



# Méthodologie et revue des éléments probants

(à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale)

**Recommandations de références** : Farkouh, E., Price, T., Vallance, K., Wettlaufer, A., Farrell-Low, A., Giesbrecht, N., Stockwell, T., Vishnevsky, N., Priore, B., Ma, J., Asbridge, M., Gagnon, M., Hynes, G., Shelley, J., Sherk, A., Shield, K., Solomon, R., Thomas, G., Thompson, K., & Naimi, T. (2023). Méthodologie et revue des éléments probants (à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale). Université de Victoria, Institut canadien de recherche sur l'usage de substances.

**Remerciements** : Nous remercions tous les intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux qui ont apporté un retour d'information précieux à ce projet et qui ont participé à la collecte et à la validation des données. Merci également à nos trois experts externes, à tous les membres de l'équipe du projet et à notre communauté de pratique de CAPE.

**Financement** : Ce projet a été financé principalement par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada. Des fonds supplémentaires ont été accordés par l'Agence de la santé publique du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou des autres organisations remerciées.

# Évaluation des politiques canadiennes sur l'alcool (CAPE) 3.0

## Méthodologie et revue des éléments probants (à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale)

### Contenu

Conception de l'étude dans son ensemble.....	2
Objectif.....	2
Portée.....	2
Équipe de recherche .....	3
Méthodes.....	3
Domaines d'action en matière de politiques sur l'alcool .....	3
Pondération des domaines d'action en matière des politiques sur l'alcool.....	4
Indicateurs, sous-indicateurs et grilles d'évaluation des politiques sur l'alcool .....	6
Revue externe .....	7
Collecte et validation des données .....	8
Notation et analyse des données .....	9
Résumé des éléments probants par domaine d'action .....	11
Fixation des prix et taxation.....	11
Disponibilité physique.....	12
Système de contrôle .....	13
Mesures contre la conduite avec facultés affaiblies.....	14
Contrôle du marketing et de la publicité .....	15
Âge minimum légal .....	16
Messages sur la santé et la sécurité .....	17
Application des lois sur les boissons alcoolisées .....	19
Interventions de dépistage et traitement.....	19
Stratégies en matière d'alcool .....	20
Suivi et production de rapports .....	21
Références .....	23

## Conception de l'étude dans son ensemble

Cette revue constitue la troisième itération de l'Évaluation des politiques canadiennes sur l'alcool (CAPE), la première ayant été réalisée en 2013 pour les dix provinces, et la seconde en 2019 pour le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales (Giesbrecht et coll., 2013; Stockwell et coll., 2019; Wettlaufer et coll., 2019). Les domaines d'action de cette évaluation s'inscrivent dans une approche globale et synergique de la prévention et de la réduction des différents types de méfaits dus à l'alcool. Les politiques examinées relèvent du contrôle soit fédéral, soit provincial ou territorial. La revue actuelle de CAPE repose sur un protocole révisé et actualisé, de nouveaux indicateurs et de nouvelles données de politiques, et enfin, une communauté de pratique sur les politiques nationales en matière d'alcool.

Le projet de CAPE donne un aperçu des politiques sur l'alcool en vigueur au moment de la collecte de données de chaque évaluation. Dans la mesure où les domaines et les indicateurs de politiques ont été actualisés dans chaque itération de CAPE pour refléter les dernières recherches et éléments probants sur les politiques en matière d'alcool, les résultats ne peuvent pas être directement comparés entre les revues. Cependant, sur la base des données actuelles, ces résultats témoignent de l'orientation générale des mesures gouvernementales en matière d'alcool et de réduction de ses méfaits au Canada. On pourra consulter les résultats des analyses précédentes de CAPE sur son [site Web](#) ainsi que dans de nombreuses publications universitaires revues par un comité de lecture (N. Giesbrecht et coll., 2016; Giesbrecht et coll., 2021; Norman Giesbrecht et coll., 2016; Vallance et coll., 2021; Vallance et coll., 2022; Wettlaufer et coll., 2017).

## Objectif

Le projet de CAPE a été inspiré par la démarche entreprise à l'origine par MADD Canada pour évaluer les progrès des mesures destinées à réduire la conduite avec facultés affaiblies. MADD Canada a entrepris une série de revues de la législation et a appuyé par des documents et rendu publique l'information sur les politiques agissantes sur la conduite avec facultés affaiblies appliquées dans chaque province et territoire; l'organisme a également produit des bulletins de notes détaillés pour aider les gouvernements cherchant à réduire le nombre de décès et de blessures causés par l'alcool sur les routes au Canada (Solomon et coll., 2018). Depuis 2000, les recommandations de modifications réglementaires et législatives de MADD Canada ont été mises en vigueur dans les ressorts territoriaux canadiens.

Dans une démarche semblable, CAPE vise à provoquer le changement en offrant aux décideurs politiques, aux décisionnaires et aux utilisateurs de connaissances des évaluations détaillées sur la mesure dans laquelle des politiques sur l'alcool et des interventions efficaces sont appliquées dans leurs régions respectives. Le projet a également mobilisé une communauté de pratique pour se pencher sur une politique nationale en matière d'alcool; cette communauté fait appel à des intervenants des secteurs gouvernementaux et autres qui participent à de nombreuses activités destinées à faire connaître les recherches et les politiques émergentes dans le domaine de l'alcool.

## Portée

Chaque ressort territorial canadien possède son propre milieu de réglementation, par exemple plusieurs types de systèmes de contrôle de l'alcool et différents degrés de pouvoir sur sa distribution et ses ventes. À l'échelle provinciale et territoriale, on constate également que le degré de consommation et de dommages de l'alcool par habitant varie considérablement, ce qui témoigne de différentes caractéristiques économiques, sociales et démographiques de même que de l'application de politiques sur l'alcool distinctes. Les territoires constituent encore une autre variation du fait de leur paysage

culturel et géographique et de leur faible densité ainsi que de la dispersion de leur population, ce qui limite la capacité de leurs infrastructures. Dans la mesure du possible, nous avons appliqué le même protocole à l'exécution des politiques dans ces trois types d'administrations tout en reconnaissant que, si les principes d'une politique fondée sur des données probantes restent valables, dans la pratique, il peut être nécessaire de les adapter à un contexte donné. Il est également important de remarquer que, même si les administrations locales et municipales contrôlent certains aspects des politiques sur l'alcool, l'examen de celles-ci dans plusieurs milliers de collectivités canadiennes dépasserait le cadre de ce projet.

### **Équipe de recherche**

L'équipe de recherche de CAPE est constituée de chercheurs et chercheuses, de personnes chargées de la coordination, d'assistants et assistantes de recherche et de juristes-conseils, notamment des étudiants et des étudiantes en droit. L'équipe de corecherche comprend des chercheurs et des chercheuses d'organismes de la santé publique et d'établissements universitaires de partout au Canada qui possèdent une expertise en matière d'un bon nombre de politiques sur l'alcool et d'interventions de santé publique.

### **Méthodes**

#### **Domaines d'action en matière de politiques sur l'alcool**

Le projet de CAPE évalue la mise en œuvre de politiques sur l'alcool au Canada en étudiant un ensemble de domaines éprouvés sur la question : dix à l'échelle fédérale et onze à l'échelle provinciale et territoriale (voir le Tableau 1). Ces domaines comprennent des politiques dont les ordres de gouvernement respectifs sont directement responsables ou sur lesquels ils exercent une influence.

Les domaines d'action en matière de politiques sur l'alcool sélectionnés par CAPE s'appuient sur des données établies et émergentes de leur efficacité au sein de groupes de population différents. Ces données publiées comprennent des analyses documentaires systématiques et thématiques, ainsi que des cadres d'analyse politique évalués par des pairs et les recommandations de politiques de l'OMS, en particulier son Plan d'action mondial contre l'alcool, dont le Canada est signataire (Burton et coll., 2016; Nelson et coll., 2013; Organisation mondiale de la santé, 2010, 2019, 2022a). Plusieurs publications scientifiques faisant état de méthodes de notation des politiques sur l'alcool ont aidé à l'élaboration des critères d'évaluation de ce projet, notamment Babor et coll. (2010), Anderson et coll. (2009), Karlsson et Österberg (2001), Brand et coll. (2007), Naimi et coll. (2014) de même que les mesures d'évaluation des politiques employées par MADD Canada (Solomon et coll., 2018).

Les domaines d'action de CAPE vont également dans le sens d'autres documents stratégiques, comme les interventions SAFER de l'Organisation mondiale de la Santé. (Organisation mondiale de la Santé 2019), le Plan d'action mondial contre l'alcool (Organisation mondiale de la Santé 2010, 2022a), l'énoncé de position sur l'alcool de l'Association canadienne d'hygiène publique (Association canadienne d'hygiène publique, 2011), et l'évaluation par l'Organisation panaméricaine de la santé de 33 États membres des Amériques sur les dix domaines d'action du Plan d'action mondial contre l'alcool de l'OMS (Organisation panaméricaine de la santé 2018).

Les consultations avec des parties prenantes représentant plusieurs secteurs dans les provinces et territoires ont traité de la santé publique, de la santé mentale et des toxicomanies, de la réglementation des ventes d'alcool au détail, de finances et de trésorerie, et enfin, de la sécurité au volant. En 2022, une communauté de pratique nationale a été fondée, ce qui a entraîné la participation d'un plus grand

nombre de parties prenantes gouvernementales et autres, qui ont apporté leur contribution et un retour d'information dans le cadre de sondages, d'entrevues et de groupes de discussion.

Tableau 1 : Domaines d'action en matière d'alcool de CAPE3.0

Domaines d'action en matière d'alcool
1. Fixation des prix et taxation
2. Disponibilité physique
3. Système de contrôle
4. Mesures contre la conduite avec facultés affaiblies)
5. Contrôle du marketing et de la publicité
6. Âge minimum légal
7. Messages sur la santé et la sécurité
8. Application des lois sur les boissons alcoolisées (n'a pas été évaluée à l'échelle fédérale)
9. Interventions de dépistage et traitement
10. Stratégies en matière d'alcool
11. Suivi et production de rapports

### Pondération des domaines d'action en matière des politiques sur l'alcool

Les domaines d'action examinés par CAPE s'inscrivent dans une approche globale et synergique de la prévention et de la réduction des différents types de méfaits de l'alcool. Même si chacun d'entre eux joue un rôle important, ils varient dans leur degré d'efficacité et leur portée. Pour en tenir compte, l'équipe du projet a adopté une approche systématique et a pondéré chaque domaine en l'évaluant sur une échelle de cinq points en fonction de ces deux critères. Cette pondération a permis de classer les domaines d'action sur une échelle de 1 (répercussions générales les plus élevées) à 10 (échelle fédérale) ou 11 (échelle provinciale et territoriale).

La notation (sur 5) de l'*efficacité* du domaine d'action a été effectuée à partir de sa capacité à réduire les méfaits de l'alcool par des mécanismes directs ou indirects (par exemple, en contribuant à la mise en œuvre d'autres politiques sur l'alcool) une fois ses mesures pleinement appliquées. La notation a aussi tenu compte de l'ampleur et de la rigueur des données publiées sur l'alcool et sur d'autres sujets de politiques de santé (par exemple, le tabac ou les boissons sucrées). Une attention particulière a été accordée aux revues et aux méta-analyses ainsi qu'aux théories et aux principes établis dans d'autres domaines de prévention et de politiques en matière de santé publique.

La notation de la *portée* (sur 5) a été effectuée à partir d'estimations de (a) la *proportion de la population* touchée par un domaine d'action particulier, et (b) la *proportion des méfaits de l'alcool* que ce domaine d'action peut combattre au sein de la population touchée une fois ses politiques pleinement appliquées.

L'équipe de corecherche a pris part à une série d'exercices Delphi pour parvenir à la pondération finale des domaines d'action. Dans la mesure où les politiques peuvent varier en fonction de l'ordre de gouvernement auxquelles elles s'appliquent (fédéral par opposition à provincial ou territorial), les domaines ont été pondérés séparément pour les deux ordres. Des évaluations indépendantes ont été soumises de manière anonyme sur une plateforme en ligne (SurveyMonkey) avec deux tours de scrutin pour la pondération fédérale et deux tours de scrutin pour les pondérations provinciales et territoriales. Une réunion de discussion organisée après chaque tour de scrutin a permis de parvenir à un consensus sur les divergences dans les évaluations. Les pondérations finales pour chacun des domaines fédéraux, provinciaux et territoriaux ont été calculées en multipliant les notes moyennes d'efficacité et de portée obtenues lors du deuxième tour de scrutin afin de déterminer la pondération totale de l'impact positif des domaines d'action respectifs (voir le Tableau 2 et le Tableau 3). Pour une description de la manière dont ces pondérations ont été déterminées pendant le calcul des scores, voir Notation et analyse des données.

Tableau 2 : Pondération des domaines d'action de CAPE 3.0 pour le gouvernement fédéral

Domaine de politique	Moyenne d'efficacité [sur 5]	Moyenne de portée [sur 5]	Pondération totale d'impact positif <sup>1</sup> [sur 25] (%) <sup>2</sup>
<b>1. Fixation des prix et taxation</b>	4,54	4,58	<b>20,77 (21,90 %)</b>
<b>2. Contrôle du marketing et de la publicité</b>	3,38	4,04	<b>13,67 (14,41 %)</b>
<b>3. Mesures contre la conduite avec facultés affaiblies)</b>	3,27	2,88	<b>9,43 (9,94 %)</b>
<b>4. Messages sur la santé et la sécurité</b>	2,58	3,54	<b>9,12 (9,61 %)</b>
<b>5. Disponibilité physique</b>	2,81	3,08	<b>8,64 (9,11 %)</b>
<b>6. Système de contrôle</b>	2,73	3,12	<b>8,51 (8,97 %)</b>
<b>7. Âge minimum légal</b>	3,19	2,31	<b>7,37 (7,77 %)</b>
<b>8. Stratégies en matière d'alcool</b>	2,08	3,00	<b>6,23 (6,57 %)</b>
<b>9. Interventions de dépistage et traitement</b>	2,54	2,35	<b>5,96 (6,28 %)</b>
<b>10. Suivi et production de rapports</b>	1,92	2,69	<b>5,18 (5,46 %)</b>
<b>Pondération totale générale d'impact positif</b>			<b>94,87 (100 %)</b>

<sup>1</sup>Pondération totale d'impact positif = efficacité x portée (remarque : les totaux peuvent ne pas concorder dans les tableaux récapitulatifs dans la mesure où les nombres sont arrondis à deux décimales seulement.)

<sup>2</sup>Pondération totale d'impact positif (%) = (pondération totale d'impact positif + montant de toutes les pondérations totales d'impact positif)

Tableau 3 : Pondération des domaines d'action de CAPE 3.0 pour les gouvernements provinciaux et territoriaux

Domaine de politique	Moyenne d'efficacité [sur 5]	Moyenne de portée [sur 5]	Pondération totale d'impact positif <sup>1</sup> [sur 25] (%) <sup>2</sup>
1. Fixation des prix et taxation	4,88	4,85	23,67 (19,33 %)
2. Disponibilité physique	4,35	4,73	20,56 (16,79 %)
3. Système de contrôle	3,08	3,65	11,24 (9,18 %)
4. Mesures contre la conduite avec facultés affaiblies	3,85	2,88	11,09 (9,06 %)
5. Contrôle du marketing et de la publicité	3,00	3,65	10,96 (8,95 %)
6. Âge minimum légal	3,42	2,69	9,22 (7,53 %)
7. Messages sur la santé et la sécurité	2,65	3,35	8,88 (7,25 %)
8. Application des lois sur les boissons alcoolisées	2,65	3,00	7,96 (6,50 %)
9. Interventions de dépistage et traitement	2,73	2,54	6,93 (5,66 %)
10. Stratégies en matière d'alcool	2,23	3,00	6,69 (5,47 %)
11. Suivi et production de rapports	2,15	2,42	5,22 (4,26 %)
<b>Pondération totale générale d'impact positif</b>			<b>122,43 (100 %)</b>

**Remarque : Modifications au classement des domaines d'action entre CAPE 2.0 (2019) et CAPE 3.0 (2022)**

Dans certains cas, les pondérations finales ont modifié l'ordre de classement des domaines tel qu'établi dans CAPE 2.0. Ces modifications sont dues à un certain nombre de facteurs, notamment des données de recherche actualisées, un ensemble plus large de politiques prises en compte dans chaque domaine, des ajustements méthodologiques tels que des incréments plus précis (0,5) dans l'échelle d'évaluation à 5 points, et une définition plus large de l'efficacité qui inclut à la fois les mécanismes directs et la facilitation indirecte de la mise en œuvre des politiques. Il convient également de faire remarquer que les domaines de CAPE 2.0 étaient présentés sous forme de deux classements différents (direct et indirect), alors qu'ils ont été combinés en un seul classement dans CAPE 3.0.

**Indicateurs, sous-indicateurs et grilles d'évaluation des politiques sur l'alcool**

Les domaines sont constitués d'un certain nombre d'indicateurs et sous-indicateurs des politiques sur l'alcool appuyés par des données probantes. Ces indicateurs sont considérés comme des « pratiques exemplaires » et ont été employés pour évaluer la mise en œuvre de chaque domaine. Par exemple, le domaine de fixation des prix et de taxation pour les provinces et territoires est constitué d'indicateurs de politiques comme l'établissement d'un prix minimum par verre standard d'alcool vendu dans des établissements de consommation sur place ou à l'extérieur, les prix en général, la taxe de vente sur l'alcool et la marge bénéficiaire brute. Chaque indicateur comprend des sous-indicateurs qui définissent des éléments essentiels de cette politique (par exemple, si les prix minimums sont appliqués sur tous les

types de boisson, le degré du prix minimum et s'il est automatiquement indexé et établi en fonction de la teneur en alcool). Dans certains cas, des indicateurs de pratique ont servi à évaluer les résultats de la mise en œuvre d'une politique particulière (par exemple, la densité des points de vente au détail d'une région). Quelques-uns des domaines ont comporté des points de bonification accordés pour les synergies politiques ou des points de pénalité déduits pour les lacunes ou les exceptions causant du tort à la politique.

À partir des grilles d'évaluation des précédentes itérations de CAPE, les indicateurs des politiques sur l'alcool et leurs sous-indicateurs existants ont été peaufinés et d'autres leur ont été ajoutés; puis ils ont été définis et organisés dans chacun des domaines d'action par l'équipe du projet en consultation avec les chercheurs et les chercheuses. La sélection et la définition des indicateurs et des sous-indicateurs dans la grille d'évaluation ont fait l'objet d'un processus itératif. Lorsque de nouveaux indicateurs ont été ajoutés, leur faisabilité a été testée lors de la collecte des données; dans certains cas, ils ont été supprimés si la politique s'avérait superflue par rapport à d'autres indicateurs ou s'il n'était pas possible de l'évaluer dans le contexte de la politique actuelle. Deux grilles d'évaluation distinctes, l'une fédérale et l'autre provinciale ou territoriale, ont permis de mesurer les diverses politiques dont les différents ordres de gouvernement sont directement responsables ou qu'ils peuvent indirectement influencer. Chaque grille comprenait une description des indicateurs et des sous-indicateurs de chaque domaine ainsi que le nombre de points pouvant être attribués à ceux-ci et les critères d'attribution des points (les directives de notation).

Chaque domaine d'action s'est vu attribuer un maximum de dix points; ces points ont ensuite été pondérés sur une échelle propre à chaque domaine, selon les méthodes décrites ci-dessus. La valeur des points des indicateurs et des sous-indicateurs a été déterminée lors de multiples réunions de l'équipe de projet et de consultations avec des experts. Cette valeur a été attribuée en tenant compte des principes d'efficacité et de portée des indicateurs et des sous-indicateurs des politiques de chaque domaine. Par exemple, dans la mesure où la majorité des produits d'alcool sont achetés dans des points de vente au détail (magasins d'alcools, etc.) plutôt que dans des débits de boissons (bars, restaurants, etc.), les indicateurs et sous-indicateurs relatifs à la densité des débits points de vente au détail se sont vu attribuer une plus grande quantité des dix points. Dans les cas où des indicateurs nouvellement ajoutés ont été testés puis supprimés au cours de la collecte des données, les valeurs provisoires des points qui leur avaient été attribuées ont été réaffectées.

## **Revue externe**

Trois experts internationaux en politiques sur l'alcool ont été chargés d'examiner les domaines d'action fédéraux et provinciaux ou territoriaux choisis ainsi que les pondérations attribuées à chacun de ceux-ci, les indicateurs individuels et les valeurs des points inclus dans les deux grilles d'évaluation. Ces experts étaient William Kerr, scientifique principal, groupe de recherche sur l'alcool, Public Health Institute, États-Unis; Tanya Chikritzhs, professeure et directrice de programme, politiques et stratégies en matière d'alcool, National Drug Research Institute, Australie; et enfin, Robyn Burton, responsable principal de la recherche sur l'alcool, Public Health England, Royaume-Uni.

Les experts ont chacun donné indépendamment leur opinion sur les domaines d'action sélectionnés et sur leurs indicateurs et sous-indicateurs respectifs d'un point de vue de leur pertinence, de leur exhaustivité, de leur pondération relative et de la solidité des preuves à l'appui. Ce retour d'information a permis de peaufiner les grilles d'évaluation, les indicateurs et la pondération des domaines. Voir la

grille d'évaluation fédérale et la grille d'évaluation provinciale et territoriale (en anglais seulement, traduction française sur demande).

### **Collecte et validation des données**

Des modèles de collecte de données détaillées ont été conçus pour la grille fédérale et pour la grille provinciale et territoriale, respectivement. Pendant la période de collecte des données, qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> décembre 2022, des recherches de documents en ligne et de sites Web ont permis de recueillir toutes les informations sur les politiques accessibles au public. Seules les politiques en vigueur à partir de la fin de la période de collecte des données ont été retenues dans cette évaluation. Les données ont été collectées pour la période la plus récente au cours de laquelle elles étaient disponibles; dans la plupart des cas, cette période correspondait à l'année civile 2022, mais dans d'autres, il s'est agi de l'exercice financier 2021-2022 (par exemple, les données des rapports annuels).

Dans la mesure du possible, le projet a collecté ses données dans des textes législatifs et des documents de réglementation officiels. Des exemples en sont les lois de contrôle et de permis d'alcool et leurs règlements correspondants pour les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que le Code criminel et le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes pour le gouvernement fédéral. D'autres sources d'information publiques, comme les stratégies provinciales et territoriales en matière d'alcool, les rapports annuels des autorités chargées de la réglementation de l'alcool, les documents gouvernementaux destinés au public et aux médias, les lois et projets de loi fédéraux et les données de Statistique Canada, ont également été consultées. Lorsque les données n'étaient pas aisément accessibles, l'information a été obtenue directement des organismes gouvernementaux et des ministères concernés (détaillants d'alcool gouvernementaux, ministères de la Santé, etc.).

Des personnes-ressources au sein du gouvernement fédéral et de chaque administration provinciale et territoriale ont été invitées à transmettre des données qui n'étaient pas du domaine public; il leur a ensuite été demandé de valider l'information après avoir vérifié l'exactitude et le caractère exhaustif des fichiers de données. Dans chaque cas, les valideurs n'ont examiné que les données relevant de leur ressort territorial ou de leur mandat ministériel. Les fichiers de données qui leur ont été présentés leur permettaient d'apporter des corrections et d'ajouter des sources de données supplémentaires ou des commentaires et des éclaircissements lorsque ceux-ci s'avéraient nécessaires. Un suivi par courrier électronique et/ou par téléconférence était effectué lorsque des informations complémentaires ou des éclaircissements étaient requis. Toutes les suggestions ultérieures des valideurs de révision ou de mise à jour des données saisies au cours de la période de collecte ont été intégrées dans l'analyse finale. Les données de politiques de toutes les administrations fédérale, provinciales et territoriales ont été officiellement validées, à l'exception d'un petit nombre d'indicateurs de santé au Nunavut où le manque de personnel a empêché une participation officielle et où les indicateurs ont donc été validés de manière informelle (c'est-à-dire par des parties prenantes autres que celles travaillant directement pour le gouvernement).

La législation sur la conduite avec facultés affaiblies est singulièrement complexe, en particulier pour les personnes qui n'ont pas de formation juridique. Dans les revues précédentes de CAPE, les données sur les mesures contre la conduite avec facultés affaiblies provenaient d'examen de la législation effectués par MADD Canada. Cet organisme n'en ayant pas réalisé d'autre depuis la publication de CAPE 2.0, les données de la présente évaluation ont été recueillies par les étudiants et étudiantes en droit membres

de l'équipe du projet, sous la supervision des professeurs Robert Solomon et Jacob Shelley de l'Université Western.

### **Notation et analyse des données**

La notation des données de chaque domaine pour les provinces et territoires a été réalisée indépendamment par deux chercheurs, puis examinée par les coordonnateurs de la recherche. La notation des données fédérales a été réalisée indépendamment par deux coordonnateurs de la recherche, puis examinée par les chercheurs. Le fichier de données complet et validé pour chacun des domaines d'action attribué aux évaluateurs leur a été remis et ils ont reçu la consigne de noter conformément à la grille d'évaluation. Toute divergence dans la notation a été portée à l'attention des deux évaluateurs pour être discutée et résolue; en l'absence d'une résolution, les coordonnateurs de la recherche se sont prononcés sur la notation finale, avec la participation des chercheurs suivant les besoins.

Dans les cas où il n'y avait pas de données disponibles, il a été supposé qu'aucune politique n'était en vigueur et un simple zéro a été appliqué en conséquence. Il n'y a eu qu'un seul cas dans l'évaluation provinciale et territoriale où le manque d'informations sur les politiques a entraîné un zéro; il s'agissait de données manquantes sur l'indice des prix à la consommation, qui ne sont pas recueillies par Statistique Canada dans un ressort territorial particulier; la note de celui-ci a donc été calculée au prorata pour tenir compte des données manquantes.

### **Scores par domaines d'action**

Des scores sur 10 points ont été calculés pour chaque domaine d'action fédéral et provincial ou territorial en additionnant les notes des indicateurs et sous-indicateurs, y compris les points de bonification ou de pénalité. Il a été demandé aux provinces et territoires ayant obtenu les meilleurs résultats dans chaque domaine de fournir des exemples de leurs politiques appuyées sur des pratiques exemplaires dont les autres ressorts territoriaux pourraient s'inspirer.

### **Scores par ressort territorial**

Un score général des politiques sur l'alcool de chaque administration fédérale, provinciale et territoriale a été calculé en pondérant leurs notes pour chacun des domaines indiqués dans le Tableau 2 et Tableau 3).

### **Score des politiques existantes appuyées sur des pratiques exemplaires (pour les provinces et territoires)**

Les scores ont été appliqués par domaine d'action et par ressort territorial. Ils mesurent le rendement de chaque administration à la lumière de pratiques exemplaires définies dans la grille d'évaluation de CAPE, c'est-à-dire en fonction d'un scénario idéal d'exécution des politiques. Une analyse a également été menée pour déterminer le score qui **pourrait** être atteint par une administration si elle mettait en œuvre toutes les pratiques exemplaires ou quasi exemplaires actuellement en vigueur au Canada. Pour ce faire, les cas où une administration a obtenu la **note maximale** ou la **note la plus élevée** pour tous les sous-indicateurs ont été déterminés; puis, ces notes ont été additionnées, ce qui a permis de calculer le score global des meilleures politiques existantes à l'échelle de la province ou du territoire (par exemple, un score de 80 % pour les meilleures politiques existantes).

### Scores par ressort territorial mesurés par rapport au score des meilleures politiques existantes (provinciaux et territoriaux)

Une analyse a également été réalisée pour mesurer le rendement général des politiques sur l'alcool de chaque province et territoire par rapport aux meilleures politiques actuellement en vigueur dans l'ensemble d'entre eux. Cela s'est fait en mesurant le score de chaque province ou territoire par rapport au score des meilleures politiques **existantes** décrites ci-dessus plutôt que par rapport aux politiques appuyées sur des pratiques exemplaires (score du ressort territorial ÷ score de la meilleure politique existante).

Pour évoquer l'idée d'un bulletin de notes, les scores ont été affichés sous forme de lettres (voir le Tableau 4).

Tableau 4 : Notes de CAPE par fourchettes de scores

A+	90-100 %	B+	77-79 %	C+	67-69 %	D+	57-59 %	F	0-49 %
A	85-89 %	B	73-76 %	C	63-66 %	D	53-56 %		
A-	80-84 %	B-	70-72 %	C-	60-62 %	D-	50-52 %		

### Recommandations

Des recommandations ont été formulées, apportant des informations et suggérant les mesures précises à prendre par chaque administration pour renforcer ses politiques sur l'alcool et améliorer son score général avec CAPE. Ces recommandations sont indiquées dans le résumé des résultats individuels de chaque province et territoire.

## Résumé des éléments probants par domaine d'action

### Fixation des prix et taxation

D'après des centaines d'études réalisées dans le monde entier, il apparaît clairement que l'augmentation du prix de l'alcool est une stratégie très efficace pour réduire sa consommation et ses méfaits sur la santé et la société (Babor et coll., 2010; Brand et coll., 2007; Burton et coll., 2016; Association canadienne de santé publique, 2011; Karlsson & Österberg, 2001; Meier et coll., 2010; Nelson et coll., 2013; Organisation panaméricaine de la santé, 2018; Organisation mondiale de la santé, 2010). Comme pour de nombreux autres produits de consommation, lorsque les prix de l'alcool augmentent, si d'autres facteurs tels que le revenu ne changent pas, les ventes diminuent. C'est ce qu'on appelle l'élasticité de la demande par rapport au prix. Récemment, une grande étude internationale a démontré qu'en moyenne, une augmentation de 1 % du prix global de l'alcool était associée à une réduction de 0,5 % de sa consommation et entraînait une hausse des recettes publiques et de gains pour l'industrie (Babor et coll., 2022). La taxation constitue une méthode rentable pour augmenter les prix et réduire ainsi la consommation et les méfaits, en particulier si les taux d'imposition sont calculés en fonction de la quantité d'alcool pur contenue dans une boisson donnée (c'est-à-dire avec un prix unitaire minimum) et sont indexés pour compenser l'inflation (Babor et coll., 2022).

À l'échelle fédérale, il a été constaté que les taxes d'accise (les droits sur l'alcool) peuvent jouer un rôle clé dans la réduction de la consommation et des méfaits de l'alcool (Chaloupka et coll., 2019). Au Canada, le taux du total des taxes de vente et d'accise se situe généralement entre 20 et 30 % du prix de détail final, même si l'industrie de l'alcool soutient qu'il est plus élevé (Churchill et coll., 2021). En fait, le taux d'accise sur les boissons alcoolisées au Canada est inférieur à celui de nombreux pays des Amériques, en particulier ceux d'Amérique latine (Roche et coll., 2023). Il est essentiel de le faire augmenter proportionnellement à l'inflation. Par exemple, en 2012, lorsque l'indexation des droits sur l'alcool a été gelée au Royaume-Uni, la consommation ainsi que les décès, la criminalité et les problèmes de santé qu'elle a entraînés ont augmenté de manière importante, en particulier chez la population à faible revenu (Angus, 2019).

L'établissement d'un prix unitaire minimum (PUM) consiste à fixer un prix plancher en dessous duquel une quantité définie d'éthanol (verre standard) ne peut pas être vendue. Le PUM se traduit par un prix minimum unique pour toutes les boissons dans la mesure où il s'applique au contenu d'éthanol, quel que soit leur type (bière, vins, spiritueux, etc.). Des éléments d'évidence substantielle et croissante nous viennent d'Écosse (Anderson et coll., 2021; O'Donnell et coll., 2019; Wyper et coll., 2023), du Pays de Galles (Anderson et al, 2021), du Canada (Sherk et coll., 2020; T. Stockwell et coll., 2012; Tim Stockwell et coll., 2012; Zhao & Stockwell, 2017), et d'Australie (Coomber et coll., 2020) indiquant que l'introduction d'un PUM réduit la consommation d'alcool dans l'ensemble de la population, en particulier celle de l'alcool bon marché privilégié par les consommateurs à risque et dépendants, tout en permettant d'atténuer les retombées sur la santé et la société (National Alcohol Strategy Advisory Committee, 2015; Sherk, Stockwell, & Callaghan, 2018; T. Stockwell et al, 2012; Tim Stockwell et coll., 2012; T. Stockwell et coll., 2017; Zhao & Stockwell, 2017; Zhao et coll., 2013). Certaines données semblent démontrer que les prix minimum en général, et le PUM en particulier, réduisent la consommation et les méfaits de manière particulièrement efficace chez les buveurs excessifs et les personnes à faible revenu (Holmes et coll., 2014; Zhao & Stockwell, 2017). En outre, malgré les craintes que le PUM n'affecte de manière négative les populations à faible revenu ayant une forte tendance aux

dépendances, en particulier celles dont le logement est instable, la recherche qualitative a démontré sur elles un impact négatif minime, voire nul (Dimova et coll, 2023).

En plus du PUM, les marges bénéficiaires brutes sur les boissons alcoolisées, en particulier lorsqu'elles sont proportionnelles au prix de détail, sont susceptibles d'entraîner des bienfaits substantiels pour la santé tout en contribuant aux recettes publiques, créant ainsi des gains mutuels (Thomas, 2012).

### **Disponibilité physique**

Limiter la disponibilité physique de l'alcool constitue une intervention majeure auprès de la population pour réduire la consommation et les méfaits. La disponibilité physique est définie principalement par le nombre de points de vente au détail (magasins d'alcool) et de débits de boissons (restaurants, bars, etc.) dans une zone géographique donnée, par les heures et les jours d'ouverture de ceux-ci, par les restrictions concernant leur emplacement, et par les types d'entreprises autorisées à vendre de l'alcool.

La densité des points de vente d'alcool dans une région donnée correspond au degré de consommation de sa population (Livingston, 2012; Daniel T. Myran et coll., 2019; D. T. Myran et coll., 2019). Une augmentation importante du nombre de ces points de vente entraîne une hausse de la consommation et des méfaits (Babor et coll., 2010; Livingston, 2012; Livingston & Wilkinson, 2018; Stockwell et coll., 2009; Stockwell et coll., 2011; Stockwell et coll., 2013; Zhao et coll., 2013). Les retombées de la densité des points de vente sur la consommation à risque au sein des populations jeunes sont particulièrement prononcées (Chen et coll., 2010; Popova et coll., 2009), surtout lorsque ces établissements se trouvent à proximité des écoles (Trapp et coll., 2018; Wang et coll., 2013). Des travaux de recherches reconnus ont démontré la relation qui existe entre les méfaits de l'alcool et la densité des débits de boissons et des points de vente au détail (Babor et coll., 2010; Burton et coll., 2016). Ces méfaits, notamment la violence et les blessures, les accidents de la route, les cas de suicide et les troubles de l'ordre public (Giesbrecht et coll., 2015; Popova et coll., 2009; Wilkinson & Livingston, 2012), sont particulièrement répandus dans les quartiers à forte densité de points de vente (Livingston et coll., 2007; Stockwell & Gruenwald, 2004).

Une étude systématique a conclu que la prolongation des heures de vente dans les débits de boissons était suivie d'une hausse des agressions, des blessures et des infractions liées à la conduite avec facultés affaiblies; par contre, la restriction des heures de vente des établissements de consommation tant sur place qu'à l'extérieur était associée à une réduction des agressions et des hospitalisations (Sherk, Stockwell, Chikritzhs, et coll., 2018). Des données internationales nous montrent également que la prolongation des heures de vente, en particulier tard dans la nuit, entraîne une hausse de la consommation et du degré de dommages causés par l'alcool (Babor et coll., 2010; Chikritzhs & Stockwell, 2007; de Goeij et coll., 2015; Kolosnitsyna et coll., 2014; Rossow & Norström, 2012; Schofield & Denson, 2013; Wilkinson et coll., 2016). Les recherches indiquent que les méfaits graves sont plus susceptibles de se multiplier avec la prolongation des heures de vente (Burton et coll., 2016; Stockwell & Chikritzhs, 2009; Vingilis et al, 2007); inversement, la réduction des heures de vente est associée à une décroissance de la consommation excessive et des méfaits graves (Kypri et coll., 2011; Marcus & Siedler, 2015; Menéndez et coll., 2015; Nepal et coll., 2020; Wicki & Gmel, 2011).

La pandémie de COVID-19 nous a donné l'occasion unique d'examiner les effets de la disponibilité physique de l'alcool. Alors que certains ressorts territoriaux ont déclaré que l'alcool était un bien de première nécessité et en ont rendu la consommation plus facile avec des services comme la livraison à domicile, d'autres en ont décrété une interdiction totale (Neufeld, Lachenmeier, et coll., 2020). Une étude internationale des pays anglophones a révélé que, dès le début de la pandémie, près de 70 % d'entre eux ont assoupli les règles sur la livraison d'alcool à domicile de façon temporaire ou permanente (Colbert et coll., 2021). Les livraisons d'alcool à domicile en ligne et à la demande (c'est-à-dire dans les deux heures suivant l'achat) ont été associées à une hausse de la consommation à risque ou excessive et aux méfaits qui en découlent (Colbert et coll., 2023; Huckle et coll., 2021; VicHealth, 2020). De même, une plus grande disponibilité de l'alcool à emporter, qui s'est également produite pendant la pandémie, a été associée à une hausse de la consommation et vice versa (Sherk, Stockwell, Chikritzhs, et coll., 2018). En revanche, l'Afrique du Sud, qui a instauré une interdiction totale de la vente d'alcool, a constaté une baisse importante du nombre de patients victimes d'agressions, d'accidents et d'autres blessures, ce qui a permis aux services de santé de se concentrer sur leurs efforts de lutte contre la COVID-19 (Reuter et coll., 2020).

À l'échelle fédérale, le contrôle des importations d'alcool en franchise de droits est un facteur essentiel de limitation de la disponibilité physique. En Finlande, lorsque le gouvernement a supprimé les limites imposées aux importations détaxées de boissons alcoolisées en provenance d'autres pays de l'Union européenne, la consommation et ses méfaits ont considérablement augmenté, les voyageurs finlandais rentrant chez eux pouvant apporter avec eux presque n'importe quelle quantité d'alcool sans avoir à payer de frais supplémentaires (Herttua et coll., 2011; Mäkelä & Osterberg, 2009).

### **Systeme de contrôle**

Les systèmes de contrôle de l'alcool vont du monopole étatique, dans lequel l'État en contrôle la vente en gros, la vente au détail ou la distribution, à la vente au détail entièrement privatisée. Les recherches ont démontré que la privatisation et la déréglementation entraînent une plus grande densité de points de vente d'alcool; la concurrence s'en trouve ainsi favorisée, les heures de vente sont prolongées, les prix sont plus bas et les mesures destinées à restreindre les ventes aux mineurs et aux clients en état d'ébriété sont moins rigoureuses (Babor et coll., 2010; Hahn et coll., 2012; Harding et coll., 2016). Dans les ressorts territoriaux canadiens où les monopoles étatiques de vente au détail ont été démantelés et où une privatisation partielle ou totale a été introduite, on a pu observer une hausse de la consommation et des méfaits (Adrian et coll., 1996; Giesbrecht et coll., 2021; Stockwell et coll., 2009; Stockwell et coll., 2011; Trolldal, 2015; Wagenaar & Holder, 1995). En Colombie-Britannique, le nombre croissant de magasins d'alcool appartenant à des entreprises privées a été associé à une hausse générale de la consommation par habitant (Stockwell et coll., 2009) et, plus préoccupant encore, à une augmentation des décès (Stockwell et coll., 2011) et des hospitalisations (Stockwell et coll., 2013) imputables à l'alcool.

Inversement, en Suède, la reprise du monopole des ventes au détail par l'État a été associée à une diminution des méfaits de l'alcool, notamment des suicides, des chutes et des accidents de la route (Ramstedt, 2002). Il est important de noter qu'un facteur essentiel de cette reprise du monopole étatique a été de mettre celui-ci sous la férule d'un ministère de la santé publique, plutôt que d'un ministère des finances ou du trésor comme dans la majorité des provinces et territoires canadiens,

définissant ainsi clairement son mandat comme relevant de la protection de la santé et de la sécurité publiques plutôt que de la création de profits sur les ventes d'alcool (Stockwell et coll., 2018). Des recherches menées en Suède ont évalué les conséquences potentielles sur la santé et la sécurité du démantèlement du monopole étatique de la vente au détail (Tim Stockwell et coll., 2017; Stockwell et coll., 2018). Dans un scénario, il a été estimé que la privatisation augmenterait de 41 % les décès dus à l'alcool, de 22 % les séjours à l'hôpital causés par l'alcool, et de 34 % les cas de conduite avec facultés affaiblies. Dans un deuxième scénario, on a estimé qu'une plus forte densité des points de vente serait responsable d'une augmentation de 66 % du nombre de décès et de 33 % du nombre de séjours à l'hôpital dus à la consommation d'alcool (Stockwell et coll., 2018).

Les monopoles d'État peuvent constituer un véhicule idéal pour contredire les messages favorables omniprésents et les normes culturelles sur l'alcool. Par exemple, dans les points de vente au détail gérés par l'État, on mettra davantage l'accent sur la santé et la sécurité que sur la promotion des produits. En outre, ils permettent de restreindre les lieux où l'on vend de l'alcool, qui ne peut donc pas être acheté en même temps que d'autres biens et services, par exemple dans les épiceries, les salons de coiffure ou les cinémas. En Ontario, un plus grand nombre de visites aux urgences a été attribué à la déréglementation autorisant la vente d'alcool dans les épiceries (D. T. Myran et coll., 2019).

En plus des restrictions sur les lieux de vente, il est important que les décisions de politiques sur l'alcool soient orientées vers la santé publique. Par exemple, il a été démontré que la participation des responsables de la santé publique aux décisions sur l'alcool encourage l'utilisation des données sur la santé dans l'élaboration des politiques (Mahon & Nicholls, 2014). L'État devrait également rendre compte publiquement des activités de lobbying de l'industrie afin de garantir leur transparence et d'atténuer leurs effets sur les politiques de santé publique en matière d'alcool (The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2022). À l'échelle fédérale, il est indispensable d'établir une loi sur l'alcool tenant compte des intérêts de la santé publique, comme il en existe déjà une pour le cannabis et le tabac; cette loi constituera le cadre législatif général nécessaire pour orienter des politiques plus vigoureuses sur l'alcool à l'échelle provinciale et territoriale et étiera les mesures nationales de lutte contre ses méfaits (Stockwell et coll., 2021).

### **Mesures contre la conduite avec facultés affaiblies**

Bien que les accidents de la route restent l'une des principales causes de décès et de blessures dus à l'alcool au Canada, des politiques appuyées par des données probantes peuvent réduire considérablement ce problème. Parmi les contre-mesures qui ont fait leurs preuves, on peut citer les programmes de permis progressif avec une longue période de conduite supervisée et l'interdiction de conduire sous l'influence de l'alcool ou de drogues (tolérance zéro) pour les conducteurs de moins de 22 ans et les conducteurs ayant moins de cinq ans d'expérience. (Masten et coll., 2015; McCartt & Teoh, 2015; Senserrick & Williams, 2015; Williams, 2017).

De même, les programmes de suspension du permis de conduire et de mise en fourrière de leurs véhicules pour les conducteurs dont l'alcoolémie est égale ou supérieure à 0,05 % se sont avérés très efficaces (Beirness & Beasley, 2014; Byrne, Ma, & Elzohairy, 2016; Byrne, Ma, Mann, et coll., 2016; Solomon et coll., 2020). Il a été démontré qu'un programme obligatoire de véhicules équipés d'antidémarrageurs éthylométriques pour tous les contrevenants aux lois fédérales sur la conduite avec

facultés affaiblies (les conducteurs dont l'alcoolémie est égale ou supérieure à 0,08 %), et qui comporte une réduction de la suspension du permis de conduire provincial afin d'encourager la participation, réduit considérablement les récidives des conducteurs (Elder et coll., 2011; Houwing, 2016; Teoh et coll., 2021; Vanlaar et coll., 2017). De même, les lois interdisant les contenants ouverts dans les véhicules sont considérées comme un facteur de réduction des accidents mortels liés à l'alcool (Eisenberg, 2003; Stuster et coll., 2002; Ying et coll., 2013). Il est également important de prévoir des sanctions en cas de détection de substances multiples au volant (par exemple de l'alcool en plus d'une autre substance), car la recherche a établi que lorsque l'alcool est consommé en combinaison avec d'autres drogues, comme le cannabis, un effet négatif synergique se produit au cours duquel on conduit plus dangereusement que lorsqu'ils sont consommés seuls (Dubois et coll., 2015; Simmons et coll., 2022).

À l'échelle fédérale, d'autres politiques corollaires importantes doivent être prises en considération. Tout d'abord, il existe des preuves solides indiquant que réduire le taux d'alcool dans le sang en le faisant passer de 0,08 % à 0,05 % pour les conducteurs permettrait de sauver bien des vies (Fell & Voas, 2014; Lira et coll., 2020). De plus, la législation autorisant les contrôles aléatoires d'alcoolémie a démontré son efficacité dans la prévention des accidents et des décès sur la route causés par l'alcool (Jiang et coll., 2015; Morrison et coll., 2021; Parmar et coll., 2020). Outre l'alcootest, la législation autorisant les prélèvements sanguins à des fins de constat est un élément essentiel de la lutte contre la conduite avec facultés affaiblies, car l'alcoolémie est le facteur le plus important pour déterminer la responsabilité dans une affaire de conduite en état d'ébriété (Mahaney et coll., 2011). Enfin, le recensement des décès et des blessures dus à l'alcool au volant est indispensable, non seulement pour mesurer l'ampleur du problème, mais aussi pour évaluer l'efficacité des nouvelles lois et/ou des nouveaux programmes de sécurité (Greer, 2011).

### **Contrôle du marketing et de la publicité**

L'interdiction du marketing de l'alcool ou des restrictions exhaustives sont l'une des mesures les plus efficaces et les plus rentables pour réduire les méfaits (Organisation mondiale de la santé, 2011). Les restrictions peuvent porter sur le volume et le contenu des publicités ainsi que sur les prix promotionnels (Wardle, 2015), et l'emplacement des annonces (Organisation mondiale de la santé, 2022b). L'interdiction totale de la publicité traditionnelle imposée en Norvège en 1975 a permis de réduire la consommation d'alcool sur une période de 25 ans, bien que les formes plus récentes de marketing numérique aient rendu plus difficile l'application des restrictions (J. K. Noel et coll., 2017).

L'efficacité des mesures sur le marketing dépend de leur généralisation à tous les annonceurs et de l'existence d'un organisme de réglementation indépendant ayant le pouvoir de contrôler et d'appliquer ces restrictions, d'autant plus que l'autoréglementation volontaire de l'industrie de l'alcool s'est avérée très peu efficace (J. Noel et coll., 2017; Noel & Babor, 2017). En outre, l'Organisation panaméricaine de la santé recommande de mettre en place, indépendamment de l'industrie, un système de présélection pour veiller à ce que le marketing de l'alcool respecte la réglementation, ainsi qu'un système permettant d'assurer que les plaintes sur le marketing sont effectivement traitées, et que des sanctions adéquates et progressives sont prévues en fonction de la gravité et de la fréquence des infractions à la réglementation (Organisation panaméricaine de la santé, 2018).

Au Canada, à l'échelle fédérale, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) définit les lignes directrices relatives au contenu et à l'emplacement du marketing de l'alcool autorisé à la télévision et à la radio. Cependant, les règlements du CRTC n'ont pas été mis à jour depuis 1996 et ne contiennent aucune disposition régissant le contenu des médias numériques. Cette lacune est d'autant plus grave que l'industrie de l'alcool dépend de plus en plus de nouveaux modes de publicité numérique, comme les plateformes de médias sociaux, pour attirer les consommateurs (Atkinson et coll., 2021; Organisation mondiale de la santé, 2020). Les recherches indiquent que le marketing de l'alcool a un effet considérable sur les jeunes et qu'ils sont exposés de manière disproportionnée à la publicité numérique et indûment influencés par elle (Hastings & Angus, 2009; Sargent & Babor, 2020). Si les systèmes reposant sur l'affirmation de l'âge s'avèrent généralement peu performants (Barry et coll., 2021), les interdictions du marketing numérique à plus grande échelle montrent des signes de résultats prometteurs (Carlin et coll., 2021; Scobie et coll., 2022). Les efforts visant à réglementer l'accès et le contenu du marketing numérique constituent une priorité de santé publique.

### **Âge minimum légal**

Il est bien établi que les lois sur l'âge minimum légal ont un effet bénéfique sur la santé et la sécurité de la population, car elles retardent l'apparition d'une consommation problématique et peuvent également avoir des effets positifs tout au long de la vie (Guttmanova et coll., 2011; Heckley et coll., 2018; Norberg et coll., 2009; Plunk et coll., 2013; Silins et coll., 2018). Outre le fait qu'il est plus difficile ainsi pour les jeunes de se procurer de l'alcool, les lois sur l'âge minimum légal véhiculent également un message sur les normes, les idées et les habitudes de la population sur la boisson, ce qui contribue à établir les habitudes de consommation. Lorsque les jeunes peuvent légalement consommer de l'alcool, ils sont davantage exposés à de nombreuses conséquences négatives sur leur santé et leur vie sociale. Établir l'âge légal à 21 ans pour pouvoir vendre, acheter et consommer de l'alcool est une mesure qui s'est avérée très efficace pour réduire les problèmes de consommation chez les jeunes buveurs (DeJong & Blanchette, 2014; Wagenaar & Toomey, 2002).

Les effets négatifs d'un accès précoce à l'alcool se font généralement plus ressentir chez les jeunes de sexe masculin et ceux dont le statut socio-économique est moins élevé (Ahammer et coll., 2022; Benny et coll., 2019; Brachowicz & Vall Castello, 2019). En Suède, l'accès progressif à l'alcool, avec des restrictions d'âge pour l'achat de certaines boissons en fonction de leur concentration d'alcool et pour leur consommation dans certains lieux, a été étudié et reprend des éléments de la délivrance graduelle de permis de conduire pour les nouveaux conducteurs (Heckley et coll., 2018). Cette approche progressive peut aider les jeunes adultes qui choisissent de boire à gérer cette nouvelle responsabilité et à réduire les effets de l'alcool sur leur santé (Heckley et coll., 2018). Cependant, les lois sur l'âge minimum légal doivent être adéquatement calibrées pour chaque ressort territorial afin de réduire les chances de conséquences involontaires (effets de débordement, substitution, achat d'alcool dans d'autres ressorts territoriaux, etc.) (Roodbeen et coll., 2021).

Leur efficacité peut être renforcée par une législation sur la preuve d'âge, qui exige que toute personne achetant de l'alcool présente une pièce d'identité émise par le gouvernement. Ce genre de loi n'est actuellement en vigueur dans aucun ressort territorial canadien. Cependant, bien d'autres autorités compétentes (y compris aux États-Unis) appliquent de telles lois pour le tabac ((Minnesota Office of the

Revisor of Statutes, 2022; ministère de la Santé de l'Ontario, 2021). Les campagnes faisant clairement passer le message que toute personne n'ayant pas atteint un certain âge sera tenue de présenter une pièce d'identité ont démontré leur efficacité dans la réduction de la consommation d'alcool chez les mineurs et des hospitalisations qui en découlent (Retail of Alcohol Standards Group).

Les lois sur la preuve d'âge sont également importantes lorsque l'alcool est acheté à distance, par exemple en ligne. On estime que 45 % des tentatives d'achat d'alcool en ligne par des mineurs aboutissent (Williams & Ribisl, 2012), et environ 10 % des élèves de 12<sup>e</sup> année ont déclaré avoir acheté de l'alcool livré à domicile au cours de l'année écoulée (Fletcher et coll., 2000). Chez les mineurs, l'achat de produits livrés à domicile est associé à une consommation excessive et au fait de boire plus souvent (Fletcher et coll., 2000). Du fait de la pandémie de COVID-19, les ventes en ligne et les livraisons d'alcool à domicile sont récemment devenues répandues, ce qui suscite des inquiétudes quant au fait que les mineurs y ont ainsi plus facilement accès. Bien qu'un bilan des politiques internationales ait révélé qu'une preuve d'âge est exigée dans la plupart des pays au moment de la livraison, seuls 10 % d'entre eux exigent cette même preuve d'âge au moment de l'achat (Colbert et coll., 2021). Il est donc important de procéder à la vérification d'âge au moment de l'achat tout autant que de la livraison.

### **Messages sur la santé et la sécurité**

Les messages sur la santé et la sécurité peuvent consister en l'étiquetage des boissons alcoolisées, en la présence de panneaux et d'affiches dans les points de vente au détail et dans les débits de boisson, et en des campagnes de santé et de sécurité à l'échelle de tout un ressort territorial. Ces messages véhiculent des informations indispensables qui permettent aux consommateurs de faire des choix éclairés sur la consommation d'alcool. Encore récemment autour de nous, l'étiquetage des boissons alcoolisées ou les campagnes de sensibilisation aux méfaits de l'alcool étaient relativement rares (à l'exception de celles sur la conduite avec des facultés affaiblies, par exemple) (Giesbrecht et coll., 2022). Dans les années 1980, l'apparition dans certains États américains d'étiquettes sur les boissons alcoolisées, qui mettaient en garde contre les risques de certaines maladies graves et pour les femmes enceintes, a eu pour effet de favoriser les discussions sur les risques liés à l'alcool (Kaskutas & Greenfield, 1992). D'autres arguments en faveur de messages sur la santé et la sécurité soulignent que a) les consommateurs d'alcool ont le droit d'être informés de ses effets néfastes potentiels et b) les fabricants et les détaillants ont l'obligation légale de les mettre en garde contre les effets néfastes potentiels de leurs produits (Vallance et coll., 2018). L'étiquetage des boissons alcoolisées a récemment fait l'objet d'un intérêt particulier de la part du public en tant qu'outil de sensibilisation au lien qui existe entre l'alcool et le cancer ainsi que les maladies chroniques (Hobin et coll., 2020) – lien mal connu des Canadiens (Al-hamdani & Smith, 2015; Partenariat canadien contre le cancer, 2011; Kersbergen & Field, 2017).

En 2017-18, des étiquettes de mise en garde contre l'alcool ont été appliquées dans le cadre d'une expérience en situation réelle dans les territoires canadiens (site d'étude : Whitehorse, YT, site de contrôle : Yellowknife, NT). Au cours d'une période d'intervention de huit mois, l'une des trois étiquettes comportant l'un des messages suivants a été apposée sur 98 % des produits d'alcool en vente : (i) une mise en garde contre le cancer; (ii) ce qui constitue un verre standard; (iii) les recommandations nationales en matière de consommation d'alcool (Vallance et coll., 2018). L'étude a mesuré de manière exhaustive l'évolution des ventes d'alcool, de la sensibilisation aux méfaits et des

mentalités. On estime que les ventes au détail par personne de toutes les boissons alcoolisées ont diminué de 6,3 % au cours de la période d'étiquetage dans le site d'étude par rapport aux sites de contrôle sans nouvelles étiquettes. En outre, les ventes de la grande majorité (98 %) des produits étiquetés ont diminué de 6,6 %, tandis que les ventes du petit nombre de produits non étiquetés ont augmenté de 6,9 % (Zhao et coll., 2020). Le rappel spontané des recommandations nationales sur la consommation d'alcool a considérablement augmenté sur le site de l'étude (Schoueri-Mychasiw et coll., 2020). Les mises en garde contre le cancer ont été supprimées prématurément en raison de l'ingérence de l'industrie dans l'étude (Stockwell et coll., 2020); cependant, peu après cette suppression, le rappel spontané du lien entre l'alcool et le cancer avait considérablement augmenté chez les clients des magasins d'alcool interrogés (Hobin et coll., 2020).

Une étude réalisée en 2019 a révélé que les consommateurs d'alcool canadiens tiraient en moyenne 11,2 % des calories nécessaires au quotidien de boissons alcoolisées; cependant, aucun ressort territorial n'impose actuellement l'étiquetage calorique ou nutritionnel de l'alcool (Sherk et coll., 2019). Une étude récente sur les étiquettes de mise en garde contre l'alcool a montré que les sujets interrogés étaient favorables à l'étiquetage (Giesbrecht et coll., 2022). Cette étude et d'autres, notamment Hobin et coll. (2020), Dimova et Mitchell (2022), et Kokole et coll. (2021), recommandent les éléments essentiels à inclure dans une étiquette de mise en garde sur l'alcool obligatoire et détaillée.

Les messages sur la santé et la sécurité peuvent également être diffusés au moyen de signalisation, d'annonces audio ou d'informations communiquées dans les établissements de consommation sur place ou à l'extérieur. La signalisation de mise en garde sur les risques liés à l'alcool pendant la grossesse, comme celle imposée par l'État dans les points de vente, a démontré son efficacité grâce à réduction de la consommation prénatale et des conséquences négatives qui en découlent sur l'enfant à naître (Cil, 2017). Il a également été prouvé que l'affichage obligatoire d'informations sur l'alcool et les risques de cancer dans les magasins californiens a été associé à une plus grande prise de conscience de ce risque pour la santé (Budenz et coll., 2022).

Les campagnes d'éducation dans les médias sur le thème de l'alcool et de la santé ont également démontré leur efficacité. Ces campagnes encouragent la sensibilisation et l'intention de suivre les recommandations de consommation à moindre risque (Brennan et coll., 2021; Wakefield et coll., 2018), permettent de prendre conscience du lien entre l'alcool et le cancer (Christensen et al, 2019; Dixon et coll., 2015; Martin et coll., 2018), diminuent le désir de consommer de l'alcool pendant la grossesse (Pettigrew et coll., 2023), et changent ce que l'on sait ainsi que les idées et les mentalités sur sa consommation (Young et coll., 2018). Les publicités pour la réduction des méfaits de l'alcool semblent particulièrement motivantes lorsqu'elles évoquent les dommages à long terme, qu'elles s'adressent à la population générale des consommateurs et qu'elles font suivre des recommandations de consommation (Wakefield et coll., 2017). De manière idéale, ces campagnes doivent être menées par des organismes de santé gouvernementaux, car ceux-ci sont perçus comme l'une des sources d'information les plus fiables après le corps médical et ne sont pas liés aux intérêts de l'industrie de l'alcool ou des organismes de responsabilité sociale des entreprises que celle-ci finance. (Jackson et coll., 2019).

## **Application des lois sur les boissons alcoolisées**

Il semblerait que la mise en vigueur des lois régissant le service d'alcool et l'exploitation des débits de boissons, ainsi que l'application de sanctions appropriées en cas d'infraction, peuvent contribuer à réduire les dommages liés à l'alcool (Babor et coll., 2022). Cependant, il existe d'importantes mises en garde et leurs résultats seront déterminés par la culture et le contexte locaux.

Il a été démontré que l'application de la loi est un élément important de mesures communautaires efficaces contre la criminalité et la violence suscitées par l'alcool (Norström & Trollidal, 2013), mais sa pleine efficacité exige une mobilisation considérable de la part des parties prenantes, un leadership efficace, un financement durable et l'appui de la collectivité (Babor et coll., 2022). Des méthodes ciblées reposant sur des données permettant de reconnaître les débits de boissons à haut risque ont montré une certaine efficacité (par exemple, demander aux personnes soupçonnées de conduite avec des facultés affaiblies d'indiquer l'endroit où elles ont acheté leur dernière consommation) (Wiggers et coll., 2004; Wiggers et coll., 2016). Dans la plupart des villes, une petite partie des établissements restant ouverts tard la nuit (10 à 20 % par exemple) a tendance à être associée à la plupart des délits violents ou de conduite avec facultés affaiblies (Briscoe & Donnelly, 2001).

Des programmes d'inspection (« clients mystères », visites de la police, etc.) ont donné certains résultats (Babor et coll., 2022). Dans un programme de client mystère, une personne formée à cela joue le rôle d'un client d'âge apparemment mineur et feint d'être visiblement en état d'ébriété, ce qui permet d'évaluer si un débit de boisson respecte les lois sur les boissons alcoolisées (par exemple, en procédant aux contrôles d'identité requis et en refusant de servir des clients mineurs ou en état d'ivresse) (Dorji et coll., 2016; Flewelling et coll., 2013; McKnight & Streff, 1994; Van Hoof et coll., 2015).

Les programmes de formation à la vente et au service de l'alcool destinés à l'ensemble du personnel et des bénévoles des établissements de consommation sur place et à l'extérieur ainsi qu'au cours de manifestations spéciales constituent un autre facteur essentiel de l'application des lois sur les boissons alcoolisées. Leur efficacité semble avoir été prouvée dans la prévention des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (Dresser et coll., 2011), des accidents de nuit à un seul véhicule (souvent causées par l'alcool) (Holder & Wagenaar, 1994), du comportement agressif de clients (Graham et coll., 2004) et de la consommation excessive (Johnsson & Berglund, 2003); ils incitent également à servir de manière responsable (Buka & Birdthistle, 1999). Toutefois, compte tenu du faible degré de participation, les programmes de formation obligatoires sont plus susceptibles de donner des résultats que les programmes de formation volontaires (Jones et coll., 2011; Ker & Chinnock, 2008). En outre, étant donné que les effets de la formation peuvent diminuer avec le temps, le renouvellement de la certification devrait être exigé à intervalles réguliers – chaque année, par exemple (Danaher et coll., 2012)).

## **Interventions de dépistage et traitement**

Depuis le dernier rapport de CAPE en 2019, ce domaine d'action a été élargi et, en plus du dépistage de consommation problématique, d'intervention rapide et d'orientation (SBIR), inclut maintenant des recommandations sur l'alcool à l'échelle de la population ainsi que des programmes de traitement et de réduction des méfaits. À l'échelle de la population, des informations et des recommandations sur l'alcool et la santé, fondées sur des données probantes et approuvées par les pouvoirs publics, peuvent

constituer un cadre important en amont qui contribue à un grand nombre de projets de prévention, d'éducation et de promotion de la santé dans des contextes cliniques et non cliniques. Par exemple, des recommandations sur l'alcool peuvent servir à élaborer des outils de dépistage ainsi que des lignes directrices cliniques et à normaliser le fait de ne pas boire. Les recommandations sur l'alcool ou sur sa consommation à faible risque ont prouvé qu'elles poussent les buveurs à boire moins lorsqu'elles sont accompagnées de campagnes ciblées de réduction des méfaits, comme des publicités télévisées. (Brennan et coll., 2021).

En ce qui concerne le SBIR, les données cumulées de plusieurs centaines d'études empiriques indiquent que l'emploi de celui-ci dans les établissements de soins de santé primaires, secondaires et d'urgence et les ressources SBIR autoguidées en ligne sont des méthodes efficaces pour réduire la consommation d'alcool, en particulier chez les personnes présentant une dépendance à un stade précoce ou moins grave. (Elzerbi et coll., 2015; Kaner et coll., 2017; Moyer, 2013; O'Donnell et coll., 2014). Ces initiatives constituent des mesures rentables pour prévenir et réduire les méfaits. Les interventions rapides peuvent être mises en œuvre dans un contexte clinique (y compris de soins actifs) et dans toutes sortes de milieux non cliniques pour atteindre les populations prioritaires (foyers d'accueil, établissements correctionnels, organismes communautaires, etc.) ou s'effectuer à distance pour être diffusées plus largement (par des moyens électroniques, par exemple). (Beyer et coll., 2019). Les données sont moins claires quant aux résultats du SBIR en ce qui concerne les adolescents (Burton et coll., 2016; Elzerbi et coll., 2015; Moyer, 2013; O'Donnell et coll., 2014; Tanner-Smith & Lipsey, 2015).

Les services de traitement hospitaliers et ambulatoires, y compris la prise en charge du sevrage, se sont révélés efficaces pour réduire la consommation et les méfaits de l'alcool ainsi que les problèmes de désaccoutumance (Day & Daly, 2022; Finney et coll., 1996). À l'échelle fédérale, ces services sont particulièrement importants pour les populations touchées de manière disproportionnée par la consommation d'alcool, comme les effectifs des forces armées et des établissements correctionnels. (Fazel et coll., 2017; Osborne et coll., 2022). Les programmes de gestion de l'alcool (PGA) peuvent constituer une intervention ciblée potentiellement efficace pour les personnes souffrant de graves troubles liés à la consommation d'alcool et qui sont également sans abri; cependant, l'efficacité en général et les risques des PGA sont actuellement inconnus (Smith-Bernardin et coll., 2022).

### **Stratégies en matière d'alcool**

Les stratégies ou plans d'action en matière d'alcool des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent contribuer à hiérarchiser et à coordonner les initiatives et les interventions sous la direction de l'État (Crépault et coll., 2017; Organisation mondiale de la santé, 2010); toutefois, leurs résultats dépendent de la définition d'objectifs précis, mesurables et durables dans des domaines d'action appuyés par des recherches et des politiques internationales (Organisation mondiale de la santé, 2010, 2018, 2022 a). Par-dessus tout, il convient d'éviter toute participation de l'industrie de l'alcool à ces stratégies, car il a été démontré que cela a compromis la solidité et la mise en œuvre de celles-ci dans plusieurs ressorts territoriaux en raison d'un conflit d'intérêts évident (Baumberg & Anderson, 2007; Kickbusch et coll., 2016; McCambridge, 2012).

Les évaluations formelles de stratégies de lutte contre les méfaits de l'alcool sont difficiles à réaliser en raison de la complexité de leurs différents éléments et de la manière dont elles agissent ensemble pour

provoquer un changement, ainsi que des tendances dominantes dans d'autres facteurs socioéconomiques et politiques qui peuvent avoir une incidence sur la consommation d'alcool et les dommages qui y sont liés (Beeston et coll., 2016). En Angleterre, la première stratégie nationale de lutte contre les méfaits de l'alcool a été critiquée pour ne pas avoir privilégié les mesures les plus efficaces et appuyées par des données probantes, ne pas avoir prévu de nouveaux capitaux pour accompagner la mise en œuvre, avoir manqué de leadership et ne pas avoir défini d'objectifs mesurables pour suivre les progrès réalisés (Drummond, 2004).

Plus récemment, une étude sur la stratégie générale à long terme de la Russie (qui applique depuis 2010 des éléments des pratiques d'achat exemplaires de l'OMS pour contrôler la consommation d'alcool au niveau de la vente au détail, notamment avec le contrôle de la publicité, des mesures fiscales et de tarification, et des mesures visant à réduire la disponibilité physique) a conclu que celle-ci avait contribué de manière importante à réduire la consommation ainsi que les méfaits et les coûts de l'alcool par habitant (Berdzuli et coll., 2020; Neufeld, Bunova, et coll., 2020; Neufeld, Ferreira-Borges, et coll., 2020). L'Écosse a également adopté une stratégie robuste, mise au point sans la participation de l'industrie, qui comporte des échéances claires et un plan d'évaluation et de production de rapports pour mesurer le succès des mesures prévues, telles que la création d'un prix unitaire minimum national pour l'alcool (Public Health Scotland, 2023; Gouvernement écossais, 2018).

### **Suivi et production de rapports**

Un élément essentiel de toute stratégie de réduction des méfaits consiste à effectuer un suivi systématique et complet de l'évolution et des modes de consommation au fil du temps ainsi que des dommages causés par l'alcool sur la santé et la société (Beeston et coll., 2016; Organisation mondiale de la santé, 2000, 2010, 2019). Ce suivi, ajouté à celui de l'exécution des politiques et d'autres actions, permet d'évaluer quelles sont les interventions les plus efficaces, ce qui, à son tour, éclairera les futures stratégies de lutte contre les méfaits de l'alcool (Organisation mondiale de la santé, 2019).

Le suivi est constitué par un processus systématique et continu de collecte, d'analyse et d'interprétation d'informations actualisées et pertinentes issues de diverses sources de données au fil du temps, afin d'évaluer l'efficacité d'une politique ou d'un programme (Oxman et coll., 2009; Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2004). La présentation de rapports destinés au public consiste à rendre les données et les informations sur les performances plus accessibles à celui-ci dans un effort de transparence et de responsabilité. Dans la mesure du possible, le suivi doit intégrer des indicateurs sur les sous-groupes de population (l'âge, le sexe, le genre, le revenu, les zones urbaines par rapport aux zones rurales, etc.) afin de donner une idée de la portée et de l'efficacité des politiques pour les populations prioritaires (Institut canadien d'information sur la santé 2017; Schmidt et coll., 2010). Cela est particulièrement important pour adresser des ressources limitées aux régions qui en ont le plus besoin.

Un système complet de suivi et de production de rapports sur l'alcool peut éclairer et faciliter l'élaboration de politiques efficaces et permettre de mieux comparer et interpréter ce qui se passe entre les divers ressorts territoriaux (Organisation mondiale de la Santé, 2000, 2010, 2019). Il est important de diffuser largement les résultats du suivi dans des rapports destinés au public pour faire preuve de responsabilité envers les parties prenantes, ce qui peut aussi permettre une prise de conscience du rôle que joue l'alcool dans de nombreux troubles de santé. La publication des résultats du suivi et de

l'évaluation peut également galvaniser des efforts d'amélioration, comme l'ont démontré des initiatives sur la qualité et la sécurité des soins de santé (Berwick et coll., 2003; Campanella et coll., 2016; Smith et coll., 2012). Un ferme leadership et des ressources suffisantes sont nécessaires pour permettre les suivis et l'établissement de rapports (Association canadienne de santé publique, 2011; Organisation mondiale de la santé, 2010).

La mise en lumière publique des méfaits de l'alcool sur la santé et la société peut permettre une prise de conscience sur le besoin de mieux appliquer des mesures destinées à les réduire. Les Canadiens n'ont que peu conscience des graves dommages causés par l'alcool, comme la hausse du risque de certains cancers (Partenariat canadien contre le cancer, 2011). Il a été démontré que l'ignorance de ces risques entraîne un manque d'appui du public envers des politiques éprouvées sur l'alcool (Buykx et coll., 2016).

## Références

- Adrian, M., Ferguson, B. S., & Her, M. H. (1996). Does allowing the sale of wine in Quebec grocery stores increase consumption? *Journal of Studies on Alcohol*, 57(4), 434-448. <https://doi.org/10.15288/jsa.1996.57.434>
- Ahammer, A., Bauernschuster, S., Halla, M., & Lachenmaier, H. (2022). Minimum legal drinking age and the social gradient in binge drinking. *Journal of Health Economics*, 81, 102571. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102571>
- Al-hamdani, M., & Smith, S. (2015). Alcohol warning label perceptions: Emerging evidence for alcohol policy [Alcohol; alcohol policy; drug labelling; public policy]. *Canadian Journal of Public Health*, 106(6), 6. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.5116>
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682), 2234 - 2246. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60744-3)
- Anderson, P., O'Donnell, A., Kaner, E., Llopis, E. J., Manthey, J., & Rehm, J. (2021). Impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland and Wales: controlled interrupted time series analyses. *Lancet Public Health*, 6(8), e557-e565. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00052-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00052-9)
- Angus, C. (2019). *Modelling the impact of alcohol duty policies since 2012 in England & Scotland*. <https://www.ias.org.uk/wp-content/uploads/2020/06/rp38102019.pdf>
- Atkinson, A. M., Sumnall, H., & Meadows, B. (2021). 'We're in this together': A content analysis of marketing by alcohol brands on Facebook and Instagram during the first UK Lockdown, 2020. *International Journal of Drug Policy*, 98, 103376. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103376>
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. W., 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*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199551149.001.0001>
- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., & Sornpaisarn, B. (2022). *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy* (3. ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192844484.001.0001>
- Barry, A. E., Primm, K., Russell, H., & Russell, A. M. (2021). Characteristics and Effectiveness of Alcohol Website Age Gates Preventing Underage User Access. *Alcohol Alcohol*, 56(1), 82-88. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa090>
- Baumberg, B., & Anderson, P. (2007). The European strategy on alcohol: A landmark and a lesson [Editorial]. *Alcohol and Alcoholism*, 42(1), 1-2. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl105>
- Beeston, C., McAdams, R., Craig, N., Gordon, R., Graham, L., MacPherson, M., McAuley, A., McCartney, G., Robinson, M., Shipton, D., & Van Heelsum, A. (2016). *Monitoring and Evaluating Scotland's Alcohol Strategy. Final Report*. [http://www.healthscotland.scot/media/1100/mesas-final-annual-report\\_5780\\_mar-2016.pdf](http://www.healthscotland.scot/media/1100/mesas-final-annual-report_5780_mar-2016.pdf)
- Beirness, D. J., & Beasley, E. E. (2014). An evaluation of immediate roadside prohibitions for drinking drivers in British Columbia: findings from roadside surveys. *Traffic Injury Prevention*, 15(3), 228-233. <https://doi.org/10.1080/15389588.2013.813628>
- Benny, C., Gatley, J. M., Sanches, M., & Callaghan, R. C. (2019). Assessing the impacts of minimum legal drinking age laws on police-reported violent victimization in Canada from 2009 to 2013. *Drug and Alcohol Dependence* 197, 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.025>
- Berdzuli, N., Ferreira-Borges, C., Gual, A., & Rehm, J. (2020). Alcohol Control Policy in Europe: Overview and Exemplary Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17218162>

- Berwick, D., James, B., & Coye, M. (2003). Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 41(Supple. 1), 130-138. <https://doi.org/10.1097/00005650-200301001-00004>
- Beyer, F. R., Campbell, F., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., Pienaar, E. D., Muirhead, C. R., & Kaner, E. F. S. (2019). The Cochrane 2018 Review on Brief Interventions in Primary Care for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers. *Alcohol and Alcoholism*, 54(4), 417-427. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz035>
- Brachowicz, N., & Vall Castello, J. (2019). Is changing the minimum legal drinking age an effective policy tool? *Health Economics*, 28(12), 1483-1490. <https://doi.org/10.1002/hec.3955>
- 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), 752-759. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040151>
- Brennan, E., Schoenaker, D., Dunstone, K., Slater, M. D., Durkin, S. J., Dixon, H. G., Pettigrew, S., & Wakefield, M. A. (2021). Understanding the effectiveness of advertisements about the long-term harms of alcohol and low-risk drinking guidelines: A mediation analysis. *Social Science and Medicine*, 270, 113596. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113596>
- Briscoe, S., & Donnelly, N. (2001). *Assaults on licensed premises in inner-urban areas*. [https://www.bocsar.nsw.gov.au/Publications/Alcohol Bulletin/ab02.pdf](https://www.bocsar.nsw.gov.au/Publications/Alcohol_Bulletin/ab02.pdf)
- Budenz, A., Moser, R. P., Eck, R., Agurs-Collins, T., McNeel, T. S., Klein, W. M. P., & Berrigan, D. (2022). Awareness of Alcohol and Cancer Risk and the California Proposition 65 Warning Sign Updates: A Natural Experiment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191911862>
- Buka, S. L., & Birdthistle, I. J. (1999). Long-term effects of a community-wide alcohol server training intervention. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(1), 27-36. <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.27>
- Burton, A., Walters, K., Atkins, L., Howard, M., Michie, S., Peveler, R., Gray, B., & Osborn, D. (2016). Barriers, facilitators, and effective interventions for lowering cardiovascular disease risk in people with severe mental illnesses: evidence from a systematic review and focus group study. *Lancet*, 388, 30-30. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32266-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32266-8)
- Buykx, P., Li, J., Gavens, L., Lovatt, M., Gomes de Matos, E., Holmes, J., Hooper, L., & Meier, P. (2016). *An examination of public attitudes towards alcohol policy*. [https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/buykx et al 2016 an examination of public attitudes towards alcohol policies 2.pdf](https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/buykx_et_al_2016_an_examination_of_public_attitudes_towards_alcohol_policies_2.pdf)
- Byrne, P. A., Ma, T., & Elzohairy, Y. (2016). Vehicle impoundments improve drinking and driving licence suspension outcomes: Large-scale evidence from Ontario. *Accident Analysis and Prevention*, 95(Pt A), 125-131. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2016.07.005>
- Byrne, P. A., Ma, T., Mann, R. E., & Elzohairy, Y. (2016). Evaluation of the general deterrence capacity of recently implemented (2009-2010) low and Zero BAC requirements for drivers in Ontario. *Accident Analysis and Prevention*, 88, 56-67. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2015.12.002>
- Campanella, P., Vukovic, V., Parente, P., Sulejmani, A., Ricciardi, W., & Specchia, M. L. (2016). The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 16, 296-296. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1543-y>
- Canadian Institute for Health Information. (2017). *Alcohol harm in Canada. Examining hospitalizations entirely caused by alcohol and strategies to reduce alcohol harm*. <https://www.cihi.ca/en/alcohol-harm-in-canada>
- Canadian Partnership Against Cancer. (2011). *Alcohol Policies*. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/alcohol-policies/background-statistics/>
- Canadian Public Health Association. (2011). *Too high a cost: A public health approach to alcohol policy in Canada. Canadian Public Health Association Position Paper*. Canadian Public Health

- Association. [https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/positions/position-paper-alcohol\\_e.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/positions/position-paper-alcohol_e.pdf)
- Carlin, E., Bartlett, O., Neufeld, M., Nugent, B., Ireland, T., Chester, J., Hellman, M., Kauppila, E., Lindeman, M., & Ferreira-Borges, C. (2021). *Digital marketing of alcohol: challenges and policy options for better health in the WHO European Region*. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056434>
- Chaloupka, F. J., Powell, L. M., & Warner, K. E. (2019). The Use of Excise Taxes to Reduce Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverage Consumption. *Annual Review of Public Health, 40*, 187-201. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043816>
- Chen, M. J., Grube, J. W., & Gruenewald, P. J. (2010). Community alcohol outlet density and underage drinking. *Addiction, 105*(2), 270-278. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02772.x>
- Chikritzhs, T., & Stockwell, T. (2007). The impact of later trading hours for hotels (public houses) on breath alcohol levels of apprehended impaired drivers. *Addiction, 102*(10), 1609-1617. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01981.x>
- Christensen, A. S. P., Meyer, M. K. H., Dalum, P., & Krarup, A. F. (2019). Can a mass media campaign raise awareness of alcohol as a risk factor for cancer and public support for alcohol related policies? *Preventive Medicine, 126*, 105722. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.05.010>
- Churchill, S., Stockwell, T., & Sherk, A. (2021). What proportion of the price of a typical alcoholic beverage is taxation in Canada and why does it matter? *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 41*(2), 65-67. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.2.05>
- Cil, G. (2017). Effects of posted point-of-sale warnings on alcohol consumption during pregnancy and on birth outcomes. *Journal of Health Economics, 53*, 131-155. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.03.004>
- Colbert, S., Wilkinson, C., Thornton, L., Feng, X., Campain, A., & Richmond, R. (2023). Cross-sectional survey of a convenience sample of Australians who use alcohol home delivery services. *Drug and Alcohol Review, 1-10*. <https://doi.org/10.1111/dar.13627>
- Colbert, S., Wilkinson, C., Thornton, L., Feng, X., & Richmond, R. (2021). Online alcohol sales and home delivery: An international policy review and systematic literature review. *Health Policy, 125*(9), 1222-1237. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.005>
- Coomber, K., Miller, P., Taylor, N., Livingston, M., Smith, J., Buykx, P., Clifford, R., Scott, D., Clifford, S., Chikritzhs, T., Nambiar, D., & Moayeri, F. (2020). *Investigating the introduction of the alcohol minimum unit price in the Northern Territory: Summary Report*. <https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2020/05/investigating-introduction-of-alcohol-minimum-unit-price-nt-summary-report.pdf>
- Crépault, J., Paradis, C., Popal, Z., Murie, A., Edwards, C., & Lenartowych, T. (2017). *Why Ontario needs a provincial alcohol strategy*. [http://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/why\\_ontario\\_needs\\_an\\_alcohol\\_strategy-pdf.pdf](http://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/why_ontario_needs_an_alcohol_strategy-pdf.pdf)
- Danaher, B. G., Dresser, J., Shaw, T., Severson, H. H., Tyler, M. S., Maxwell, E. D., & Christiansen, S. M. (2012). Development and process evaluation of a Web-based responsible beverage service training program. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7*, 41. <https://doi.org/10.1186/1747-597x-7-41>
- Day, E., & Daly, C. (2022). Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. *Addiction, 117*(3), 804-814. <https://doi.org/10.1111/add.15647>
- de Goeij, M. C., Veldhuizen, E. M., Buster, M. C., & Kunst, A. E. (2015). The impact of extended closing times of alcohol outlets on alcohol-related injuries in the nightlife areas of Amsterdam: a controlled before-and-after evaluation. *Addiction, 110*(6), 955-964. <https://doi.org/10.1111/add.12886>

- DeJong, W., & Blanchette, J. (2014). Case Closed: Research Evidence on the Positive Public Health Impact of the Age 21 Minimum Legal Drinking Age in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement(s17)*, 108-115. <https://doi.org/10.15288/jsads.2014.s17.108>
- Dimova, E. D., & Mitchell, D. (2022). Rapid literature review on the impact of health messaging and product information on alcohol labelling. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29(5), 451-463. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1932754>
- Dimova, E. D., Strachan, H., Johnsen, S., Emslie, C., Whiteford, M., Rush, R., Smith, I., Stockwell, T., Whittaker, A., & Elliott, L. (2023). Alcohol minimum unit pricing and people experiencing homelessness: A qualitative study of stakeholders' perspectives and experiences. *Drug and Alcohol Review*, 42(1), 81-93. <https://doi.org/10.1111/dar.13548>
- Dixon, H. G., Pratt, I. S., Scully, M. L., Miller, J. R., Patterson, C., Hood, R., & Slevin, T. J. (2015). Using a mass media campaign to raise women's awareness of the link between alcohol and cancer: cross-sectional pre-intervention and post-intervention evaluation surveys. *BMJ Open*, 5(3), e006511. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006511>
- Dorji, G., DeJong, W., Bor, J., Bachman DeSilva, M., Sabin, L., Feeley, F. R., Udon, P., Wangchuk, N., Wangdi, U., Choden, T., Gurung, M. S., Chogyel, T., Wangchuk, D., & Kypri, K. (2016). Increasing compliance with alcohol service laws in a developing country: intervention trial in the Kingdom of Bhutan. *Addiction*, 111(3), 467-474. <https://doi.org/10.1111/add.13202>
- Dresser, J., Starling, R., Woodall, W. G., Stanghetta, P., & May, P. A. (2011). Field trial of alcohol-server training for prevention of fetal alcohol syndrome. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(3), 490-496. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.490>
- Drummond, D. C. (2004). An alcohol strategy for England: the good, the bad and the ugly. *Alcohol and Alcoholism*, 39(5), 377-379. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh087>
- Dubois, S., Mullen, N., Weaver, B., & Bédard, M. (2015). The combined effects of alcohol and cannabis on driving: Impact on crash risk. *Forensic Science International*, 248, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2014.12.018>
- Eisenberg, D. (2003). Evaluating the effectiveness of policies related to drunk driving. *Journal of Policy Analysis and Management*, 22(2), 249-274. <https://doi.org/10.1002/pam.10116>
- Elder, R. W., Voas, R., Beirness, D., Shults, R. A., Sleet, D. A., Nichols, J. L., & Compton, R. (2011). Effectiveness of ignition interlocks for preventing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes: a Community Guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), 362-376. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.11.012>
- Elzerbi, C., Donoghue, K., & Drummond, C. (2015). A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, 110(7), 1082-1091. <https://doi.org/10.1111/add.12960>
- Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>
- Fell, J. C., & Voas, R. B. (2014). The effectiveness of a 0.05 blood alcohol concentration (BAC) limit for driving in the United States. *Addiction*, 109(6), 869-874. <https://doi.org/10.1111/add.12365>
- Finney, J. W., Hahn, A. C., & Moos, R. H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91(12), 1773-1796; discussion 1803-1720. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.911217733.x>
- Fletcher, L. A., Toomey, T. L., Wagenaar, A. C., Short, B., & Willenbring, M. L. (2000). Alcohol home delivery services: a source of alcohol for underage drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 81-84. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.81>

- Flewelling, R. L., Grube, J. W., Paschall, M. J., Biglan, A., Kraft, A., Black, C., Hanley, S. M., Ringwalt, C., Wiesen, C., & Ruscoe, J. (2013). Reducing youth access to alcohol: findings from a community-based randomized trial. *American Journal of Community Psychology*, 51(1-2), 264-277. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9529-3>
- Giesbrecht, N., Huguette, N., Ogden, L., Kaplan, M. S., McFarland, B. H., Caetano, R., Conner, K. R., & Nolte, K. B. (2015). Acute alcohol use among suicide decedents in 14 US states: impacts of off-premise and on-premise alcohol outlet density. *Addiction*, 110(2), 300-307. <https://doi.org/10.1111/add.12762>
- Giesbrecht, N., Reisdorfer, E., & Rios, I. (2022). Alcohol Health Warning Labels: A Rapid Review with Action Recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph191811676>
- Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., April, N., Asbridge, M., Cukier, S., Mann, R., McAllister, J., Murie, A., Plamondon, L., Stockwell, T., Thomas, G., Thompson, K., & Vallance, K. (2013). *Strategies to reduce alcohol-related harms and costs in Canada: A comparison of provincial policies*. <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-strategies-to-reduce-alcohol.pdf>
- Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., Simpson, S., April, N., Asbridge, M., Cukier, S., Mann, R., McAllister, J., Murie, A., Pauley, C., Plamondon, L., Stockwell, T., Thomas, G., Thompson, K., & Vallance, K. (2016). Strategies to reduce alcohol-related harms and costs in Canada: A comparison of provincial policies. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 5(2), 13-33. <https://doi.org/10.7895/ijadr.v5i2.221>
- Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., Stockwell, T., Vallance, K., Chow, C., April, N., Asbridge, M., Callaghan, R., Cukier, S., Hynes, G., Mann, R. E., Solomon, R., Thomas, G., & Thompson, K. (2021). Alcohol retail privatisation in Canadian provinces between 2012 and 2017. Is decision making oriented to harm reduction? *Drug and Alcohol Review*, 40(3), 459-467. <https://doi.org/10.1111/dar.13229>
- Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., Thomas, G., Stockwell, T., Thompson, K., April, N., Asbridge, M., Cukier, S., Mann, R., McAllister, J., Murie, A., Pauley, C., Plamondon, L., & Vallance, K. (2016). Pricing of alcohol in Canada: A comparison of provincial policies and harm-reduction opportunities. *Drug and Alcohol Review*, 35(3), 289-297. <https://doi.org/10.1111/dar.12338>
- Graham, K., Osgood, D. W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L., Leonard, K., Parnanen, K., Saltz, R. F., & Toomey, T. L. (2004). The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Review*, 23(1), 31-41. <https://doi.org/10.1080/09595230410001645538>
- Greer, P. (2011). *Model Impaired Driving Records Information Systems: Tying Together Data Systems to Manage Impaired Drivers* (DOT HS 811 489). <https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.gov/files/811489.pdf>
- Guttmanova, K., Bailey, J. A., Hill, K. G., Lee, J. O., Hawkins, J. D., Woods, M. L., & Catalano, R. F. (2011). Sensitive Periods for Adolescent Alcohol Use Initiation: Predicting the Lifetime Occurrence and Chronicity of Alcohol Problems in Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(2), 221-231. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.221>
- Hahn, R. A., Middleton, J. C., Elder, R., Brewer, R., Fielding, J., Naimi, T. S., Toomey, T. L., Chattopadhyay, S., Lawrence, B., & Campbell, C. A. (2012). Effects of Alcohol Retail Privatization on Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(4), 418-427. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.01.002>
- Harding, F. M., Hingson, R. W., Klitzner, M., Mosher, J. F., Brown, J., Vincent, R. M., Dahl, E., & Cannon, C. L. (2016). Underage Drinking: A Review of Trends and Prevention Strategies. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(4, Supplement 2), S148-S157. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.05.020>

- Hastings, G., & Angus, K. (2009). *Under the influence: The damaging effect of alcohol marketing on young people*. <https://www.drugsandalcohol.ie/12380/1/under-the-influence-the-damaging-effect-of-alcohol-marketing-on-young-people-british-medical-association-2009.pdf>
- Heckley, G., Gerdtham, U., & Jarl, J. (2018). *Too Young to Die: Regression Discontinuity of a Two-Part Minimum Legal Drinking Age Policy and the Causal Effect of Alcohol on Health*, Working Papers [https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2018\\_004.html](https://ideas.repec.org/p/hhs/lunewp/2018_004.html)
- Herttua, K., Mäkelä, P., & Martikainen, P. (2011). The effects of a large reduction in alcohol prices on hospitalizations related to alcohol: a population-based natural experiment. *Addiction*, 106(4), 759-767. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03296.x>
- Hobin, E., Weerasinghe, A., Vallance, K., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Schoueri-Mychasiw, N., Paradis, C., & Stockwell, T. (2020). Testing alcohol labels as a tool to communicate cancer risk to drinkers: A real-world quasi-experimental study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(2), 249-261. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.249>
- Holder, H. D., & Wagenaar, A. C. (1994). Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: a time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis and Prevention*, 26(1), 89-97. [https://doi.org/10.1016/0001-4575\(94\)90071-x](https://doi.org/10.1016/0001-4575(94)90071-x)
- Holmes, J., Meng, Y., Meier, P. S., Brennan, A., Angus, C., Campbell-Burton, A., Guo, Y., Hill-McManus, D., & Purshouse, R. C. (2014). Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *The Lancet*, 383(9929), 1655-1664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62417-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4)
- Houwing, S. (2016). *Alcohol interlocks and drink driving rehabilitation in the European Union*. [https://etsc.eu/wp-content/uploads/2016\\_12\\_alcohol\\_interlock\\_guidelines\\_final.pdf](https://etsc.eu/wp-content/uploads/2016_12_alcohol_interlock_guidelines_final.pdf)
- Huckle, T., Parker, K., Romeo, J. S., & Casswell, S. (2021). Online alcohol delivery is associated with heavier drinking during the first New Zealand COVID-19 pandemic restrictions. *Drug and Alcohol Review*, 40(5), 826-834. <https://doi.org/10.1111/dar.13222>
- Jackson, D. N., Peterson, E. B., Blake, K. D., Coa, K., & Chou, W. S. (2019). Americans' Trust in Health Information Sources: Trends and Sociodemographic Predictors. *American Journal of Health Promotion* 33(8), 1187-1193. <https://doi.org/10.1177/0890117119861280>
- Jiang, H., Livingston, M., & Manton, E. (2015). The effects of random breath testing and lowering the minimum legal drinking age on traffic fatalities in Australian states. *Injury Prevention*, 21(2), 77-83. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041303>
- Johnsson, K. O., & Berglund, M. (2003). Education of key personnel in student pubs leads to a decrease in alcohol consumption among the patrons: a randomized controlled trial. *Addiction*, 98(5), 627-633. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00383.x>
- Jones, L., Hughes, K., Atkinson, A. M., & Bellis, M. A. (2011). Reducing harm in drinking environments: A systematic review of effective approaches. *Health & Place*, 17(2), 508-518. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.12.006>
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., de Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniatopoulos, G., & Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), Cd011479. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>
- Karlsson, T., & Österberg, E. (2001). A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 18(1\_Supplement), 117-131. <https://doi.org/10.1177/145507250101801s01>
- Kaskutas, L., & Greenfield, T. K. (1992). First effects of warning labels on alcoholic beverage containers. *Drug and Alcohol Dependence*, 31(1), 1-14. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(92\)90002-T](https://doi.org/10.1016/0376-8716(92)90002-T)

- Ker, K., & Chinnock, P. (2008). Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(3), Cd005244. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005244.pub3>
- Kersbergen, I., & Field, M. (2017). Alcohol consumers' attention to warning labels and brand information on alcohol packaging: Findings from cross-sectional and experimental studies. *BMC Public Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4055-8>
- Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, 4(12), e895-e896. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0)
- Kokole, D., Anderson, P., & Jané-Llopis, E. (2021). Nature and Potential Impact of Alcohol Health Warning Labels: A Scoping Review. *Nutrients*, 13(9). <https://doi.org/10.3390/nu13093065>
- Kolosnitsyna, M., Sitdikov, M., & Khorkina, N. (2014). Availability restrictions and alcohol consumption: A case of restricted hours of alcohol sales in Russian regions. *International Journal for Alcohol and Drug Research*, 3(3), 9. <https://doi.org/10.7895/ijadr.v3i3.154>
- Kypri, K., Jones, C., McElduff, P., & Barker, D. (2011). Effects of restricting pub closing times on night-time assaults in an Australian city. *Addiction*, 106(2), 303-310. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03125.x>
- Lira, M. C., Sarda, V., Heeren, T. C., Miller, M., & Naimi, T. S. (2020). Alcohol Policies and Motor Vehicle Crash Deaths Involving Blood Alcohol Concentrations Below 0.08. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(5), 622-629. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.12.015>
- Livingston, M. (2012). *Implications of outlet density, type and concentration on alcohol consumption & harm*. Seminar presentation, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.
- Livingston, M., Chikritzhs, T., & Room, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*, 26(5), 557-566. <https://doi.org/10.1080/09595230701499191>
- Livingston, M., & Wilkinson, C. (2018). Controlling density, trading hours, and zoning to reduce alcohol-related harm. In N. Giesbrecht & B. L.M. (Eds.), *Prevention of Alcohol-Related Problems: Evidence and Community-based Initiatives* (pp. 221-234). APHA Press. <https://doi.org/10.2105/9780875532929>
- Mahaney, P., Kalin, J. R., & Valentine, J. L. (2011). *Understanding Blood Analysis in DUI and Traffic Homicide Investigations*. <https://www.mahaneylaw.com/files/understandingbac05212009feb2011.pdf>
- Mahon, L., & Nicholls, J. (2014). *Using licensing to protect public health: From evidence to practice*. Alcohol Research UK. [https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/files.alcoholchange.org.uk/documents/FinalReport\\_0114.pdf](https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/files.alcoholchange.org.uk/documents/FinalReport_0114.pdf)
- Mäkelä, P., & Osterberg, E. (2009). Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104(4), 554-563. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02517.x>
- Marcus, J., & Siedler, T. (2015). Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economics*, 123, 55-77. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2014.12.010>
- Martin, N., Buykx, P., Shevills, C., Sullivan, C., Clark, L., & Newbury-Birch, D. (2018). Population Level Effects of a Mass Media Alcohol and Breast Cancer Campaign: A Cross-Sectional Pre-Intervention and Post-Intervention Evaluation. *Alcohol and Alcoholism*, 53(1), 31-38. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx071>
- Masten, S. V., Thomas, F. D., Korbela, K. T., Peck, R. C., & Blomberg, R. D. (2015). *Meta-analysis of graduated driver licensing laws* (DOT HS 812 211). National Highway Traffic Safety Administration. <https://rosap.nhtsa.gov/view/dot/1965>

- McCambridge, J. (2012). A user's guide to the 2012 Alcohol Strategy for England and Wales: A commentary on the commentaries. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(5), 377-378. <https://doi.org/10.3109/09687637.2012.712166>
- McCartt, A. T., & Teoh, E. R. (2015). Tracking progress in teenage driver crash risk in the United States since the advent of graduated driver licensing programs. *Journal of Safety Research*, 53, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2015.01.001>
- McKnight, A. J., & Streff, F. M. (1994). The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accident Analysis & Prevention*, 26(1), 79-88. [https://doi.org/10.1016/0001-4575\(94\)90070-1](https://doi.org/10.1016/0001-4575(94)90070-1)
- Meier, P. S., Purshouse, R., & Brennan, A. (2010). Policy Options for Alcohol Price Regulation: Response to the Commentaries. *Addiction*, 105(3), 400-401. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02928.x>
- Menéndez, P., Weatherburn, D., Kypri, K., & Fitzgerald, J. (2015). *Lockout and last drinks*. <https://www.bocsar.nsw.gov.au/Documents/CJB/CJB183.pdf>
- Minnesota Office of the Revisor of Statutes. (2022). *2022 Minnesota Statutes: 461.22 Age verification and signage requirements*. <https://www.revisor.mn.gov/statutes/cite/461.22>
- Morrison, C. N., Kwizera, M., Chen, Q., Puljevic, C., Branas, C. C., Wiebe, D. J., Peek-Asa, C., McGavin, K. M., Franssen, S. J., Le, V. K., Keating, M., Williams, F. M., & Ferris, J. (2021). Alcohol-involved motor vehicle crashes and the size and duration of random breath testing checkpoints. *Alcohol Clinical & Experimental Research*, 45(4), 784-792. <https://doi.org/10.1111/acer.14583>
- Moyer, V. A. (2013). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 159(3), 210-218. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652>
- Myran, D. T., Chen, J. T., Bearnot, B., Ip, M., Giesbrecht, N., & Rees, V. W. (2019). Alcohol Availability Across Neighborhoods in Ontario Following Alcohol Sales Deregulation, 2013–2017. *American Journal of Public Health*, 109(6), 899-905. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305014>
- Myran, D. T., Chen, J. T., Giesbrecht, N., & Rees, V. W. (2019). The association between alcohol access and alcohol-attributable emergency department visits in Ontario, Canada. *Addiction*, 114(7), 1183-1191. <https://doi.org/10.1111/add.14597>
- Naimi, T. S., Blanchette, J., Nelson, T. F., Nguyen, T., Oussayef, N., Heeren, T. C., Gruenewald, P., Mosher, J., & Xuan, Z. (2014). A New Scale of the U.S. Alcohol Policy Environment and Its Relationship to Binge Drinking. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(1), 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.07.015>
- National Alcohol Strategy Advisory Committee. (2015). *Social reference prices for alcohol: A tool for Canadian governments to promote a culture of moderation*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Social-Reference-Prices-for-Alcohol-Canada-Report-2015-en.pdf>
- Nelson, T. F., Xuan, Z. M., Babor, T. F., Brewer, R. D., Chaloupka, F. J., Gruenewald, P. J., Holder, H., Klitzner, M., Mosher, J. F., Ramirez, R. L., Reynolds, R., Toomey, T. L., Churchill, V., & Naimi, T. S. (2013). Efficacy and the Strength of Evidence of U.S. Alcohol Control Policies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(1), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.03.008>
- Nepal, S., Kypri, K., Tekelab, T., Hodder, R. K., Attia, J., Bagade, T., Chikritzhs, T., & Miller, P. (2020). Effects of Extensions and Restrictions in Alcohol Trading Hours on the Incidence of Assault and Unintentional Injury: Systematic Review. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(1), 5-23. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.5>
- Neufeld, M., Bunova, A., Gornyi, B., Ferreira-Borges, C., Gerber, A., Khaltourina, D., Yurasova, E., & Rehm, J. (2020). Russia's National Concept to Reduce Alcohol Abuse and Alcohol-Dependence in the Population 2010-2020: Which Policy Targets Have Been Achieved? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17218270>

- Neufeld, M., Ferreira-Borges, C., Gil, A., Manthey, J., & Rehm, J. (2020). Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, *80*, 102636. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102636>
- Neufeld, M., Lachenmeier, D. W., Ferreira-Borges, C., & Rehm, J. (2020). Is Alcohol an “Essential Good” During COVID-19? Yes, but Only as a Disinfectant! *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, *44*(9), 1906-1909. <https://doi.org/10.1111/acer.14417>
- Noel, J., Lazzarini, Z., Robaina, K., & Vendrame, A. (2017). Alcohol industry self-regulation: who is it really protecting? *Addiction*, *112*(S1), 57-63. <https://doi.org/10.1111/add.13433>
- Noel, J. K., & Babor, T. F. (2017). Does industry self-regulation protect young people from exposure to alcohol marketing? A review of compliance and complaint studies. *Addiction*, *112 Suppl 1*, 51-56. <https://doi.org/10.1111/add.13432>
- Noel, J. K., Babor, T. F., & Robaina, K. (2017). Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction*, *112*(S1), 28-50. <https://doi.org/10.1111/add.13410>
- Norberg, K. E., Bierut, L. J., & Grucza, R. A. (2009). Long-Term Effects of Minimum Drinking Age Laws on Past-Year Alcohol and Drug Use Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *33*(12), 2180-2190. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1530-0277.2009.01056.x>
- Norström, T., & Trolldal, B. (2013). Was the STAD programme really that successful? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *30*(3), 171-178. <https://doi.org/10.2478/nsad-2013-0014>
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2014). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism*, *49*(1), 66-78. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>
- O'Donnell, A., Anderson, P., Jané-Llopis, E., Manthey, J., Kaner, E., & Rehm, J. (2019). Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ*, *366*, l5274. <https://doi.org/10.1136/bmj.l5274>
- Ontario Ministry of Health. (2021). *Rules for selling tobacco and vapour products*. <https://www.ontario.ca/page/rules-selling-tobacco-and-vapour-products>
- Osborne, A. K., Wilson-Menzfeld, G., McGill, G., & Kiernan, M. D. (2022). Military service and alcohol use: a systematic narrative review. *Occupational Medicine*, *72*(5), 313-323. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqac045>
- Oxman, A., Lavis, J., Lewin, S., & Fretheim, A. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 10: Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. *Health Research and Policy Systems*, *7*(Supp 1), S10. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S10>
- Pan American Health Organization. (2018). *Alcohol Policy Scoring: Assessing the level of implementation of the WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol in the Region of the Americas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49679>
- Parmar, J., McComb, C., House, P., & Barnes, G. C. (2020). Breath tests in Western Australia: Examining the economic dividends and effectiveness of general deterrence. *Accident Analysis and Prevention*, *136*, 105430. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2019.105430>
- Pettigrew, S., Booth, L., McCausland, T., Kennington, K., Miller, M., Bowden, J., & Stafford, J. (2023). Evaluation outcomes of an alcohol and pregnancy campaign targeting multiple audiences. *Drug and Alcohol Review*, *42*(1), 36-45. <https://doi.org/10.1111/dar.13541>
- Plunk, A. D., Cavazaos-Rehg, P., Bierut, L. J., & Grucza, R. A. (2013). The persistent effects of minimum legal drinking age laws on drinking patterns later in life. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *37*(3), 463-469. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01945.x>
- Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., & Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: Impacts on alcohol consumption and damage: A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, *44*(5), 500-516. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn054>

- Public Health Scotland. (2023). *Monitoring and Evaluating Scotland's Alcohol Strategy (MESAS)*. <https://www.healthscotland.scot/health-topics/alcohol/monitoring-and-evaluating-scotlands-alcohol-strategy-mesas>
- Ramstedt, M. (2002). The repeal of medium strength beer in grocery stores in Sweden—the impact on alcohol-related hospitalisations in different age groups. In R. Room (Ed.), *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Harm When Alcohol Controls Change?* NAD Publication 42 (pp. 117-131). Nordic Council for Alcohol and Drug Research. <http://iogt.org/wp-content/uploads/2015/03/nad42.pdf>
- Retail of Alcohol Standards Group. *Rising to the Challenge: A report into the application and impact of Challenge 25*. <https://wsta.co.uk/wp-content/uploads/2019/11/Challenge25Report2014.pdf>
- Reuter, H., Jenkins, L. S., De Jong, M., Reid, S., & Vonk, M. (2020). Prohibiting alcohol sales during the coronavirus disease 2019 pandemic has positive effects on health services in South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 12(1), e1-e4. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2528>
- Roche, M., Sandoval, R. C., & Monteiro, M. G. (2023). Comparing taxes on alcoholic beverages in the Region of the Americas. *Addiction*, 1-7. <https://doi.org/10.1111/add.16146>
- Roodbeen, R. T. J., Dijkstra, R. I., Schelleman-Offermans, K., Friele, R., & van de Mheen, D. (2021). Examining the Intended and Unintended Impacts of Raising a Minimum Legal Drinking Age on Primary and Secondary Societal Harm and Violence from a Contextual Policy Perspective: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18041999>
- Rossow, I., & Norström, T. (2012). The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*, 107(3), 530-537. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03643.x>
- Sargent, J. D., & Babor, T. F. (2020). The Relationship Between Exposure to Alcohol Marketing and Underage Drinking Is Causal. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*(Supplement 19), 113-124. <https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.113>
- Schmidt, L., Makela, P., Rehm, J., & Room, R. (2010). Alcohol: Equity and social determinants. In E. Blas & A. S. Kurup (Eds.), *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>
- Schofield, T. P., & Denson, T. F. (2013). Alcohol outlet business hours and violent crime in New York State. *Alcohol and Alcoholism*, 48(3), 363-369. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt003>
- Schoueri-Mychasiw, N., Weerasinghe, A., Vallance, K., Stockwell, T., Zhao, J., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Paradis, C., & Hobin, E. (2020). Examining the Impact of Alcohol Labels on Awareness and Knowledge of National Drinking Guidelines: A Real-World Study in Yukon, Canada. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(2), 262-272. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.262>
- Scobie, G., Patterson, C., Rendall, G., Brown, L., Whitehead, R., Scott, E., Greci, S., Donaghy, G., Pulford, A., & Scott, S. (2022). *Review of alcohol marketing restrictions in seven European countries*. <https://publichealthscotland.scot/media/15595/review-of-alcohol-marketing-restrictions-in-seven-european-countries.pdf>
- Scottish Government. (2018). *Alcohol Framework 2018: Preventing Harm*. <https://www.gov.scot/publications/alcohol-framework-2018-preventing-harm-next-steps-changing-relationship-alcohol/>
- Senserrick, T. M., & Williams, A. F. (2015). *Summary of literature of the effective components of graduated driver licensing systems* (AP-R476/15). Austroads. [https://www.parliament.vic.gov.au/images/Attachment\\_to\\_Submission\\_no.\\_75\\_-\\_Literature\\_Review\\_of\\_Effective\\_Components\\_of\\_Graduated\\_Licensing\\_Schemes.pdf](https://www.parliament.vic.gov.au/images/Attachment_to_Submission_no._75_-_Literature_Review_of_Effective_Components_of_Graduated_Licensing_Schemes.pdf)

- Sherk, A., Naimi, T. S., Stockwell, T., & Hobin, E. (2019). Calorie intake from alcohol in Canada: Why new labelling requirements are necessary. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 80(3), 111-115. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2018-046>
- Sherk, A., Stockwell, T., April, N., Churchill, S., Sorge, J., & Gamache, P. (2020). The potential health impact of an alcohol minimum unit price in Québec: An application of the International Model of Alcohol Harms and Policies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(5), 631-640. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.631>
- Sherk, A., Stockwell, T., & Callaghan, R. C. (2018). The effect on emergency department visits of raised alcohol minimum prices in Saskatchewan, Canada. *Drug and Alcohol Review*, 37, S357-S365. <https://doi.org/10.1111/dar.12670>
- Sherk, A., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Andréasson, S., Angus, C., Gripenberg, J., Holder, H., Holmes, J., Mäkelä, P., Mills, M., Norström, T., Ramstedt, M., & Woods, J. (2018). Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: Systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(1), 58-67. <https://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.58>
- Silins, E., Horwood, L. J., Najman, J. M., Patton, G. C., Toumbourou, J. W., Olsson, C. A., Hutchinson, D. M., Degenhardt, L., Fergusson, D., Becker, D., Boden, J. M., Borschmann, R., Plotnikova, M., Youssef, G. J., Tait, R. J., Clare, P., Hall, W. D., & Mattick, R. P. (2018). Adverse adult consequences of different alcohol use patterns in adolescence: an integrative analysis of data to age 30 years from four Australasian cohorts. *Addiction*, 113(10), 1811-1825. <https://doi.org/10.1111/add.14263>
- Simmons, S. M., Caird, J. K., Sterzer, F., & Asbridge, M. (2022). The effects of cannabis and alcohol on driving performance and driver behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 117(7), 1843-1856. <https://doi.org/10.1111/add.15770>
- Smith-Bernardin, S. M., Suen, L. W., Barr-Walker, J., Cuervo, I. A., & Handley, M. A. (2022). Scoping review of managed alcohol programs. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00646-0>
- Smith, M. A., Wright, A., Queram, C., & Lamb, G. C. (2012). Public reporting helped drive quality improvement in outpatient diabetes care among Wisconsin physician groups. *Health affairs (Project Hope)*, 31(3), 570-577. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0853>
- Solomon, R., Andaya, A., Ellis, C., Vandenberghe, M., & Zheng, C. (2018). *A Summary of Provincial and Territorial Traffic Legislation Related to Alcohol-Impaired Driving April 16, 2018*. . [https://madd.ca/pages/wp-content/uploads/2018/05/Provincial\\_Territorial-Alcohol-Impaired-Driving-Legislation\\_April-2018.pdf](https://madd.ca/pages/wp-content/uploads/2018/05/Provincial_Territorial-Alcohol-Impaired-Driving-Legislation_April-2018.pdf) [accessed 11 December 2018]
- Solomon, R., MacLeod, L., & Dumschat, E. (2020). The increasing role of provincial administrative sanctions in Canadian impaired driving enforcement. *Traffic Injury Prevention*, 21(5), 298-302. <https://doi.org/10.1080/15389588.2020.1748605>
- Stockwell, T., Auld, M. C., Zhao, J. H., & Martin, G. (2012). Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*, 107(5), 912-920. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03763.x>
- Stockwell, T., & Chikritzhs, T. (2009). Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*, 11(3), 18. <https://doi.org/10.1057/cpcs.2009.11>
- Stockwell, T., Giesbrecht, N., Vallance, K., & Wettlaufer, A. (2021). Government options to reduce the impact of alcohol on human health: Obstacles to effective policy implementation. *Nutrients*, 13(8). <https://doi.org/10.3390/nu13082846>

- Stockwell, T., & Gruenewald, P. (2004). Controls on the physical availability of alcohol. In N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems* (pp. 213-233).
- Stockwell, T., Norström, T., Angus, C., Sherk, A., Ramstedt, M., Andreasson, S., Chikritzhs, T., Gripenberg, J., Holder, H., Holmes, J., & Makela, P. (2017). *What are the public health and safety benefits of the Swedish government alcohol monopoly?* Systembolaget. <https://www.omsystembolaget.se/globalassets/pdf/vart-uppdrag/stockwell-svensk-sammanfattning.pdf>
- Stockwell, T., Sherk, A., Norstrom, T., Angus, C., Ramstedt, M., Andreasson, S., T, C., Gripenberg, J., Holder, H., Holmes, J., & Makela, P. (2018). Estimating the public health impact of disbanding a government alcohol monopoly: Application of new methods to the case of Sweden. *BMC Public Health*, 18, 1400. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6312-x>
- Stockwell, T., Solomon, R., O'Brien, P., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). Cancer warning labels on alcohol containers: A consumer's right to know, a government's responsibility to inform, and an industry's power to thwart. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(2), 284-292. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.284>
- Stockwell, T., Wettlaufer, A., Vallance, K., Chow, C., Giesbrecht, N., April, N., Asbridge, M., Callaghan, R. C., Cukier, S., Davis-MacNevin, P., Dube, M., Hynes, G., Mann, R., Solomon, R., Thomas, G., & Thompson, K. (2019). *Strategies to Reduce Alcohol-Related Harms and Costs in Canada: A Review of Provincial and Territorial Policies*. <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-cape-pt-en.pdf>
- Stockwell, T., Zhao, J., Giesbrecht, N., Macdonald, S., Thomas, G., & Wettlaufer, A. (2012). The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *American Journal of Public Health*, 102(12), e103-110. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301094>
- Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S., Pakula, B., Gruenewald, P., & Holder, H. (2009). Changes in per capita alcohol sales during the partial privatization of British Columbia's retail alcohol monopoly 2003-2008: a multi-level local area analysis. *Addiction*, 104(11), 1827-1836. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02658.x>
- Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S., Vallance, K., Gruenewald, P., Ponicki, W., Holder, H., & Treno, A. (2011). Impact on alcohol-related mortality of a rapid rise in the density of private liquor outlets in British Columbia: a local area multi-level analysis. *Addiction*, 106(4), 768-776. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03331.x>
- Stockwell, T., Zhao, J., Martin, G., & Macdonald, S. (2013). Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2014. <https://doi.org/https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301289>
- Stockwell, T., Zhao, J. H., Sherk, A., Callaghan, R. C., MacDonald, S., & Gatley, J. (2017). Assessing the impacts of Saskatchewan's minimum alcohol pricing regulations on alcohol-related crime. *Drug and Alcohol Review*, 36(4), 492-501. <https://doi.org/10.1111/dar.12471>
- Stuster, J., Bums, M., & Fiorentino, D. (2002). *Open Container Laws and Alcohol Involved Crashes: Some Preliminary Data* (DOT HS 809 426). National Highway Traffic Safety Administration. <https://rosap.nhtl.gov/view/dot/1735>
- Tanner-Smith, E. E., & Lipsey, M. W. (2015). Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.001>
- Teoh, E. R., Fell, J. C., Scherer, M., & Wolfe, D. E. R. (2021). State alcohol ignition interlock laws and fatal crashes. *Traffic Injury Prevention*, 22(8), 589-592. <https://doi.org/10.1080/15389588.2021.1984439>

- The Lancet Gastroenterology & Hepatology. (2022). Shining a light on international alcohol industry lobbying [Editorial]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 7(4), 275. [https://doi.org/10.1016/s2468-1253\(22\)00060-7](https://doi.org/10.1016/s2468-1253(22)00060-7)
- Thomas, G. (2012). *Price Policies to Reduce Alcohol-Related Harm in Canada* (Alcohol Price Policy Series, Issue. Canadian Centre on Substance Abuse. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Price-Policies-Reduce-Alcohol-Harm-Canada-2012-en.pdf>
- Trapp, G. S. A., Knuiiman, M., Hooper, P., & Foster, S. (2018). Proximity to Liquor Stores and Adolescent Alcohol Intake: A Prospective Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6), 825-830. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.043>
- Treasury Board of Canada Secretariat. (2004). *Supporting Effective Evaluations: A Guide to Developing Performance Measurement Strategies*. <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/audit-evaluation/centre-excellence-evaluation/guide-developing-performance-measurement-strategies.html>
- Trollid, B. (2015). *Alcohol consumption in Sweden 2015*. (CAN report 160, Issue. C. f. a.-o. n. (CAN). <http://www.can.se/contentassets/8a116b56043e49eab7f4128010a7f6b2/alkoholkonsumtionen-i-sverige-2015.pdf>
- Vallance, K., Romanovska, I., Stockwell, T., Hammond, D., Rosella, L., & Hobin, E. (2018). “We Have a Right to Know”: Exploring Consumer Opinions on Content, Design and Acceptability of Enhanced Alcohol Labels. *Alcohol and Alcoholism*, 53(1), 20-25. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx068>
- Vallance, K., Stockwell, T., Wettlaufer, A., Chow, C., Giesbrecht, N., April, N., Asbridge, M., Callaghan, R., Cukier, S., Hynes, G., Mann, R., Solomon, R., Thomas, G., & Thompson, K. (2021). The Canadian Alcohol Policy Evaluation project: Findings from a review of provincial and territorial alcohol policies. *Drug and Alcohol Review*, 40(6), 937-945. <https://doi.org/10.1111/dar.13251>
- Vallance, K., Stockwell, T., Wettlaufer, A., Giesbrecht, N., Chow, C., Card, K. G., & Farrell-Low, A. (2022). Strategies for engaging policy stakeholders to translate research knowledge into practice more effectively: Lessons learned from the Canadian Alcohol Policy Evaluation project. *Drug and Alcohol Review*, 41(1), 246-255. <https://doi.org/10.1111/dar.13313>
- Van Hoof, J. J., Roodbeen, R. T., Krokké, J., Gosselt, J. F., & Schelleman-Offermans, K. (2015). Alcohol sales to underage buyers in the Netherlands in 2011 and 2013. *Journal of Adolescent Health*, 56(4), 468-470. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.11.025>
- Vanlaar, W. G., Mainegra Hing, M., & Robertson, R. D. (2017). An evaluation of Nova Scotia's alcohol ignition interlock program. *Accident Analysis and Prevention*, 100, 44-52. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2016.12.017>
- VicHealth. (2020). *On-demand alcohol delivery services and risky drinking*. Retrieved February 8 2023 from <https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/alcohol-delivery-risky-drinking#4>
- Vingilis, E., McLeod, A. I., Stoduto, G., Seeley, J., & Mann, R. E. (2007). Impact of extended drinking hours in Ontario on motor-vehicle collision and non-motor-vehicle collision injuries. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(6), 905-911. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.905>
- Wagenaar, A. C., & Holder, H. D. (1995). Changes in Alcohol-Consumption Resulting from the Elimination of Retail Wine Monopolies - Results from 5 Us States. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(5), 566-572. <https://doi.org/https://doi.org/10.15288/jsa.1995.56.566>
- Wagenaar, A. C., & Toomey, T. L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 206-225. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.206>
- Wakefield, M. A., Brennan, E., Dunstone, K., Durkin, S. J., Dixon, H. G., Pettigrew, S., & Slater, M. D. (2017). Features of alcohol harm reduction advertisements that most motivate reduced drinking among adults: an advertisement response study. *BMJ Open*, 7(4), e014193. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014193>

- Wakefield, M. A., Brennan, E., Dunstone, K., Durkin, S. J., Dixon, H. G., Pettigrew, S., & Slater, M. D. (2018). Immediate effects on adult drinkers of exposure to alcohol harm reduction advertisements with and without drinking guideline messages: experimental study. *Addiction*, *113*(6), 1019-1029. <https://doi.org/10.1111/add.14147>
- Wang, S. H., Lin, I. C., Chen, C. Y., Chen, D. R., Chan, T. C., & Chen, W. J. (2013). Availability of convenience stores and adolescent alcohol use in Taiwan: a multi-level analysis of national surveys. *Addiction*, *108*(12), 2081-2088. <https://doi.org/10.1111/add.12278>
- Wardle, J. (2015). Price-based promotions of alcohol: legislative consistencies and inconsistencies across the Australian retail, entertainment and media sectors. *International Journal of Drug Policy*, *26*(5), 522-530. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.01.013>
- Wettlaufer, A., Cukier, S. N., & Giesbrecht, N. (2017). Comparing Alcohol Marketing and Alcohol Warning Message Policies Across Canada. *Substance Use & Misuse*, *52*(10), 1364-1374. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1281308>
- Wettlaufer, A., Vallance, K., Chow, C., Stockwell, T., Giesbrecht, N., April, N., Asbridge, M., Callaghan, R. C., Cukier, S., Hynes, G., Mann, R., Solomon, R., Thomas, G., & Thompson, K. (2019). *Strategies to Reduce Alcohol-Related Harms and Costs in Canada: A Review of Federal Policies*. <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-cape-fed-en.pdf>
- Wicki, M., & Gmel, G. (2011). Hospital admission rates for alcoholic intoxication after policy changes in the canton of Geneva, Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, *118*(2), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.020>
- Wiggers, J., Jauncey, M., Considine, R., Daly, J., Kingsland, M., Purss, K., Burrows, S., Nicholas, C., & Waites, R. (2004). Strategies and outcomes in translating alcohol harm reduction research into practice: the Alcohol Linking Program. *Drug and Alcohol Review*, *23*(3), 355-364. <https://doi.org/10.1080/09595230412331289518>
- Wiggers, J. H., Hacker, A., Kingsland, M., Lecathelinais, C., Tindall, J., Bowman, J. A., & Wolfenden, L. (2016). Facilitating police recording of the alcohol-related characteristics of assault incidents: A stepped wedge implementation trial. *Drug and Alcohol Review*, *35*(1), 30-39. <https://doi.org/10.1111/dar.12330>
- Wilkinson, C., & Livingston, M. (2012). Distances to on- and off-premise alcohol outlets and experiences of alcohol-related amenity problems. *Drug and Alcohol Review*, *31*(4), 394-401. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00346.x>
- Wilkinson, C., Livingston, M., & Room, R. (2016). Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015. *Public Health Research & Practice*, *26*(4). <https://doi.org/10.17061/phrp2641644>
- Williams, A. F. (2017). Graduated driver licensing (GDL) in the United States in 2016: A literature review and commentary. *Journal of Safety Research*, *63*, 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2017.08.010>
- Williams, R. S., & Ribisl, K. M. (2012). Internet alcohol sales to minors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *166*(9), 808-813. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.265>
- World Health Organization. *Monitoring national policies related to alcohol consumption and harm reduction (MOPAC)*. [https://www.who.int/europe/activities/monitoring-national-policies-related-to-alcohol-consumption-and-harm-reduction-\(mopac\)](https://www.who.int/europe/activities/monitoring-national-policies-related-to-alcohol-consumption-and-harm-reduction-(mopac))
- World Health Organization. (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO\\_MS\\_D\\_MSB\\_00.4.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MS_D_MSB_00.4.pdf)
- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>
- World Health Organization. (2011). *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44706>

- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization. (2019). *The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516419>
- World Health Organization. (2020). *Alcohol marketing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336178>
- World Health Organization. (2022a). *Draft Action Plan (2022–2030) to Effectively Implement The Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol as a Public Health Priority*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB150/B150\\_7Add1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf)
- World Health Organization. (2022b). *Reducing the harm from alcohol – by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: a technical report*.
- Wyper, G. M. A., Mackay, D. F., Fraser, C., Lewsey, J., Robinson, M., Beeston, C., & Giles, L. (2023). Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00497-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00497-X)
- Ying, Y. H., Wu, C. C., & Chang, K. (2013). The effectiveness of drinking and driving policies for different alcohol-related fatalities: a quantile regression analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(10), 4628-4644. <https://doi.org/10.3390/ijerph10104628>
- Young, B., Lewis, S., Katikireddi, S. V., Bauld, L., Stead, M., Angus, K., Campbell, M., Hilton, S., Thomas, J., Hinds, K., Ashie, A., & Langley, T. (2018). Effectiveness of Mass Media Campaigns to Reduce Alcohol Consumption and Harm: A Systematic Review. *Alcohol Alcohol*, 53(3), 302-316. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx094>
- Zhao, J., & Stockwell, T. (2017). The impacts of minimum alcohol pricing on alcohol attributable morbidity in regions of British Columbia, Canada with low, medium and high mean family income. *Addiction*, 112(11), 1942-1951. <https://doi.org/10.1111/add.13902>
- Zhao, J., Stockwell, T., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W. R., Tu, A., & Buxton, J. (2013). The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002-09. *Addiction*, 108(6), 1059-1069. <https://doi.org/10.1111/add.12139>
- Zhao, J., Stockwell, T., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: An interrupted time series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(2), 225-237. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.225>