. La population cible, la taille de l'échantillon, le mode de collecte et le taux de réponse ont aussi été considérés. L'objectif de cette analyse étant davantage de voir comment les buveurs se comportent et si leurs habitudes de consommation ont varié entre 1994-1995 et 2005; les proportions sont rapportées pour les buveurs actuels seulement, et non pour l'ensemble de la population. Les tests de comparaison ont été faits sur la première (1994-1995) et la dernière (2005) année d'enquête. Cependant, les proportions sont aussi rapportées pour les années intermédiaires (1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001); les courbes graphiques représentant l'évolution de chacun des indicateurs.

Toutefois, les plans de sondage des ESCC ne sont pas tous identiques. En effet, les ESCC utilisent deux bases de sondage : l'une aréolaire et l'autre téléphonique. Une base aréolaire est constituée d'unités géographiques définies selon le recensement canadien. Au cycle 1.1 (jusqu'en 2000-2001), environ 95 % de l'échantillon provenait de la base de sondage aréolaire alors qu'au cycle 2.1 cette proportion est inférieure à 50 %. Lors de l'analyse des résultats, certaines différences significatives pourraient être dues à la différence entre les modes de collecte entre les enquêtes plutôt qu'à une réelle différence entre les proportions.

Pour réduire les conséquences de ce problème, Côté, et collab. (2005) suggèrent d'utiliser un seuil de signification de 1 % plutôt que le seuil habituel de 5 % pour les variables non comparables (par leur mode de collecte) dont font partie les indicateurs de consommation retenus dans le présent rapport.

Tableau 19 Évolution de la consommation en litres d'alcool pur, *per capita*, selon le type de boissons alcoolisées, Québec, Canada, 1986-1987 à 2007-2008

Spiritueux	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992	1992-1993	1993-1994
Québec	1,6	1,5	1,4	1,3	1,1	1,0	1,0	0,9
Canada	3,0	2,9	2,7	2,5	2,3	2,2	2,0	2,0
Vin								
Québec	1,6	1,7	1,7	1,7	1,5	1,4	1,4	1,4
Canada	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1
Bière								
Québec	5,1	5,3	5,2	5,1	4,8	4,6	4,5	4,5
Canada	5,1	5,2	5,1	5,0	4,8	4,6	4,4	4,4
Total								
Québec	8,3	8,5	8,3	8,1	7,4	7,0	6,9	6,8
Canada	9,4	9,5	9,1	8,8	8,3	8,0	7,5	7,5
Spiritueux	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Québec	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
Canada	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1
Vin								
Québec	1,4	1,4	1,5	1,5	1,7	1,8	1,9	2,0
Canada	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,4
Bière								
Québec	4,5	4,6	4,5	4,6	4,7	4,8	4,7	4,8
Canada	4,3	4,3	4,2	4,2	4,3	4,3	4,3	4,2
Total								
Québec	6,8	6,9	6,9	6,9	7,3	7,5	7,6	7,8
Canada	7,3	7,4	7,2	7,3	7,5	7,6	7,7	7,7
Spiritueux	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	Changement % 1994-1995/2007-2008	
Québec	1,0	1,0	0,9	1,1	1,1	1,1	22,2	
Canada	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	15,8	
Vin								
Québec	2,1	2,1	2,1	2,2	2,3	2,4	71,4	
Canada	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	1,8	63,6	
Bière								
Québec	4,7	4,7	4,7	4,8	4,7	4,6	2,2	
Canada	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	-2,3	
Total								
Québec	7,8	7,8	7,7	8,0	8,2	8,1	19,1	
Canada	7,7	7,8	7,8	8,0	8,1	8,2	12,3	

Source : Statistique Canada, *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada*, Exercice financier clos le 31 mars, n° 63-202-XIB, n° 63-202-XIF, catalogues annuels 1986-1987 à 2007-2008.

Tableau 20 Proportion de buveurs actuels, par groupe d'âge et par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005

	ENSP 1994-1995 %	ENSP 1996-1997 %	ENSP 1998-1999 %	ESCC 2000-2001 %	ESCC 2003 %	ESCC 2005 %
Total 15 ans et plus						
Hommes	86,9	82,7	86,0	86,5	88,1	86,8
Femmes	76,2	75,6	78,1	80,0	81,9	81,8**!
Tous	81,5	79,1	82,0	83,2	84,9	84,2**!
15-24 ans						
Hommes	87,9	82,5	90,0	86,4	89,8	84,9
Femmes	79,7	85,2	82,9	83,8	88,4	84,5
Tous	84,0	83,8	86,5	85,1	89,1	84,7
25-44 ans						
Hommes	90,3	89,0	89,7	90,5	91,4	89,9
Femmes	81,4	80,3	84,0	86,2	86,7	85,6*
Tous	85,8	84,7	86,8	88,4	89,1	87,8
45-64 ans						
Hommes	86,9	82,0	86,8	85,6	86,3	87,4
Femmes	76,4	75,4	77,5	79,7	82,6	84,9**!!
Tous	81,5	78,7	82,0	82,6	84,4	86,2**!!
65 ans et plus						
Hommes	73,2	63,0	66,1	76,7	81,3	79,4
Femmes	58,9	55,1	60,7	63,8	64,7	65,3
Tous	64,8	58,4	63,0	69,3	71,8	71,5*

* Comparaison entre les taux de 1994-1995 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,05$ (non significatif pour ce rapport).

** Comparaison entre les taux de 1994-1995 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,01$ (significatif).

! Comparaison entre les taux de 2000-2001 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,05$ (non significatif pour ce rapport).

!! Comparaison entre les taux de 2000-2001 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,01$ (significatif).

Sources : Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005.

Note : L'indicateur « buveur actuel » correspond au fait de boire au moins un verre dans la dernière année.

Tableau 21 Consommation au-delà des seuils hebdomadaires de faible risque (plus de 14 verres par semaine chez les hommes et plus de 9 chez les femmes) chez les buveurs actuels, par groupe d'âge et par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005

	ENSP 1994-1995 %	ENSP 1996-1997 %	ENSP 1998-1999 %	ESCC 2000-2001 %	ESCC 2003 %	ESCC 2005 %
Total 15 ans et plus++						
Hommes	8,1	9,0	9,7	9,5	9,7	11,2**!!
Femmes	3,8	4,0	4,1	5,6	5,8	7,8**!!
Tous	6,0	6,6	7,0	7,6	7,8	9,5**!!
15-24 ans						
Hommes	7,7	8,8	10,9	11,6	11,8	13,3*
Femmes	-	-	5,8	7,6	8,6	9,2
Tous	6,0 [†]	6,9 [†]	8,4 [†]	9,6	10,3	11,2**
25-44 ans						
Hommes	8,5	8,6	9,8	8,3	9,0	10,9
Femmes	4,4	2,6	3,8	5,8	5,4	7,1*!!
Tous	6,6	5,8	6,9	7,1	7,3	9,1*!!
45-64 ans						
Hommes	8,4	12,2	10,2	10,8	10,6	11,2
Femmes	4,5	6,4	3,6	5,6	6,4	9,3**!!
Tous	6,6 [†]	9,4	7,0	8,2	8,5	10,2**!!
65 ans et plus						
Hommes	-	-	-	7,5	6,6	8,9
Femmes	0,0	-	-	2,7	2,1	3,9
Tous	-	-	4,7 [†]	5,0	4,3	6,3

* Comparaison entre les taux de 1994-1995 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,05$ (non significatif pour ce rapport).

** Comparaison entre les taux de 1994-1995 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,01$ (significatif).

! Comparaison entre les taux de 2000-2001 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,05$ (non significatif pour ce rapport).

!! Comparaison entre les taux de 2000-2001 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,01$ (significatif).

- Estimations non nulles mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %). Ne sont pas présentées.

† Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %. À interpréter avec circonspection.

++ Les experts ont défini des limites hebdomadaires sur la base des données épidémiologiques et des courbes de risque relatives à certaines conséquences à long terme sur la santé. Ainsi, selon les normes canadiennes de la consommation à faible risque, normes émises par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies en 1997, les hommes ne devraient pas boire plus de quatorze consommations par semaine, alors que ce maximum est fixé à neuf consommations pour les femmes (Bondy et collab., 1999).

Sources : Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005.

Tableau 22 Consommation excessive (5 verres et plus par occasion) au moins une fois par mois au cours de la dernière année, chez les buveurs actuels, par groupe d'âge et par sexe, Québec, 1994-1995 à 2005

	ENSP 1994-1995 %	ENSP 1996-1997 %	ENSP 1998-1999 %	ESCC 2000-2001 %	ESCC 2003 %	ESCC 2005 %
Total 15 ans et plus++						
Hommes	17,6	24,5	26,5	26,6	29,5	29,5**!!
Femmes	4,3 [†]	9,6	9,0	9,9	11,3	11,9**!!
Tous	11,2	17,3	18,0	18,4	20,5	20,8**!!
15-24 ans						
Hommes	23,7	37,4	46,4	40,0	43,3	44,6**
Femmes	11,3 [†]	23,9	21,4	21,4	25,1	25,7**!
Tous	18,0	30,8	34,4	30,9	34,5	35,1**!
25-44 ans						
Hommes	16,8	24,9	21,8	28,0	32,6	32,3**!!
Femmes	4,1 [†]	8,1 [†]	8,2 [†]	10,5	12,2	12,3**
Tous	10,8	17,0	15,3	19,6	22,8	22,7**!!
45-64 ans						
Hommes	18,8	21,7	25,0	24,0	25,7	25,8*
Femmes	-	5,9 [†]	5,2 [†]	6,8	7,2	9,2!
Tous	11,0	14,1	15,5	15,6	16,5	17,5**!
65 ans et plus						
Hommes	-	-	13,1 [†]	9,1	9,9	11,9
Femmes	0,0	-	-	-	2,3	1,6 [†]
Tous	-	-	6,8 [†]	4,7	5,9	6,6

* Comparaison entre les taux de 1994-1995 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,05$ (non significatif pour ce rapport).

** Comparaison entre les taux de 1994-1995 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,01$ (significatif).

! Comparaison entre les taux de 2000-2001 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,05$ (non significatif pour ce rapport).

!! Comparaison entre les taux de 2000-2001 et ceux de 2005 avec une valeur $p \leq ,01$ (significatif).

- Estimations non nulles mais jugées imprécises (coefficient de variation > 33,3 %). Ne sont pas présentées.

[†] Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %. À interpréter avec circonspection.

++ L'indicateur de la consommation excessive correspond au fait de boire au moins cinq boissons alcoolisées ou plus en une même occasion au cours de la dernière année. Les données présentées dans le tableau 22 portent sur la consommation excessive au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

Sources : Statistique Canada, Fichiers de microdonnées à grande diffusion, Enquêtes nationales sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999. Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005.

Tableau 23 Consommation excessive au moins une fois par mois au cours de la dernière année, chez les buveurs actuels, par groupe d'âge et par sexe, Québec, 2007

Total 12 ans et plus++	ESCC 2007 %
Hommes	29,0
Femmes	12,4
Tous	20,8
12-19 ans	
Hommes	27,0 ⁻¹
Femmes	17,5
Tous	22,2 ⁻¹
20-34 ans	
Hommes	42,4
Femmes	22,9
Tous	33,0
35-44 ans	
Hommes	28,1
Femmes	9,4
Tous	19,0
45-64 ans	
Hommes	25,7
Femmes	9,1
Tous	17,5
65 ans et plus	
Hommes	13,6
Femmes	2,8 ^E
Tous	8,0

E Utiliser avec prudence.

-1 Une valeur de -1 signifie que la différence observée entre les estimations comparées est significativement inférieure ($p \leq ,05$) au taux du Canada.

++ L'indicateur de la consommation excessive correspond au fait de boire cinq boissons alcoolisées ou plus en une même occasion au cours de la dernière année. Les données présentées dans le tableau 23 portent sur la consommation excessive au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

Source : Statistique Canada. Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2007) et groupes de régions homologues, annuel, CANSIM (base de données).

*Institut national
de santé publique*

Québec 

www.inspq.qc.ca