Réduire les méfaits et des coûts liés à l'alcool au Québec:

Rapport Sommaire Provincial

Réduire les méfaits et des coûts liés à l'alcool au Québec : Rapport sommaire provincial

Norman Giesbrecht et Ashley Wettlaufer, Centre de toxicomanie et de santé mentale;
Nicole April et Laurie Plamondon, Institut national de santé publique du Québec.

Ce rapport résume les résultats pour le Québec d'une étude plus vaste financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (subvention n^{o} 234859) et portant sur les politiques en matière d'alcool dans les provinces canadiennes.

Citation suggérée :
Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., April, N. et Plamondon, L. (2014). Réduire les méfaits et des coûts liés à l'alcool au Québec : Rapport sommaire provincial. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Introduction

L'alcool est un produit consommé dans plusieurs cultures et sociétés à travers le monde et le Québec n'en fait pas exception. L'alcool est associé à une soixantaine de problèmes sociaux et de santé et constitue un des principaux facteurs ayant un impact sur les décès et les incapacités en Amérique du Nord (Lim et collab., 2012; WHO, 2009). Les recherches démontrent que la consommation d'alcool en faible quantité peut avoir certains effets protecteurs (Corrao et collab., 2004). Toutefois, la consommation d'alcool cause plus de problèmes qu'elle n'en prévient (WHO, 2011). De nombreuses recherches ont mis en évidence plusieurs interventions efficaces pour prévenir les problèmes associés à l'alcool dans la population et ces interventions sont l'objet principal de ce rapport.

L'objectif général de ce projet de recherche est de favoriser l'adoption de politiques publiques et de mesures de prévention basées sur des données probantes en vue de réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada. Le projet documente les politiques en matière d'alcool en place dans les dix provinces et les compare entre elles. Il met en évidence les forces des politiques de chacune des provinces et présente des recommandations sur comment les renforcer. Les résultats et recommandations du projet ont été et continuent d'être transmis aux différentes parties prenantes et aux utilisateurs de connaissances afin d'encourager des changements en matière de politiques liées à l'alcool. Le projet souhaite également informer les régies des alcools provinciales et les organismes de règlementation de l'alcool du rôle supplémentaire qu'ils peuvent jouer pour contribuer à la réduction des méfaits et des coûts liés à l'alcool dans les provinces canadiennes.

En mars 2013, le rapport principal de ce projet, intitulé *Stratégies pour réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Canada* (Giesbrecht et collab., 2013) a été dévoilé lors d'un évènement organisé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Le rapport complet est disponible à l'adresse suivante : http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Pages/default.aspx

Le présent rapport sommaire provincial fournit des résultats plus détaillés et des recommandations adaptées pour le Québec.

Méthode

Ce projet s'inspire du modèle adopté par MADD Canada qui compare les provinces sur les politiques relatives à l'alcool au volant (Solomon et collab., 2009). Il s'appuie également sur des études internationales comparant et évaluant les politiques publiques sur l'alcool (Brand et collab., 2007; Karlsson et Österberg, 2001). Des revues systématiques rigoureuses et reconnues portant sur l'efficacité des mesures de prévention des problèmes liés à l'alcool ont permis de sélectionner dix dimensions de politiques efficaces qui font l'objet de ce projet. Ces dix dimensions de politiques discutées plus loin sont tirées de nombreuses sources, dont Anderson et collab. (2009), Babor et collab. (2010), Giesbrecht et collab. (2011) et l'Association canadienne de santé publique (ACSP, 2011) et recoupent celles qui ont été identifiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010) et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies dans la Stratégie nationale sur l'alcool (CCLAT, 2007).

Une grille de notation a été élaborée pour estimer le niveau de mise en œuvre des politiques en matière d'alcool. Cette grille a été soumise pour évaluation à trois experts internationaux en matière de politiques sur l'alcool. Elle consiste en dix dimensions de politiques pondérées, chacune de ces dimensions étant elle-même composée de plusieurs indicateurs également pondérés. Premièrement, chacune des provinces a été notée sur les indicateurs. Pour calculer les notes provinciales de chacune des dimensions de politiques, les notes des indicateurs ont été compilées pour obtenir un score brut sur dix. En second lieu, pour calculer la note globale de chacune des provinces sur l'ensemble des dix dimensions de politiques, les notes brutes de chaque dimension de politique ont été pondérées et additionnées. Toutes les notes sont exprimées en pourcentage d'une note idéale.

Les données ont été recueillies auprès de sources officielles. Des représentants des organismes ou ministères concernés ont fourni l'information manquante au besoin, et ont vérifié les données finales une fois colligées. Finalement, à la suite d'un essai pilote de la grille et du processus de notation en utilisant les données à l'aveugle, les notes finales ont été compilées et pondérées de façon indépendante par deux membres de l'équipe de façon à produire le classement final des provinces.

Situation au Québec

Contexte

Consommation d'alcool et problèmes connexes

Au Québec, les récentes tendances démontrent que la consommation d'alcool est à la hausse et que ceci inclut la consommation d'alcool à risque. La consommation *per*

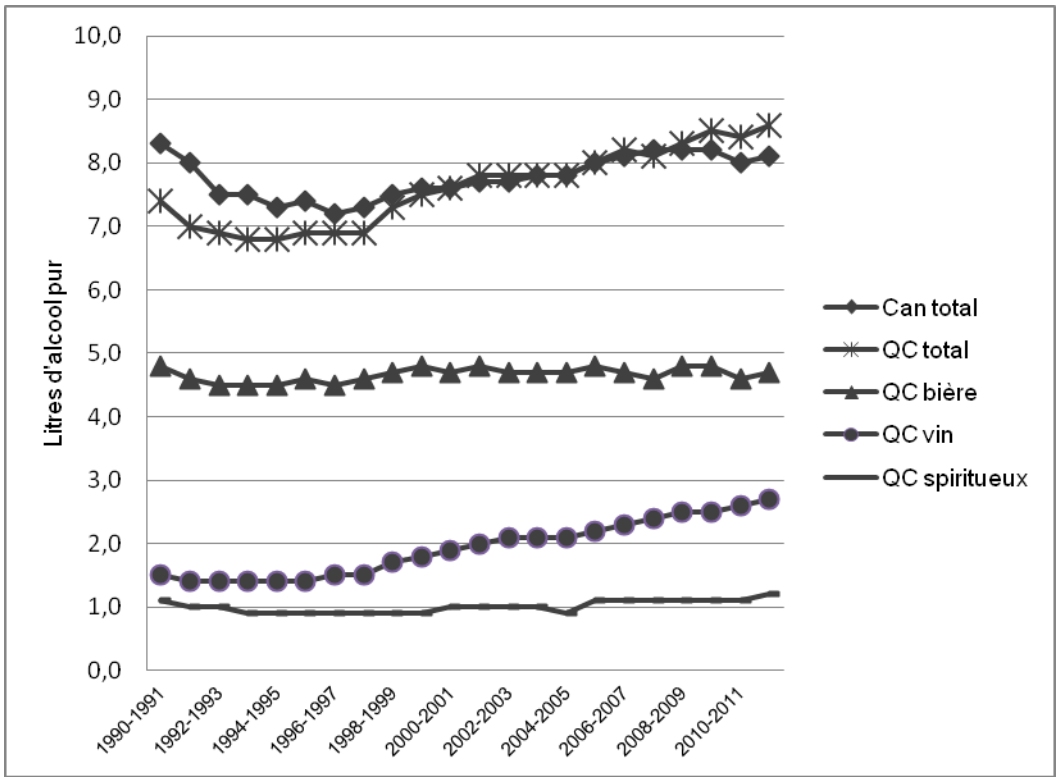
capita d'alcool est passée de 6,9 litres d'alcool pur en 1997-1998 à 8,6 litres en 2011-2012 (figure 1) (Statistique Canada, 2013a). Ceci représente une augmentation de 26,5 % de la consommation d'alcool, ce qui place le Québec au-dessus de la moyenne nationale. Durant la même période, l'augmentation de la moyenne nationale a été de 11 %. Jusqu'au début des années 2000, la consommation *per capita* d'alcool était plus faible au Québec comparativement à la moyenne nationale. Toutefois, dans la deuxième partie de la dernière décennie, soit en 2008-2009, la consommation *per capita* d'alcool au Québec a commencé à dépasser la moyenne nationale. Cette hausse est largement due à l'augmentation de la consommation de vin au Québec (figure 1) (Statistique Canada, 2013a).

De la même manière, entre 2000 et 2010, la prévalence de la consommation de 5 verres et plus par occasion au moins une fois par mois a augmenté chez les adultes québécois âgés de 18 ans et plus de toutes les catégories d'âge et des deux sexes (Statistique Canada, 2010).

Par ailleurs, selon l'enquête de santé dans les collectivités canadiennes - santé mentale de 2012, le taux d'abus ou de dépendance à l'alcool à vie est significativement plus faible au Québec (13,3 %) qu'au Canada (18,1 %) (Statistique Canada, 2013b). Toutefois, il n'est pas possible de dégager une tendance entre les deux enquêtes de 2002 et 2012, car les questions ont été modifiées (Pearson et collab., 2013).

L'alcool joue aussi un rôle dans les décès par accident de la route. Au Québec, 37,4 % des conducteurs décédés dans un accident de la route en 2011 présentaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale de 80 mg par 100 ml de sang (SAAQ, 2013a). Enfin, selon une étude canadienne, 48 307 hospitalisations étaient attribuables à l'alcool au Québec en 2002 (Rehm et collab., 2006).

Figure 1. Consommation d'alcool *per capita* en litres d'alcool pur, par personne âgée de 15 ans et plus, Québec et Canada, 1990 à 2012



(Statistique Canada, 2013a)

Récents changements dans les politiques en matière d'alcool au Québec

Cette section présente un résumé de certains changements de politiques et pratiques en matière d'alcool qui ont été mis en place ou ont été annoncés au Québec depuis la fin de la période de collecte de données du rapport principal à l'automne 2012. Notez que ces changements ne sont pas reflétés dans les notes des provinces, puisqu'ils sont survenus après la fin de période de collecte de données et de notation.

- Fixation des prix : Le 20 novembre 2012, le gouvernement québécois a annoncé une augmentation de la taxe spécifique sur l'alcool (Revenu Québec, 2012). Le prix de la bière a été augmenté de 0,03 $ par bouteille, celui du vin de 0,17 $ par bouteille, et celui des spiritueux de 0,26 $ par bouteille.

- Alcool au volant : Depuis le 15 avril 2013, le règlement qui exige une alcoolémie nulle (« tolérance zéro») pour les conducteurs ne s'applique plus seulement aux titulaires d'un permis d'apprenti conducteur ou d'un permis de conduire probatoire, mais aussi à tous les titulaires de permis de conduire âgés de 21 ans ou moins (SAAQ, 2013b). En cas de non-respect de la loi, les sanctions

imposées sont la suspension immédiate du permis de conduire de 90 jours, l'inscription de quatre points d'inaptitude et une amende de 300 $ à 600 $.

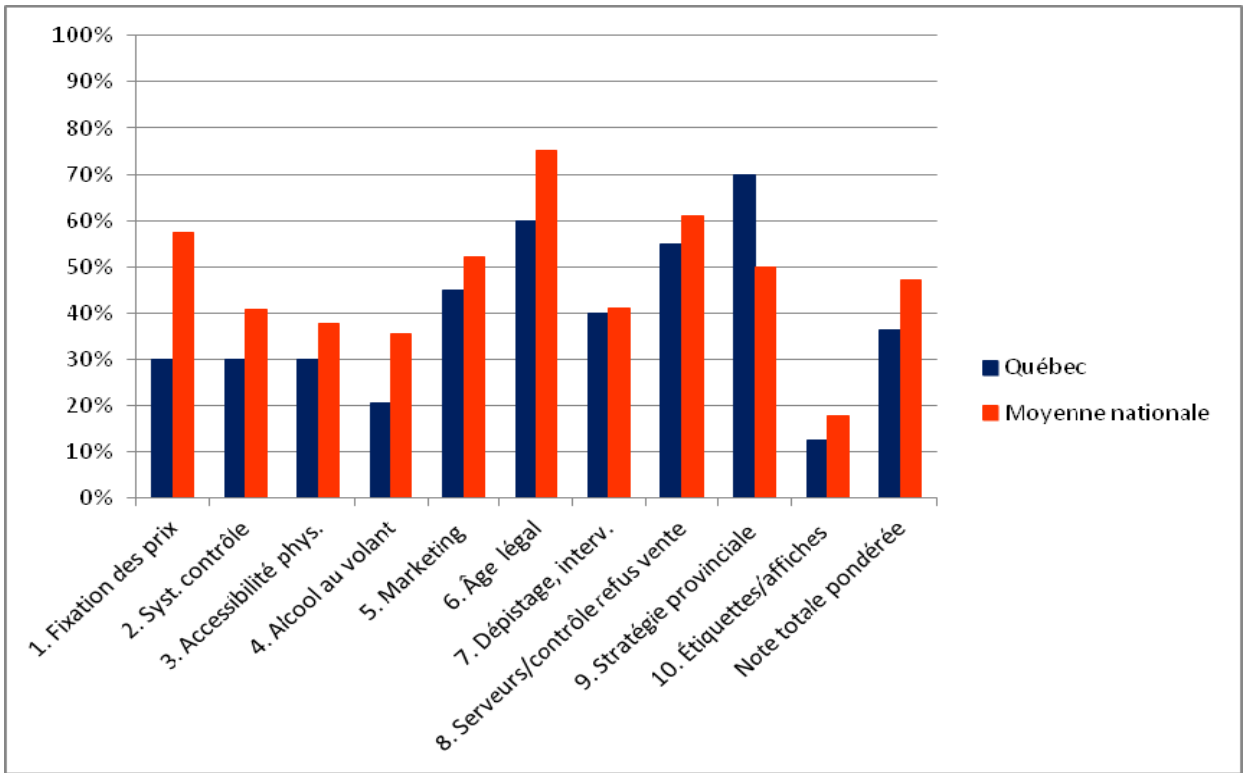
- Dépistage, interventions brèves et orientation : Fin 2012, le Collège des médecins du Québec et Éduc'alcool ont diffusé les directives de consommation d'alcool à faible risque aux médecins et autres professionnels de la santé (Collège des médecins du Québec et Éduc'alcool, 2012). Les cliniciens peuvent se servir de ces directives pour donner des conseils à leurs patients. Ces directives peuvent aussi être utiles pour soutenir le programme Alcochoix+, une intervention brève pour diminuer la consommation d'alcool des buveurs à risque offerte dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec (MSSS, 2013).

Résultats pour le Québec

Les résultats démontrent que, de façon générale, le Québec a un système de contrôle de l'alcool moins contraignant que celui des autres provinces. Par conséquent, il a reçu la note totale pondérée la plus faible des provinces. Toutefois, un résultat important du projet est le faible écart des notes entre les provinces, soit une variation de 20 % entre elles. Les notes finales des provinces variaient de 36 % à 56 % de la note idéale et la note moyenne des provinces était de 47 %. Ceci indique qu'il existe un potentiel important d'amélioration dans chacune des provinces.

Les sections qui suivent présentent les résultats du Québec pour chacune des dimensions de politiques. Les résultats incluent le rang du Québec, sa note en comparaison de la moyenne nationale, les pratiques prometteuses en place et les éléments à améliorer, ainsi que des recommandations spécifiques au Québec. Il est à noter que les dimensions de politiques sont présentées en ordre décroissant de leur impact potentiel sur la réduction des problèmes et les coûts engendrés par la consommation d'alcool. Les résultats de chacune des dimensions sont présentés à la figure 2.

Figure 2. Notes pondérées des dimensions de politiques : Québec et moyenne nationale



1. Fixation des prix

Des revues systématiques ont démontré que la fixation des prix est une mesure hautement efficace pour diminuer la consommation d'alcool et les problèmes connexes dans la population (Anderson et collab., 2009; Babor et collab., 2010). De bonnes politiques de prix comprennent les éléments suivants : 1) fixer des prix minimums aux boissons alcoolisées pour diminuer l'accessibilité économique à de l'alcool bon marché. Cette mesure cible particulièrement les plus jeunes et les gros buveurs. Le prix minimum recommandé est de 1,50 $ par consommation standard[1] pour les produits alcoolisés vendus pour emporter (en magasin) et de 3,00 $ par consommation standard pour ceux vendus pour consommation sur place (dans les bars et restaurants) ; 2) ajuster régulièrement le prix de l'alcool pour suivre le coût de la vie et pour que l'alcool ne devienne pas moins cher comparativement à d'autres biens de consommation au fil du temps ; et 3) fixer des prix en fonction de la teneur en alcool pour encourager la consommation de produits à faible concentration d'alcool (Thomas, 2012). Ces trois indicateurs sont la base de la notation de la dimension de fixation des prix. Afin de comparer les prix des différents types de boissons alcoolisées, le prix est calculé par consommation standard. Le Québec obtient une note de 30 % (écart entre les

[1] Au Canada, une consommation standard contient 13,45 g ou 17,05 ml d'alcool pur (Butt et collab., 2011).

provinces de 30 % à 76 %) et arrive au 10e rang des provinces sur cette dimension de politique.

Pratiques prometteuses : Le Québec dispose d'un prix minimum pour la bière vendue pour emporter. Ce prix minimum varie selon la teneur en alcool, avec des prix plus élevés pour la bière ayant une teneur en alcool plus élevée. Par exemple, quatre catégories de prix minimums distincts sont établies selon la concentration en alcool de la bière. De plus, ces prix minimums de la bière sont indexés annuellement en fonction de l'inflation.

Éléments à améliorer : En 2012, le prix minimum établi pour la bière vendue pour emporter était inférieur au prix de référence recommandé de 1,50 $ par consommation standard. Le prix minimum par consommation standard d'une bière embouteillée ayant une teneur typique de 5 % était de 1,21 $ lorsque vendue dans un commerce d'alcool à emporter. Le Québec n'établit pas de prix minimum pour les catégories de boissons alcoolisées autres que la bière vendue pour emporter. La majorité des autres provinces ont des prix minimums pour le vin et les spiritueux vendus en magasin, ainsi que des prix minimums distincts pour les boissons alcoolisées vendues pour consommation sur place. Au Québec, le seul prix qui tient compte de la teneur en alcool est le prix minimum de la bière. Finalement, le prix moyen des boissons alcoolisées, pour tous les principaux types de boissons alcoolisées, n'a pas suivi l'indice canadien des prix à la consommation depuis 2006 au Québec.

Recommandations : Ajuster annuellement les prix de l'alcool en fonction de l'indice des prix à la consommation (IPC) permettrait de les maintenir proportionnels à ceux des autres biens au fil du temps. La politique de prix minimum qui s'applique actuellement pour la bière vendue pour emporter devrait également être élargie à tous les types de boissons alcoolisées. Comme c'est le cas actuellement pour le prix minimum de la bière, tous les prix minimums devraient être ajustés annuellement selon l'IPC. Aussi, il est important de s'assurer que les prix minimums sont établis à un niveau efficace pour réduire les problèmes liés à l'alcool. L'équipe du projet recommande d'établir les prix minimums à 1,50 $ par consommation standard dans les commerces d'alcool à emporter et à 3,00 $ par consommation standard dans les établissements qui vendent de l'alcool à consommer sur place. Enfin, ajuster les prix selon la teneur en alcool rendrait les produits à haute teneur en alcool plus coûteux et, par conséquent, encouragerait la consommation de produits à faible concentration d'alcool.

2. Système de contrôle du commerce de l'alcool

Un monopole gouvernemental de vente de l'alcool est une façon efficace de contrôler la consommation d'alcool et de diminuer ses méfaits. Les avantages sont plus grands lorsque le système de contrôle poursuit des objectifs de santé publique et de sécurité

(Babor et collab., 2010). Maintenir un monopole de vente d'alcool contrôlé par le gouvernement est important pour règlementer l'accès à l'alcool au moyen des autres politiques examinées dans ce rapport. Les indicateurs de cette dimension de politique portent sur : 1) le type de vente au détail de l'alcool à emporter (magasins d'état par rapport à magasins privés) ; 2) la vente d'alcool en dehors des points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place (achats par Internet ou livraison); 3) l'importance accordée à la promotion des produits par rapport aux initiatives de responsabilité sociale ; et 4) le ministère responsable du contrôle de l'alcool. Avec une note de 30 % (écart entre les provinces de 15 % à 63 %), le Québec arrive au 8^{e} rang des provinces sur cette dimension de politique.

Pratiques prometteuses : Le Québec possède un système mixte de vente d'alcool au détail, l'alcool étant vendu dans les succursales de la Société des alcools du Québec (SAQ) ainsi que dans des commerces privés (dépanneurs et épiceries). L'organisme responsable de la règlementation de l'alcool, la Régie des alcools des courses et des jeux (RACJ), relève du ministère de la Sécurité publique. Placer la règlementation de l'alcool sous ce ministère peut aider à s'assurer que les risques de la consommation d'alcool pour la santé sont pris en compte quand sont prises des décisions autour de la règlementation de l'alcool. De plus, la SAQ participe au financement d'Éduc'alcool, un organisme sans but lucratif qui se consacre aux programmes d'éducation du public sur la consommation à faible risque d'alcool. Éduc'alcool informe le public au moyen de divers médias, dont le contenu en ligne (site Web), les médias électroniques, les documents imprimés et les médias sociaux.

Éléments à améliorer : En utilisant le nombre de points de vente comme mesure, environ 5 % des lieux vente d'alcool à emporter appartenaient au gouvernement (SAQ) et étaient administrés par celui-ci, au Québec, en 2011. La Nouvelle-Écosse et l'Ile-du-Prince-Édouard sont les deux seules provinces où plus de 50 % des points de vente sont demeurés au sein des monopoles d'État. De plus, au Québec, l'alcool se vend ailleurs que dans les points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place, par les services de livraison, les ventes en ligne et par l'offre de trousses de fabrication d'alcool artisanal à domicile. Ces pratiques peuvent augmenter l'accès à l'alcool. Bien que la RACJ relève de la Sécurité publique, la SAQ pour sa part, relève du ministère des Finances et de l'Économie.

Recommandations : Il est important que le Québec maintienne son monopole d'État même partiel sur la vente de l'alcool ainsi que les pouvoirs de l'organisme de règlementation (RACJ). Un monopole d'État joue un rôle important pour mettre en place et maintenir les stratégies de contrôle comme le respect de l'âge minimal légal, la fixation des prix et l'établissement des heures et des jours d'ouverture, ainsi que pour soutenir un mandat de responsabilité sociale (Babor et collab., 2010). Toutefois, le gouvernement porte un double mandat de protéger la santé publique en limitant la

consommation d'alcool et d'augmenter les revenus du gouvernement provenant de la vente d'alcool. Dans une perspective de santé publique, ce double mandat demande une approche équilibrée afin de réduire les coûts sociaux liés à l'alcool. Par ailleurs, les systèmes de distribution d'alcool non traditionnels, comme les services de livraison et le magasinage en ligne devaient être étroitement surveillés et dotés de mesures de contrôle adéquates permettant de limiter la vente aux personnes sous l'âge minimal légal et aux clients en état d'ébriété.

3. Accessibilité physique

Le degré d'accessibilité physique à l'alcool dépend principalement du nombre de points de vente et d'établissements détenant un permis, ainsi que des heures et des jours d'ouverture de ces points de vente. La restriction de la densité des points de vente est associée à une réduction de la consommation d'alcool et des problèmes connexes dans la population (Babor et collab., 2010 ; Popova et collab., 2009). Les restrictions sur les heures d'ouverture sont efficaces quand ces changements réduisent l'accessibilité à l'alcool ou dans les lieux où les problèmes sont spécifiquement liés aux heures de vente de l'alcool (Babor et al, 2010). Les indicateurs de cette dimension de politique portent sur : 1) le nombre de points de vente par personne âgée de 15 ans et plus et 2) les heures d'ouverture : le fait d'avoir une règlementation ainsi que les heures d'ouverture en vigueur. Le Québec obtient une note 30 % (écart entre les provinces de 5 % à 55 %) et arrive au 8^{e} rang des provinces, avec l'Ile-du-Prince-Edouard, sur la dimension de l'accessibilité physique.

Pratiques prometteuses : La règlementation québécoise donne aux résidents un certain droit de regard sur l'emplacement des points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place. Chaque nouvelle demande de permis d'alcool est annoncée dans un journal. Un citoyen peut s'opposer à la délivrance d'un permis dans les 30 jours de la parution de l'avis dans le journal. C'est toutefois la RACJ qui prend la décision finale sur la délivrance du permis.

Les heures d'ouverture de tous les points de vente d'alcool au Québec sont limitées au moyen de règlements et par des restrictions accompagnant chacun des permis. Ceci permet un certain contrôle de l'importance de l'accessibilité de l'alcool pour le public.

Éléments à améliorer : Il n'existe pas au Québec de règlements qui limitent la densité des points de vente d'alcool à emporter ou à consommer sur place. La densité des points de vente d'alcool à emporter au Québec est la deuxième plus élevée de toutes les provinces avec environ 12 points de vente d'alcool à emporter par 10000 personnes âgées de 15 ans et plus. La densité des établissements qui vendent de l'alcool à consommer sur place est modérément plus élevée que dans les autres provinces avec 36 points de vente par 10000 personnes âgées de 15 ans plus.

Par ailleurs, à travers tous les canaux de vente d'alcool, l'achat de boissons alcoolisées est possible durant la plus grande partie de la journée (19 heures par jour, 7 jours sur 7). Les heures de vente d'alcool sont de 8h00 jusqu'à 23h00 dans les points de vente d'alcool à emporter et jusqu'à 3h00 le lendemain dans les établissements qui vendent de l'alcool à consommer sur place. De plus, le prolongement des heures d'ouverture des établissements vendant de l'alcool à consommer sur place peut être autorisé à l'occasion d'évènements d'envergure municipale, provinciale, nationale ou internationale.

Bref, la densité élevée des points de vente au détail et les heures d'ouverture prolongées des lieux de vente d'alcool au Québec font en sorte que l'alcool est facilement accessible durant la majeure partie de la journée.

Recommandations : La densité des points de vente d'alcool devrait idéalement être limitée en fonction de la taille de la population. Ceci pourrait être réalisé dans le cadre des juridictions provinciales ou municipales. Les règles municipales de zonage et de planification urbaine pourraient aussi être utilisées pour influencer la localisation et limiter la concentration des points de vente d'alcool. L'accessibilité à l'alcool pourrait être réduite en limitant les heures d'ouverture des points de vente d'alcool tôt le matin et tard la nuit, ce qui pourrait contribuer à prévenir la consommation à risque élevé d'alcool et les problèmes connexes.

4. Alcool au volant

Note : Cette section s'appuie sur les informations fournies par MADD Canada dans sa récente revue de la législation sur l'alcool au volant au Canada. Pour une revue globale et une analyse comparative des mesures dissuasives contre l'alcool au volant, consultez le rapport de MADD Canada de 2012 (Solomon et collab., 2013).

Les indicateurs retenus représentent trois types de mesures efficaces pour réduire les décès et les blessures causés par l'alcool au volant : 1) des restrictions sur les permis, comme un programme d'accès graduel au permis de conduire qui adopte une politique de tolérance zéro pour tous les conducteurs âgés de moins de 21 ans ou ayant moins de 5 ans d'expérience et qui est accompagné d'une règlementation pour assurer la mise en application de ces exigences ; 2) la suspension ou le retrait du permis de conduire et la mise en fourrière du véhicule durant au moins sept jours chez les conducteurs ayant un taux d'alcoolémie de 50 mg par 100 ml de sang ou plus; 3) un programme obligatoire d'installation d'antidémarreurs éthylométriques pour les conducteurs arrêtés pour conduite avec facultés affaiblies en vertu des lois fédérales, accompagné de sanctions administratives progressives et de programmes de traitement pour les récidivistes.

Selon les données colligées par MADD Canada en appui au rapport de 2012, le Québec obtenait la plus faible note des provinces sur cette dimension de politique (20 %). Toutefois, les modifications règlementaires adoptées en 2013, et plus spécifiquement la mise en place d'un programme d'accès graduel au permis pour les conducteurs de 21 ans ou moins, auraient contribué à améliorer significativement la note du Québec dans ce domaine.

Pratiques prometteuses : Comme la plupart des provinces, le Québec a un programme obligatoire d'installation d'antidémarreurs éthylométriques et de traitement pour les conducteurs récidivistes arrêtés pour conduite avec facultés affaiblies en vertu des lois fédérales. Depuis juin 2012, des sanctions administratives ont été ajoutées pour les conducteurs avec une alcoolémie de 80 mg par 100 ml ou plus et de 160 mg par 100 ml ou plus avec des sanctions plus sévères chez les récidivistes.

Éléments à améliorer : Le Québec n'a pas mis en place de mesures administratives pour les conducteurs qui ont une alcoolémie entre 50 et 80 mg d'alcool par 100 ml de sang, alors que toutes les autres provinces le font.

Recommandations : Mettre en place des sanctions administratives, comme une amende, la suspension du permis de conduire ou l'inscription de points d'inaptitude, aux conducteurs qui ont une alcoolémie entre 50 et 80 mg par 100 ml de sang.

5. Marketing et publicité

Le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) est l'organisme fédéral responsable de l'établissement des règlements sur la publicité sur l'alcool dans le Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées. Le contexte médiatique a changé de façon importante depuis 1996, alors que les règlements du CRTC ont été modifiés pour la dernière fois. Par conséquent, il revient aux autorités de règlementation provinciales de mettre en place des règlements provinciaux plus adaptés concernant la publicité sur l'alcool qui vont au-delà de ceux spécifiés par le CRTC**.**

Dans la présente étude, la dimension de politique du marketing et de la publicité comporte les indicateurs suivants: 1) des règlements provinciaux sur le marketing de l'alcool qui incluent le contenu, l'emplacement et la quantité de publicités ; 2) l'existence d'un système formel de déclaration et de traitement des plaintes ainsi que de fortes pénalités pour le non-respect des règlements ; 3) le principal focus du site Internet de la société d'État ; et 4) des restrictions sur les commandites qui permettent la présentation des noms et logos des fabricants d'alcool.

Le Québec arrive au 8e rang des provinces sur cette dimension de politique, avec une note de 45 % (écart entre les provinces de 35 % à 65 %).

Pratiques prometteuses : Le Québec impose des restrictions quant au contenu des publicités sur l'alcool au-delà de ce qui est requis par le *Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées*. Par exemple, une publicité ne peut directement ou indirectement laisser entendre qu'une boisson alcoolique a des qualités ou des propriétés favorables à la santé, nutritives, curatives, sédatives ou stimulantes. La règlementation restreint également la promotion des prix. Les gratuités, les « bars ouverts » et les « 3 pour 1 » sont interdits. La pratique des rabais « 2 pour 1 » ainsi que les « 5 à 7 » ou « happy hour » est tolérée, mais il est interdit d'en faire la publicité.

Éléments à améliorer : Au Québec, les règlements n'imposent pas de restriction sur la quantité ou l'emplacement des publicités sur l'alcool. Les commandites d'équipes sportives et d'évènements ou d'infrastructures qui affichent les noms ou logos des fabricants de boissons alcoolisées sont autorisées sans restriction. Il n'existe pas de système clair et formel pour déposer les plaintes à la RACJ à l'égard de pratiques de marketing fautives. Les pénalités imposées à ceux qui contreviennent aux règlements sont mineures et il est peu probable qu'elles aient de l'impact : les contrevenants sont passibles d'une amende de 325 $ à 700 $, laquelle peut aller jusqu'à 2800 $ dans le cas d'infractions subséquentes. Enfin, le site Internet de la SAQ est principalement axé sur la promotion des produits, alors que très peu d'espace est dédié aux messages de prévention ou à des références aux initiatives d'Éduc'alcool.

Recommandations : Il est recommandé que l'exposition à la publicité soit limitée, en particulier pour les populations plus jeunes. Ceci peut être réalisé par des restrictions sur l'emplacement, la quantité ou la fréquence de publicité de l'alcool. De plus, les politiques restreignant les commandites impliquant l'affichage des noms et logos des fabricants de boissons alcoolisées contribueraient à équilibrer les intérêts de santé et la promotion des produits. La mise en place d'un mécanisme de plainte formel et facile d'utilisation pour dénoncer des infractions aux pratiques de marketing est aussi encouragée. Finalement, la SAQ pourrait s'assurer que les messages de responsabilité sociale et ceux orientés sur la promotion des produits soient représentés et accessibles de façon au moins égale sur son site Internet. Par exemple, la SAQ pourrait offrir un lien vers les ressources d'Éduc'alcool sur une partie importante de la page d'ouverture de son site Internet.

6. Âge minimal légal de consommation d'alcool

Plusieurs études démontrent que l'âge minimal légal de consommation d'alcool joue un rôle important pour diminuer la consommation d'alcool et les problèmes connexes chez les jeunes (Wagenaar et Toomey, 2002 ; Babor et collab., 2010 ; Vaos et Tippetts,

1999). Les indicateurs de cette dimension sont : 1) le niveau d'âge minimal légal, avec un idéal de 21 ans, comme le démontrent les études réalisées aux États-Unis ; et 2) des règlements interdisant non seulement l'achat d'alcool par les jeunes qui n'ont pas l'âge légal, mais aussi la vente d'alcool à ces derniers, ces règlements étant accompagnés de mesures pour les faire respecter.

Toutes les provinces ont obtenu une note supérieure à 50 %, le Québec inclus, avec une note de 60% (écart de 60 % à 80 %).

Pratiques prometteuses : Au Québec, l'âge minimal légal de consommation d'alcool est appuyé par une règlementation interdisant non seulement l'achat d'alcool par les mineurs, mais interdisant aussi de leur en vendre. Cette mesure partage la responsabilité entre l'acheteur et le détaillant. De plus, la SAQ dispose d'un programme de clients mystères qui vient appuyer l'application de la loi sur l'âge minimal légal dans ses succursales.

Éléments à améliorer : L'âge minimal légal pour se procurer de l'alcool au Québec est de 18 ans, tout comme au Manitoba et en Alberta. Il est de 19 ans dans les sept autres provinces. Le Québec n'a pas de programme gouvernemental d'inspection des points de vente d'alcool à emporter privés (dépanneurs et épiceries qui vendent de l'alcool) et des points de vente d'alcool à consommer sur place.

Recommandations : La mise sur pied d'un programme gouvernemental d'inspection, comme un programme de clients-mystères dans les points de vente d'alcool à emporter et des établissements qui vendent de l'alcool à consommer sur place, appuierait les règlements sur l'âge minimal légal de consommation d'alcool. L'imposition d'un âge minimal légal plus élevé pourrait également diminuer la consommation d'alcool des jeunes et les problèmes connexes. Il est recommandé que le Québec augmente l'âge minimal légal à au moins 19 ans, comme c'est le cas dans sept autres provinces.

7. Dépistage, intervention brève et orientation

Cette dimension concerne des pratiques cliniques pour dépister la consommation à risque élevé d'alcool, offrir des interventions brèves aux personnes qui souhaitent diminuer leur consommation d'alcool et orienter vers des services spécialisés les personnes qui ont besoin d'aide pour diminuer leur consommation ainsi que celles qui sont dépendantes à l'alcool. Ces approches réduisent la consommation d'alcool à risque élevé, les problèmes connexes et les coûts (Rehm et collab., 2008). Les indicateurs de cette dimension de politique portent sur : 1) l'intégration du « dépistage, intervention brève et orientation » dans une stratégie provinciale ou un plan d'action, dans le but d'inciter à l'action dans ce domaine ; 2) la publication par une association provinciale reconnue d'un énoncé de position ou de lignes directrices dans le but de

favoriser l'intégration du dépistage, intervention brève et orientation dans la pratique ; et 3) la présence de codes d'actes pour rémunérer les médecins pour cette pratique. Le Québec arrive au 5e rang des provinces pour cette dimension de politique, avec une note de 40 % (écart de 0% à 100 %).

Pratiques prometteuses : Les pratiques de dépistage et d'intervention brève auprès de l'ensemble de la population sont incluses dans le Programme national de santé publique du Québec. Le fait d'encourager l'utilisation de ces interventions non seulement auprès de l'ensemble de la population, mais aussi des groupes à risque (p. ex. : femmes enceintes) peut aider à rejoindre des personnes qui ne seraient pas repérées autrement et accroître leur portée et leur efficacité.

Éléments à améliorer : Il n'existe pas au Québec de code de rémunération d'acte médical propre à la pratique de « dépistage, intervention brève et orientation ».

Recommandation : La création d'un code de rémunération pour les médecins propre au « dépistage, intervention brève et orientation » concernant la consommation d'alcool ainsi que l'offre d'autres mesures financières et organisationnelles incitatives pourraient améliorer la mise en œuvre de ces pratiques cliniques. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont produit un guide disponible sur Internet à l'intention des professionnels de la santé (« Ressource clinique électronique en 3 étapes pour gérer la consommation d'alcool des patients ») (CCLT, 2012). Le Québec est encouragé à utiliser cette ressource publiée en novembre 2012.

8. Formation des serveurs et programmes de contrôle et refus de vente

Des programmes de formation des personnes participant au service de l'alcool, c'est-à-dire les serveurs et les gérants, peuvent aider à diminuer le service des boissons alcoolisées aux mineurs et le service excessif aux clients dans les établissements détenant un permis pour consommation sur place (Anderson et collab., 2009; Babor et collab., 2010). De la même façon, les programmes de contrôle et de refus de vente visant les points de vente d'alcool à emporter peuvent avoir un effet dissuasif sur la vente d'alcool aux mineurs et aux personnes en état d'ébriété. Dans les deux cas, la mise en application active de ces interventions favorise une meilleure efficacité. Le Québec arrive au 8^{e} rang des provinces sur cette dimension de politique avec une note de 55 % (écart entre les provinces de 40 % à 78 %).

Pratiques prometteuses : Au Québec, la loi interdit la vente d'alcool à une personne qui est en état d'ivresse et quiconque commet cette infraction est passible d'une amende. La SAQ offre un programme de formation de contrôle et de refus de vente à ses employés. L'efficacité du programme est évaluée au moyen de visites trimestrielles

de clients-mystères dans chacune de ses succursales. Le taux de conformité était de 92,2 % en 2009-2010.

Éduc'alcool et l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec offrent un programme de formation (« Action service ») aux propriétaires et gérants des établissements licenciés ainsi qu'à leurs employés. Ce programme les renseigne sur leurs responsabilités légales et les aide à identifier les clients qui peuvent être intoxiqués et à traiter avec eux. Cette formation est fondée sur des programmes dont l'efficacité a été évaluée.

Éléments à améliorer : Il n'y a pas de programme obligatoire de formation du personnel dans les points de vente d'alcool à emporter privés ou dans les points de vente d'alcool à consommer sur place au Québec. De tels programmes sont obligatoires pour le personnel de tous les établissements publics qui vendent de l'alcool à consommer sur place dans cinq provinces. Au Québec et dans plusieurs autres provinces, il n'y a pas de mécanisme de suivi systématique des activités de contrôle et refus de vente.

Recommandations : Le Québec est encouragé à rendre obligatoire la formation des personnes responsables du service et de la vente d'alcool. Cette formation devrait inclure des stratégies pour prévenir la vente d'alcool aux mineurs et aux personnes en état d'ébriété ainsi qu'aux personnes soupçonnées d'acheter de l'alcool pour ceux-ci. Un suivi des données de contrôle et de refus de vente dans les commerces qui vendent de l'alcool à emporter et les établissements qui vendent de l'alcool à consommer sur place devrait également être assuré. La portée et l'efficacité de ces activités devraient être évaluées.

9. Stratégie provinciale sur l'alcool

Aux fins de la présente étude, une stratégie provinciale en matière d'alcool est une stratégie qui est approuvée par le gouvernement provincial ou un ministère, dont l'objet principal est l'alcool et qui vise la prévention des problèmes liés à l'alcool. Le choix de cette dimension a été partiellement guidé par le fait que les stratégies sur le tabac ont joué un rôle important dans la réduction des taux de tabagisme (de Beyer et collab., 2013). De plus, une stratégie sur l'alcool reconnaît l'alcool comme un enjeu important qui mérite une attention du gouvernement. Elle aide aussi à définir une réponse coordonnée pour améliorer la santé de la population. Une stratégie provinciale devrait inclure les éléments clés de la « Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool » de l'OMS (2010). Le Québec arrive au 3^{e} rang des provinces sur cette dimension, avec la Colombie-Britannique (note de 70 %; écart entre les provinces de 0 % à 80 %)

Pratiques prometteuses : Le Programme national de santé publique 2003-2012 et le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 comprennent des objectifs

visant la consommation d'alcool et la prévention des problèmes connexes. Plusieurs priorités de ces documents partagent les priorités, initiatives et politiques de la stratégie mondiale de l'OMS, tel que leadership, sensibilisation et engagement, action des services de santé, mobilisation de l'action communautaire ainsi que suivi et surveillance.

Éléments à améliorer : Le Québec n'a pas de stratégie uniquement axée sur l'alcool.

Recommandations : Il est recommandé que le Québec considère l'adoption d'une stratégie spécifique sur l'alcool qui se base sur les évidences scientifiques et qui tient compte des recommandations de la stratégie mondiale de l'OMS. Ceci identifierait l'alcool comme un enjeu d'ordre social et de santé important et aiderait à définir une approche plus globale et mieux coordonnée pour diminuer les problèmes dus à l'alcool au Québec.

10. Étiquettes et affiches de mise en garde

Il existe peu, sinon pas de preuve démontrant l'efficacité des étiquettes et affiches de mise en garde sur les comportements de consommation lorsqu'elles sont implantées seules (Babor et collab., 2010). C'est pourquoi la pondération la plus faible a été accordée à cette dimension de politique parmi toutes celles prises en compte dans cette étude. Toutefois, les étiquettes et affiches de mise en garde ont été incluses parce qu'elles ont le potentiel de rejoindre un grand nombre de personnes et qu'elles ont un rôle complémentaire aux autres politiques qui visent à diminuer les problèmes liés à l'alcool. Les étiquettes et les affiches de mise en garde peuvent être des outils de sensibilisation sur les problèmes dus à l'alcool et peuvent contribuer à créer un courant de pensée propice à l'implantation de politiques publiques en matière d'alcool plus efficaces (Giesbrecht, 2007). La qualité, la visibilité et le contenu des messages peuvent influencer leurs impacts. Le Québec et trois autres provinces arrivent au 5^{e} rang sur cette dimension de politique avec une note de 13 % (écart entre les provinces de 8 % à 38 %).

Éléments prometteurs : Les messages de mise en garde du Québec ont été cités en exemple comme étant des messages de bonne qualité qui donnent une information claire et directe sur les aspects de santé liés à la consommation d'alcool. Le Québec est la seule province à avoir intégré les directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada à ses messages de prévention.

Éléments à améliorer : Le Québec, tout comme les autres provinces canadiennes, n'a pas instauré l'étiquetage obligatoire de mise en garde sur les contenants ou les emballages d'alcool. Le Québec n'a pas de règles particulières concernant l'affichage d'avertissements en lien avec les effets de la consommation de boissons alcooliques que ce soit dans les lieux de vente d'alcool à emporter ou dans les établissements qui

vendent de l'alcool à consommer sur place. Comme dans toutes les autres provinces canadiennes, les messages de mise en garde au Québec ne font pas référence au risque de maladie chronique associé à la consommation d'alcool.

Recommandations : Il est recommandé que le Québec continue à mettre en place une variété de messages de mise en garde orientés sur la santé qui sont clairs et directs et qu'il rende ces messages obligatoires dans tous les points de vente. Mettre en place des étiquettes de mise en garde obligatoires sur les emballages de boissons alcoolisées serait un complément utile aux autres politiques dans une stratégie globale sur l'alcool.

Discussion et conclusion

Ce rapport présente un sommaire de la situation des politiques publiques en matière d'alcool au Québec à partir des résultats d'une étude multicentrique canadienne (Giesbrecht et collab., 2013). L'étude a analysé et comparé la situation des provinces canadiennes au regard de l'adoption de politiques publiques démontrées efficaces pour diminuer les problèmes et les coûts liés à l'alcool. Les résultats démontrent qu'il existe un écart, dans toutes les provinces canadiennes, entre ces options idéales de politiques publiques et celles qui ont été adoptées. C'est au Québec que cet écart est le plus grand, ce qui le place au dernier rang de la comparaison des provinces. Toutefois, il faut noter que l'écart entre les provinces est de 20 % et que la note moyenne nationale est inférieure à 50 %, ce qui signifie qu'il est possible d'apporter des améliorations dans toutes les provinces.

Il est possible que le contexte culturel de la consommation d'alcool au Québec ait des particularités lorsqu'on le compare à celui de certaines autres provinces. Selon l'analyse de Paradis et collab. (2010), les buveurs du Québec, comme ceux de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, consomment plus souvent des boissons alcoolisées, boivent plus de vin, boivent moins de spiritueux et boivent plus souvent de l'alcool durant les repas que les buveurs des autres provinces (Paradis et collab., 2010). Par ailleurs, d'après l'enquête de santé dans les collectivités canadiennes - santé mentale de 2012, la prévalence à vie de l'abus et la dépendance à l'alcool chez les buveurs québécois était plus faible au Québec que dans l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 2013b). Les autres conséquences possibles de la consommation d'alcool n'ont pas fait l'objet d'études comparatives.

Malgré ces différences, il n'en demeure pas moins que la consommation d'alcool *per capita* au Québec était la troisième plus élevée des provinces en 2011-2012 et qu'elle a augmenté de façon importante depuis la fin des années 1990 (Statistique Canada, 2013a). Cette augmentation de la consommation d'alcool, accompagnée d'une augmentation de la consommation à risque élevé, est préoccupante, car on anticipe

une augmentation des problèmes connexes. Adopter une combinaison de politiques en matière d'alcool complémentaires et cohérentes entre elles constitue le moyen le plus efficace pour diminuer les problèmes dus à l'alcool et leurs coûts pour la société (Anderson, 2009 ; Babor et collab., 2010 ; ACSP, 2011). Les politiques incluses dans la présente étude ont été choisies sur la base de leur efficacité et de leur portée, sont recommandées dans les pays où la consommation d'alcool est un enjeu de santé publique et sont pertinentes pour toutes les provinces canadiennes, incluant le Québec.

Ce rapport met en évidence les forces des politiques actuelles et les éléments à améliorer et présente plusieurs façons possibles de renforcer le contexte des politiques au Québec. Les recommandations suivantes méritent une attention particulière :

- Mettre en place des prix minimums d'au moins 1,50 $ par consommation standard pour l'alcool vendu dans les commerces d'alcool à emporter et de 3,00 $ par consommation standard pour l'alcool vendu dans les établissements pour consommation sur place, dans le but de diminuer l'accessibilité des boissons alcoolisées bon marché.
- Indexer tous les prix de l'alcool à l'inflation (par ex. : IPC spécifiques à la province) pour que les prix de l'alcool ne deviennent pas moins chers relativement aux autres biens au fil du temps.
- Créer des mesures de prix incitatives qui favorisent le choix de boissons alcoolisées à faible teneur en alcool.
- Maintenir un monopole d'État et accroître son mandat de responsabilité sociale et de contrôle.
- Restreindre, ou à tout le moins maintenir, les limites à l'accessibilité physique à l'alcool.
- Maintenir les efforts récents pour diminuer l'alcool au volant. Les mesures dissuasives pour contrer l'alcool au volant adoptées récemment au Québec peuvent diminuer de façon efficace les blessures et décès par accidents de véhicules motorisés. Ces politiques pourraient être soutenues par des sanctions pour les conducteurs qui ont une alcoolémie entre 50 mg et 80 mg pour 100 ml de sang.

La mise en place de ces mesures de politiques recommandées afin de réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Québec nécessite un réel engagement envers la réduction des problèmes dus à l'alcool, l'appui de la population et la collaboration entre les nombreux ministères et organismes gouvernementaux et non gouvernementaux concernés.

Références bibliographiques

Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. (2009). Alcohol and Global Health 2: Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet, 373, 2234–46.

Association canadienne de santé publique (ASPC) (Décembre 2011). Un prix trop élevé. Une approche de santé publique aux politiques sur l'alcool au Canada. Ottawa, ON. Association canadienne de santé publique.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). Alcohol: No ordinary commodity – research and public policy – Revised edition. Oxford: Oxford University Press.

Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 Countries. PLoS Medicine, 4(4), e151.

Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (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. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Santé Canada.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) (2012). Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation. Disponible sur le site : http://www.ccsa.ca/fra/priorities/alcohol/alcohol-screening-brief-intervention-and-referral/pages/default.aspx (Consulté le 10 décembre 2013).

Collège des médecins du Québec et Éduc'alcool (2012). Les niveaux de consommation d'alcool à faible risque. Guide pour les médecins et les professionnels de la santé.

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.

de Beyer, J., & Waverly Brigden, L. (2003). Overview. In de Beyer, J., & Waverly Brigden, L.(Eds.), Tobacco control policy: Strategies, successes & setbacks (2-11). Washington: the World Bank.

Giesbrecht, N. (2007). Reducing alcohol-related damage in populations: rethinking the roles of education and persuasion interventions. Addiction, 102, 1345-1349.

Giesbrecht, N., Stockwell, T., Kendall, P., Strang, R. and Thomas, G. (2011). Alcohol in Canada: Reducing the toll through focused interventions and public health policies. Canadian Medical Association Journal, 183(4): 450–455.

Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., April, N., Asbridge, M., Cukier, S., Mann, R., McAllister, J., Murie, A., Plamondon, L., Stockwell, T., Thomas, G., Thompson, K., et Vallance, K. (2013). Stratégies pour réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Canada : Une comparaison des politiques provinciales. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Karlsson, T., & Osterberg, E. (2001). A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries. Nordisk Alkoho l & Narkotikatidskrift, 18 (English Supplement): 117-131.

Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., Danaei, G., et collab., (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 380, 2224-2260.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2013). Programme Alcochoix+. Disponible sur le site : http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?alcochoix_accueil (Consulté le 10 décembre 2013).

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève. Organisation mondiale de la santé.

Paradis, C., Demers, A., & Picard, E. (2010). Alcohol consumption: a different kind of Canadian mosaic. Can J Public Health, 101, 275-280.

Pearson, C., Janz T., Ali J. (2013). Troubles mentaux et troubles lies à l'utilisation de substances au Canada. Statistique Canada, N^{O} 82-624-X au catalogue.

Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D. and Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: Impacts of alcohol consumption and damage: A systematic review. Alcohol and Alcoholism, 44 (5), 500-516.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., & Taylor, B. (2006). The costs of substance abuse in Canada 2002. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Rehm, J., Gnam, W. H., Popova, S., Patra, J., & Sarnocinska-Hart, A. (2008). Avoidable Costs of Alcohol Abuse in Canada 2002 – Highlights. Centre for Addiction and Mental Health.

Revenu Québec (2012). Tableau des taux de la taxe spécifique sur les boissons alcooliques, Lois sur la taxe de vente du Québec. Disponible sur le site : http://www.revenuquebec.ca/documents/fr/formulaires/vd/VD-487.BA(2012-11).pdf (Consulté le 18 novembre 2013).

Société de l'assurance automobile du Québec (2013a). Sécurité routière, alcool au volant Disponible sur le site : http://www.saaq.gouv.qc.ca/securite_routiere/comportements/alcool/index.php (Consulté le 18 novembre 2013).

Société de l'assurance automobile du Québec (2013b). Sécurité routière, zéro alcool. Disponible sur le site : http://www.saaq.gouv.qc.ca/securite_routiere/comportements/alcool/lois_sanctions_couts/zero_alcool.php (Consulté le 18 novembre 2013).

Solomon, R., Chamberlain, E., Abdoullaeva, M., Gwyer, L., & Organ, J. (2009). Rating the provinces and territories: The 2009 Report. The University of Western Ontario. Disponible sur le site : http://www.madd.ca/english/research/rtp2009.pdf

Solomon, R., Cardy, J., Noble I., & Wulkan, J.D. (2013). The 2012 Provincial and Territorial Legislative Review. The University of Western Ontario and MADD. Disponible sur le site : http://www.madd.ca/media/docs/MADD_Canada_2012_Provincial_and_Territorial_Legislative_Review_FINAL.pdf

Statistique Canada (2010). Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2010. Fichiers de microdonnées à grande diffusion.

Statistique Canada. (2013a). Volume en litres d'alcool absolu des ventes de boissons alcoolisées et par habitant 15 ans et plus, exercices financiers se terminant le 31 mars annuel (litres).CANSIM tableau 183-0019. Disponible sur le site : http://www5.statcan.gc.ca/cansim (Consulté le 22 avril 2013).

Statistique Canada (2013b). Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Santé mentale. CANSIM tableau 105-1101. Disponible sur le site : http://www5.statcan.gc.ca/cansim (Consulté le 18 décembre 2013).

Thomas, G. (2012). Price policies to reduce alcohol-related harm in Canada. (Alcohol Price Policy Series: Report 3). Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Vaos, R. B., & Tippetts, A. S. (1999). Relationship of alcohol safety laws and drinking and drivers in fatal crashes. Washington, DC: National Highway Traffic safety Administration.

Wagenaar, A. C., & Toomey, T. L. (2002). Effects of minimum drinking age laws. Review and analysis of the literature from 1960-2000. Journal of Studies on Alcohol, 63, S206-25.

World Health Organization (WHO) (2009). Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2011). Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization.