



University  
of Victoria

Centre for Addictions  
Research of BC



UNIVERSITY OF TORONTO  
DALLA LANA SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



JOHNS HOPKINS  
BLOOMBERG  
SCHOOL of PUBLIC HEALTH



DALHOUSIE  
UNIVERSITY  
*Inspiring Minds*



# Stratégies pour réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Canada :

## Une comparaison des politiques provinciales

## Stratégies pour réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Canada : Une comparaison des politiques provinciales

**Norman Giesbrecht**, chercheur responsable, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto

**Ashley Wettlaufer**, coordonnatrice de la recherche, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto

**Nicole April**, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec, Québec

**Mark Asbridge**, professeur agrégé, Université Dalhousie, Halifax

**Samantha Cukier**, étudiante au doctorat et assistante de recherche, Université Johns Hopkins, Baltimore

**Robert Mann**, chercheur responsable, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto

**Janet McAllister**, conseillère en promotion de la santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale,  
London

**Andrew Murie**, chef de la direction, Les mères contre l'alcool au volant (MADD Canada), Toronto

**Chris Pauley**, assistant de recherche, Université Dalhousie, Halifax

**Laurie Plamondon**, assistante de recherche, Institut national de santé publique du Québec, Québec

**Tim Stockwell**, directeur, Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique, Victoria

**Gerald Thomas**, analyste des politiques, Gerald Thomas & Associates, Summerland, Colombie-  
Britannique

**Kara Thompson**, associée de recherche, Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-  
Britannique, Victoria

**Kate Vallance**, associée de recherche, Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique,  
Victoria

## REMERCIEMENTS

Les auteurs aimeraient remercier les [Instituts de recherche en santé du Canada](#) pour le soutien financier accordé au projet « Reducing Alcohol-Related Problems by Implementing Evidence-based Tools that Translate Research Knowledge into Prevention Practice » [Réduction des problèmes liés à l'alcool par la mise en place d'outils fondés sur des données probantes pour appliquer les connaissances issues de la recherche aux pratiques de prévention] (chercheur principal : Norman Giesbrecht). Ils aimeraient également offrir leurs sincères remerciements aux régies provinciales des alcools ainsi qu'aux ministères provinciaux des finances et de la santé ainsi qu'aux ministères responsables du contrôle et de la vente des boissons alcoolisées dans chaque province, qui leur ont fourni des données essentielles pour les analyses effectuées. Les auteurs remercient également Mothers Against Drunk Driving (MADD) Canada, qui leur a permis d'utiliser des données recueillies dans le cadre de l'édition 2012 de leur évaluation des provinces et territoires. Soulignons également le travail de Thomas Greenfield, Esa Österberg et Robin Room qui ont commenté la sélection des dimensions de politiques et la grille de notation. Des remerciements particuliers sont aussi offerts à Francois Benoit, Denise DePape, Janet McAllister et Robert Strang pour leur contribution au projet. Merci également à Ann Dowsett Johnston pour sa contribution et ses conseils tout au long du projet. Le soutien accordé par les organismes des co-chercheurs est sincèrement apprécié. En ce qui concerne la contribution de Norman Giesbrecht et de Robert Mann, le ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario a accordé son soutien au Centre de toxicomanie et de santé mentale pour le salaire des scientifiques et des infrastructures. Mark Asbridge est subventionné, en partie, par une bourse de nouveau chercheur du Centre de recherche en santé du Canada. Les points de vue et opinions formulés dans le présent rapport sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques des organismes cités.

Citation suggérée :

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

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	1
A. PROBLÉMATIQUE.....	5
B. APERÇU.....	7
1. Objectifs.....	7
2. Public cible du rapport.....	7
3. Structure du rapport.....	8
C. DEVIS, MÉTHODE ET LIMITES.....	8
1. Utiliser une analyse comparative pour stimuler les changements en matière de politiques... 8	
2. Portée – Niveau provincial.....	8
3. Portée – Données.....	9
4. Élaboration de la grille de notation.....	9
5. Limites – Renseignements manquants.....	13
D. RÉSULTATS.....	14
1. Fixation des prix.....	14
2. Système de contrôle du commerce de l'alcool.....	19
3. Accessibilité physique.....	23
4. Alcool au volant.....	28
5. Marketing et publicité.....	32
6. Âge minimal légal de consommation d'alcool.....	36
7. Dépistage, intervention brève et d'orientation.....	40
8. Formation des serveurs et programmes de contrôle et refus de vente.....	43
9. Stratégies provinciales en matière d'alcool.....	47
10. Étiquettes et affiches de mise en garde.....	50
11. Comparaison des provinces à l'égard des 10 dimensions.....	54
E. INTERPRÉTATION ET RECOMMANDATIONS.....	58
Recommandations – Renforcement des politiques en matière d'alcool.....	58
Recommandations – Standardisation de la documentation.....	62
Recommandations – Échange d'information.....	62
Recommandations – Évaluation des impacts et études exploratoires.....	62
Recommandations – Planification intersectorielle.....	63
Prochaines étapes.....	63
F. CONCLUSION.....	63
1. Contexte : érosion des mesures de contrôle.....	64
2. Renforcement des mesures prises pour contrer les méfaits liés à l'alcool.....	64
3. Réaction cohérente et collaborative.....	65
G. GLOSSAIRE.....	66
H. BIBLIOGRAPHIE.....	68
I. ANNEXE.....	79
Résultats des dimensions et des indicateurs.....	79

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Exemple de compilation des résultats d'une dimension de politique pour une province donnée.....	13
Tableau 2	Détails et justification de la pondération des 10 dimensions.....	54
Tableau 3	Notes pondérées par province, pour les 10 dimensions.....	57

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Résultats par province – Indicateurs liés à la fixation des prix.....	16
Figure 2	Résultats par province – Dimension liée à la fixation des prix.....	16
Figure 3	Résultats par province – Indicateurs liés au système de contrôle du commerce de l'alcool .....	21
Figure 4	Résultats par province – Dimension liée au système de contrôle du commerce de l'alcool .....	21
Figure 5	Résultats par province – Indicateurs liés à l'accessibilité physique .....	26
Figure 6	Résultats par province – Dimension liée à l'accessibilité physique .....	26
Figure 7	Résultats par province – Indicateurs liés à l'alcool au volant.....	30
Figure 8	Résultats par province – Dimension liée à l'alcool au volant.....	31
Figure 9	Résultats par province – Indicateurs liés au marketing et à la publicité .....	34
Figure 10	Résultats par province – Dimension liée au marketing et à la publicité .....	35
Figure 11	Résultats par province – Indicateurs liés à l'âge minimal légal de consommation d'alcool.....	38
Figure 12	Résultats par province – Dimension liée à l'âge minimal légal de consommation d'alcool.....	38
Figure 13	Résultats par province – Indicateurs liés à l'approche de dépistage, intervention brève et orientation.....	41
Figure 14	Résultats par province – Dimension liée au dépistage, intervention brève et orientation .....	42
Figure 15	Résultats par province – Indicateurs liés au programme de formation des serveurs ..	45
Figure 16	Résultats par province – Indicateurs liés au programme de contrôle et refus de vente .....	46
Figure 17	Résultats par province – Dimension liée à la formation des serveurs et au contrôle et refus de vente .....	46
Figure 18	Résultats par province – Indicateurs liés aux stratégies provinciales en matière d'alcool.....	49
Figure 19	Résultats par province – Dimension liée aux stratégies provinciales en matière d'alcool.....	49
Figure 20	Résultats par province – Indicateurs liés aux étiquettes et aux affiches de mise en garde.....	52
Figure 21	Résultats par province – Dimension liée aux étiquettes et aux affiches de mise en garde.....	53

## SOMMAIRE

Ce rapport fournit une étude systématique et comparative des politiques et des programmes adoptés dans les provinces canadiennes qui ont le potentiel de réduire les importants méfaits sociaux et de santé qui sont liés à l'alcool. Son but est de favoriser une meilleure mise en œuvre de ces politiques et programmes en vue d'améliorer la santé et la sécurité de la population au Canada.

### **Problématique**

Plus de 80 % des adultes au Canada consomment des boissons alcoolisées, généralement avec modération (Ialomiteanu et coll., 2012). Toutefois, l'alcool reste associé à une vaste gamme de problèmes, comme les traumatismes, la violence et l'apparition de plusieurs maladies chroniques (Rehm et coll., 2009), et est l'une des principales causes de maladie et d'invalidité dans les Amériques (Lim et coll., 2012). De nombreuses études montrent que les niveaux élevés de consommation d'alcool et les modes de consommation à haut risque sont associés à des taux plus élevés de divers méfaits liés à l'alcool (Norström, 2007; Ramstedt, 2008; Rossow, 2004; Skog, 2003; Rehm, et coll., 2008; Anderson et coll., 2009a; Babor et coll., 2010). Des données récentes au Canada révèlent que la consommation d'alcool a augmenté de 13 % entre 1996 et 2010 (Statistique Canada, 2011) et qu'environ 20 % des consommateurs boivent plus que la quantité recommandée dans les lignes directrices de consommation à faible risque (Ialomiteanu et coll., 2009; Association canadienne de santé publique, 2011).

Plusieurs facteurs pourraient être à l'origine de ces changements : tendance graduelle vers la privatisation; augmentation de l'accès aux boissons alcoolisées; recours à des techniques publicitaires à plus grande échelle et acceptabilité sociale accrue de la consommation d'alcool au Canada. Une intervention à grande échelle est nécessaire pour diminuer la consommation et réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool. Différentes politiques en matière d'alcool se sont révélées efficaces, à la fois pour réduire les problèmes à l'échelle de la population et pour modifier les comportements des consommateurs à risque élevé (Edwards et coll., 1994; Babor et coll., 2010; Smart et Mann, 2002).

### **Méthodes**

*Élaboration du devis de recherche* : Ce projet s'inspire du modèle adopté par MADD Canada, qui documente la mise en œuvre de politiques efficaces sur la conduite avec facultés affaiblies au Canada, ce qui favorise l'adoption de ces mesures par les gouvernements provinciaux. La sélection des 10 dimensions de politiques utilisées dans le cadre de cette analyse est basée sur des revues systématiques rigoureuses et bien établies portant sur l'efficacité des mesures de prévention liées à l'alcool. L'étude de la mise en œuvre de ces politiques s'appuie sur des données d'une année récente pour toutes les provinces canadiennes.

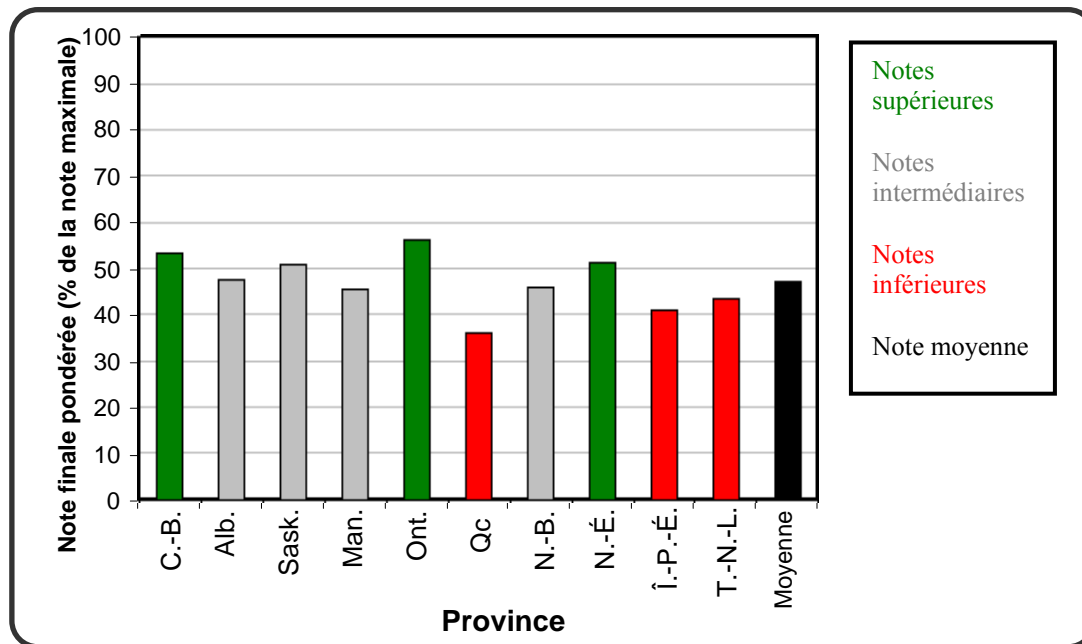
*Élaboration des critères d'évaluation* : Chaque dimension de politiques a été pondérée en fonction de sa capacité à réduire les méfaits liés à l'alcool et à rejoindre l'ensemble de la population. Une série de mesures (indicateurs) a été élaborée afin d'évaluer chacune des 10 dimensions. Dans une perspective d'évaluation par les pairs, les critères d'évaluation ont été soumis à trois experts internationaux en matière de politiques sur l'alcool. La rétroaction de ces experts externes a ensuite été utilisée pour bonifier les critères de notation.

*Vérification et notation des données* : Les données concernant les politiques existantes ont été recueillies auprès de sources officielles et de personnes ressources des ministères responsables de la vente et de la réglementation de boissons alcoolisées, ainsi que des ministères de la santé. Une première ronde de tests de notation a été effectuée de manière indépendante par deux membres de l'équipe du projet afin de déterminer la fiabilité de la notation et de vérifier que suffisamment de données ont été recueillies pour évaluer chacune des 10 dimensions et leurs indicateurs respectifs. Les membres de l'équipe n'ont pas été informés de l'identité de la province qu'ils évaluaient. Des données supplémentaires ont ensuite été recueillies pour chaque province, au besoin, puis envoyées aux représentants des ministères concernés aux fins de vérification. Une fois l'exactitude et l'exhaustivité des données vérifiées, la note finale a été attribuée. Tous les écarts de notes relevés ont été résolus par le chercheur principal.

*Calcul des notes finales* : Pour calculer la note de chaque province pour chacune des dimensions, les résultats des indicateurs ont été compilés afin d'obtenir une note brute sur 10. Les notes brutes de chaque dimension ont ensuite été pondérées et additionnées pour obtenir la note pondérée finale de chaque province pour les 10 dimensions. Toutes les notes sont exprimées sous forme de pourcentage de la note maximale.

## Résultats

### Notes pondérées finales par province :



Bien que des exemples de politiques prometteuses aient été relevés dans chaque grande dimension, la moyenne nationale était inférieure à 50 % de la note maximale. Dans l'ensemble, l'Ontario, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont obtenu les meilleures notes, tandis que le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador ont obtenu les moins bons résultats. L'existence de politiques sur l'âge minimal légal de consommation d'alcool et leur mise en application représentait une force dans l'ensemble du pays. Par ailleurs, la plus faible moyenne nationale a été attribuée à la dimension de politiques liée aux étiquettes et aux affiches

de mise en garde. Les moyennes nationales des cinq domaines ayant le plus grand potentiel pour diminuer la consommation d'alcool et ses méfaits se situaient toutes sous la barre des 60 % de la note maximale. Bien qu'on ait relevé des exemples d'excellentes pratiques en matière de fixation des prix dans plusieurs provinces, aucune n'excellait dans tous les aspects de cette dimension. Moins de la moitié du potentiel maximal est atteint dans les dimensions du système de contrôle de la commercialisation de l'alcool, de l'accessibilité physique et des mesures pour contrer l'alcool en état d'ébriété. Enfin, les provinces ont obtenu des résultats variables quant à d'autres dimensions de politiques comme les stratégies provinciales sur l'alcool et les approches de dépistage, d'intervention brève et d'orientation. Dans l'ensemble, ces résultats révèlent un important potentiel inexploité de politiques sur l'alcool pour l'atteinte de bénéfices relatifs à la santé et la sécurité publiques.

## **Recommandations**

*Recommandations spécifiques* : Afin de réduire les méfaits liés à l'alcool, les provinces sont encouragées à adopter les mesures suivantes :

- Établir des prix minimums suffisamment élevés pour décourager la consommation excessive et qui s'appliquent à toutes les ventes d'alcool, indexer le prix des boissons alcoolisées sur l'inflation et ajuster le prix selon la teneur en alcool.
- Préserver les monopoles gouvernementaux en empêchant une privatisation accrue des modes de vente d'alcool et maintenir un mandat ferme de responsabilité sociale.
- Fixer des limites plus strictes quant à la densité des points de vente et limiter l'accessibilité de l'alcool tôt le matin et tard la nuit.
- Mettre en œuvre les priorités législatives ayant trait à la délivrance des permis, aux sanctions et aux programmes de traitement énoncés par MADD Canada dans son rapport de 2012.
- Élargir les mesures réglementaires provinciales sur le marketing et la publicité au-delà de celles énoncées dans le *Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées*, de manière à imposer davantage de restrictions tout en simplifiant et officialisant le processus d'application.
- Fixer l'âge minimal légal de consommation d'alcool à 19 ans (ou plus) et faire le suivi des données des contrôle et de refus de vendre afin d'en encourager l'application.
- Élaborer des stratégies sur l'alcool dans chacune des provinces afin d'orienter les efforts et faire de l'alcool un sujet digne d'une attention immédiate.
- Faire des approches de dépistage, intervention brève et orientation un des domaines prioritaires des stratégies provinciales sur l'alcool; encourager le recours à la ressource publiée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC); instaurer des codes de remboursement pour les services associés à cette pratique.
- Mettre en place une formation obligatoire pour les serveurs et des programmes de contrôle et de refus de vente qui ont été démontrés efficaces pour diminuer le service aux clients en état d'ébriété et aux personnes qui n'ont pas l'âge minimal légal de consommation.
- Diffuser des messages obligatoires de mise en garde clairs sur une variété des sujets de santé, tant sur les étiquettes que dans les points de vente d'alcool.



### *Recommandations générales*

- Conformément aux recommandations énoncées dans le cadre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de l'Organisation mondiale de la Santé (2010), les provinces feraient un pas de géant si : elles surveillaient et rapportaient annuellement les taux de méfaits liés à l'alcool, documentaient les politiques et les mesures de prévention dans une optique de santé publique et échangeaient systématiquement des renseignements sur ces mesures.
- Les différents secteurs des gouvernements et des organisations non gouvernementales qui sont concernés par les questions relatives à l'alcool sont encouragés à collaborer pour aborder les différents aspects liés à l'alcool et pour examiner et évaluer les effets des changements proposés en matière de politiques.

### **Conclusions**

Les résultats indiquent qu'il y a encore beaucoup à faire pour accroître la santé et la sécurité de la population au moyen de politiques efficaces en matière d'alcool. Les autorités provinciales, de concert avec les acteurs des domaines de la santé et de la sécurité publique, sont appelées à renforcer les politiques soulignées dans ce rapport. Enfin, pour réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada, il est essentiel de prendre des mesures concertées touchant plusieurs dimensions et d'accorder une importance particulière tant aux politiques touchant l'ensemble de la population qu'aux interventions qui ciblent les consommateurs à risque élevé.

## A. PROBLÉMATIQUE

Les boissons alcoolisées sont consommées et appréciées par bon nombre de Canadiens. Qu'on les prenne pour accompagner un bon repas ou dans le cadre d'événements sociaux ou de célébrations, on les consomme d'ordinaire avec modération. Cependant, les boissons alcoolisées peuvent également être consommées en quantités suffisamment importantes pour encourager des comportements à risque élevé, contribuer à la multiplication des gestes socialement inacceptables et entraîner des accidents, des actes de violence et des actes criminels.

Au Canada comme à l'étranger, on constate que la fréquence des méfaits liés à l'alcool est élevée (Rehm et coll., 2006; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2009). Tel que mesuré en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), la consommation d'alcool est l'une des principales causes de maladies et d'invalidité dans les Amériques (Lim et coll., 2012). Des experts prédisent que sans intervention, les problèmes et les coûts continueront d'augmenter (Anderson et coll., 2009a; Babor et coll., 2010).

Au Canada, la consommation d'alcool est associée aux traumatismes, à la violence et au développement de nombreuses maladies chroniques. Toutefois, bien que le lien entre l'alcool et les accidents de la route soit bien connu, on parle beaucoup moins du rôle que joue l'alcool dans l'apparition de maladies chroniques et l'émergence de problèmes sociaux.

En 2002, 8,22 % de tous les décès de personnes de moins de 70 ans étaient attribuables à l'alcool, de même que 7,23 % des journées d'hospitalisation (Patra et coll., 2007); pourtant, de nombreux réseaux de prévention des maladies chroniques ne le mentionnent pas explicitement comme facteur de risque. La consommation d'alcool interagit avec d'autres facteurs de risque comme le tabagisme ou une mauvaise alimentation ce qui augmente les risques pour la santé de manière substantielle. Elle contribue également aux inégalités en matière de santé par son impact proportionnellement plus important sur les personnes qui ne disposent pas des ressources sociales et économiques pour combattre les méfaits issus de leur propre consommation d'alcool ou de celle d'autres personnes. De plus, les coûts associés à l'alcool sont élevés. Les coûts des soins de santé, de l'application de la loi ainsi que ceux liés à la perte de productivité à la maison ou au travail sont estimés à environ 14,6 milliards de dollars au Canada (Rehm et coll., 2006). Dans plus de la moitié des provinces canadiennes, les coûts associés à la consommation d'alcool dépassent les revenus directs tirés des ventes (Thomas, 2012).

À partir d'expériences naturelles ou d'analyses des séries chronologiques, des études menées sur de longues périodes au Canada ont montré qu'une hausse des ventes entraîne une augmentation du taux de problèmes associés à l'alcool (p. ex., Norström, 2001, 2004, 2007; Ramstedt, 2003, 2004, 2005, 2006, 2008; Rossow, 2004; Skog, 2001, 2003; Rehm et coll., 2008). En outre, de nombreuses études provenant de partout dans le monde montrent que les niveaux élevés de consommation et les modes de consommation à haut risque sont associés à des taux plus élevés de méfaits liés à l'alcool (Anderson et coll., 2009a; Babor et coll., 2010; Rehm et coll., 2009). Le niveau total de consommation d'alcool et le taux de consommation à risque élevé contribuent tous deux aux méfaits liés à l'alcool dans une population donnée. Toutefois, ces deux facteurs peuvent être mesurés et modifiés en implantant des politiques efficaces sur l'alcool.

Quelles mesures à large échelle pourraient contribuer à réduire ces méfaits pour la santé et la société et, par conséquent, les coûts élevés qui y sont associés? Jusqu'à maintenant, la plupart des efforts se sont concentrés sur le traitement des personnes qui abusent de l'alcool ou qui en sont dépendantes, ainsi que sur la mise en œuvre de stratégies éducatives portant sur les risques associés à la consommation excessive d'alcool. Toutefois, ces stratégies, quoique louables, ne sont pas suffisantes. Les équipes de chercheurs de l'OMS (p. ex., Babor et coll., 2010) ont relevé des politiques et des interventions qui ont fait leurs preuves dans la réduction des méfaits et des coûts liés à l'alcool. Diverses politiques en matière d'alcool se sont révélées efficaces, non seulement pour réduire les préjudices à l'échelle des populations, mais aussi pour limiter les comportements problématiques chez les consommateurs à risque élevé (Edwards et coll., 1994; Babor et coll., 2010; Smart et Mann, 2000). De plus, certaines de ces politiques ciblent les consommateurs à risque élevé et les jeunes, et ne sont pas excessivement punitives pour les consommateurs à faible risque qui boivent un faible volume d'alcool (Anderson et coll., 2009a; Babor et coll., 2010).

Il existe d'autres raisons majeures de mettre l'accent sur les interventions en matière de politiques en vue de réduire les méfaits liés à l'alcool. Les politiques sur l'alcool sont des outils efficaces : elles nécessitent en général peu de frais d'administration et de ressources administratives, profitent à tous les secteurs de la société, sont particulièrement importantes pour les personnes qui adoptent des comportements de consommation risqués et combattent efficacement les méfaits liés à l'alcool.

Comme nous le mentionnerons plus loin, plusieurs politiques efficaces sur la consommation d'alcool ont été adoptées au Canada. Toutefois, au cours des dernières années, on a pu observer dans plusieurs provinces un relâchement des mesures de régulation de l'alcool et une privatisation graduelle du marché des boissons alcoolisées. Par ailleurs, les deux récentes observations suivantes sont particulièrement préoccupantes : la consommation totale d'alcool par adulte a augmenté de 13 % entre 1996 et 2010 (Statistique Canada, 2011). Parallèlement, des enquêtes nationales et provinciales ont révélé qu'au moins 20 % des consommateurs boivent plus que la quantité recommandée dans les lignes directrices de consommation à faible risque (Adlaf et coll., 2008; Ialomiteanu et coll., 2009; Giesbrecht et Thomas, 2010; Association canadienne de santé publique, 2011).

Plusieurs facteurs pourraient être à l'origine de ces changements : augmentation de l'accès et de la disponibilité de l'alcool; tendance graduelle vers la privatisation; recours à des techniques publicitaires, de promotion et de commandite plus sophistiquées et à plus grande échelle; intégration de l'alcool et de sa consommation dans une grande variété d'activités sociales; silence relatif de la part des médias, des gouvernements et d'autres parties prenantes en ce qui a trait aux précautions à prendre lorsque les mesures de régulation de l'alcool sont relâchées. Dans l'ensemble, la consommation d'alcool semble bénéficier d'une plus grande acceptabilité, puisque le degré de risque qui y est associé est perçu comme relativement faible (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies [CCLAT], 2006), ce qui pourrait contribuer à banaliser la consommation d'alcool.

Par son recours à des politiques sur l'alcool visant à réduire ces méfaits, la stratégie de ce projet s'inscrit dans une longue et exemplaire tradition canadienne (Room et coll., 2006). Les

principales forces du projet sont les suivantes : (1) il a été conçu à partir d'une initiative réussie de MADD Canada qui avait été créée pour encourager l'adoption et la mise en œuvre de politiques visant à réduire l'alcool au volant (Solomon et coll., 2009); (2) il s'inspire des efforts interprovinciaux de lutte contre le tabagisme, dans le cadre desquels une série de politiques combinées à des interventions individuelles ont permis de réduire les méfaits associés au tabagisme partout au Canada (deBeyer et Brigden, 2003).

Ce projet adopte une perspective axée sur la précaution plutôt que sur la prohibition. Pour promouvoir et maintenir cette approche, il est essentiel d'accorder à la santé et à la sécurité de la population au moins autant d'importance qu'à la publicité, aux activités de promotion et à la création de revenus. En donnant à la santé et à la sécurité l'attention qu'elles méritent, nous pouvons non seulement promouvoir le mieux-être social et collectif, mais aussi réduire les coûts sociaux liés à l'alcool.

## **B. APERÇU**

### **1. Objectifs**

L'objectif global du projet est de favoriser la mise en œuvre d'initiatives de prévention et de politiques basées sur des données probantes en vue de réduire les méfaits liés à l'alcool. Pour ce faire, nous présenterons une étude systématique et comparative des récentes politiques et interventions reconnues pour réduire les méfaits sociaux et de santé liés à l'alcool dans les 10 provinces canadiennes. Nous ferons également ressortir les forces des politiques de chacune de ces provinces tout en formulant des recommandations visant à apporter des améliorations dans les domaines les plus faibles et diffuserons les renseignements à jour aux principaux acteurs et responsables des politiques de chaque province. Une description détaillée des activités du projet présentée dans la section de la méthodologie décrit les mesures prises pour atteindre ces objectifs.

### **2. Public cible du rapport**

Une approche pangouvernementale permet d'accroître l'efficacité des interventions visant à réduire les méfaits liés à l'alcool. La réglementation de l'alcool relève généralement de la compétence des ministères des finances ou d'autres ministères ou organismes des gouvernements provinciaux. Toutefois, les ministères de la Santé ont tout de même un rôle légitime à jouer dans l'orientation de nombreuses questions relatives aux politiques, y compris certaines questions qui dépassent le cadre de leur mandat habituel, comme l'accès à l'alcool ou le coût réel des boissons alcoolisées. C'est pourquoi le présent rapport s'adresse autant aux responsables de la santé et de la sécurité qu'aux ministères des Finances, aux régies des alcools et aux organismes de vente au détail chargés du contrôle et de la distribution de l'alcool dans la majorité des provinces canadiennes. Il vise également les personnes qui participent à l'analyse et à l'élaboration des politiques et aux organisations non gouvernementales (ONG) provinciales et nationales qui s'intéressent aux maladies chroniques, aux traumatismes et à d'autres problèmes dans lesquels l'alcool joue un rôle. Enfin, ce rapport sera aussi diffusé aux opérateurs économiques tels que les producteurs et les détaillants d'alcool, afin que les stratégies qui les concernent puissent être considérées en vue de réduire les problèmes liés à la consommation d'alcool.

### **3. Structure du rapport**

Les prochaines sections constituent le cœur du rapport. La section C en décrit le devis, la méthode et les limites. La section D présente les résultats avec des renseignements supplémentaires au sujet des politiques dans l'annexe A. Les résultats sont compilés en fonction des 10 dimensions de politiques analysées dans le cadre du projet, et chaque section comprend deux figures. La première présente les notes des indicateurs par province et la seconde met en évidence les comparaisons des dimensions des politiques entre les provinces. Les sections E et F présentent l'interprétation des résultats et les recommandations.

## **C. DEVIS, MÉTHODE ET LIMITES**

### **1. Utiliser une analyse comparative pour stimuler les changements en matière de politiques**

Le projet a pour but de favoriser la mise en œuvre de politiques efficaces en matière d'alcool en fournissant aux responsables des politiques, aux décideurs et aux utilisateurs des connaissances un sommaire du statut de leur province relativement aux politiques et aux interventions, tout en mettant à profit les pratiques exemplaires, la recherche et la littérature issue des évaluations (énoncées ci-dessous). Ce projet vise également à offrir des suggestions pratiques sur la façon dont les autorités peuvent modifier et améliorer leurs stratégies de contrôle et de prévention liées à la consommation d'alcool, ainsi que sur les retombées positives auxquelles ils peuvent s'attendre.

De nombreuses publications scientifiques dans lesquelles des politiques sur l'alcool ont été évaluées ont servi à orienter l'élaboration des critères d'évaluation utilisés dans le cadre de ce projet, notamment Babor et coll. (2010, chapitre 16); Anderson et coll. (2009a); Karlsson et Österberg (2001) et Brand et coll. (2007). Les dimensions de MADD Canada (Solomon et coll., 2009) ont également été utilisées.

Ce projet s'inspire d'un modèle semblable à celui instauré au pays depuis 2000 par MADD Canada, qui mise sur la surveillance de l'évolution de plusieurs politiques visant à réduire le nombre de cas de conduite avec facultés affaiblies. MADD Canada documente et diffuse au grand public des renseignements relatifs à la mise en œuvre de politiques efficaces sur la conduite avec facultés affaiblies dans chaque province et territoire, ce qui favorise l'adoption de ces pratiques par les gouvernements provinciaux. Au cours des six années ayant suivi les deux premiers bulletins de MADD Canada, plus de 65 modifications législatives ont été adoptées au Canada (A. Murie, communication personnelle, 23 janvier 2013). Les bulletins de MADD Canada ont eu un effet considérable sur l'ensemble des mesures de prévention liées à l'alcool au volant. On constate donc que le fait de résumer le contexte politique actuel et de soulever les points à améliorer peut contribuer grandement à encourager les changements en matière de politiques publiques.

### **2. Portée – Niveau provincial**

Le présent rapport porte sur les 10 provinces canadiennes, qui ont chacune un profil économique et réglementaire unique en ce qui concerne l'alcool. Ainsi, le niveau de consommation par

habitant diffère selon chaque province, tout comme le système de vente au détail, qui est public pour certaines, privé pour d'autres. C'est pourquoi ce rapport présente les données de chaque province tout en établissant des comparaisons entre leurs politiques.

Bien que certains leviers politiques soient réglementés par le gouvernement fédéral, comme les codes nationaux de publicité et les taux des taxes d'accise fédérales, la majorité des interventions les plus efficaces relève des gouvernements provinciaux. De plus, les initiatives recommandées sur le plan des politiques dans la stratégie nationale sur l'alcool du Canada visent le niveau provincial (National Alcohol Strategy Working Group [NASWG], 2007). Même si certaines municipalités ont adopté des interventions sur mesure, ces dernières ne peuvent tout de même pas trop s'écarter de celles de leur province, et comme il serait impossible d'examiner les politiques sur l'alcool de plusieurs centaines de villes canadiennes, ce rapport porte uniquement sur les politiques établies par les provinces. Toutefois, le projet a tenu compte des politiques provinciales qui confèrent des pouvoirs aux municipalités quant à l'emplacement des points de vente et à l'établissement des prix.

Les territoires canadiens diffèrent non seulement par leur cadre géographique, mais aussi par leurs populations et leur contexte de consommation. Par conséquent, en raison des différences et des limites du financement, le projet s'est concentré uniquement sur les 10 provinces. Cependant, il serait possible d'appliquer les principes généraux et les méthodes du projet aux territoires et à d'autres questions de santé en les adaptant aux différents contextes et environnements socioculturels. Ainsi, nous espérons avoir l'occasion de communiquer les conclusions et les répercussions de ce projet de partage de connaissances aux gouvernements territoriaux et de consulter des spécialistes locaux pour déterminer comment le protocole pourrait être adapté et appliqué aux territoires dans le cadre de futures initiatives.

### **3. Portée – Données**

La situation des indicateurs de politique a été évaluée au moment de la période de collecte de données (1er janvier 2012 au 31 octobre 2012). Par conséquent, seules les politiques en place au moment de la collecte de données ont fait l'objet d'une évaluation. Quant aux indicateurs non visés par des règlements, tels que la densité et le nombre d'inspections des points de vente, les chiffres recueillis sont ceux de la dernière année où des données étaient disponibles, soit en 2010-2011 dans la plupart des cas. Finalement, l'évaluation des politiques portant sur l'alcool au volant s'appuie sur le rapport de MADD Canada intitulé « Examen 2012 des lois des provinces et des territoires » et dont la date limite est le 31 décembre 2011.

### **4. Élaboration de la grille de notation**

#### **Aperçu des dimensions et des indicateurs de politiques, des sources des données, de la notation des indicateurs et de la pondération des politiques**

##### *i) Sélection des dimensions de politiques et des indicateurs*

Les 10 dimensions de politiques utilisées dans le cadre de cette étude ont été sélectionnées à partir de revues systématiques rigoureuses et bien établies portant sur l'efficacité des mesures de prévention des problèmes liés à l'alcool (p. ex., Anderson et coll., 2009a; Babor et coll., 2010; Brand et coll., 2007; Karlsson et Österberg, 2001). D'après les conclusions d'une revue

exhaustive publiée par Babor et coll. (2010), la *qualité* et l'*étendue des données probantes*, l'*efficacité de la politique* et la capacité de rejoindre *la population* étaient les principaux facteurs pris en compte lors de la sélection des pratiques exemplaires relatives aux politiques en matière d'alcool. Les 10 dimensions de politiques sélectionnées pour la présente étude sont les suivantes :

1. Fixation des prix
2. Système de contrôle du commerce de l'alcool
3. Accessibilité physique
4. Alcool au volant
5. Marketing et publicité
6. Âge minimal légal de consommation d'alcool
7. Dépistage, intervention brève et orientation
8. Formation des serveurs et programmes de contrôle et refus
9. Stratégies provinciales en matière d'alcool
10. Étiquettes et affiches de mise en garde

Une combinaison d'indicateurs de politiques et de pratiques a été élaborée afin d'évaluer chacune des 10 dimensions de politiques. Les indicateurs de politiques reflètent les politiques qui ont été adoptées au niveau provincial et qui figurent dans les lois ou les règlements d'une province (p. ex., politique restreignant le nombre de points de vente ou leur emplacement). Les indicateurs de pratiques reflètent les conséquences directes découlant d'un indicateur de politiques ou de l'absence d'une politique (p. ex, densité des points de vente au détail).

#### ***ii) Élaboration et mise au point du système de notation et de pondération des politiques***

Bien que chacune des 10 dimensions de politiques joue un rôle important dans une politique globale sur l'alcool, elles n'ont pas toutes la même efficacité pour réduire les méfaits liés à l'alcool ni la même capacité de rejoindre l'ensemble de la population. La pondération des dimensions de politiques est basée sur le résultat de la multiplication du niveau de *portée* (population rejointe) par le niveau d'*efficacité* de chacune des politiques, tel qu'estimé par l'équipe de recherche. Ces estimations s'appuient sur des revues exhaustives de l'efficacité relative des différentes stratégies et sur leur potentiel à rejoindre la population. L'efficacité et la portée ont toutes deux été notées sur cinq points, pour une pondération maximale de 25. Une explication plus détaillée des pondérations est présentée dans la section 11 du présent rapport (voir tableau 2).

De même, à l'intérieur de chacune des dimensions de politique, les notes des indicateurs aussi été pondérées de manière à refléter leur impact ou leur efficacité relative. Ainsi, chaque indicateur s'est vu attribuer une note, le total des notes de chacune des dimensions étant de 10. Le calcul des notes brutes des politiques et l'application des pondérations sont décrits dans les parties viii et ix de la présente section.

Les décisions de l'équipe relatives à la pondération des indicateurs et des dimensions de politique ont été prises lors de rencontres ayant eu lieu en 2011 et en 2012, soit avant la fin de la collecte de données. Autrement dit, les décisions liées à la pondération n'ont pas été influencées par les résultats des notes brutes, qui étaient alors inconnues.

### ***iii) Examen effectué par trois experts externes et mise au point***

La grille de notation, qui décrit les 10 dimensions et leurs indicateurs respectifs, a été envoyée à trois experts internationaux en matière de politiques sur l'alcool aux fins d'évaluation par les pairs et de rétroaction. Les trois experts étaient Thomas Greenfield, directeur du centre et directeur scientifique de l'Alcohol Research Group du Public Health Institute, aux États-Unis, Esa Österberg, chercheur principal au Centre national finlandais de recherche et de développement pour le bien-être et la santé, en Finlande, et Robin Room directeur de l'AER Centre for Alcohol Policy Research au Turning Point Alcohol & Drug Centre, en Australie. Ces experts avaient pour mandat de se prononcer sur plusieurs aspects de la grille de notation, tels que l'exhaustivité et la pertinence des indicateurs opérationnels et des dimensions sélectionnées, la pondération appliquée à chaque dimension et à ses indicateurs, ainsi que les éléments de preuve et les justifications appuyant chaque dimension et ses indicateurs. La rétroaction des experts externes a ensuite été utilisée pour améliorer la grille de notation. Nous avons peaufiné les indicateurs conçus pour évaluer chaque dimension, ainsi que la pondération et la notation applicables à chaque politique et à ses indicateurs, respectivement.

### ***iv) Collecte de données***

Deux méthodes ont été utilisées lors de la collecte de données. Tout d'abord, les analystes en recherche ont eu recours à des sources officielles dans la mesure du possible, soit des documents de réglementation comme les lois provinciales sur les alcools et sur les permis d'alcool. D'autres sources publiques de données ont également été utilisées : stratégies provinciales, rapports annuels, documents d'information destinés au grand public et aux médias et données de Statistique Canada et de MADD Canada. Ensuite, pour les données toujours manquantes malgré ces sources, les analystes ont communiqué directement avec les détaillants d'alcool provinciaux et les autorités de réglementation, les ministères des finances (ou d'autres ministères responsables de la vente d'alcool et de la réglementation) et les ministères de la santé des provinces. Les analystes en recherche ont recueilli et stocké les données dans des modèles de feuilles de calcul Excel normalisés. Une fois la collecte terminée, les fichiers de données ont été transmis au coordonnateur de la recherche, qui a examiné les données pour vérifier qu'il n'y avait pas d'incohérences ou de renseignements manquants.

### ***v) Notation et vérification de la fiabilité interévaluateurs – Essai pilote***

Une première ronde de notations à l'aveugle a été effectuée pour mettre à l'essai la grille de notation, déterminer la fiabilité de la notation et vérifier que suffisamment de données avaient été recueillies pour évaluer chacune des 10 dimensions et leurs indicateurs respectifs. Chaque dimension a été notée de façon indépendante par un membre de l'équipe de recherche, puis examinée par un deuxième membre de l'équipe. Pour commencer, un premier évaluateur recevait les données des dimensions de politiques, sans connaître la province à laquelle elles se rapportaient, ainsi que la grille de notation énonçant les critères applicables à chaque dimension. Une fois les critères de notation appliqués et les notes déterminées, le fichier de données et la grille de notation remplie étaient transmis à un deuxième évaluateur. Ce dernier examinait les données notées pour vérifier que les critères indiqués dans la grille de notation avaient bien été appliqués. Le nom de la province n'a été divulgué à aucun moment pendant le processus. Tous les écarts relevés par le deuxième évaluateur étaient portés à l'attention du chercheur principal et réglés au cas par cas. À la suite de l'essai pilote, on a établi que 27 éléments de données



supplémentaires devaient être recueillis afin d'évaluer de façon précise les dimensions des politiques.

#### ***vi) Vérification des données***

Après la collecte des données supplémentaires jugées pertinentes dans le cadre du projet, nous avons vérifié l'exactitude et l'intégralité des données de chaque province en les envoyant aux détaillants d'alcool provinciaux, aux autorités de réglementation ou aux organisations concernées ainsi qu'au ministère des finances (ou autre ministère responsable de la vente d'alcool et de la réglementation) et au ministère de la santé. Les représentants des ministères et organismes qui étaient familiers avec les modalités relatives à la réglementation et à la vente d'alcool, les initiatives de prévention et l'application des politiques ont examiné l'exactitude et l'intégralité des données. L'emploi de formulaires interactifs a permis aux évaluateurs provinciaux d'apporter des correctifs et d'ajouter des sources et des commentaires, au besoin, et un suivi par courriel ou par téléconférence a été effectué lorsque des explications ou des éclaircissements se sont avérés nécessaires.

#### ***vii) Note finale***

Les ensembles de données pour chaque province ont été mis à jour en fonction des renseignements fournis pendant le processus de vérification, puis redistribués aux membres de l'équipe pour l'attribution de la note finale. Une fois de plus, un évaluateur a reçu les données, la grille de notation et les instructions relatives à la notation. Les dimensions de politiques étaient évaluées par les mêmes personnes que lors de l'essai-pilote. Une fois la notation terminée, les données et la grille de notation ont été transmises à un deuxième évaluateur pour vérification. Tous les écarts relevés par le deuxième évaluateur ont été portés à l'attention du chercheur principal et réglés au cas par cas.

#### ***viii) Calcul des notes des 10 dimensions des politiques***

Pour calculer les notes des politiques avant la pondération, les notes des indicateurs ont d'abord été compilés afin d'obtenir une note brute sur 10 pour chaque dimension de politique (voir tableau 1). La note brute totale a ensuite été convertie en pourcentage de la note maximale (note de la politique avant la pondération). Pour faciliter les comparaisons, les notes des politiques avant la pondération et les notes des indicateurs ont été exprimées en pourcentage de la note maximale dans les figures présentées dans la section des résultats pour chaque dimension.

#### ***ix) Calcul des notes pondérées finales des politiques***

Une fois les notes brutes totales compilées, les pondérations des politiques ont été appliquées aux 10 dimensions des politiques. Par exemple, la dimension « Âge minimal légal de consommation d'alcool » était assortie de trois indicateurs principaux : a. Âge minimal légal et réglementation connexe (sur 5 points); b. Mise en application des lois sur l'âge minimal légal dans les points de vente d'alcool à emporter (sur 3 points); c. Mise en application des lois sur l'âge minimal légal dans les points de vente d'alcool à consommer sur place (sur 2 points). Les notes des indicateurs ont ensuite été additionnées pour obtenir une note brute finale sur 10 pour la politique. La note brute finale a ensuite été pondérée en fonction de son efficacité et de sa portée pour obtenir la note pondérée finale de la politique. Par exemple, la note brute finale de la politique ayant trait à l'âge minimal légal de consommation d'alcool a été pondérée par un facteur de 8 pour refléter son efficacité et sa portée par rapport aux neuf autres dimensions. Une

explication des pondérations de chaque dimension est fournie dans le tableau 2 de la section 11 du présent rapport.

**Tableau 1 Exemple de notation d'une dimension de politique pour une province donnée**

Province	a. Indicateur A (sur 5)	b. Indicateur B (sur 4)	c. Indicateur C (sur 1)	Note brute finale (sur 10)	Note de la dimension de politique avant la pondération (% de la note maximale)
Province X	3 (60 %)	4 (100 %)	1 (100 %)	(Indicateurs A+B+C) = 3+4+1 = 8/10	= 80 %

**x) Activités d'échange de connaissances**

L'équipe de recherche a réalisé diverses activités d'échange de connaissances et des activités supplémentaires suivront la publication de ce rapport. Les activités de transfert des connaissances ont donné lieu à des communications avec diverses régies des alcools, des ministères des finances et de la santé et des organismes non gouvernementaux concernés par les enjeux de santé publique en lien avec la consommation d'alcool. Au cours de la collecte et de la vérification des données décrites plus haut, de nombreux échanges ont eu lieu entre les chercheurs (de l'équipe) et des représentants des différents gouvernements et organismes ayant des responsabilités dans des domaines en lien avec l'alcool et détenant une expertise au sujet des 10 dimensions de politiques qui sont au cœur de ce projet.

En décembre 2012, trois webinaires ont été organisés. Lors des deux premiers webinaires, les invités étaient les représentants des ministères de la santé et des finances et des régies des alcools. Le troisième webinaire a été tenu lors d'une rencontre régulière du Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC). Lors de chacun des webinaires, le but du projet, la méthode et les dix dimensions de politiques ont été présentés et discutés. À la suite du dévoilement du rapport, d'autres activités d'échange de connaissances auront lieu avec les acteurs clé (voir section E).

**5. Limites – Renseignements manquants**

Tous les renseignements et les données demandés dans le cadre de ce projet sont théoriquement rendus publics en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Toutefois, comme mentionné précédemment, l'accès à ces données s'est parfois avéré difficile. Lorsque les données n'étaient pas accessibles au public, les analystes ont communiqué d'abord directement avec les représentants des ministères ou des organismes concernés. Dans les cas où ces deux stratégies ont échoué, les données manquantes ont été demandées pendant le processus de vérification des données. Enfin, il est arrivé que des données ne soient pas fournies durant le processus de vérification, et ce, malgré des demandes répétées sur plusieurs mois. En pareil cas, il a été supposé qu'il n'existe pas de politiques ou de règlements pertinents, et la notation a été effectuée en conséquence. Il convient de noter que de tels cas sont survenus rarement. La décision d'attribuer une note de zéro en cas de données non disponibles est appuyée par les recommandations de l'OMS énoncées dans sa stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif

de l'alcool (OMS, 2010), qui insistent sur l'importance d'assurer la surveillance des politiques afin d'orienter les futures interventions.

## D. RÉSULTATS

### 1. Fixation des prix

**Éléments de preuve et justification** : Bien qu'il existe d'importantes différences, l'alcool est comme beaucoup d'autres produits : la demande est inversement proportionnelle au prix. Cela signifie que lorsque le prix des boissons alcoolisées augmente, les ventes diminuent si d'autres facteurs, comme le revenu, demeurent stables. Des dizaines d'années de recherches menées dans le monde entier ont permis de constater que la hausse des prix de l'alcool, au moyen d'interventions comme les taxes d'accise, est l'une des façons les plus efficaces de réduire la consommation et les méfaits liés à l'alcool dans la population (Wagenaar et coll., 2009; Babor et coll., 2010; Wagenaar et coll., 2010). Des mesures d'établissement des prix qui ciblent mieux les consommateurs à risque et les produits qui présentent un risque ont été adoptées dans plusieurs provinces canadiennes et ailleurs dans le monde. Parmi ces mesures, notons la politique sur les *prix minimums*, qui consiste à réduire l'accessibilité économique de l'alcool le moins dispendieux, souvent privilégié par les consommateurs à risque, et *l'établissement des prix en fonction de la teneur en alcool*, qui consiste à augmenter le prix des boissons ayant une teneur en alcool plus élevée et à réduire le prix de celles à teneur plus faible afin de diminuer la consommation totale d'alcool éthylique au sein de la population (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool [GTSNA], 2007; Meier et coll., 2009; Babor et coll., 2010; Stockwell et coll., 2012a; Stockwell et coll., 2012b; Stockwell et coll., sous presse; Zhao et coll., 2013). Une troisième politique consiste à ajuster le prix des boissons alcoolisées en fonction de l'inflation afin que, avec le temps, il ne subisse pas une baisse relativement à celui d'autres produits sur le marché. Ces mesures préservent la capacité de l'établissement des prix à protéger la santé et la sécurité des populations au fil du temps (Babor et coll., 2010; Thomas, 2012). Notre évaluation des politiques de fixation des prix de l'alcool dans les 10 provinces est donc basée sur ces trois principales interventions : la détermination des prix minimums, l'établissement des prix en fonction de la teneur en alcool et l'indexation des prix en fonction de l'inflation.

### Indicateurs liés à l'établissement des prix décrits à l'annexe A

**a. Détermination des prix minimums** : La portée et le niveau des prix minimums ont été évalués pour les points de vente d'alcool à emporter (magasins de vin et spiritueux et autres détaillants) et les points de vente d'alcool à consommer sur place (restaurants, bars, etc.). Afin d'évaluer la portée, nous avons jugé que la politique optimale supposerait une couverture à 100 % de toutes les principales catégories de produits (bières, vins, spiritueux, panachés et cidres). Pour évaluer le niveau des prix minimums, nous avons d'abord converti tous les prix minimums officiels des produits ayant une teneur en alcool et un volume typiques en prix par consommation standard (17,05 ml d'alcool éthylique). Ensuite, nous avons fixé les objectifs réalisables de prix minimum à 1,50 \$ par consommation standard pour les points de vente d'alcool à emporter, et à 3,00 \$ par consommation standard pour les points de vente d'alcool à consommer sur place. Les points ont été attribués en fonction de ces prix. Nous avons également

utilisé une mesure qui prend en compte le prix par consommation standard des boissons ayant une forte teneur en alcool et se vendant à un faible coût, afin d'évaluer le prix des produits dont la teneur et le volume ne sont pas typiques. Enfin, nous avons enlevé un demi-point aux provinces dont les politiques de prix comportaient d'importantes failles (p. ex., vente de produits retirés sous les prix minimums officiels).

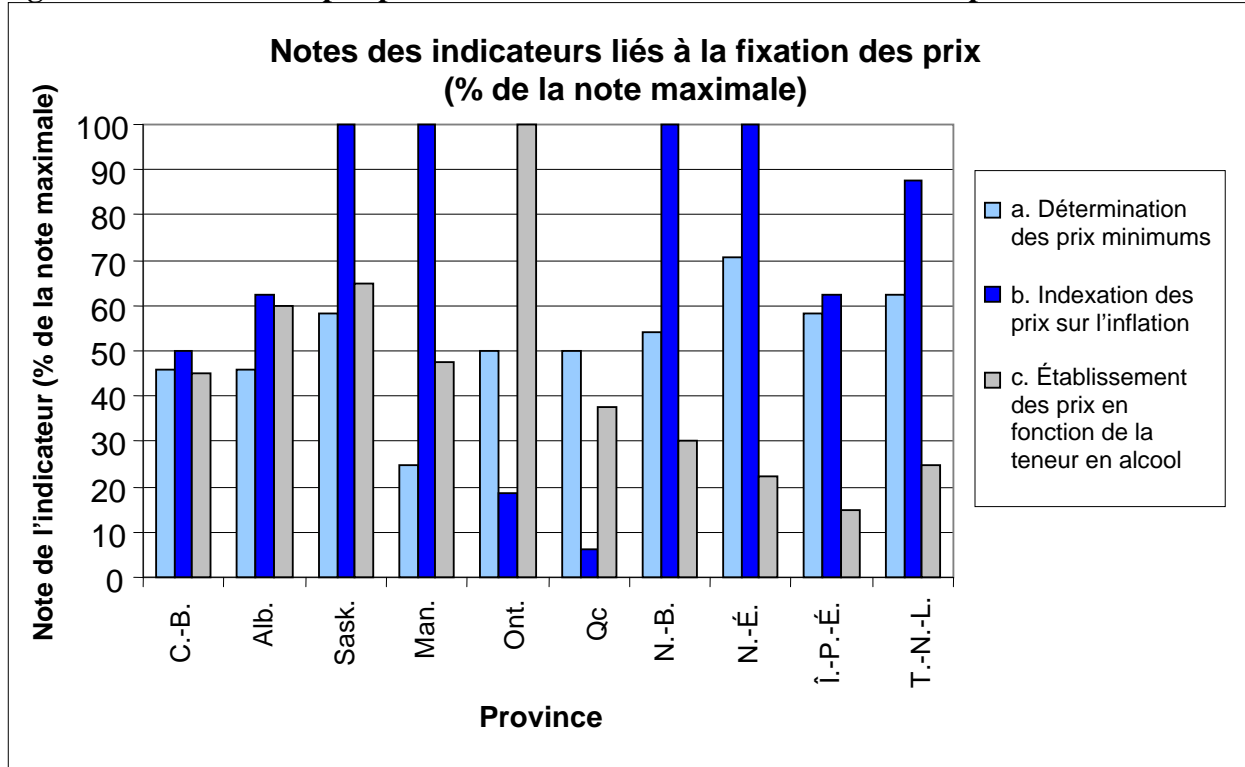
**b. Indexation des prix sur l'inflation** : Pour évaluer cet indicateur, nous avons recueilli l'indice des prix annuel de chaque province, publié par Statistique Canada (année de base 2002), pour la bière, le vin et les spiritueux. Nous avons ensuite comparé ces indices à l'indice national des prix à la consommation (tous les produits) pour la période de 2006 à 2011, puis calculé la différence moyenne : une différence de zéro (aucune différence) correspondait à une politique optimale. Nous avons également utilisé l'indice des prix des boissons alcoolisées de 2011 pour mesurer les prix moyens, et avons considéré l'indice moyen (117,5) comme optimal. Enfin, nous avons accordé un demi-point supplémentaire aux provinces ayant adopté une politique d'indexation automatique des prix minimums en fonction de l'inflation.

**c. Établissement des prix en fonction de la teneur en alcool** : Pour évaluer cet indicateur, nous avons compté le nombre de fourchettes de prix volumétriques (c.-à-d., catégories de prix établies en fonction de la teneur en alcool) qui étaient supérieures et inférieures à la teneur typique en alcool (c.-à-d., 5 % pour la bière; 12,5 % pour le vin; 40 % pour les spiritueux et 7 % pour les cidres ou les panachés (ou *coolers*), puis nous avons calculé les notes graduées : trois fourchettes de prix et plus au-dessus et en dessous étaient jugées optimales. Nous avons également ajouté un point supplémentaire aux provinces ayant ajusté tous les prix minimums en fonction de la teneur en alcool et un demi-point aux provinces n'ayant ajusté les prix minimums que pour certains produits. Nous avons également identifié les boissons ayant des teneurs élevées et faibles en alcool qui étaient communes à toutes les provinces, puis comparé les prix par consommation standard. Pour cet indicateur, une valeur de zéro (c.-à-d., aucune différence de prix par consommation standard entre les boissons ayant une teneur élevée en alcool et celles ayant une teneur faible en alcool au sein des différentes catégories de boissons) était considérée comme optimale.

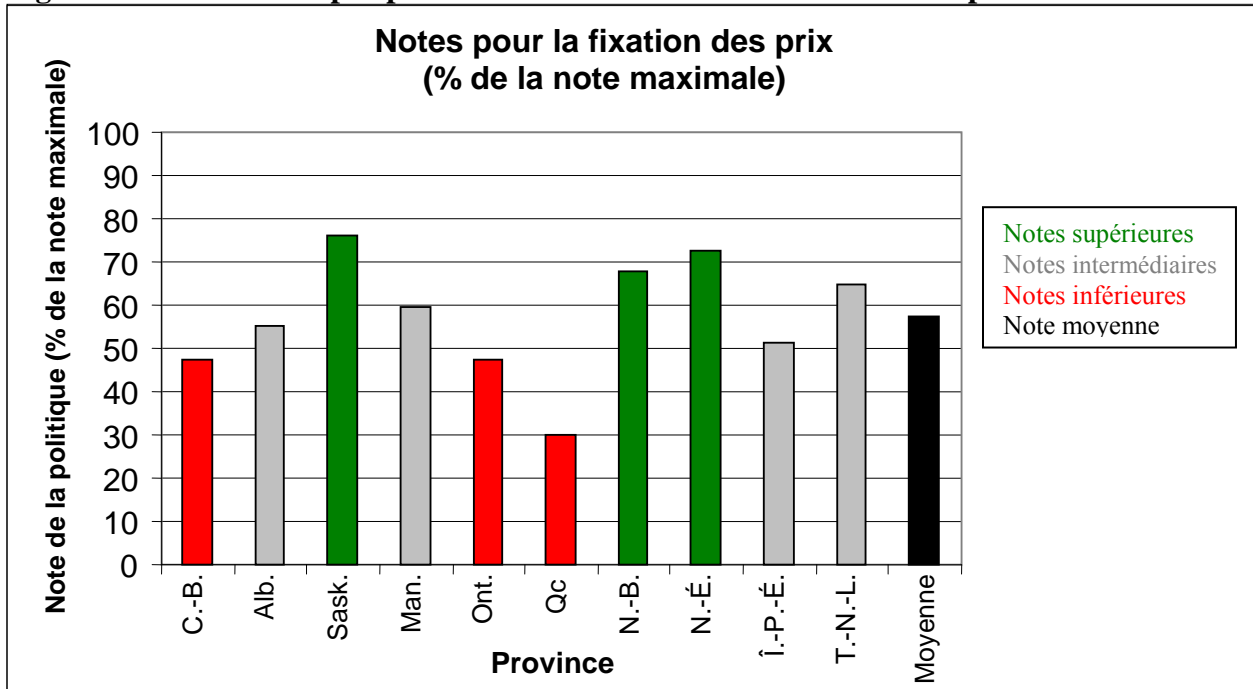
**Notation** : La note finale pour la dimension relative à la fixation des prix a été déterminée comme suit : la détermination des prix minimums est notée sur 4 points, l'indexation des prix en fonction de l'inflation, sur 4 points et l'établissement des prix en fonction de la teneur en alcool, sur 2 points, pour un total de 10 points.

Les provinces recevaient la note maximale de 10 points si : (1) tous les produits étaient sujets à des prix minimums (sans exception ni failles possibles), les prix minimums moyens étaient d'au moins 1,50 \$ par consommation standard dans les points de vente d'alcool à emporter et d'au moins 3,00 \$ par consommation standard dans les établissements pour consommation sur place, et le prix moyen d'un produit courant, à haute concentration d'alcool, peu coûteux et vendu pour emporter, était de 1,50 \$ ou plus par consommation standard; (2) l'évolution du prix de toutes les boissons alcoolisées examinées par Statistique Canada suivait ou dépassait le taux d'inflation (indice national des prix à la consommation pour tous les produits) d'une année à l'autre; et (3) tous les prix étaient établis en fonction de la teneur en alcool, afin que le prix par consommation standard demeure constant pour l'ensemble des produits.

**Figure 1 Résultats par province – Indicateurs liés à la fixation des prix**



**Figure 2 Résultats par province – Dimension liée à la fixation des prix**



## Résumé des résultats

Dans ce domaine clé de politique, une grande variation a été observée dans les pratiques de fixation des prix de l'alcool entre les provinces (voir figures 1 et 2). Bien que d'excellentes politiques aient été mises en évidence pour chacun des indicateurs examinés, le portrait global indique qu'il serait possible d'en faire plus pour obtenir des bénéfices en terme de santé et sécurité publiques.

Toutes les provinces sauf l'Alberta ont établi des prix minimums pour au moins un type de boisson dans les points de vente d'alcool à emporter, et toutes les provinces, sauf la Colombie-Britannique et le Québec, ont établi des prix minimums spécifiques (et supérieurs) pour les points de vente d'alcool à consommer sur place. Par contre, les prix minimums sont généralement inférieurs à ceux recommandés (1,50 \$ par consommation standard dans les points de vente d'alcool à emporter et 3,00 \$ dans les bars, les boîtes de nuit et les restaurants), même si le prix minimum de certaines boissons alcoolisées dans certaines provinces rencontre (ou même surpasse) cette cible. La réglementation à ce sujet dans la majorité des provinces présente des failles qui permettent aux commerçants de vendre de l'alcool à un prix inférieur aux prix minimums établis par le gouvernement.

Les politiques d'indexation étaient en général meilleures au Canada : sept des dix provinces ont obtenu une note de 60 % ou plus. Toutefois, les prix réels de l'alcool au Québec et en Ontario enregistrent un important retard sur le taux d'inflation, et ce, même si l'indexation des prix minimums en fonction de l'inflation figure actuellement dans les lois ou les règlements de ces deux provinces.

Quant à l'établissement des prix en fonction de la teneur en alcool, les provinces de l'Ouest et du centre ont obtenu des résultats plus élevés que les provinces de l'Est. L'Ontario a obtenu une note parfaite, grâce à son système d'établissement des prix nuancé et sophistiqué.

### Politiques et pratiques – Éléments prometteurs

- (1) L'Ontario a prévu une indexation des prix minimums en fonction de l'inflation pour toutes les boissons alcoolisées, alors que le Québec adopté cette mesure pour la bière. Cette pratique permet d'éviter que les boissons alcoolisées deviennent meilleur marché comparativement à d'autres produits au fil du temps.
- (2) Plusieurs provinces ont commencé à établir le prix minimum des boissons alcoolisées en fonction de leur teneur en alcool, ce qui signifie que les boissons ayant une faible teneur en alcool sont généralement moins chères que celles à teneur élevée. Cette pratique aide à prévenir l'émergence de boissons alcoolisées relativement bon marché. La Saskatchewan a clairement établi trois ou quatre catégories de teneurs en alcool pour chaque type de boisson pour fixer ses prix minimums, alors que l'Ontario et le Québec utilisent un système de tarification volumétrique progressif en fonction de la teneur en alcool pour la bière. La Colombie-Britannique utilise ce type de système pour les *panachés* et les cidres à faible teneur en alcool. Enfin, le Manitoba a seulement établi une tarification volumétrique pour les bières individuelles à forte teneur en alcool.

### **Politiques et pratiques – Éléments prometteurs (suite)**

- (3) L'Ontario, qui ajuste ses prix en fonction de la teneur en alcool, a obtenu une note parfaite de 100 % pour cet indicateur. L'augmentation du prix des boissons à forte teneur en alcool et la réduction du prix de celles ayant une faible teneur en alcool aident à prévenir l'émergence de sources d'alcool relativement bon marché et favorise plutôt la production et la consommation de boissons à faible teneur en alcool. Cette mesure peut contribuer à réduire la consommation d'alcool par habitant dans toute la population.

### **Politiques et pratiques – Éléments à améliorer**

- (1) Les provinces de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan sont autorisées à vendre des produits retirés à des prix nettement moindres que les prix minimums établis. Le Nouveau-Brunswick a récemment ouvert quatre entrepôts pour la vente d'alcool à très bas prix. De même, les magasins privatisés de vins et spiritueux de la Colombie-Britannique peuvent vendre leurs boissons alcoolisées à des prix inférieurs aux prix minimums applicables aux boissons vendues dans les régies des alcools gouvernementales. Ces pratiques minent la valeur des politiques de prix minimums et risquent d'encourager la consommation chez les groupes à risque élevé.
- (2) Plusieurs provinces, comme la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard, n'ont pas augmenté le prix de toutes leurs boissons alcoolisées en fonction de l'inflation depuis 2006.
- (3) Plusieurs provinces ont établi un taux fixe par litre de boisson, indépendamment de la teneur en alcool. Ceci fait en sorte que les boissons à forte teneur en alcool sont moins chères par consommation standard que celles à faible teneur en alcool. Les consommateurs peuvent donc être portés à choisir les boissons à plus forte teneur en alcool afin d'en avoir plus pour leur argent.
- (4) Plusieurs provinces offrent un rabais au volume pour les produits offerts en quantité importante.
- (5) Aucune des provinces comptant des vineries libre-service n'avait de politique de prix minimums applicable aux produits de ces commerces. Il s'agit d'une lacune importante qui a pour effet de miner la valeur des prix minimums en offrant de la bière et du vin à de très bas prix dans plusieurs provinces.

## **2. Système de contrôle du commerce de l'alcool**

**Éléments de preuve et justification** : Divers éléments probants appuient le rôle des systèmes de contrôle du commerce de l'alcool dans la consommation d'alcool et ses effets sur la santé. Par exemple, on considère qu'un monopole gouvernemental sur les ventes au détail d'alcool à emporter contribue à réduire la consommation d'alcool. Dans les provinces canadiennes ayant aboli ce monopole (p. ex., l'Alberta) ou introduit la privatisation partielle, on a observé une augmentation de la consommation et des méfaits, mais ces effets ont été atténués par différents facteurs comme la conjoncture économique à cette époque (Wagenaar et Holder, 1995; Adrian et coll., 1996; Trolldal, 2005; Stockwell et coll., 2009b; 2011). D'après des études internationales, la privatisation des ventes au détail de boissons alcoolisées est associée à une augmentation substantielle des ventes d'alcool par habitant et à la consommation excessive d'alcool (Babor et coll., 2010). De plus, il a été démontré que le rétablissement de la monopolisation est associé à une diminution des méfaits liés à l'alcool (Hahn et coll., 2012). En outre, la vente de boissons alcoolisées en dehors des points de vente régis par le gouvernement non seulement augmente le degré d'accessibilité, mais favorise également une acceptabilité perçue, ce qui entraîne une plus forte consommation (Abbey et coll., 1993). Par ailleurs, les conclusions d'un sondage ont révélé que les personnes qui achètent de l'alcool des vineries libre-service et utilisent des trousseaux de fabrication d'alcool artisanal à domicile sont généralement plus jeunes et plus susceptibles d'adopter des habitudes de consommation à risque élevé (MacDonald et coll., 1999). Les régions des alcools constituent également des vecteurs idéaux de contre-publicité. Bien que les programmes de marketing social aient eu des effets variables, les données montrent qu'ils contribuent à sensibiliser le public et jouent un rôle de soutien important dans le cadre d'une politique globale sur l'alcool (Anderson et coll., 2009a; Babor et coll., 2010). Fait important, presque toutes les politiques éprouvées mentionnées dans ce rapport sont plus faciles à appliquer dans un système régi par le gouvernement que dans un système entièrement ou partiellement privatisé, en particulier celles qui concernent les mesures de réglementation des prix et de l'accessibilité.

### **Indicateurs liés au système de contrôle du commerce de l'alcool décrits à l'annexe A**

**a. Type de système de vente au détail** : Il s'agit du type de système de vente au détail d'alcool à emporter qu'on retrouve dans la province et qui est caractérisé par la proportion de points de vente au détail publics par rapport aux points de vente privés d'alcool à emporter (dont les magasins-agences et les vineries libre-service). Il est important de préserver un monopole gouvernemental sur les boissons alcoolisées, afin d'en réglementer l'accès à l'aide d'autres politiques examinées dans ce rapport (p. ex., l'âge minimal légal de consommation, les heures et les jours d'ouverture, le respect de mandats de responsabilité sociale et la réglementation des prix). Le système de vente au détail a été évalué en fonction de la proportion des points de vente exploitée par le gouvernement, comme décrit dans l'annexe A. La structure de notation encourageait les provinces à maintenir un fort monopole gouvernemental : un point additionnel était accordé aux provinces dont le système appartenait exclusivement au gouvernement et était exploité par ce dernier.



**b. Ventes de boissons alcoolisées au-delà des points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place** : On a examiné la présence ou l'absence relative de ventes d'alcool par l'intermédiaire de services de livraison, de magasinage en ligne, de vineries libre-service et de trousseaux de fabrication d'alcool artisanal à domicile. Les services de livraison et le magasinage en ligne augmentent les points d'accès à l'alcool, ce qui a pour effet d'accroître l'acceptabilité perçue et l'accessibilité générale de l'alcool. De même, les vineries libre-service et les trousseaux de fabrication d'alcool artisanal à domicile contribuent à faciliter l'accès à l'alcool, en plus de miner la valeur de la réglementation des prix minimums en offrant de grandes quantités d'alcool à bas prix.

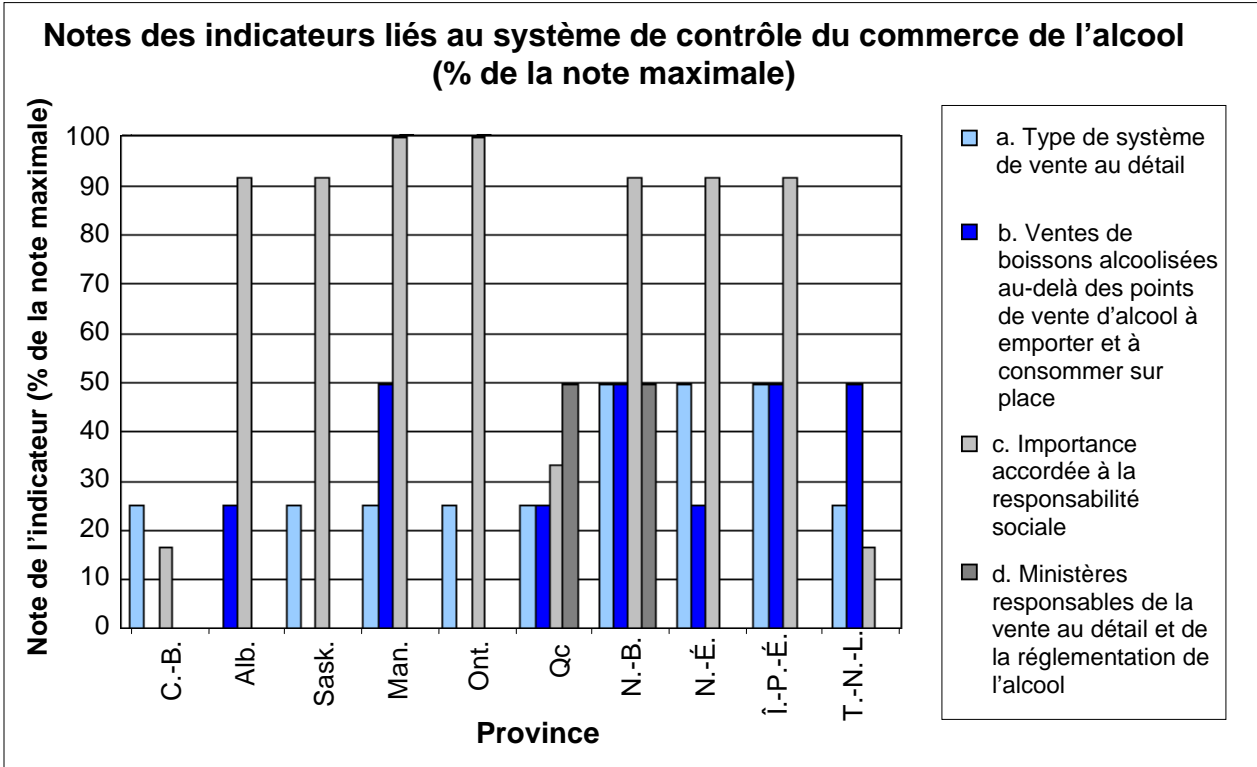
**c. Importance accordée à la responsabilité sociale** : Cet indicateur concerne les montants relatifs consacrés à la publicité et à des programmes ou messages de responsabilité sociale. Les régies provinciales des alcools accomplissent un double mandat : augmenter les revenus du gouvernement provenant de la vente d'alcool et protéger la santé publique en limitant la consommation d'alcool. Par conséquent, les régies doivent honorer ce double mandat en adoptant une approche équilibrée à l'égard de la promotion des produits et des messages socialement responsables.

**d. Ministère responsable de la vente au détail et de la réglementation de l'alcool** : Bien souvent, la vente au détail et la réglementation de l'alcool relèvent du ministère des finances. Par conséquent, les objectifs financiers sont souvent fixés sans tenir compte des répercussions sur la santé publique. Le contrôle du commerce et de la vente au détail de l'alcool devraient donc être sous l'autorité d'un ministère qui tiendra compte des coûts de santé et de sécurité attribuables à l'alcool.

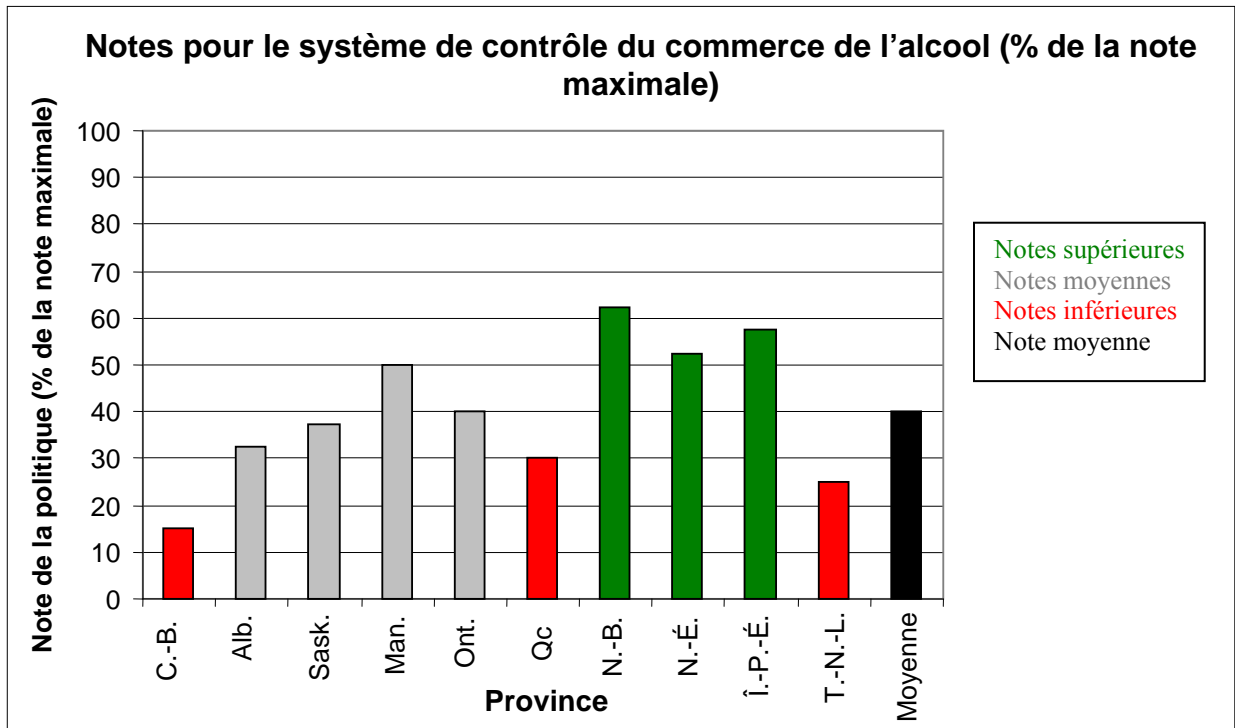
**Notation** : La note finale pour la dimension relative au système de réglementation a été déterminée comme suit : le type de système de vente au détail est noté sur 4 points, les ventes de boissons alcoolisées au-delà des points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place, sur 2 points, l'importance accordée à la responsabilité sociale, sur 2 points, et l'identité du ministère responsable de la vente au détail et de la réglementation de l'alcool, sur 1 point, pour un total de 10 points.

Pour obtenir la note maximale, une province devait avoir adopté un système de vente au détail entièrement basé sur un monopole gouvernemental qui limite l'accès à l'alcool au moyen de services de livraison, de magasinage en ligne, de vineries libre-service et de trousseaux de fabrication à domicile d'alcool artisanal; son budget devait être davantage orienté vers diverses campagnes de responsabilité sociale que vers la promotion de l'alcool; idéalement, la province devait avoir confié la gestion de la vente au détail et la réglementation de l'alcool à un ministère dont le mandat touche également la santé et la sécurité.

**Figure 3 Résultats par province – Indicateurs liés au système de contrôle du commerce de l'alcool**



**Figure 4 Résultats par province – Dimension liée au système de contrôle du commerce de l'alcool**



## Résumé des résultats

L'examen des types de systèmes de vente au détail adoptés par les provinces a révélé que peu d'entre elles avaient conservé un fort monopole gouvernemental sur la vente d'alcool au détail. La Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard sont les seules provinces dont le monopole gouvernemental dépasse la barre des 50 %. En plus des points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place, toutes les provinces autorisent la vente au détail d'alcool par au moins deux des moyens suivants : vineries libre-service, trousse de fabrication d'alcool artisanal à domicile, services de livraison et ventes en ligne. Toutefois, on a constaté que toutes les provinces diffusent par divers médias des publicités de responsabilité sociale, dont la majorité cible les jeunes et vise à réduire l'alcool au volant. De plus, presque toutes les provinces consacrent une plus grande part de leur budget à la diffusion de publicités de responsabilité sociale qu'à la promotion de boissons alcoolisées. Néanmoins, de nombreuses publicités commanditées par les fabricants d'alcool sont diffusées dans la plupart des provinces. Enfin, dans la grande majorité des provinces, la vente au détail et la réglementation de l'alcool relevaient du ministère des finances.

### Politiques et pratiques – Éléments prometteurs

- (1) La Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont conservé un solide monopole gouvernemental, dont respectivement 65 % et 62 % des points de vente d'alcool à emporter appartiennent au gouvernement et sont gérés par ce dernier. Ce sont les deux seules provinces à avoir conservé une part de marché de plus de 50 % dans le réseau de vente au détail.
- (2) La législation provinciale du Manitoba exige que la Société des alcools du Manitoba réinjecte un minimum de 0,20 % du profit brut estimé dans le financement de programmes de responsabilité sociale, au même titre que la Société des alcools du Québec (SAQ) aide à financer Educ'alcool, un organisme sans but lucratif qui se consacre aux programmes d'éducation du public sur la consommation à faible risque d'alcool.
- (3) Toutes les provinces diffusent des messages de responsabilité sociale au moyen de divers médias, dont le contenu en ligne, les sites Web et les médias sociaux d'entreprises, les documents imprimés, les publicités à la radio et à la télévision, les ateliers, etc.
- (4) Au Québec, la réglementation de l'alcool incombe au ministère de la Sécurité publique et au Nouveau-Brunswick, au ministère de la Sécurité publique et au solliciteur général.

## Politiques et pratiques – Éléments à améliorer

- (1) Toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse, ont conservé moins de 26 % du monopole gouvernemental sur les points de vente d'alcool à emporter, et le système de vente au détail de l'Alberta est entièrement privatisé.
- (2) Plusieurs provinces autorisent la vente d'alcool ailleurs que dans les points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place.

Province	Vineries libre-service	Trousses de fabrication à domicile	Ventes en ligne	Services de livraison
C.-B.	✓	✓	✓	✓
Alb.		✓	✓	✓
Sask.	✓	✓	✓	✓
Man.	✓ *	✓		✓
Ont.	✓	✓	✓	✓
Qc		✓	✓	✓
N.-B.	✓	✓		
N.-É.		✓	✓	✓
Î.-P.-É.	✓	✓		
T.-N.-L.	✓	✓		

\*Une des vineries libre-service est exploitée par le gouvernement.

- (3) Bien que la majorité des provinces adoptent une approche équilibrée à l'égard de la promotion des boissons alcoolisées et des messages de responsabilité sociale, il n'en demeure pas moins que beaucoup des publicités commanditées par les fabricants qui sont diffusées utilisent les logos et l'image de marque des régies des alcools provinciales.

### 3. Accessibilité physique

**Éléments de preuve et justification** : Le degré d'accessibilité physique dépend principalement du nombre de points de vente et d'établissements détenant un permis d'alcool dans une région donnée, ainsi que des heures et des jours d'ouverture de ces points de vente. La densité des points de vente est associée à la consommation d'alcool dans la population locale (Livingston, 2012). La restriction de l'accessibilité de l'alcool en réduisant le nombre de points de vente est une mesure qui a été largement adoptée et qui vise à réduire les méfaits liés à l'alcool en limitant la consommation. Il est bien démontré qu'une augmentation substantielle du nombre de points de vente tend à entraîner une hausse du taux de consommation d'alcool et des méfaits qui y sont associés (Livingston, 2012; Stockwell et coll., 2009a; 2011). Plus récemment, des données ont révélé une augmentation de la consommation d'alcool et des méfaits pouvant résulter d'une hausse, si minime soit-elle, de la densité des points de vente en raison du relâchement graduel de la régulation de l'alcool (Babor et coll., 2010). L'impact de la densité des points de vente sur la consommation à risque élevé chez les jeunes est particulièrement important (Livingston et coll., 2008; Popova et coll., 2009).

De nombreuses années de recherche ont démontré un lien entre la densité des points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place et les méfaits liés à l'alcool, comme la violence, les blessures, les voies de fait, les accidents de la route et les suicides (Popova et coll., 2009) et le désordre public (Wilkinson et Livingston, 2012). Les méfaits sont particulièrement fréquents dans les zones où la densité des points de vente est élevée (Stockwell et Gruenwald, 2004; Livingston et coll., 2007). Récemment, Livingston (2008) a démontré que l'effet de la densité des points de vente sur la fréquence des crimes variait selon le degré de densité, ce qui semble suggérer qu'une limite de densité pourrait être envisagée.

Des études internationales indiquent que la prolongation des heures d'ouverture des points de vente entraîne une hausse significative de la quantité d'alcool consommée et du taux de méfaits liés à l'alcool. La prolongation des heures d'ouverture tard la nuit est particulièrement associée à la consommation abusive d'alcool (Babor et coll., 2010). Les heures de fermeture tardives attirent également une clientèle plus jeune et sont associées à des taux d'alcoolémie plus élevés chez les hommes (Chikritzhs et Stockwell, 2007). La littérature scientifique indique que la prolongation des heures de vente d'alcool est le facteur qui mène à l'augmentation la plus probable des méfaits graves (Stockwell et Chikritzhs, 2009; Vingilis et coll., 2007).

### **Indicateurs liés à l'accessibilité physique décrits à l'annexe A**

**a. Réglementation liée à la densité des points de vente :** Il est important de tenir compte du degré d'accessibilité de l'alcool. Une densité élevée de points de vente entraîne des taux de consommation plus élevés et une plus grande acceptabilité perçue de la consommation d'alcool. Une concentration des points de vente peut également causer des problèmes de désordre public et de violence. La densité des points de vente d'alcool devrait être réglementée en fonction de la taille de la population de façon à éviter la création de zones de divertissement ayant une forte concentration. Dans les provinces qui ne sont pas dotées de ce type de réglementation, il est recommandé que les municipalités aient le pouvoir de laisser un droit de regard aux citoyens sur le nombre de points de vente d'alcool et leur emplacement.

**b.-c. Indicateurs de pratiques – Densité des points de vente :** La densité des points de vente est la mesure du nombre de points d'accès à l'alcool (points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place) par rapport à la population. La densité des points de vente d'alcool à emporter a été mesurée pour tous les types d'établissement où l'on peut se procurer de l'alcool à emporter, ce qui inclut les commerces privés et ceux régis par le gouvernement, ainsi que les vineries libre-service. De même, la densité des points de vente d'alcool à consommer sur place a été mesurée pour tous les établissements détenant un permis d'alcool qui permettent la consommation sur place. Bien que ces mesures ne tiennent pas compte de la taille de l'établissement et des types de boissons alcoolisées qu'on y vend, elles fournissent tout de même une estimation de la densité des points de vente qui donnent accès à de l'alcool sur un territoire donné. La densité des points de vente a été calculée séparément pour les points de vente à emporter et ceux à consommation sur place et est exprimée en nombre de points de vente par 10 000 personnes de 15 ans et plus. Pour la notation, davantage d'importance a été accordée à la densité des points de vente d'alcool à emporter en raison du risque accru qu'ils présentent.

**d. Heures d'ouverture** : Il est important que les heures d'ouverture fassent l'objet de règlements afin de limiter et d'uniformiser l'accès à l'alcool. La limitation des heures d'ouverture empêche certains points de vente de rester ouverts nuit et jour et de servir de l'alcool à des heures où les risques de méfaits sont plus élevés, comme tard le soir ou au petit matin. Les heures d'ouverture ont été évaluées séparément pour les points de vente d'alcool à emporter et pour les points de vente d'alcool à consommer sur place. Pour ce qui est des heures d'ouverture des points de vente d'alcool à emporter, elles ont été notées en considérant un idéal d'au plus neuf heures et tout en ne permettant pas de vente tard le soir ou tôt le matin. Comme des études démontrent un lien entre le prolongement des heures d'ouverture des bars après minuit et une augmentation du nombre de voies de fait, nous avons pris en compte les heures les plus tardives d'ouverture actuellement en vigueur dans la majorité des provinces, en particulier pour les boîtes de nuit, et avons fixé un idéal de 14 heures au plus par jour (de 11 h à 1 h), sans vente effectuée tard la nuit ou tôt le matin, comme point de référence pour évaluer les heures d'ouverture des points de vente d'alcool à consommer sur place.

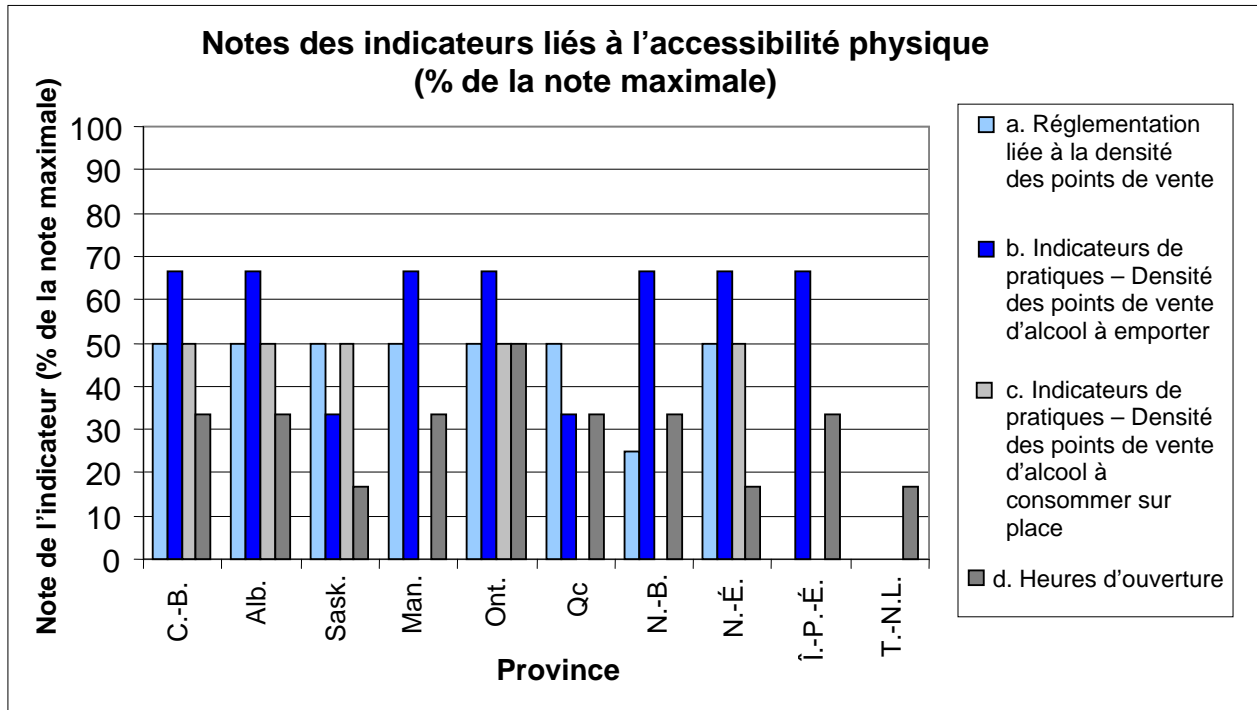
**Notation** : La note finale pour la dimension relative à l'accessibilité physique a été déterminée comme suit : la réglementation liée à la densité des points de vente est notée sur 2 points, l'indicateur de pratique mesurant la densité actuelle des points de vente est noté sur 2 points pour la densité des points de vente d'alcool à consommer sur place et sur 3 points pour la densité des points de vente d'alcool à emporter, et les heures d'ouverture des points de vente d'alcool à emporter ainsi que celles des points de vente d'alcool à consommer sur place, sur 3 points, pour un total de 10 points.

Les provinces obtenaient la note maximale si : elles avaient mis en place des règlements pour limiter la densité tant des points de vente d'alcool à emporter et que des points de vente d'alcool à consommer sur place en fonction de la population, ce qui se refléterait par des densités plus faibles; leurs heures d'ouverture étaient réglementées et restreignaient l'accès à l'alcool en réduisant l'accessibilité tôt le matin et tard la nuit.

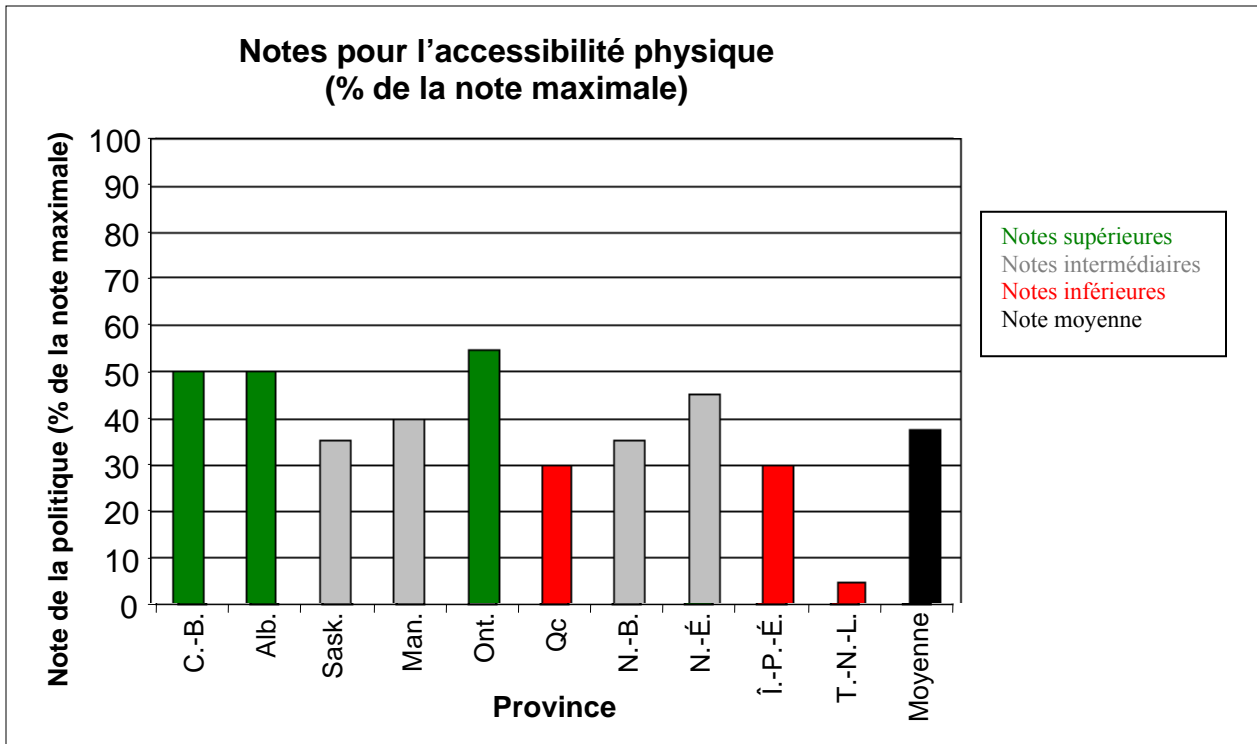
### **Résumé des résultats**

Dans l'ensemble, les résultats de cette dimension de politique mettent en évidence une accessibilité élevée de l'alcool dans toutes les provinces (voir figures 5 et 6). Aucune province ne dispose de règlements restreignant la densité des points de vente d'alcool en fonction de la population. Toutefois, beaucoup de provinces confèrent aux municipalités le pouvoir de déterminer l'emplacement ou le nombre de points de vente, et plusieurs d'entre elles offrent à leurs résidents la possibilité de se prononcer sur l'établissement de nouveaux points de vente ou la délivrance de nouveaux permis. La densité des points de vente d'alcool à emporter ou à consommer sur place varie grandement d'une province à l'autre. C'est l'Est du Canada, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, qui enregistre les densités les plus élevées. Enfin, bien que la grande majorité des provinces réglementent les heures d'ouverture des points de vente, quelques provinces permettent le service de boissons alcoolisées très tard la nuit ou tôt le matin.

**Figure 5 Résultats par province – Indicateurs liés à l’accessibilité physique**



**Figure 6 Résultats par province – Dimension liée à l’accessibilité physique**



### **Politiques et pratiques – Éléments prometteurs**

- (1) L'Alberta, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse permettent à leurs résidents de se prononcer sur l'emplacement des points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place. Il s'agit d'une mesure qui pourrait être utilisée pour favoriser la contribution de la santé publique dans les décisions concernant des politiques sur l'alcool.
- (2) En Saskatchewan, les autorisations de ventes pour emporter, qui permettent d'emporter de l'alcool acheté dans des hôtels ou d'autres établissements servant de l'alcool, sont limitées en fonction de la population dans certaines régions, sauf quelques exceptions. La limitation de la densité des points de vente d'alcool en fonction de la population aide à contrôler la consommation d'alcool et à prévenir la création de zones de divertissement dont la concentration des points de vente d'alcool est élevée.
- (3) En Alberta, au Manitoba, au Québec et en Nouvelle-Écosse, les vineries libre-service privées ne sont pas autorisées. Toutefois, le Manitoba en compte une qui est régie par le gouvernement.
- (4) Sept des dix provinces limitent les heures d'ouverture des points de vente d'alcool au moyen de leurs lois et règlements sur le contrôle de l'alcool et la délivrance de permis pour les points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place.

### **Politiques et pratiques – Éléments à améliorer**

- (1) Aucune province, à l'exception de la Saskatchewan n'a établi de limites de densité des points de vente d'alcool en fonction de la population dans sa législation ou sa réglementation provinciale.
- (2) Dans plusieurs provinces, dont la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, les règlements autorisent la vente d'alcool avant 10 h dans les points de vente d'alcool à consommer sur place. Les règlements du Nouveau-Brunswick l'autorisent à partir de 6 h dans les établissements servant des repas.
- (3) Toutes les provinces autorisent la vente d'alcool tôt le matin (c.-à-d., avant 11 h) ou tard le soir (c.-à-d., après 21 h pour les points de vente d'alcool à emporter et après 1 h le jour suivant pour les points de vente d'alcool à consommer sur place).



### Politiques et pratiques – Éléments à améliorer (suite)

- (4) En Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, le prolongement des heures de vente d'alcool dans les établissements vendant de l'alcool à consommer sur place peut être autorisé à l'occasion d'événements d'envergure municipale, provinciale, nationale ou internationale, comme la Coupe de monde de soccer ou les Prix de la musique de la côte Est.
- (5) Terre-Neuve-et-Labrador et le Québec enregistrent les deux plus fortes densités de points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place.

## 4. Alcool au volant

**Éléments de preuve et justification** : Les collisions liées à la consommation d'alcool demeurent l'une des principales causes de blessures et de décès attribuables à l'alcool au Canada et ailleurs dans le monde (p. ex., Lim et coll., 2012). Pourtant, des études ont permis de cerner des programmes et politiques susceptibles de réduire de façon importante les accidents, les blessures et les décès causés par l'alcool au volant.

Les conducteurs jeunes ou débutants et les nouveaux titulaires de permis présentent un risque très élevé de collision. Il a été démontré que l'accès graduel au permis de conduire, conçu pour éloigner les jeunes ou les nouveaux conducteurs de certains dangers de la route, comme la conduite avec facultés affaiblies pendant la période d'apprentissage, est efficace pour réduire le taux de collisions, dont celles attribuables à l'alcool (Wickens et coll., sous presse; Paglia-Boak et coll., 2011; Fell et coll., 2011).

La recherche a fortement contribué à l'établissement des limites administratives et, en soi, criminelles, de 0,05 % d'alcool dans le sang. À ce taux d'alcoolémie, on a observé une détérioration marquée des facultés et une augmentation importante du risque de collision. Par ailleurs, on a constaté que l'établissement ou la réduction de la limite permise à 0,05 % entraîne une réduction considérable des collisions, des blessures et des décès liés à la consommation d'alcool (Wickens et coll., sous presse; Mann, 2002). Toutefois, il faut que les sanctions imposées présentent un important pouvoir de dissuasion pour être efficaces (Mann et coll., 2001). La mise en fourrière de véhicules s'est avérée une mesure efficace pour réduire le taux de conduites avec facultés affaiblies (Voas et coll., 2004).

Les personnes ayant déjà été appréhendées pour conduite avec facultés affaiblies présentent un risque très élevé de récurrence, de collisions et de décès liés à la consommation d'alcool (p. ex., Peck et coll., 1994; Mann et coll., 1993). Les programmes de traitement fondés sur des principes d'interventions efficaces sur l'alcool, qui comprennent notamment le dépistage, l'intervention brève et l'orientation vers un traitement plus intensif au besoin, se sont révélés efficaces pour réduire les problèmes d'alcool, les récurrences et le risque de collision chez les contrevenants (Mann et coll., 1994; Santé Canada, 2004; Wells-Parker et coll., 1995; Flam Zalcman et coll.,

sous presse). Les programmes exigeant l'installation d'un antidémarrreur éthylométrique contribuent également à diminuer de façon importante les taux de récidive lorsqu'ils sont en place (Voas et coll., 2004). Plus récemment, on a constaté que le recours à des programmes combinant traitement et antidémarrreur éthylométrique est une stratégie très prometteuse (Voas et coll., 2004; Elder et coll., 2011).

### **Indicateurs liés à l'alcool au volant décrits à l'annexe A**

Pour choisir les indicateurs mentionnés, l'organisme MADD Canada s'est penché sur les mesures les plus susceptibles de recueillir l'appui du public, et surtout de réduire la conduite avec facultés affaiblies. Ces priorités étaient d'ailleurs l'objet principal de ce rapport.

**a. Délivrance du permis de conduire :** Il est important de tenir compte de la vulnérabilité accrue des nouveaux et des jeunes conducteurs. Ces derniers sont fortement surreprésentés dans toutes les catégories d'accidents de la route mortels liés à la conduite avec facultés affaiblies, ce qui reflète leurs habitudes à risque en matière de consommation d'alcool. Les recherches démontrent systématiquement que l'accès graduel au permis de conduire réduit de façon importante les blessures et les décès sur la route chez les nouveaux et jeunes conducteurs en les exposant graduellement à des situations de conduite plus difficiles. Ceci justifie aussi une politique de tolérance zéro pour les nouveaux conducteurs. Enfin, de solides pouvoirs d'exécution pour appuyer les programmes d'accès graduel au permis de conduire aident à prévenir la conduite avec facultés affaiblies en augmentant les risques perçus de détection et de sanction (Solomon et Chamberlain, 2006).

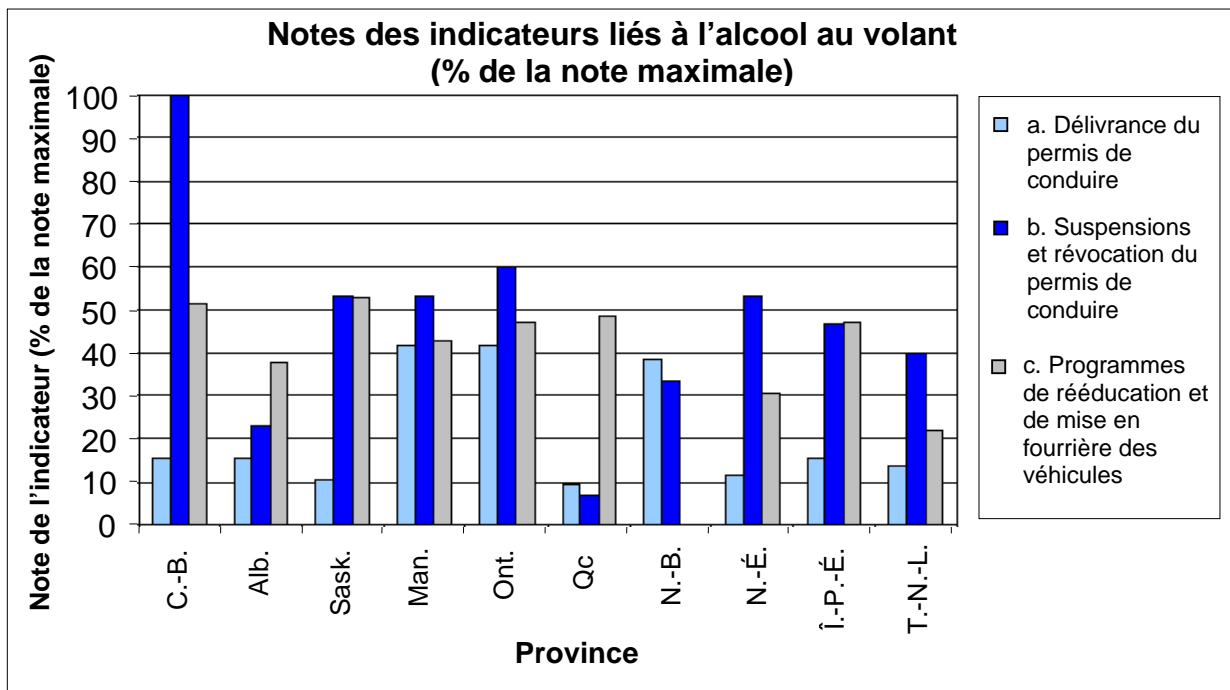
**b. Suspension et révocation du permis de conduire :** Sans conséquence, les conducteurs aux facultés affaiblies ne sont pas tenus responsables du risque qu'ils représentent pour eux-mêmes et pour les autres. C'est pourquoi les sanctions doivent être assez importantes pour les dissuader de conduire avec facultés affaiblies et leur faire comprendre que les comportements dangereux au volant seront pris au sérieux. Il est recommandé que les provinces imposent un programme de mise en fourrière des véhicules et une suspension de sept jours du permis de conduire à tout conducteur reconnu coupable d'avoir conduit avec un taux d'alcoolémie de 0,05 % ou plus. Le programme devrait comprendre une procédure d'inscription au dossier de conduite, des sanctions progressives pour les récidivistes et des droits de rétablissement pour couvrir une partie des frais d'administration du programme (Solomon et Chamberlain, 2006).

**c. Programmes de traitement et de mise en fourrière des véhicules :** Dans le cadre d'une approche globale auprès des personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies, chaque province et territoire devrait prévoir un programme d'antidémarrreur éthylométrique assorti d'une suspension de permis. Utilisés seuls, ces dispositifs ne servent qu'à des fins restrictives et non réhabilitantes. Par conséquent, ces appareils devraient être maintenus en place tant et aussi longtemps que le problème d'alcool sous-jacent n'a pas été réglé. La mise en fourrière des véhicules en guise de sanction est recommandée pour les récidivistes. Enfin, la mise en œuvre de programmes obligatoires de traitement est essentielle pour aider les contrevenants qui présentent de graves problèmes d'alcool.

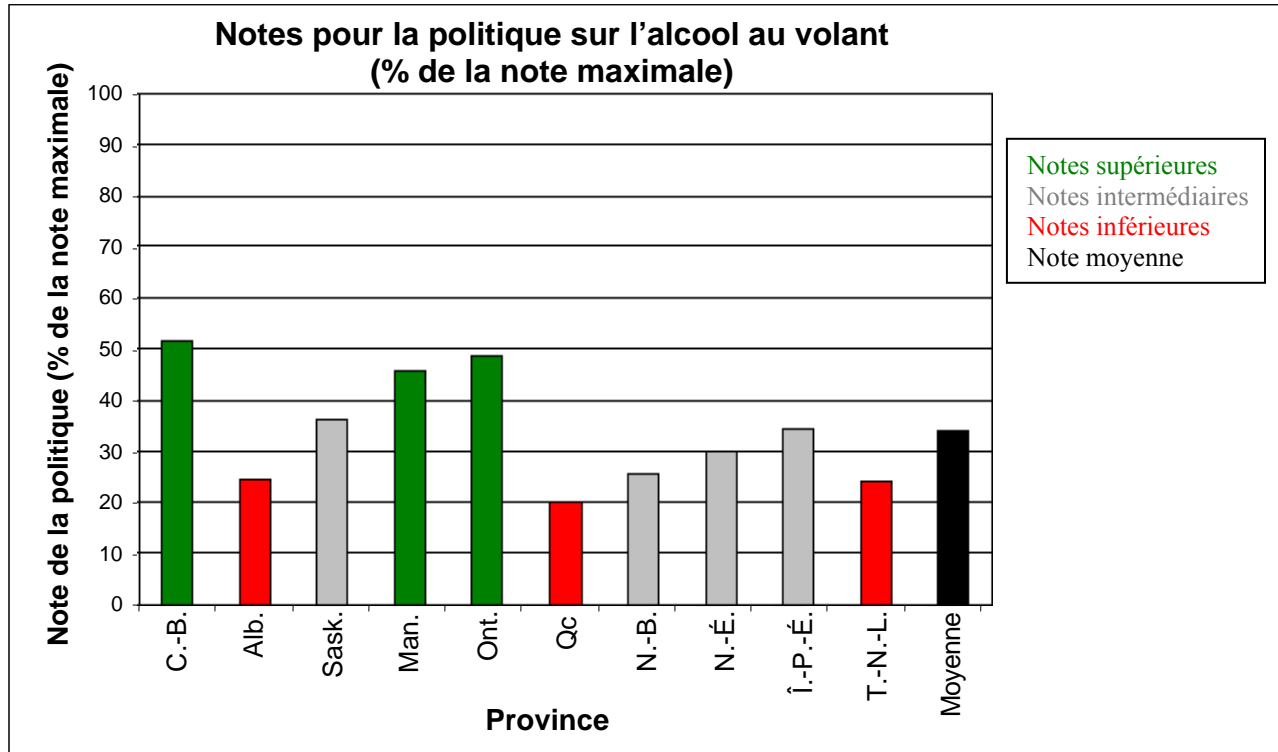
**Notation** : La note finale pour la dimension relative à l'alcool au volant a été déterminée comme suit : l'indicateur lié à la délivrance du permis de conduire est noté sur 4 points, l'indicateur lié à la suspension et à la révocation du permis de conduire, sur 3 points, et l'indicateur lié aux programmes de traitement et de mise en fourrière des véhicules, sur 3 points, pour un total de 10 points.

Les provinces obtenaient la note maximale si elles avaient mis en place : (1) un programme d'accès graduel au permis de conduire pour les nouveaux conducteurs, qui les expose graduellement à des situations de conduite plus difficiles, qui adopte une politique de tolérance zéro pour tous les conducteurs de moins de 21 ans ou ayant moins de 5 ans d'expérience et qui est appuyé par des pouvoirs d'exécution permettant aux policiers de faire respecter la loi et des suspensions administratives obligatoires imposées aux personnes qui enfreignent les conditions du programme; (2) un programme de mise en fourrière des véhicules et de suspension du permis de conduire d'au moins sept jours pour tout conducteur ayant conduit avec un taux d'alcoolémie de 0,05 % ou plus, accompagné d'un dossier de la suspension, de programmes de traitement, de sanctions progressives et de droits de rétablissement du permis de 150 \$ à 300 \$; (3) un programme obligatoire d'installation d'antidémarrageurs éthylométriques pour les conducteurs arrêtés pour conduite avec facultés affaiblies en vertu des lois fédérales, avec une réduction de la durée de suspension du permis au niveau provincial pour encourager la participation. Ce programme devrait comprendre des suspensions administratives progressives, la mise en fourrière des véhicules en guise de sanction, l'utilisation prolongée des antidémarrageurs éthylométriques pour les récidivistes ainsi que des mesures de traitement et de saisie de véhicules obligatoires pour les récidivistes ayant violé les lois fédérales en matière d'alcool au volant.

**Figure 7 Résultats par province – Indicateurs liés à l'alcool au volant**



**Figure 8 Résultats par province – Dimension liée à l’alcool au volant**



**Résumé des résultats**

Les critères de notation utilisés pour évaluer les politiques en matière d’alcool au volant sont fondés sur le rapport de 2012 de MADD Canada. Bien qu’il existe des exemples de très bonnes politiques sur l’alcool au volant, en particulier pour les indicateurs de délivrance du permis de conduire et de suspensions et révocation du permis de conduire, le portrait global indique qu’il demeure possible d’en faire plus pour obtenir des bénéfices sur la santé et la sécurité (figures 7 et 8). Toutes les provinces ont instauré un programme d’accès graduel au permis de conduire d’au moins deux ans, mais aucun n’est appuyé par un pouvoir d’exécution permettant aux policiers de faire respecter la loi, sauf dans le cas du Manitoba. Si plusieurs provinces ont commencé à adopter des politiques de tolérance zéro pour les nouveaux et jeunes conducteurs, le Manitoba, l’Ontario et le Nouveau-Brunswick sont les seules à avoir imposé une limite du taux d’alcoolémie de 0,00 % qui va au-delà de la durée du programme d’accès graduel au permis de conduire. L’étendue des programmes de suspension et de révocation du permis est très variable; par exemple, la Colombie-Britannique s’illustre en matière de programmes de mise en fourrière des véhicules et de suspensions administratives de permis de conduire. Toutes les provinces sauf le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador ont instauré des programmes obligatoires d’installation d’antidémarrageurs éthylométriques pour les conducteurs arrêtés pour conduite avec facultés affaiblies en vertu des lois fédérales. Toutefois, la qualité des programmes diffère d’une province à l’autre. De plus, toutes les provinces à l’exception du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve-et-Labrador ont mis en place des programmes obligatoires de rééducation pour ces conducteurs. Pour lire le rapport complet et les analyses comparatives des mesures adoptées par chaque province pour contrer l’alcool au volant, consultez le document « Examen 2012 des lois des provinces et des territoires » (Solomon et coll., 2012).

## 5. Marketing et publicité

**Éléments de preuve et justification** : Des études menées sur une vingtaine d'années ont révélé que l'exposition des jeunes à la publicité sur l'alcool est associée à une augmentation de la consommation d'alcool chez ceux qui en consomment déjà et à une initiation plus précoce chez ceux qui n'ont pas commencé (Anderson et coll., 2009b; Gordon et coll., 2011; Jernigan et coll., 2007; Snyder et coll., 2006). D'autres recherches à long terme indiquent que les jeunes qui sont exposés à davantage de publicités sur l'alcool en consomment plus que ceux qui sont moins exposés (Smith et Foxcroft, 2009; Stoolmiller et coll., 2012). Des recherches menées auprès de jeunes adultes ont permis de tirer des conclusions semblables : une plus grande exposition aux mentions de la consommation d'alcool dans les médias est associée à une plus forte consommation (Engels et coll., 2009; Koordeman et coll., 2012; Koordeman et coll., 2011).

La publicité sur l'alcool contribue également à encourager et à renforcer les perceptions positives à l'égard de l'alcool et des habitudes de consommation associées (British Medical Association, 2009). Les annonces qui mettent en vedette des jeunes filles et femmes à l'image de plus en plus sexualisée et qui véhiculent une image de femme-objet sont particulièrement problématiques (Smith et coll., sous presse).

L'exposition aux publicités sur l'alcool diffusées par des commanditaires d'équipes et d'événements à la télévision, dans les films, en ligne, dans les autobus, dans les abribus, sur des panneaux d'affichage et au moyen d'autres médias contribuent à renforcer la perception positive de l'alcool et à créer des attentes irréalistes à l'égard de ses effets, ce qui entraîne souvent une consommation dans des situations à risque élevé (Brown et Witherspoon, 2002; Van Hoof et coll., 2009).

Le consensus est généralisé : la Stratégie nationale sur l'alcool (CCLAT, 2007), le *Surgeon General* [chef des services de santé aux États-Unis] (2007), l'*American Academy of Pediatrics* (2010), l'*Institute of Medicine* des États-Unis (2004), Anderson et ses collaborateurs (2009b) et le *Center on Alcohol Marketing and Youth* (Jernigan, 2011) recommandent tous de limiter l'exposition aux publicités sur l'alcool.

### Indicateurs liés au marketing et à la publicité décrits à l'annexe A

**a. Exhaustivité de la réglementation provinciale sur le marketing** : Le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) est l'organisme fédéral responsable de l'établissement des règlements sur la publicité sur l'alcool dans le *Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées*. Le contexte médiatique a changé de façon importante depuis la dernière mise à jour du Code du CRTC en 1996. Par conséquent, les autorités de réglementation provinciales ont le devoir de penser à des règlements provinciaux plus adaptés concernant la publicité sur l'alcool, qui vont au-delà de ceux du CRTC tout en tenant compte des éléments suivants : 1) le *contenu* des publicités sur l'alcool, en particulier celles qui évoquent des modes de vie prestigieux et présentent des personnalités inspirantes qui consomment sans conséquence; 2) l'*emplacement* des publicités sur l'alcool, puisque les enfants sont plus vulnérables aux effets de ces publicités : les *endroits* où les enfants jouent et les médias auxquels ils sont exposés devraient être exempts de publicités sur l'alcool; 3) le *nombre* de

publicités diffusées : il est préférable d'en diffuser le moins possible; 4) la publicité portant sur le prix des boissons alcoolisées : les annonces d'alcool à prix réduit doivent être limitées.

**b. Application des règlements** : Sans mécanisme veillant à assurer l'application de la réglementation, les annonceurs ne sont pas tenus responsables du contenu des publicités sur l'alcool. Le système actuel d'autoréglementation n'est pas suffisant pour protéger les enfants de l'exposition néfaste à ces publicités. Par conséquent, le CRTC et les autorités de réglementation provinciales devraient adopter des normes plus strictes à l'égard des plaintes et de la contravention aux règlements. Idéalement, il faudrait nommer une autorité responsable de l'application de la réglementation, qui serait responsable d'un système officiel de plaintes concernant les publicités jugées non conformes et qui imposerait des sanctions rigoureuses lorsque les règlements ne sont pas respectés.

**c. Indicateur de pratique – Contenu du site Web de la régie des alcools** : La régie des alcools de chaque province accomplit un double mandat : augmenter les revenus du gouvernement provenant de la vente d'alcool et protéger la santé publique en limitant la consommation d'alcool. Les régies doivent ainsi s'assurer de présenter un site Web qui honore ce double mandat en transmettant autant sinon plus de messages sur la prévention que sur la promotion des boissons alcoolisées.

**d. Commandites** : Les commandites, par exemple d'équipes sportives et d'infrastructures communautaires, qui impliquent l'affichage de marques ou logos des fabricants de boissons alcoolisées augmentent la probabilité que des jeunes soient exposés à des publicités sur l'alcool. De plus, ceci renforce les liens positifs entre le sport et l'alcool, tout comme l'intégration régulière de l'alcool dans des événements familiaux. Les politiques restreignant les commandites de la part des fabricants de boissons alcoolisées peuvent donc aider à équilibrer les objectifs de santé et d'augmentation des revenus.

**Notation** : La note finale pour la dimension relative au marketing et à la publicité a été déterminée comme suit : l'exhaustivité de la réglementation provinciale sur le marketing est notée sur 4 points, l'application de la réglementation, sur 3 points, le site Web de la régie des alcools, sur 1 point, et la réglementation des pratiques publicitaires des commanditaires, sur 2 points, pour un total de 10 points.

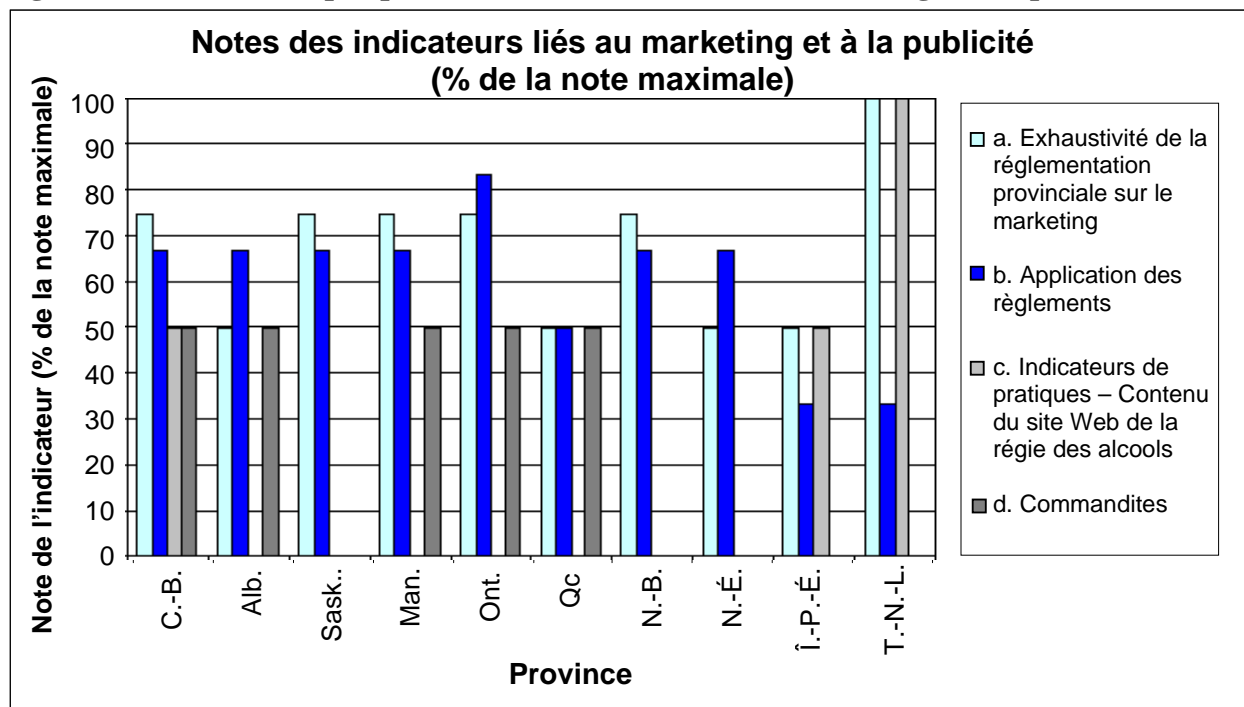
Les provinces recevaient la note maximale si : (1) elles s'étaient dotées d'une réglementation provinciale qui vise le contenu, l'emplacement et la fréquence des publicités sur l'alcool (p. ex., aucune publicité associant la consommation d'alcool à un mode de vie attirant, aucune publicité située dans ou autour des écoles, des terrains de jeux et autres lieux fréquentés par les enfants, limitation du nombre de publicités diffusées dans une zone géographique donnée); (2) elles interdisaient la publicité de rabais substantiels sur l'alcool; (3) elles avaient un processus formalisé pour rapporter les violations des lois en matière de publicités sur l'alcool et imposaient des sanctions sévères (c.-à-d., amendes élevées, suspension ou révocation du permis); (4) les messages de responsabilité sociale étaient majoritaires sur le site Web de leur régie des alcools; (5) elles limitaient les commandites d'événements, d'infrastructures et d'équipes sportives qui impliquent l'affichage des noms et des logos de fabricants de boissons alcoolisées.

## Résumé des résultats

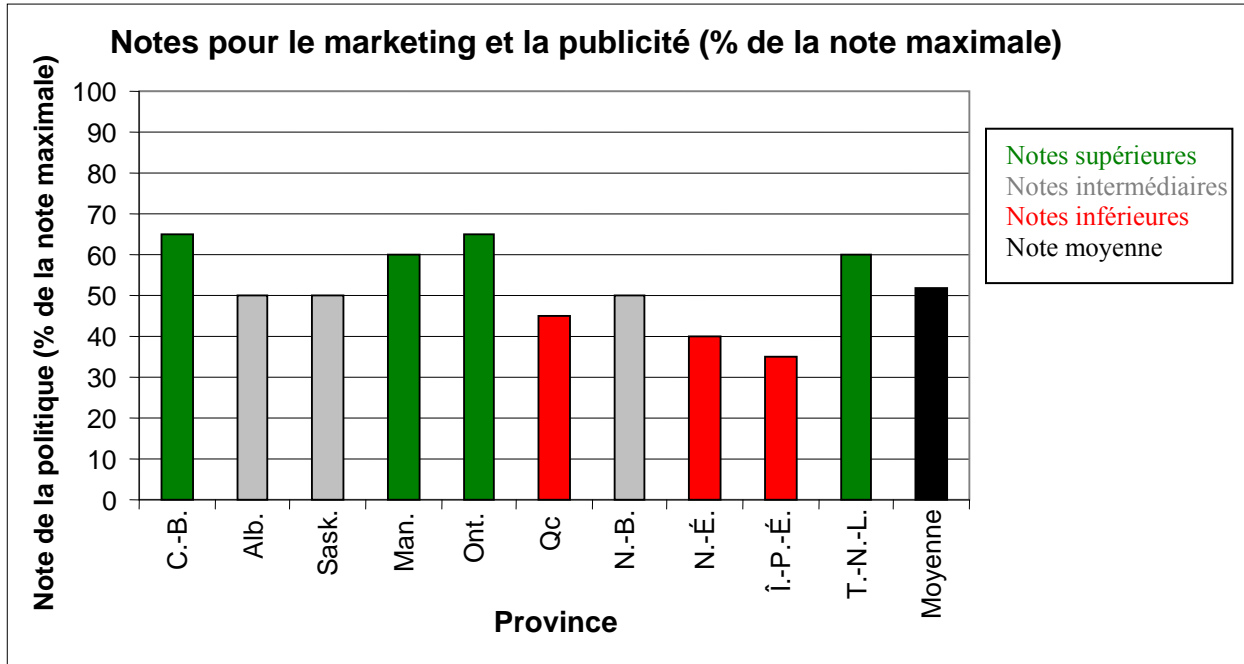
Globalement, sept des 10 provinces atteignent au moins 50 % du potentiel de cette dimension de politique. Toutefois, des améliorations pourraient être apportées par la mise en place de politiques de restriction sur les commandites et par des changements aux sites Web des régies des alcools pour qu'ils présentent moins de promotions de produits et plus de messages de santé (figures 9 et 10).

Presque toutes les provinces imposent des restrictions quant au contenu des publicités sur l'alcool qui sont plus sévères que celles du *Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées* du CRTC, et plusieurs d'entre elles en imposent sur l'emplacement des publicités ainsi que sur la promotion par les prix. Toutefois, seulement deux provinces restreignent la quantité de publicités autorisées. Ensuite, toutes les provinces comptent une instance ou une équipe responsable de l'application des règlements en matière de publicité, mais l'Ontario est la seule province à avoir mis en place un système officiel de plaintes. De plus, même si toutes les provinces diffusent des messages de responsabilité sociale au public en utilisant divers médias, peu d'entre elles les mettent en évidence dans le site Web de leur régie des alcools. Enfin, bien que la plupart des provinces imposent au moins quelques restrictions en matière de commandites publicitaires d'événements et d'infrastructures de la part de fabricants de boissons alcoolisées, cette pratique est autorisée dans l'ensemble d'entre elles.

**Figure 9 Résultats par province – Indicateurs liés au marketing et à la publicité**



**Figure 10 Résultats par province – Dimension liée au marketing et à la publicité**



### Politiques et pratiques – Éléments prometteurs

- (1) Dans toutes les provinces, les règlements sur le contenu des publicités sur l'alcool sont plus stricts que ceux énoncés dans le Code du CRTC. Toutefois, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador sont les deux seules provinces à restreindre la quantité de publicités diffusées.
- (2) Il existe de nombreuses mesures prometteuses pour restreindre les publicités sur le prix de l'alcool, comme l'interdiction d'annoncer de spéciaux 2 pour 1 sur les boissons alcoolisées, décrétée par la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario. Ces provinces, en plus du Québec, imposent également des restrictions sur les publicités annonçant des spéciaux « 5 à 7 » sur le prix des boissons alcoolisées. Enfin, en Saskatchewan et en Ontario, les vinerias libre-service ne peuvent faire la promotion de leurs prix par bouteille ou de leurs prix avantageux ou bon marché.
- (3) Plusieurs provinces ont commencé à appliquer des restrictions sur les commandites publicitaires. Par exemple, la Colombie-Britannique exige la diffusion de messages de responsabilité sociale pour toute commandite comprenant la vente ou le service de boissons alcoolisées. L'Ontario interdit les commandites qui associent les boissons alcoolisées à la conduite de véhicule ou toute activité nécessitant de l'attention et des habiletés ou présentant un danger physique.



### **Politiques et pratiques – Éléments à améliorer**

- (1) L'Île-du-Prince-Édouard impose une conséquence relativement faible en cas d'infraction aux lignes directrices en matière de marketing de l'alcool, soit le retrait de la publicité fautive. Malgré la présence d'un système de plaintes officiel et d'une autorité responsable de l'application clairement définie en Ontario, les sanctions d'infraction y sont également peu sévères. Enfin, Terre-Neuve-et-Labrador n'a donné à aucune autorité le pouvoir de faire appliquer les politiques provinciales en matière de publicité.
- (2) Peu de régies des alcools insistent sur le risque associé à la consommation d'alcool dans leur site Web : la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard sont les seules provinces à équilibrer les messages de promotion des boissons alcoolisées et de responsabilité sociale.
- (3) La Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador n'imposent pas de restriction sur les commandites publicitaires. De plus, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard autorisent les fabricants à commanditer des bourses d'études et des prix d'excellence portant leur nom d'entreprise ou la marque d'alcool. Cette pratique constitue une forme de marketing qui cible directement les mineurs et devrait donc être interdite.

## **6. Âge minimal légal de consommation d'alcool**

**Éléments de preuve et justification** : Plusieurs études démontrent l'influence qu'exercent les lois sur l'âge minimal légal de consommation d'alcool sur la santé, surtout dans la population plus jeune. Selon une revue exhaustive de la littérature scientifique menée par Wagenaar et Toomey (2002), l'imposition d'un âge de 21 ans tant pour l'achat que pour la consommation d'alcool est la stratégie la plus efficace pour réduire les problèmes liés à l'alcool chez les jeunes. Il a été démontré que l'adoption d'un âge minimal légal uniforme entraîne une diminution significative de la consommation d'alcool et du nombre de cas de conduite avec facultés affaiblies et d'hospitalisations liées à l'alcool (Babor et coll., 2010; Subbaraman et Kerr, 2013; Carpenter et Dobkin, 2011). Toutefois, les données indiquent que l'efficacité de l'imposition d'un âge minimal légal supérieur est fortement influencée par le degré de rigueur et d'uniformité de l'application de la loi, ainsi que par l'application d'autres politiques efficaces de contrôle de la consommation d'alcool (Wagenaar et coll., 2000). En outre, selon une récente étude, les normes sociales et l'application des lois sur l'âge minimal légal ont une influence sur les croyances et les comportements liés à l'alcool, ce qui concorde avec la théorie de l'apprentissage social. Les adolescents qui croient que les lois relatives à la consommation d'alcool sous l'âge minimal légal sont appliquées avec rigueur et que leur entourage réproouve la consommation d'alcool croient également qu'il est moins facile de s'en procurer et que leurs amis en consomment moins; toutes ces perceptions influencent leur consommation d'alcool (Lipperman-Kreda et coll., 2010).

## **Indicateurs liés à l'âge minimal légal de consommation d'alcool décrits à l'annexe A**

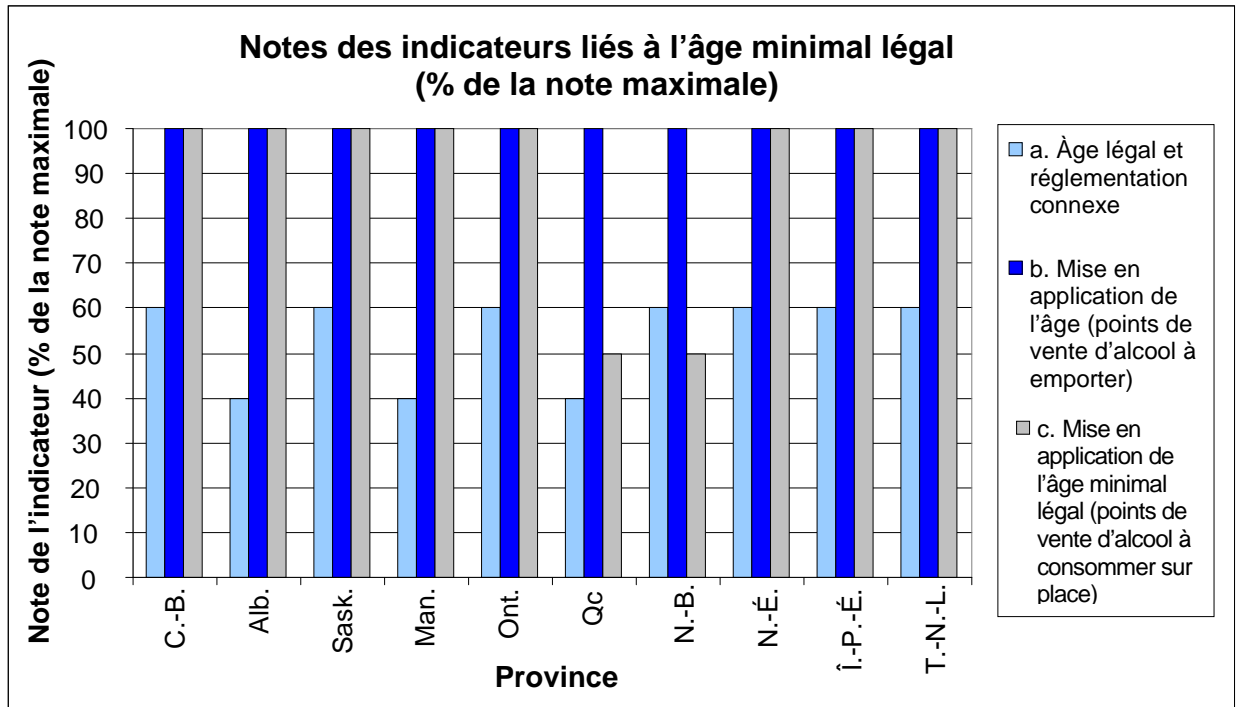
**a. Âge minimal légal et réglementation connexe :** On considère que l'imposition d'un âge minimal légal plus élevé permet de diminuer de façon plus efficace la consommation d'alcool et ses méfaits chez les jeunes et qu'un âge minimal légal de 21 ans représente la meilleure pratique (Babor et coll., 2010). Il est important que l'âge minimal légal fixé soit appuyé par l'adoption d'une réglementation interdisant non seulement l'achat d'alcool par des personnes sous l'âge minimal légal de consommation, mais aussi la vente à ces mêmes personnes. Cette mesure incite autant les acheteurs que les détaillants d'alcool à respecter l'âge minimal légal de consommation d'alcool. Enfin, il est important de réfléchir aux politiques permettant la consommation d'alcool par les jeunes dans certaines circonstances, puisqu'elles peuvent favoriser une attitude permissive à l'égard de l'alcool.

**b.-c. Mise en application des lois sur l'âge minimal légal dans les points de vente :** Il est important qu'un gouvernement soit en mesure de faire respecter l'âge minimal légal de consommation d'alcool dans les points de vente d'alcool à consommer sur place ou à emporter. Les avantages liés à l'imposition d'un âge minimal légal plus élevé ne peuvent être obtenus qu'au moyen de l'application adéquate et uniforme de la loi. Les programmes de clients mystères sont efficaces pour garantir la responsabilisation des détaillants d'alcool et vérifier qu'ils ne vendent pas d'alcool à des personnes sous l'âge minimal légal. En outre, certains programmes d'inspection menés par les régies des alcools et appuyés par des initiatives policières offrent l'appui nécessaire à l'application des lois relatives à l'achat d'alcool.

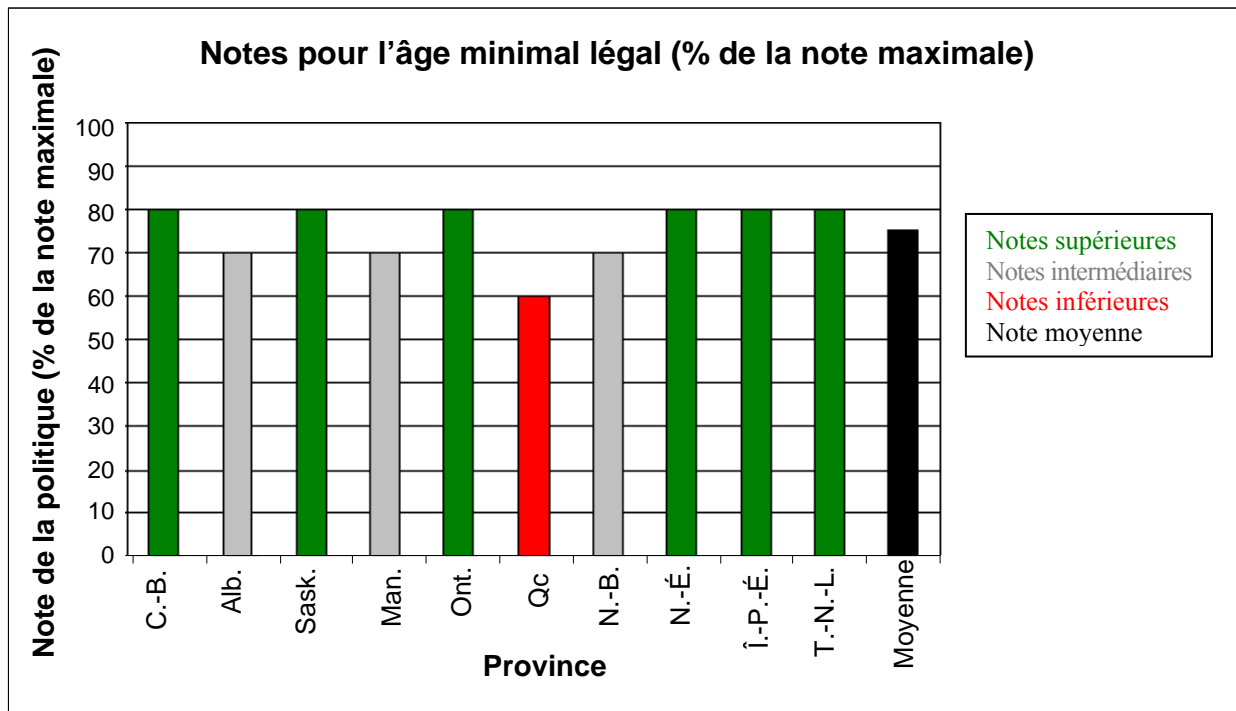
**Notation :** La note finale pour la dimension relative à l'âge minimal légal a été déterminée comme suit : la valeur de l'âge minimal légal est notée sur 5 points, la mise en application dans les points de vente d'alcool à emporter, sur 3 points, et la mise en application dans les points de vente d'alcool à consommer sur place, sur 2 points, pour un total de 10 points.

Une note parfaite supposerait l'imposition d'un âge minimal légal élevé (par exemple de 21 ans), combinée à une législation interdisant non seulement l'achat d'alcool par les personnes sous l'âge minimal légal, mais également la vente à ces personnes. Ces politiques seraient appuyées par un programme d'application rigoureux qui prévoirait des inspections régulières dans les points de vente d'alcool à consommer sur place et à emporter et qui fonctionnerait en collaboration avec les autorités pour mener les inspections et faire respecter l'âge minimal légal de consommation d'alcool.

**Figure 11 Résultats par province – Indicateurs liés à l’âge minimal légal de consommation d’alcool**



**Figure 12 Résultats par province – Dimension liée à l’âge minimal légal de consommation d’alcool**



## Résumé des résultats

Les provinces ont démontré une bonne performance sur la dimension de l'âge minimal légal de consommation d'alcool. Même si aucune province n'a mis en place un âge minimal légal de 21 ans, l'application de la loi sur l'âge minimal légal est un point fort dans toutes les provinces (figures 11 et 12).

Toutes les provinces imposent un âge minimal légal de consommation d'alcool de 18 ou de 19 ans et appuient cette mesure d'une législation connexe interdisant autant la vente d'alcool aux personnes sous l'âge minimal légal que l'achat d'alcool par ces personnes. La Nouvelle-Écosse est la seule province dans laquelle aucune politique ne prévoit d'exceptions à l'âge minimal légal. Enfin, les provinces mènent toutes des programmes de clients mystères appuyant l'application des lois sur l'âge minimal légal dans les points de vente d'alcool à emporter et prévoient toutes une certaine forme de mise en application dans les points de vente d'alcool à consommer sur place, que ce soit sous la forme d'inspections ou par l'intermédiaire des responsables de l'application de la loi (police).

### Politiques et pratiques – Éléments prometteurs

- (1) Il existe dans toutes les provinces des lois interdisant autant l'achat d'alcool par des personnes sous l'âge minimal légal que la vente d'alcool à ces personnes.
- (2) Dans l'ensemble, l'application des lois sur l'âge minimal légal de consommation d'alcool est rigoureuse. Il existe dans toutes les provinces un programme de clients mystères permettant de surveiller le respect de l'âge minimal légal dans les points de vente d'alcool à emporter. En outre, toutes les provinces ont un programme d'inspection, ou encore travaillent en collaboration avec les responsables de l'application de la loi à faire respecter l'âge minimal légal pour boire dans les points de vente d'alcool à consommer sur place.

### Politiques et pratiques – Éléments à améliorer

- (1) L'âge minimal légal de consommation d'alcool est de 18 ans en Alberta, au Manitoba et au Québec.
- (2) Au Manitoba et au Nouveau-Brunswick, les règlements permettant aux parents et aux conjoints d'offrir de l'alcool à leurs enfants et à leurs conjoints sous l'âge minimal légal s'appliquent respectivement aux points de vente d'alcool à consommer sur place et aux salles communautaires.

## 7. Dépistage, intervention brève et d'orientation

**Éléments de preuve et justification** : Selon les résultats cumulatifs de centaines d'études empiriques, de récentes méta-analyses et de revues systématiques, le recours à une approche de dépistage, d'intervention brève et d'orientation dans les milieux de soins de santé permettrait de diminuer de façon efficace la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont associés, surtout chez les personnes souffrant de dépendance à l'alcool au stade précoce ou de dépendance moins forte (Kaner et coll., 2009; Moyer et coll., 2002; Ballesteros et coll., 2004a; Bertholet et coll., 2005). En outre, cette approche s'est révélée efficace autant chez les hommes que chez les femmes (Ballesteros et coll., 2004b), chez les adolescents comme chez les adultes (Babor et coll., 2010). Chisholm et coll. (2004) ont réalisé une méta-analyse de l'ensemble des études de haute qualité publiées au sujet de cette approche, dans laquelle ils évaluent que celle-ci permet une diminution nette de 22 % de la consommation chez les consommateurs à risque. Rehm et coll. (2008) estiment que l'adoption de cette approche par 70 % des généralistes pourrait engendrer des économies de 1,6 milliard de dollars en lien avec les dépenses en santé, le crime et la perte de productivité au Canada. Ceci permet de conclure que l'intégration du dépistage, de l'intervention brève et de l'orientation dans divers milieux de soins de santé de première et deuxième ligne entraînerait d'importants avantages en matière de santé publique en réduisant la demande de services de santé et les coûts connexes.

### **Indicateurs liés à l'approche de dépistage, intervention brève et orientation décrits à l'annexe A**

Les provinces ont été évaluées à l'égard de trois indicateurs clés liés à l'amélioration de l'intégration et de l'efficacité de l'approche de dépistage, intervention brève et orientation dans les milieux de soins (Babor et Higgins-Briddle, 2000; Johnson et coll., 2010).

**a. Intégration de l'approche de dépistage, d'intervention brève et d'orientation dans une stratégie ou un plan d'action provincial** : L'inclusion de l'approche de dépistage, intervention brève et orientation dans un document stratégique provincial établit l'importance prioritaire de ces éléments et a pour but d'inciter à l'action. Le fait d'encourager l'utilisation de ces interventions auprès de l'ensemble de la population, en plus des groupes à risque (p. ex. : femmes enceintes), accroît sa portée et son efficacité potentielle, et pourrait permettre le dépistage de consommateurs à risque qui ne seraient pas repérés autrement.

**b. Lignes directrices sur les pratiques ou énoncé de position** : La publication par une association professionnelle provinciale reconnue, par exemple de médecins, d'infirmières ou de psychologues, d'un énoncé de position ou de lignes directrices portant sur l'approche de dépistage, intervention brève et orientation favorise l'intégration de cette approche dans la pratique (Babor et coll., 2000; Johnson et coll., 2010).

**c. Codes d'actes** : Les codes d'actes médicaux permettent aux médecins de percevoir des honoraires pour les soins s'inscrivant dans les pratiques de dépistage, d'intervention brève et d'orientation et les encouragent à y avoir recours. Bien que des codes d'acte généraux permettent aux médecins de facturer des services relatifs à cette pratique, on suppose que la création de codes spécifiques améliorerait l'uniformité du protocole de dépistage, d'intervention brève et d'orientation chez les médecins.

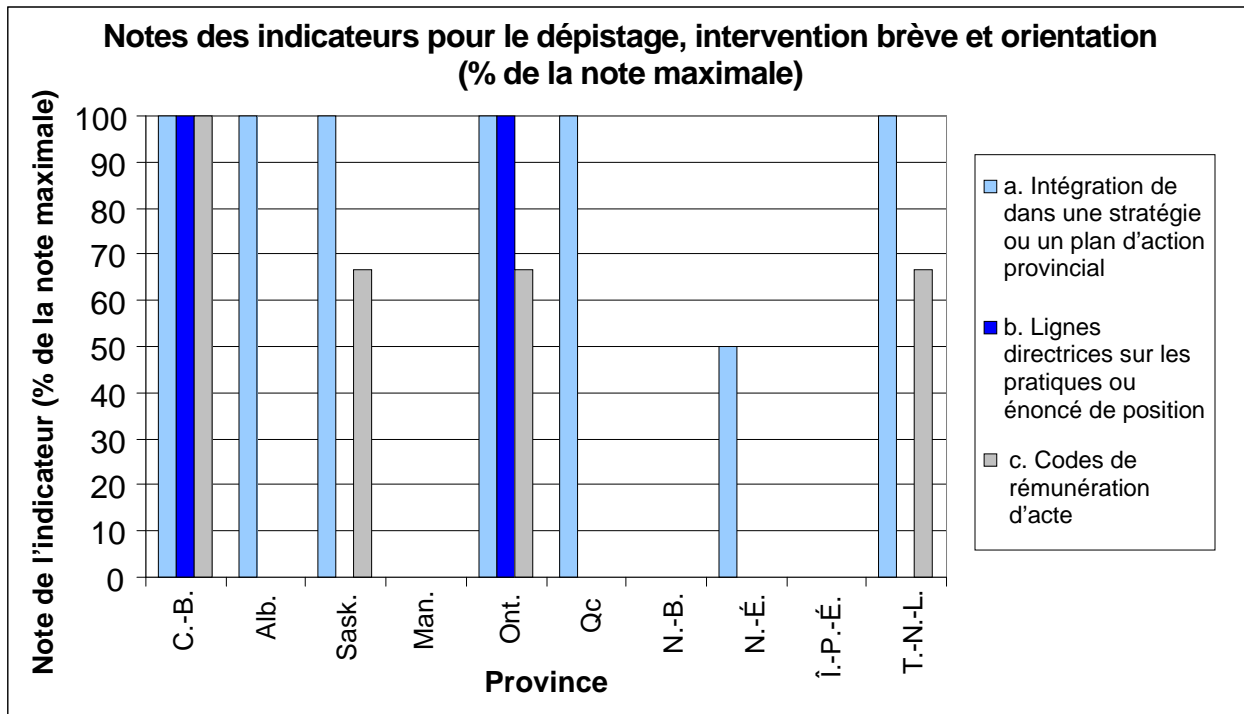
**Notation** : La note finale pour la dimension relative à l’approche de dépistage, intervention brève et orientation a été déterminée comme suit : l’intégration de l’approche dans un document stratégique est notée sur 4 points, l’existence d’un énoncé de position ou de lignes directrices provinciales, sur 3 points, et la présence d’une politique provinciale sur les codes d’actes relatifs à cette approche, sur 3 points, pour un total de 10 points.

Pour obtenir la note maximale, une province devait être dotée d’une politique provinciale sur l’approche de dépistage, intervention brève et orientation ciblant l’ensemble de la population, de lignes directrices ou d’un énoncé de position ainsi que d’un code de rémunération d’acte médical propre à cette pratique.

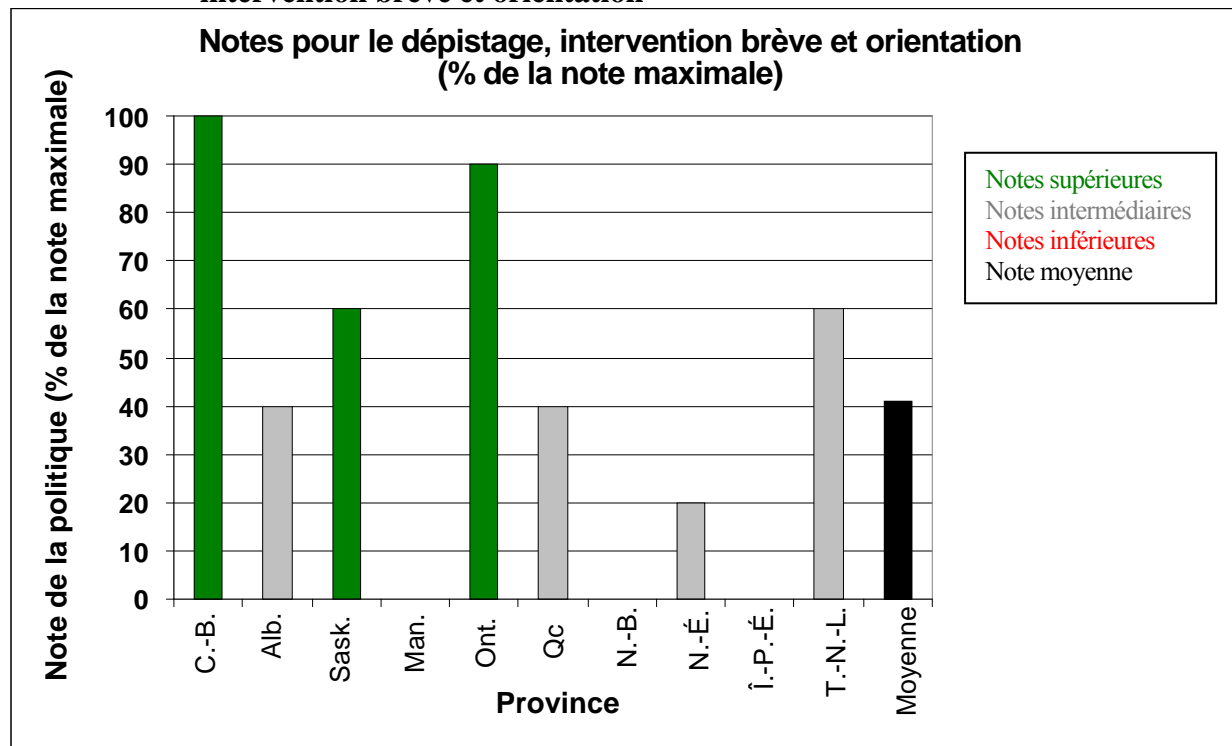
### Résumé des résultats

Une grande variabilité a été observée entre les provinces dans ce domaine de politique (figures 13 et 14). En effet, la Colombie-Britannique et l’Ontario n’ont obtenu que des notes parfaites ou presque parfaites, tandis que les autres provinces utilisaient peu ou pas le processus de dépistage, d’intervention brève et d’orientation. Du moins, la plupart des provinces intègrent cette intervention dans à une stratégie ou dans un plan d’action provincial. Toutefois, peu de provinces favorisent l’intégration de cette approche aux pratiques des médecins en leur fournissant des lignes directrices ou des codes de rémunération pour cette intervention.

**Figure 13 Résultats par province – Indicateurs liés à l’approche de dépistage, intervention brève et orientation**



**Figure 14 Résultats par province – Dimension liée à l’approche de dépistage, intervention brève et orientation**



### Politiques et Pratiques – Éléments prometteurs

- (1) La Colombie-Britannique prévoit un code de rémunération pour le processus de dépistage, d’intervention brève et d’orientation et a reçu la meilleure note pour cette dimension.
- (2) La Colombie-Britannique et l’Ontario disposent toutes deux de lignes directrices ou d’un énoncé de position sur cette pratique. Le Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont lancé en novembre 2012 une ressource en ligne que toutes les provinces peuvent utiliser.
- (3) La Colombie-Britannique, l’Alberta, la Saskatchewan, l’Ontario, le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador ont fait du processus de dépistage, d’intervention brève et d’orientation auprès de l’ensemble de la population une priorité de leur stratégie ou de leur plan d’action provincial.

### Politiques et pratiques – Éléments à améliorer

- (1) Le processus de dépistage, d’intervention brève et d’orientation ne s’intègre à aucune stratégie ni à aucun plan d’action provincial au Manitoba, au Nouveau-Brunswick et à l’Île-du-Prince-Édouard. La ressource publiée par le CCLAT et le CMFC pourrait favoriser des changements à cet égard.

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

**Éléments de preuve et justification** : Selon les revues réalisées par Anderson et coll. (2009a) et Babor et coll. (2010), certaines interventions auprès des personnes participant au service de l'alcool, c'est-à-dire les serveurs et les gestionnaires (gérants et propriétaires)<sup>1</sup>, pourraient permettre de diminuer le service de boissons alcoolisées aux personnes sous l'âge minimal légal et aux clients en état d'ébriété dans les établissements détenant un permis pour vente d'alcool à consommer sur place. On présume qu'un programme de formation des serveurs obligatoire complet, intensif, fondé sur des données probantes et qui ne permet pas d'exceptions aura un plus grand potentiel de réduire le service aux clients en état d'ébriété. Ainsi, un tel programme permettrait de réduire la fréquence des incidents liés à l'alcool, comme la conduite avec facultés affaiblies, de façon plus efficace qu'un programme de formation partielle suivi sur une base volontaire et non fondé sur des données probantes. En outre, il est important de souligner que l'efficacité de ces programmes semble dépendre de l'application rigoureuse des lois pertinentes, c'est-à-dire les lois interdisant la vente d'alcool aux mineurs et aux clients en état d'ébriété (Stockwell, 2006).

En outre, les deux revues mentionnées plus haut révèlent que les programmes de contrôle et de refus de vente visant les points de vente d'alcool à emporter peuvent avoir un certain effet dissuasif sur la vente d'alcool aux personnes sous l'âge minimal légal et aux personnes en état d'ébriété. Les programmes qui sont plus complets, obligatoires, approuvés par la régie des alcools provinciale et qui comprennent le suivi des données des données de contrôle et de refus et la conduite d'évaluations périodiques ont habituellement plus d'impact.

### **Indicateurs liés à la formation des serveurs et au programme de contrôle et refus de vente décrits à l'annexe A**

#### **Programme de formation des serveurs (points de vente d'alcool à consommer sur place et permis pour occasions spéciales)**

**a. Existence d'un programme de formation** : Cet indicateur porte sur l'existence de programmes de formation obligatoires ou facultatifs à l'intention des serveurs et des gestionnaires.

**b. Qualité du programme de formation** : Toutes les interventions auprès des serveurs et des gestionnaires ne permettent pas nécessairement d'entraîner une diminution du service aux personnes sous l'âge minimal légal et aux clients en état d'ébriété dans les points de vente d'alcool à consommer sur place. C'est pourquoi la qualité des programmes a été évaluée selon les critères suivants : programme conçu à partir d'interventions ayant démontré de façon empirique une diminution des situations de service aux personnes sous l'âge minimal légal ou aux clients en état d'ébriété, intégration de critères de contrôle exhaustifs, formation adéquate et applicable à toutes les circonstances et à tous les établissements détenant un permis.

---

<sup>1</sup> Le terme « formation des serveurs », dans ce texte, équivaut à « formation des personnes participant au service de l'alcool ».



**c. Application du programme** : En l'absence de mesures de vérification de l'application du programme, les titulaires de permis et leurs employés ne sont pas pénalisés s'ils n'adoptent pas des pratiques responsables en matière de service d'alcool. Ainsi, la mise en œuvre de telles mesures, notamment le suivi des données de contrôle et de refus de vente, permet d'accroître l'efficacité du programme.

### **Programme de contrôle et de refus de vente (points de vente d'alcool à emporter)**

**a. Existence d'un programme de contrôle et de refus** : Cet indicateur porte sur l'existence d'un programme de contrôle (p.ex. vérification de l'âge) et de refus de vente en raison de l'âge ou d'un état manifeste d'ébriété.

**b. Qualité du programme** : La qualité du programme a été évaluée selon les critères suivants : exhaustivité des critères de contrôle, caractère adéquat de la formation et révision régulière des protocoles.

**c. Application du programme** : En l'absence de mesures de vérification de l'application du programme, les détaillants d'alcool ne sont pas pénalisés s'ils n'adoptent pas des pratiques responsables en matière de service d'alcool. Ainsi, la mise en œuvre de telles mesures, notamment le suivi des données de contrôle et de refus et l'évaluation du programme au moyen de visites de clients mystères, permet d'accroître l'efficacité du programme.

**Notation** : La note finale pour la dimension relative à la formation des serveurs au contrôle et refus de vente a été déterminée comme suit : pour chacun des deux types de programmes, l'existence d'un programme est notée sur 1 point, la qualité du programme, sur 2 points, et son application, sur 2 points, pour un total de 10 points.

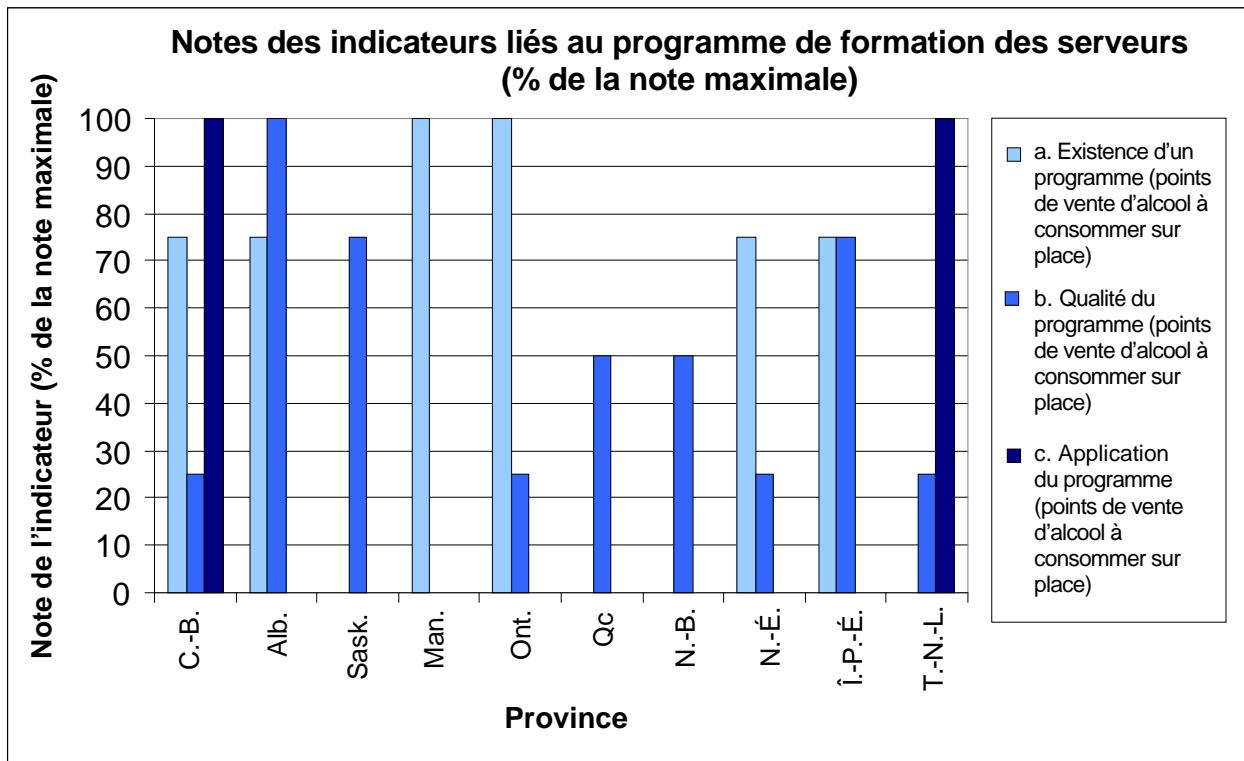
Pour obtenir la note maximale, une province devait offrir un programme de formation obligatoire destiné aux serveurs et aux gestionnaires sur le contrôle et le refus pour les points de vente d'alcool à emporter et pour les points de vente à consommer sur place. Ces programmes devaient comprendre des critères de contrôle exhaustifs, porter sur la prévention du service aux personnes sous l'âge minimal légal et aux clients en état d'ébriété, offrir une formation adéquate et des protocoles régulièrement mis à jour, de même que comprendre des mesures de mise en application sous la forme du suivi des données de contrôle et de refus.

### **Résumé des résultats :**

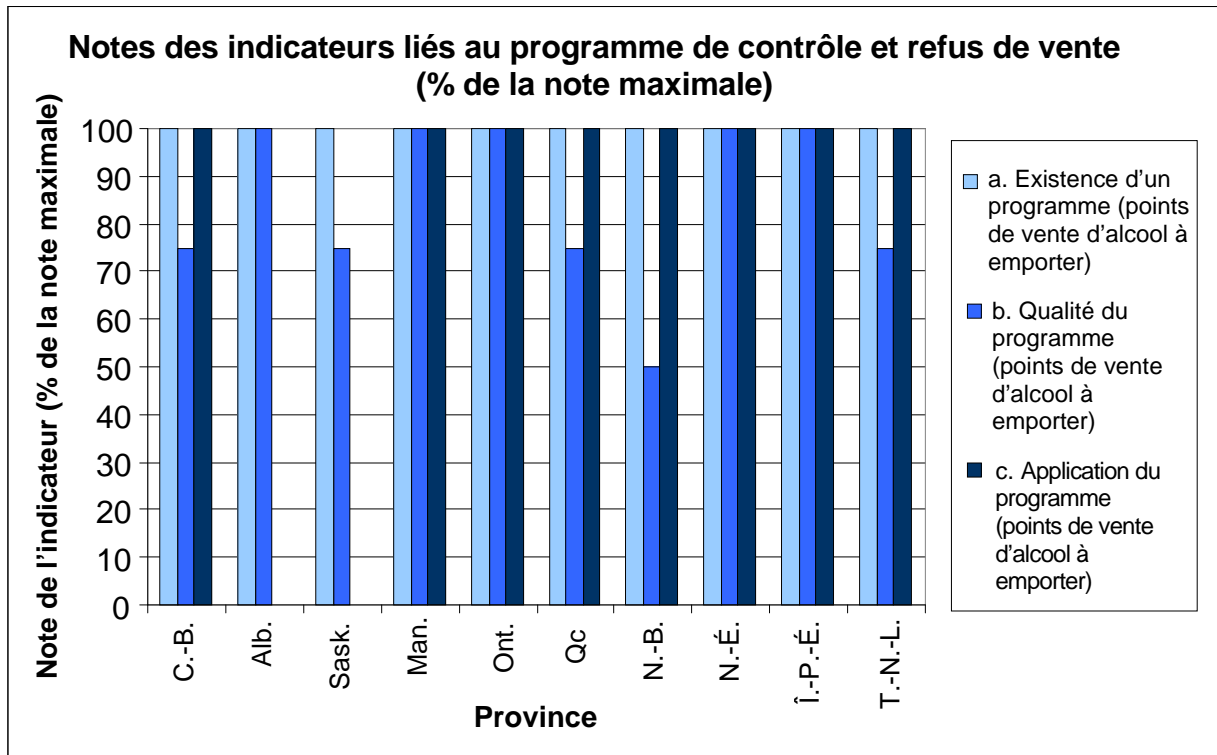
La plupart des provinces offrent un programme de formation des serveurs, mais souvent, son caractère obligatoire ne s'applique qu'à certaines catégories de permis et d'événements, et la qualité des programmes varie d'une province à l'autre (figure 15). Exception faite de l'Alberta, les programmes de formation des serveurs des points de vente d'alcool à consommer sur place sont particulièrement déficients, et certains sont surtout axés sur le service à la clientèle et les objectifs de vente. Il est préoccupant de constater que peu de ces programmes sont fondés sur des activités de formation évaluées et que la plupart sont suivis en ligne (plutôt qu'en personne). De plus, la Colombie-Britannique et Terre-Neuve-et-Labrador sont les seules provinces à assurer le suivi de l'application des programmes dans les points de vente pour consommation sur place. Dans l'ensemble, les programmes de contrôle et refus visant les points de vente d'alcool à

emporter sont beaucoup plus solides (figure 16). Il existe au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard des programmes complets et de bonne qualité comprenant des mesures de suivi de la mise en application. En outre, toutes les provinces se sont dotées de programmes de contrôle et de refus pour les points de vente d'alcool à emporter dont l'efficacité est évaluée au moyen de visites de clients mystères. Cependant, si la majorité des provinces effectuent le suivi des données de contrôle et de refus pour les points de vente d'alcool à emporter, ceci n'est pas fait de façon constante dans plusieurs établissements privés, et très peu de provinces prévoient un tel mécanisme de suivi pour les points de vente d'alcool à consommer sur place. La figure 17 présente les scores combinés pour ces deux types de programmes dans l'ensemble des provinces.

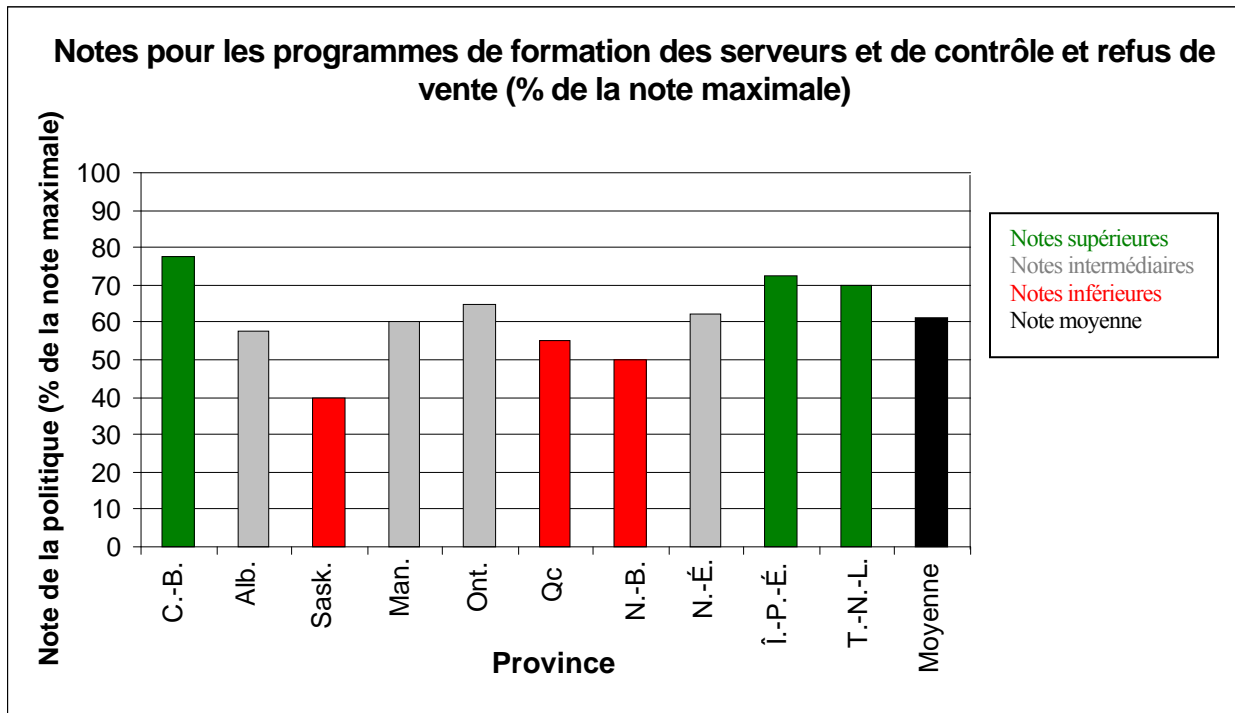
**Figure 15 Résultats par province – Indicateurs liés au programme de formation des serveurs**



**Figure 16 Résultats par province – Indicateurs liés au programme de contrôle et refus de vente de vente**



**Figure 17 Résultats par province – Dimension liée à la formation des serveurs et au contrôle et refus de vente**



### **Politiques et pratiques – Éléments prometteurs**

- (1) Chaque province s'est dotée d'une politique contre le service d'alcool aux clients en état d'ébriété dans les points de vente d'alcool à consommer sur place et à emporter.
- (2) La Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard offrent à l'échelle provinciale des programmes de formation obligatoire destinée au personnel des points de vente d'alcool à consommer sur place. Au Manitoba et en Ontario, le personnel des événements où l'on sert de l'alcool doit également suivre une formation.
- (3) Toutes les provinces offrent des programmes de contrôle et refus de vente dont l'efficacité est évaluée au moyen de programmes de clients mystères.
- (4) Il existe en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve-et-Labrador des programmes de contrôle et de refus pour les points de vente d'alcool à consommer sur place.

### **Politiques et pratiques – Éléments à améliorer**

- (1) Peu de programmes de formation des serveurs et de contrôle et refus de vente sont fondés sur des activités de formation évaluées dont la capacité de réduire le service aux clients en état d'ébriété ou aux personnes sous l'âge minimal légal a été démontrée.
- (2) Il n'existe en Alberta et en Saskatchewan aucune mesure de suivi des données de contrôle et refus de vente dans les points de vente d'alcool à consommer sur place ou à emporter.
- (3) Le suivi des données de contestation et refus de vente n'est pas uniforme d'un détaillant privé à l'autre.

## **9. Stratégies provinciales en matière d'alcool**

**Éléments de preuve et justification** : Aux fins de la présente étude, une stratégie provinciale en matière d'alcool est une stratégie approuvée par un gouvernement provincial ou par un ministère, portant en tout ou en partie sur l'alcool. Le choix de cette dimension a été partiellement guidé par le fait que les stratégies sur le tabac, en encourageant les gens à cesser de fumer et en retardant l'âge de la première cigarette, ont joué un rôle déterminant dans la réduction des taux de tabagisme (de Beyer et coll., 2003). Une stratégie provinciale efficace devrait inclure les éléments clés de la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de l'OMS (2010), laquelle énumère un ensemble exhaustif d'objectifs que devrait viser une politique efficace. Ces objectifs comprennent l'action des services de santé, l'action communautaire, les politiques de prix et de marketing ainsi que les activités de suivi et de surveillance. Babor et ses collaborateurs

(2010) ont souligné l'importance de la mise en place d'une politique coordonnée en matière d'alcool, citant en exemple des pays comme la France et les É.-U., où les acteurs du secteur de la santé ont influencé de façon efficace l'élaboration des politiques.

### **Indicateurs liés aux stratégies provinciales en matière d'alcool décrits à l'annexe A**

**a. Priorité de la stratégie provinciale :** Étant donné qu'une bonne partie des dommages sociétaux attribuables à l'alcool est associée à la consommation d'alcool à risque (de faible à élevé) plutôt qu'à la dépendance proprement dite, une stratégie en matière d'alcool serait en principe plus efficace d'un point de vue populationnel qu'une stratégie en dépendance qui ne vise pas l'ensemble de la population touchée. Ainsi, les stratégies visant directement la dépendance, bien qu'elles soient utiles, recevront ici une note plus faible. Pour en savoir plus, consulter OMS, 2010; Babor et coll., 2010, chapitre 16; Anderson et coll., 2009; Giesbrecht et coll., 2011.

**b. Diversité des interventions et des politiques :** Cet indicateur évalue la présence dans la stratégie provinciale d'une vaste gamme d'interventions et de politiques fondées sur des données probantes et visant l'ensemble de la population, dans la lignée des interventions prioritaires soulignées par la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de l'OMS.

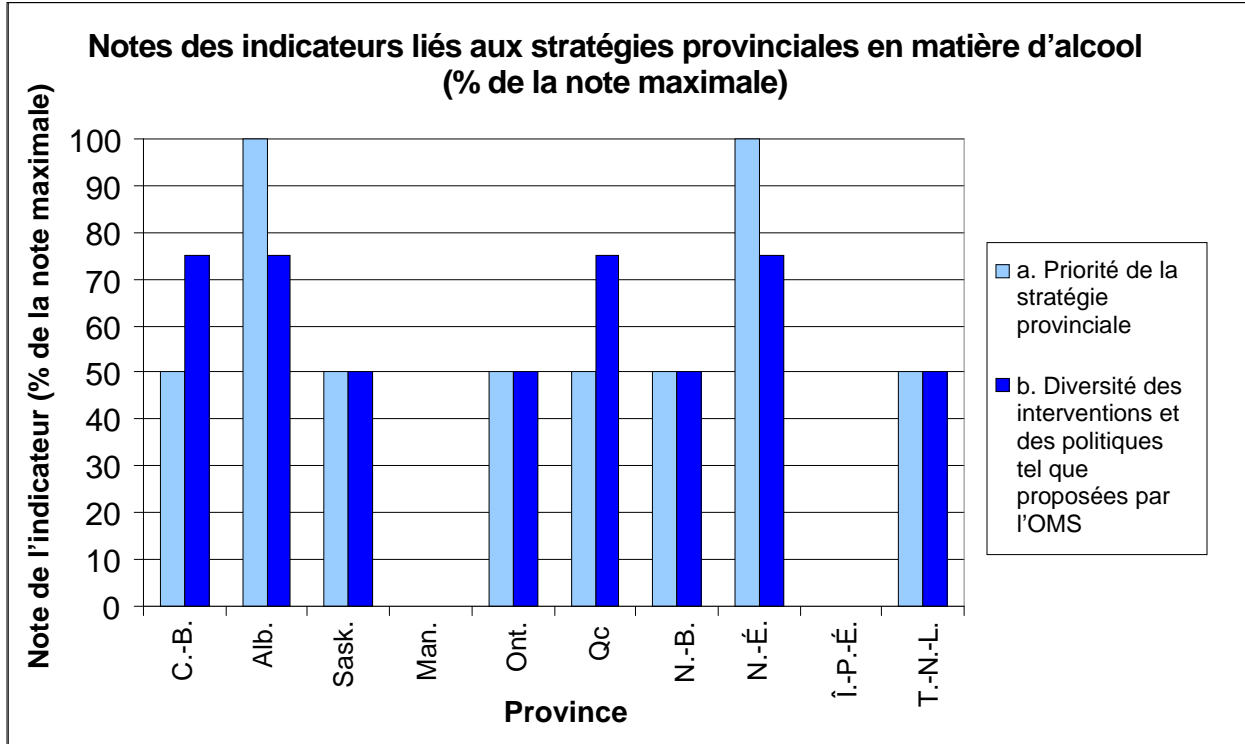
**Notation :** La note finale pour la dimension relative à la stratégie provinciale en matière d'alcool a été déterminée comme suit : la priorité de la stratégie était notée sur 2 points et la gamme d'interventions et de politiques établies selon la stratégie de l'OMS, sur 8 points, pour un total de 10 points.

Pour obtenir la note maximale, une province devait proposer une stratégie provinciale ciblant spécifiquement l'alcool et prévoyant une vaste gamme d'interventions et de politiques, certaines visant l'ensemble de la population et d'autres étant plus ciblées, dans la lignée de la stratégie de l'OMS (2010).

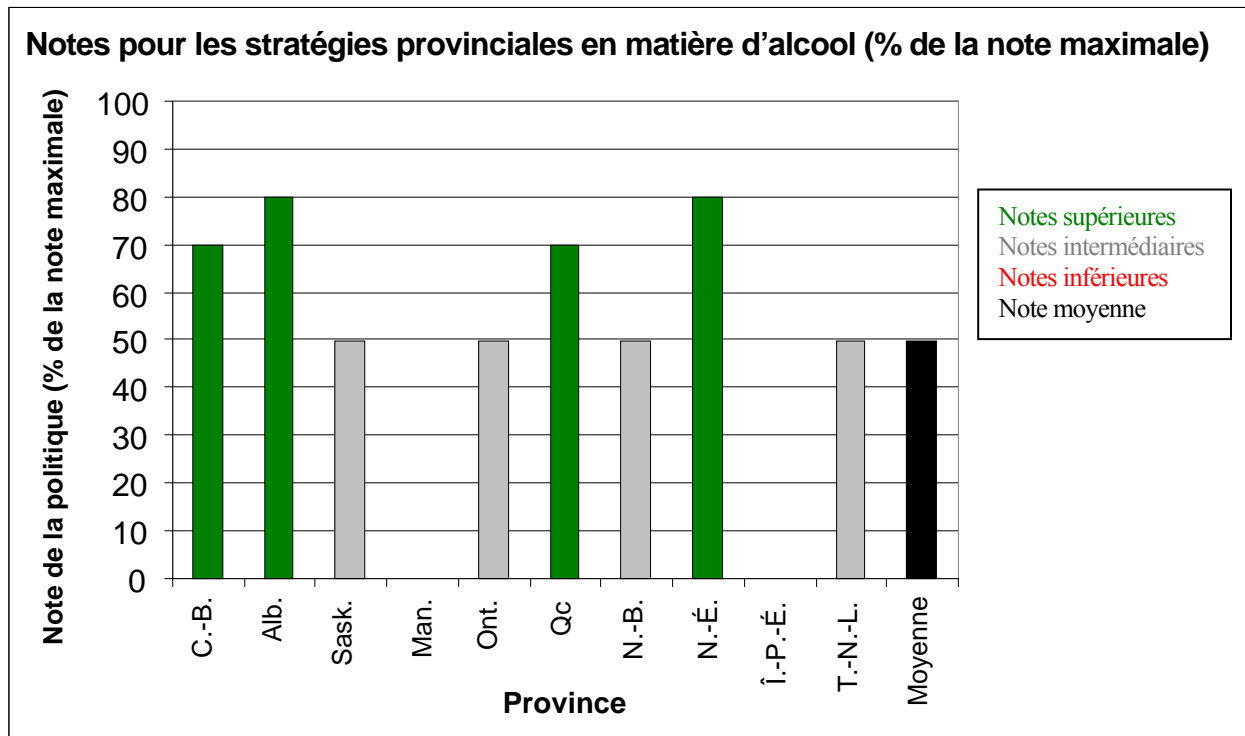
### **Résumé des résultats**

Seules l'Alberta et la Nouvelle-Écosse disposent de stratégies provinciales en matière d'alcool (Alberta Health Services, 2008; Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection, 2007). Toutefois, il existe dans la majorité des autres provinces des stratégies de santé ciblant jusqu'à un certain degré l'alcool (figure 18). Un peu moins de la moitié des provinces sont dotées d'une stratégie provinciale qui prévoit des interventions visant spécifiquement la réduction des problèmes attribuables à l'alcool, tandis huit sur 10 disposent d'une stratégie qui comprend dans une certaine mesure des enjeux liés à l'alcool. Le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pas de stratégie provinciale sur la santé qui inclut l'alcool dans ses priorités (figure 19).

**Figure 18 Résultats par province – Indicateurs liés aux stratégies provinciales en matière d'alcool**



**Figure 19 Résultats par province – Dimension liée aux stratégies provinciales en matière d'alcool**



### **Politiques et pratiques – Éléments prometteurs**

- (1) L'Alberta et la Nouvelle-Écosse sont les deux seules provinces à avoir adopté des stratégies provinciales axées sur l'alcool. Ces stratégies, de même que la stratégie de la Colombie-Britannique en matière de santé mentale et de dépendances et la stratégie du Québec en matière de santé publique, comportent bon nombre des priorités, initiatives et politiques décrites dans la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de l'OMS.
- (2) Toutes les stratégies provinciales actuelles en matière de santé et d'alcool reconnaissent l'importance des éléments suivants : leadership; sensibilisation et engagement; action des services de santé; mobilisation de l'action communautaire; suivi et surveillance.

### **Politiques et pratiques – Éléments préoccupants**

- (1) Un faible nombre des stratégies provinciales en matière de santé accordent une priorité à des interventions ou à des politiques efficaces visant directement l'alcool.
- (2) Aucune des stratégies provinciales n'inclut dans ses priorités la diminution des répercussions sur la santé publique de l'alcool illégal et de l'alcool produit informellement.
- (3) Il n'existe au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard aucune stratégie provinciale en matière de santé visant l'alcool en tant que priorité.

## **10. Étiquettes et affiches de mise en garde**

**Éléments de preuve et justification** : La pose d'étiquettes sur les contenants d'alcool et l'installation d'affiches de mise en garde dans les points de vente ont été retenues comme étant des stratégies prometteuses étant donné qu'elles ont le potentiel de sensibiliser la population aux problèmes de santé relatifs à l'alcool et de favoriser l'adoption d'autres politiques plus directement efficaces. En fait, peu d'études ont démontré l'efficacité des étiquettes de mise en garde utilisées seules (Anderson et coll., 2009a; Babor et coll., 2010). De plus, presque tous les articles publiés sur le sujet portent sur une initiative américaine menée dans les années 1980, dans le cadre de laquelle de petites étiquettes en noir et blanc ont été apposées sur des contenants d'alcool et des affiches ont été installées dans des bars, afin de mettre en garde les consommateurs contre les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse et à la conduite avec facultés affaiblies ainsi que contre les risques de dépendance et de certaines maladies graves. Les étiquettes et les affiches semblent avoir stimulé les conversations au sujet des risques liés à l'alcool (Kaskutas et Greenfield, 1992) et ont été associées à une légère baisse des cas d'alcool

au volant (Greenfield, 1997). Les étiquettes et les affiches de mise en garde installés dans les bars ont un avantage unique en tant qu'outils de sensibilisation sur les problèmes de santé liés à l'alcool : ce sont les plus forts consommateurs qui les remarquent le plus souvent et qui s'en souviennent le plus (Greenfield, 1998).

Les étiquettes et affiches de mise en garde peuvent être d'importants outils de sensibilisation sur le fait que l'alcool est un facteur de risque de maladies chroniques. Peu de gens sont au courant de la quantité grandissante de données reliant la consommation d'alcool, même en faible quantité, à l'augmentation du risque de cancer (Latino-Martel et coll., 2011). La sensibilisation du public à ce risque ainsi qu'à d'autres risques de la consommation d'alcool pour la santé ou la sécurité au moyen d'étiquettes et d'affiches pourrait contribuer à créer un courant de pensée qui favoriserait la mise en œuvre de politiques plus efficaces en matière d'alcool (Giesbrecht, 2007).

### **Indicateurs liés aux étiquettes et aux affiches de mise en garde décrits à l'annexe A**

Les indicateurs liés aux politiques sur les mises en garde et les messages de santé concernent : les étiquettes de mise en garde sur les contenants d'alcool, les affiches de mise en garde au point d'achat dans les points de vente d'alcool à emporter, et les affiches de mises en garde dans les bars, les restaurants et autres points de vente d'alcool à consommer sur place.

**a. Présence d'étiquettes de mise en garde sur les contenants d'alcool** : L'instauration de l'étiquetage de mise en garde obligatoire sur les boissons alcoolisées favoriserait l'uniformité à l'échelle nationale des messages de santé des différents fabricants, et renforcerait l'application de cette mesure (Babor et coll., 2010).

**b. Qualité des messages des étiquettes de mise en garde** : Il est important que les messages de mise en garde véhiculés par les étiquettes soient clairs et fournissent des conseils concrets. En outre, les étiquettes devraient être placées à un endroit visible sur l'emballage, afficher une variété de messages de santé et comporter des images.

**c.-d. Présence d'affiches de mise en garde**: Cet indicateur permet d'évaluer l'instauration par la province de l'affichage obligatoire de mise en gardes dans les points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place. Cette mesure favorise l'uniformité des messages et favorise le respect des normes d'affichage des messages de mise en garde (Babor et coll., 2010).

**e.-f. Qualité des messages sur les affiches de mise en garde**: Il est important que les messages de mise en garde véhiculés par les affiches soient clairs et fournissent des conseils concrets. Les slogans exprimant des messages vagues comme « buvez de façon responsable » sont d'une efficacité limitée pour réduire les problèmes attribuables à l'alcool et pourraient même avoir des effets indésirables (Babor et coll., 2010). La qualité des messages de mise en garde affichés dans les deux types de points de vente a été évaluée selon deux aspects : la variété et le contenu.

**Notation** : La note finale pour la dimension relative aux étiquettes et aux affiches de mise en garde a été déterminée comme suit : la présence d'étiquettes sur les contenants d'alcool est notée sur 1 point, la qualité des messages sur les étiquettes, sur 3 points, la présence d'affiches de mise en garde, sur 1 point pour chacun des deux types de points de vente, et la qualité des messages



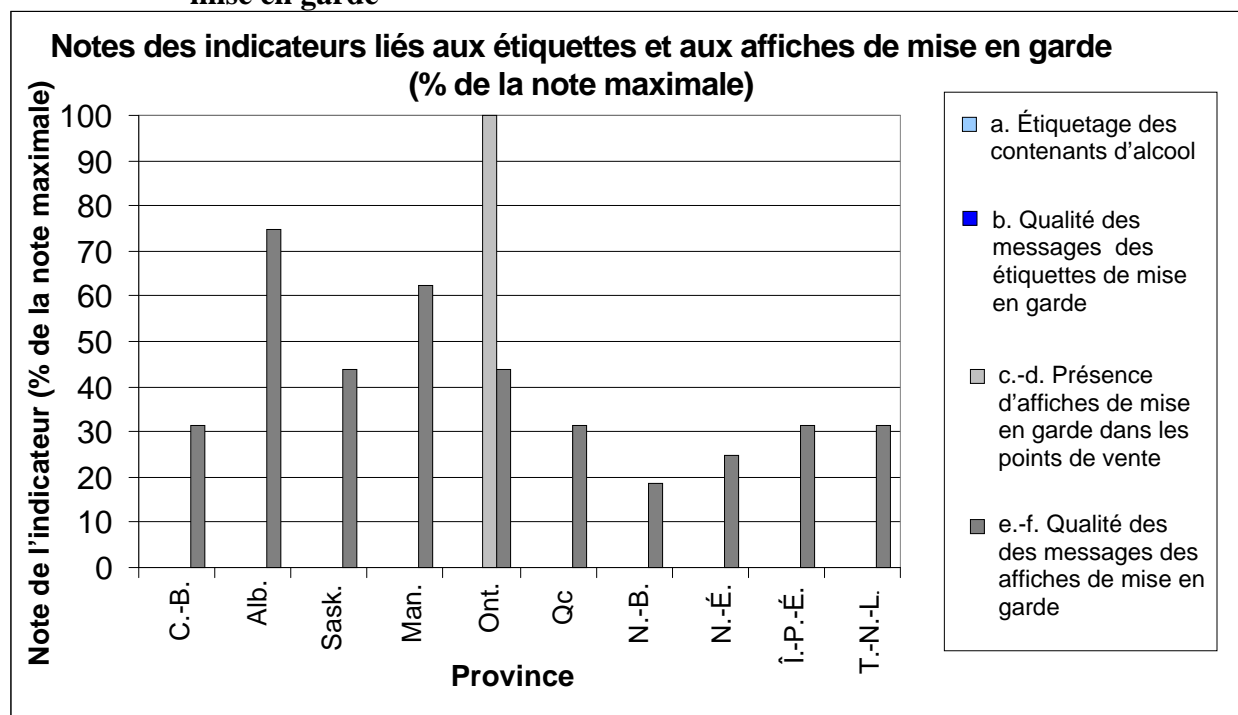
sur les affiches, sur 2 points pour chacun des deux types de points de vente, pour un total de 10 points.

Pour obtenir la note maximale, une province devait exiger, sur tous les contenants et dans tous les points de vente d'alcool, la présence de différents messages de mise en garde imagés, bien visibles, présentés en rotation dans le temps et portant sur une vaste gamme de problèmes de santé et de sécurité liés à l'alcool.

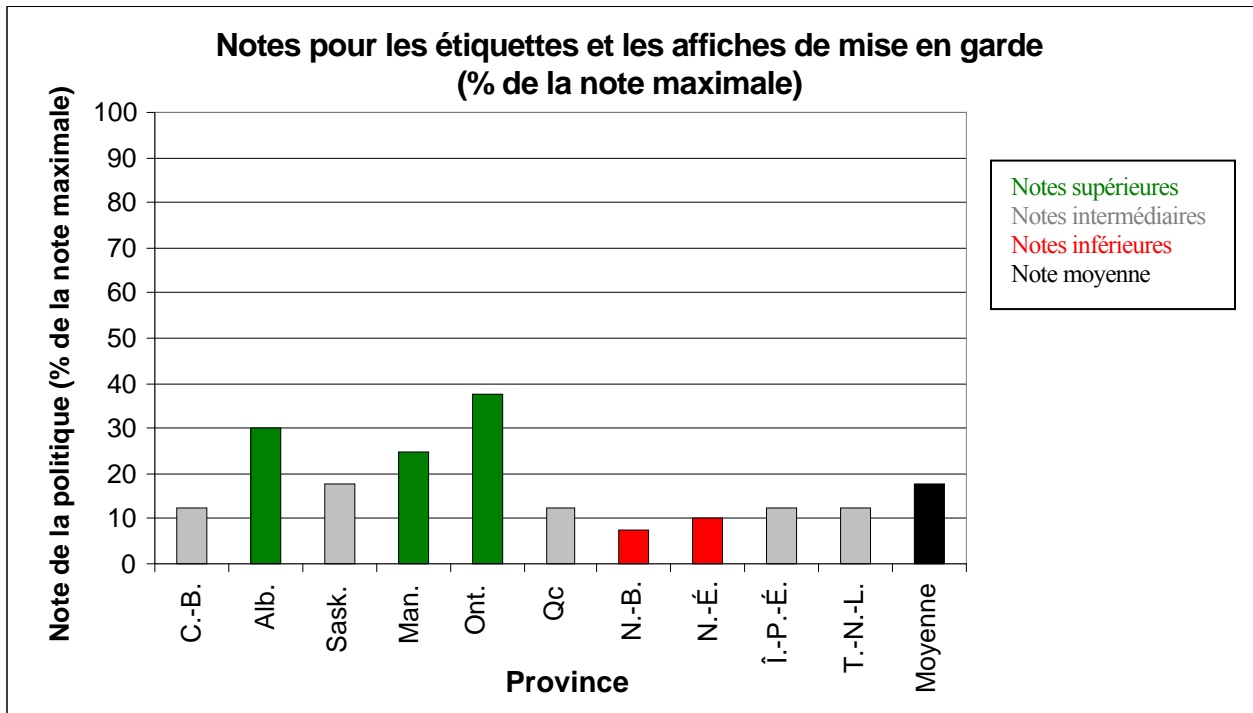
### Résumé des résultats

Il serait possible de faire plus pour informer les consommateurs sur les risques de la consommation d'alcool par messages sur les contenants ainsi que dans les points de vente (figures 20 et 21). Aucune province n'a instauré l'étiquetage de mise en garde obligatoire sur les contenants d'alcool. En outre, une seule province exige la présence d'affiches de mise en garde autant dans les points de vente d'alcool à consommer sur place et que dans les points de vente d'alcool à emporter. Néanmoins, la majorité d'entre elles se sont dotées d'une politique interne exigeant au minimum l'installation d'affiches dans les points de vente d'alcool à emporter. Dans l'ensemble, les messages des affiches dans les deux types de points de vente étaient de piètre qualité; dans la plupart des provinces, ils ne faisaient que de vagues allusions à un nombre restreint de problèmes de santé liés à l'alcool.

**Figure 20 Résultats par province – Indicateurs liés aux étiquettes et aux affiches de mise en garde**



**Figure 21 Résultats par province – Dimension liée aux étiquettes et aux affiches de mise en garde**



### Politiques et pratiques – Éléments prometteurs

- (1) L'Ontario a instauré l'affichage obligatoire d'un message clair et direct sur les risques de la consommation d'alcool durant la grossesse dans les points de vente d'alcool à emporter et à consommer sur place (p.ex. Loi Sandy).
- (2) Voici quelques exemples de messages de mise en garde de bonne qualité sur les problèmes de santé liés à l'alcool :
  - a. Ontario et Nouveau-Brunswick : La consommation d'alcool pendant la grossesse peut causer des anomalies congénitales et des lésions cérébrales à votre bébé.
  - b. Manitoba : Cette année, prévoyez vos déplacements durant le festival. Ayez un conducteur désigné. Prenez l'autobus. Appelez un taxi. Restez sobre et en sécurité.
  - c. Nouvelle-Écosse : La consommation d'alcool avant 19 ans peut causer des lésions cérébrales – n'en achetez pas pour les mineurs. Avant 19 ans, le cerveau ne supporte pas l'alcool. La consommation d'alcool avant l'âge minimal légal peut causer des lésions cérébrales et des pertes de mémoire permanentes.
  - d. Le Québec est la seule province à avoir défini la « modération » et à avoir intégré les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* à ses messages.

### Politiques et pratiques – Éléments prometteurs (suite)

- (3) L'évaluation complète de la situation des territoires dépasse la portée du présent examen, mais il convient de souligner que le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest sont les seuls gouvernements à avoir instauré l'étiquetage de mise en garde obligatoire sur les contenants d'alcool.

### Politiques et pratiques – Éléments à améliorer

- (1) À l'heure actuelle, aucune province canadienne n'a instauré l'étiquetage de mise en garde obligatoire sur les contenants ou les emballages d'alcool.
- (2) Aucune province canadienne ne fait mention du risque de maladie chronique associé à la consommation d'alcool dans ses messages de mises en garde.

## 11. Comparaison des provinces à l'égard des 10 dimensions

Les 10 dimensions présentées précédemment sont des composantes essentielles d'une politique globale en matière d'alcool. Toutefois, elles ne se révèlent pas toutes aussi efficaces pour réduire les problèmes causés par l'alcool ni pour toucher l'ensemble de la population. La pondération de chaque dimension a donc été établie en fonction de l'efficacité multipliée par la portée (population rejointe). Ces deux éléments ont été notés sur cinq points pour obtenir une pondération maximale possible de 25 points (voir le tableau 2 ci-dessous).

**Tableau 2** Détails et justification de la pondération des 10 dimensions

Dimension et justification de la pondération	Efficacité (sur 5)	Portée (sur 5)	Pondération
<b>1. Fixation des prix</b> : Cette dimension a reçu une pondération élevée compte tenu de l'existence de données probantes solides, constantes et importantes, provenant de dizaines d'années de recherches menées dans le monde entier, qui établissent un lien entre le prix de l'alcool et sa consommation ainsi que les problèmes qui en découlent, et qui appuient la capacité des politiques de fixation des prix à toucher l'ensemble des consommateurs de façon directement proportionnelle à leur consommation.	4	5	20
<b>2. Système de contrôle du commerce de l'alcool</b> : Le type de système de contrôle du commerce de l'alcool permet le contrôle et la régulation non seulement de la vente d'alcool à emporter, mais aussi de beaucoup d'autres mesures, notamment la réglementation des prix, les heures et les jours d'ouverture, ainsi que le respect du mandat de responsabilité sociale.	3	5	15
<b>3. Accessibilité physique</b> : Certaines données semblent indiquer	3	5	15

<p>que des changements majeurs touchant l'accessibilité influencent autant la consommation que les problèmes liés à l'alcool, en particulier lorsque ces changements visent des problèmes précis associés aux heures d'ouverture et aux zones de divertissement à densité élevée de points de vente, comme les actes de violence, les accidents et le trouble de l'ordre public survenant en fin de soirée. L'accessibilité de l'alcool affecte également les personnes qui n'en consomment pas : en effet, celles-ci subissent parfois des inconvénients en raison de la consommation des autres.</p>			
<p><b>4. Alcool au volant :</b> De nombreuses recherches soutiennent l'efficacité des mesures de lutte contre l'alcool au volant. Toutefois, l'efficacité de ces politiques dépend largement de la constance de l'application des mesures et du fait qu'elles soient bien connues du public. Pour l'aspect lié à la portée, une note modérée a été accordée, étant donné que les mesures envisagées ne ciblent que la petite fraction de la population qui conduit après avoir bu. Cette note est contrebalancée par la note élevée soulignant l'efficacité de ces mesures à protéger les victimes innocentes.</p>	4	3	12
<p><b>5. Marketing et publicité :</b> Bien qu'il existe des études ayant mis en évidence une hausse de la consommation des jeunes en lien avec une augmentation de l'exposition au marketing, il faudrait faire plus d'études pour évaluer si la réduction d'une telle exposition amène une diminution de la consommation. Plus de recherches seraient aussi nécessaires pour isoler les liens directs entre l'exposition et les comportements. Toutefois, la population est très exposée à la publicité sur les boissons alcoolisées. Ainsi, pour la portée de cette dimension, la pondération accordée est élevée, puisque cette dimension touche même les personnes qui ne consomment pas d'alcool.</p>	2	5	10
<p><b>6. Âge minimal légal de consommation d'alcool :</b> L'imposition d'un âge minimal légal élevé permet de réduire de façon efficace la consommation d'alcool et ses méfaits chez les jeunes et jeunes adultes, qui représentent habituellement un groupe à risque élevé. Toutefois, si l'âge minimal légal s'applique à toute la population, cette dimension n'est réellement pertinente que pour les jeunes.</p>	4	2	8
<p><b>7. Dépistage, intervention brève et orientation :</b> Il existe une masse importante de données probantes démontrant l'efficacité des approches de dépistage, d'intervention brève et d'orientation. Toutefois, la portée de ce processus est relativement restreinte en comparaison avec d'autres types de politiques puisqu'il n'est habituellement utilisé que dans les milieux de soins de santé.</p>	4	2	8
<p><b>8. Formation des serveurs et programmes de contrôle et refus de vente :</b> Il existe pour l'instant peu de données sur l'efficacité de ces programmes. En outre, celle-ci dépend de facteurs externes, comme la rigueur de la mise en application des lois pertinentes sur l'alcool (Stockwell, 2006). Par ailleurs, la portée de ces mesures est limitée, étant donné qu'elles ne touchent que les personnes fréquentant les points de vente</p>	2	3	6

d'alcool pour emporter et à consommer sur place.			
<b>9. Stratégie provinciale sur l'alcool</b> : L'adoption d'une stratégie provinciale en tant que telle ne permet pas de diminuer de façon efficace la consommation d'alcool et ses méfaits. Elle joue toutefois un rôle important en stimulant l'action dans tous les autres domaines des politiques de contrôle de l'alcool. La portée de cette dimension a reçu une note élevée, étant donné que la stratégie s'applique à l'ensemble de la population.	1	5	5
<b>10. Étiquettes et affiches de mise en garde</b> : Ces messages de mise en garde peuvent jouer un rôle de sensibilisation et influencer les perceptions, mais il n'est pas clair qu'elles arrivent à modifier les comportements. Toutefois, si ces messages sont affichés dans tous les points de vente et sur tous les emballages, ils ont de bonnes chances d'être lus par une grande proportion des consommateurs d'alcool (étiquettes et affiches) et par ceux qui n'en consomment pas (affiches).	1	4	4
<b>Total</b>			<b>103</b>

### Résumé des comparaisons provinciales

Dans l'ensemble, l'Ontario, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont obtenu les meilleures notes, tandis que le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador ont obtenu les moins bons résultats (tableau 3). L'étendue de la distribution des notes totales pondérées entre les provinces était environ de 20 % allant approximativement de 36 % à 56 %.

Bien que des stratégies exemplaires aient été mises en évidence pour chacune des dimensions à l'étude, le portrait global révèle un important potentiel inexploité pour l'atteinte d'avantages relatifs à la santé publique et à la sécurité au moyen de politiques solides en matière d'alcool. La note moyenne nationale globale était inférieure à 50 % (47,1 %) de la note parfaite (tableau 3). Plus particulièrement, elle se situait sous la barre des 60 % dans huit des dix dimensions à l'étude, notamment celles des cinq domaines ayant le plus grand potentiel pour diminuer la consommation d'alcool et ses méfaits.

Parmi les dimensions ayant le plus d'impact sur la santé et la sécurité, la fixation des prix a obtenu un des résultats les plus élevés. Dans cette dimension, quelques exemples d'excellentes pratiques ont été relevés dans plusieurs provinces, mais dans l'ensemble, il serait possible de faire beaucoup mieux : la moyenne nationale n'était que de 57 %. Les dimensions liées aux mesures de contrôle de l'accessibilité physique (38 %) et aux stratégies visant à réduire l'alcool au volant (34 %) se sont révélées beaucoup plus lacunaires dans l'ensemble des provinces. Le potentiel d'implantation de politiques liées à ces deux dimensions pour réduire les méfaits de l'alcool au Canada demeure inexploité. C'est l'Ontario qui a obtenu les meilleurs résultats dans ces deux dimensions.

**Tableau 3 Notes pondérées par province, pour les 10 dimensions**

Province (Classement)	1. Fixation des prix (sur 20)	2. Système de contrôle du commerce de l'alcool (sur 15)	3. Accessibilité physique (sur 15)	4. Alcool au volant (sur 12)	5. Marketing et publicité (sur 10)	6. Âge minimal légal (sur 8)	7. Dépistage, intervention brève et orientation (sur 8)	8. Formation des serveurs et programmes de contrôle et refus de vente (sur 6)	9. Stratégie provinciale en matière d'alcool (sur 5)	10. Étiquettes et affiches de mise en garde (sur 4)	Note totale pondérée (% d'une note parfaite)
<b>C.-B. (2)</b>	9,46	2,25	7,50	6,20	6,50	6,40	8,00	4,65	3,50	0,50	53,4 %
<b>Alb. (5)</b>	11,06	4,88	7,50	2,94	5,00	5,60	3,20	3,45	4,00	1,20	47,4 %
<b>Sask. (4)</b>	15,26	5,63	5,25	4,32	5,00	6,40	4,80	2,40	2,50	0,70	50,7 %
<b>Man. (7)</b>	11,90	7,50	6,00	5,47	6,00	5,60	0,00	3,60	0,00	1,00	45,7 %
<b>Ont. (1)</b>	9,50	6,00	8,25	5,86	6,50	6,40	7,20	3,90	2,50	1,50	55,9 %
<b>Qc (10)</b>	6,00	4,50	4,50	2,44	4,50	4,80	3,20	3,30	3,50	0,50	36,2 %
<b>N.-B. (6)</b>	13,54	9,38	5,25	3,05	5,00	5,60	0,00	3,00	2,50	0,30	46,2 %
<b>N.-É. (3)</b>	14,56	7,88	6,75	3,57	4,00	6,40	1,60	3,75	4,00	0,40	51,4 %
<b>Î.-P.-É. (9)</b>	10,26	8,63	4,50	4,13	3,50	6,40	0,00	4,35	0,00	0,50	41,0 %
<b>T.-N.-L. (8)</b>	13,00	3,75	0,75	2,89	6,00	6,40	4,80	4,20	2,50	0,50	43,5 %
<b>Note moyenne nationale</b>	11,45 (57 %)	6,04 (40 %)	5,63 (38 %)	4,27 (34 %)	5,20 (52 %)	6,00 (75 %)	3,28 (41 %)	3,66 (61 %)	2,50 (50 %)	0,71 (18 %)	47,1 %
<b>Étendue des notes en %</b>	30-76 %	15-63 %	5-55 %	20-52 %	35-65 %	60-80 %	0-100 %	40-78 %	0-80 %	8-38 %	36-56 %

Il convient de souligner que la dimension liée à l'âge minimal légal de consommation d'alcool représentait une force dans toutes les provinces. Bien que l'âge minimal légal pour consommer de l'alcool soit de 18 ou 19 ans selon la province, la plupart prévoient des mesures d'application et chacune est dotée d'une législation appuyant l'imposition de l'âge minimal légal. De même, toutes les provinces sauf la Saskatchewan ont obtenu une note de 50 % ou plus pour la dimension liée à la formation des serveurs et au contrôle et refus de vendre. Les résultats les plus faibles ont été enregistrés dans la dimension liée aux étiquettes et aux affiches de mise en garde, celle dont la pondération globale est la plus faible.

Les résultats des dimensions liées au processus de dépistage, d'intervention brève et d'orientation et aux politiques provinciales en matière d'alcool affichaient la plus grande variation. Ainsi, le degré de mise en œuvre des programmes liés aux approches de dépistage, d'intervention brève et d'orientation variaient significativement d'une province à l'autre, tout comme la mesure dans laquelle les stratégies provinciales ciblèrent les problèmes liés à l'alcool. Toutefois, la publication en novembre 2012 de la ressource du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (CCLAT) et du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) sur ces approches pourrait entraîner des changements dans ce domaine en encourageant leur utilisation et leur mise en œuvre dans toutes les provinces. Tandis que la Colombie-Britannique a obtenu une note parfaite pour ses pratiques en matière de dépistage, d'intervention brève et d'orientation et que l'Alberta et la Nouvelle-Écosse ont obtenu une note de 80 % pour leurs stratégies provinciales en matière d'alcool, le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard ont obtenu une note de zéro dans les deux dimensions.

## **E. INTERPRÉTATION ET RECOMMANDATIONS**

Le présent projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Il porte sur les questions de santé et de sécurité liées à la vente, à la distribution et à la consommation de boissons alcoolisées. Comme il a été souligné d'entrée de jeu dans ce rapport, de nombreuses études menées au Canada et ailleurs dans le monde ont révélé que les politiques, la réglementation et les pratiques de contrôle en matière d'alcool jouent un rôle déterminant pour réduire les problèmes et les coûts liés à l'alcool. Dans le cadre de ce projet, 10 dimensions de politiques ont d'abord été définies, puis chaque province a été évaluée en fonction de ces dimensions et indicateurs connexes. La présente section fournit des conseils visant le renforcement des politiques en matière d'alcool dans chacune des provinces et présente les étapes à venir.

### **Recommandations – Renforcement des politiques en matière d'alcool**

Bien que certaines provinces aient obtenu de bons résultats à l'égard de plusieurs dimensions, il demeure possible de les améliorer. Davantage d'importance devrait être accordée à l'établissement de politiques efficaces fondées sur les données probantes. En outre, il est essentiel que toutes les décisions touchant les politiques en matière d'alcool soient pesées à la lumière des données probantes mais aussi en considérant une approche de précaution. Les données sur les problèmes causés par l'alcool appellent à une action concertée et globale.

Les recommandations suivantes s'appuient sur des politiques solides déjà en application dans plusieurs provinces et offrent des suggestions sur la mise en œuvre de ces politiques dans l'ensemble des provinces. Voici d'abord des recommandations à l'égard des 10 dimensions à l'étude. Suivront ensuite plusieurs recommandations générales.

### **1. Fixation des prix**

La fixation des prix est la dimension ayant le meilleur potentiel pour réduire les dommages causés par l'alcool. Les provinces sont encouragées à réglementer trois aspects. Idéalement, elles fixeraient un prix minimum substantiellement plus élevé que ce qui est actuellement facturé pour des boissons non alcoolisées ayant un même volume, tant pour une consommation sur place qu'à emporter, et ce prix minimum serait indexé sur l'inflation. Le prix minimum recommandé est de 1,50 \$ par consommation standard dans les points de vente d'alcool à emporter et de 3,00 \$ par consommation standard lorsque consommé sur place. En outre, le prix minimum devrait s'appliquer à la vente d'alcool par tous les canaux, aux ventes en ligne et aux vineries libre-service. Tous les prix devraient être indexés sur l'inflation, afin d'éviter que l'alcool ne devienne moins cher avec le temps par rapport aux autres biens. Enfin, les prix devraient être ajustés en fonction de la teneur en alcool des produits, de sorte que le prix par consommation standard demeure stable indépendamment de leur pourcentage d'alcool.

### **2. Système de contrôle du commerce de l'alcool**

Les provinces dotées d'un monopole gouvernemental sont fortement encouragées à le conserver ainsi qu'à renforcer leurs mandats en matière de responsabilité sociale et de contrôle. Les provinces dans lesquelles un système de vente au détail mixte est en place devraient imposer un moratoire sur les points de vente privés, y compris les magasins-agences et les épiceries. En outre, les régies des alcools devraient surveiller étroitement les autres systèmes de distribution, comme les services de livraison, le magasinage en ligne et les vineries libre-service. Ces systèmes devraient être dotés de mesures de contrôle adéquates permettant de limiter la vente aux personnes sous l'âge minimal légal et aux clients en état d'ébriété. En outre, les régies des alcools, qui jouent un rôle double, semblent accorder une priorité au marketing et à la vente plutôt qu'à leur rôle de contrôle. Il serait important de rectifier cette situation afin d'atténuer plus efficacement les coûts liés à l'alcool encourus par le gouvernement. Dans d'autres pays comme la Suède, les régies des alcools relèvent du ministère de la santé. Cette solution mérite d'être étudiée, étant donné qu'elle permettrait de faire en sorte que les coûts de santé et de sécurité publiques et les autres coûts sociaux soient pris en considération lors de l'établissement de cibles de revenu généré par la vente d'alcool.

### **3. Accessibilité physique de l'alcool**

Toutes les provinces sont encouragées à diminuer l'accessibilité de l'alcool au moyen de limites plus strictes en matière de densité des points de vente par habitant. Cette mesure pourrait s'avérer plus difficile à mettre en place pour les points de vente d'alcool à consommer sur place, mais elle n'est pas irréaliste si les municipalités se voient accorder le pouvoir de fixer un plafond au nombre de permis d'alcool qu'elles accordent. Il est plus facile pour les provinces dotées d'un système de vente au détail solide géré par le gouvernement d'imposer de telles limites de densité. En outre, il est souhaitable de solliciter l'opinion des citoyens avant de prendre des décisions portant sur l'ouverture de nouveaux points de vente, y compris de points de vente gouvernementaux. Les provinces devraient également songer à réglementer les heures



d'ouverture des points de vente d'alcool à consommer sur place et à emporter ainsi qu'à limiter l'accessibilité de l'alcool tôt le matin et tard la nuit.

#### **4. Alcool au volant**

Conformément aux priorités législatives de MADD Canada, les provinces sont encouragées à mettre en place un programme complet de permis de conduire progressif sur trois ans pour tous les nouveaux conducteurs, dont la mise en œuvre serait appuyée par les corps de police et par une politique de tolérance zéro pour le taux d'alcoolémie dans le cas des conducteurs de moins de 21 ans et des conducteurs ayant moins de 5 ans d'expérience de conduite. En outre, les suspensions et les révocations de permis, ainsi que la mise en fourrière de véhicules et les programmes de rééducation devraient suivre les lignes directrices de MADD Canada [voir *The 2012 Provincial and Territorial Legislative Review*, Solomon et coll., 2012].

#### **5. Marketing et publicité**

Toutes les provinces sont encouragées à se pencher sur les publicités, le marketing et les commandites des produits alcoolisés qui sont très présents sur leur territoire ainsi qu'à étudier différentes façons de renforcer les mesures de contrôle, surtout sur les formes de promotion qui s'adressent aux jeunes ou aux consommateurs à risque. Il est recommandé que les provinces interdisent les publicités des rabais sur le prix de l'alcool et il leur est vivement conseillé de limiter la quantité permise de publicité de produits alcoolisés. En outre, il faudrait simplifier les mécanismes de sanction des manquements aux codes ou aux lignes directrices de façon à pouvoir pénaliser ces infractions rapidement et à ce que le public connaisse les mécanismes de plainte. Plusieurs provinces prévoient des sanctions sévères, mais les appliquent rarement. Les provinces sont encouragées à imposer des sanctions en cas d'infraction récurrente ou grave. En outre, il faudrait revoir les sites Web des régies provinciales des alcools afin que des messages forts et détaillés de responsabilisation y occupent une place centrale. À l'heure actuelle, bon nombre de messages ne ciblent que la conduite avec facultés affaiblies, ou encore présentent des conseils vagues comme « buvez de façon responsable », qui ont peu de chances d'influer sur les comportements (Babor et coll., 2010). Enfin, toutes les provinces sont encouragées à réviser leurs politiques en matière de commandite. Les commandites ciblant les jeunes, comme les bourses d'études, devraient être interdites, tout comme les commandites d'événements présentant des activités qui sont risquées si elles sont combinées à la consommation d'alcool.

#### **6. Âge minimal légal de consommation d'alcool**

Au Canada, l'âge minimal légal pour consommer de l'alcool est de 18 ou de 19 ans, selon la province. Aucune province ne devrait donc abaisser l'âge minimal légal de consommation d'alcool et il serait même recommandé que toutes les provinces envisagent d'augmenter l'âge minimum à 19 ans. En outre, les provinces sont encouragées à poursuivre leurs programmes de clients mystères dans les points de vente d'alcool à emporter. En ce qui concerne les points de vente d'alcool à consommer sur place, les provinces devraient renforcer leur programme d'inspection et collaborer avec les responsables de l'application de la loi afin de faire respecter de façon plus rigoureuse l'âge minimal légal de consommation d'alcool. Par ailleurs, la mise en œuvre de mesures de suivi des contrôles et refus de vente pourrait encourager davantage le respect de l'âge minimal légal de consommation d'alcool, en particulier dans les points de vente d'alcool à consommer sur place.

## **7. Dépistage, intervention brève et orientation**

Cette approche s'est révélée efficace pour réduire la consommation chez les buveurs à risque élevé. Les provinces sont encouragées à intégrer des protocoles de dépistage, d'intervention brève et d'orientation à leur politique ou à leur plan provincial et utiliser ce processus auprès non seulement des groupes prioritaires, mais aussi de l'ensemble de la population. Afin d'encourager la mise en œuvre de protocoles de dépistage, d'intervention brève et d'orientation, les provinces sont encouragées à offrir du soutien financier aux organismes. La création d'un code de rémunération propre à cette approche à l'intention des médecins est une option possible. La publication par une association professionnelle provinciale reconnue, par exemple de médecins, d'un énoncé de position ainsi que l'élaboration de lignes directrices provinciales peuvent aussi soutenir la mise en œuvre de cette approche. Les provinces sont encouragées à utiliser la ressource en ligne sur ce sujet qu'ont publiée en novembre 2012 le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

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

Toutes les provinces sont encouragées à instaurer une formation obligatoire des serveurs des points de vente d'alcool à consommer sur place. Cette formation viserait tout le personnel des établissements et des événements titulaires de permis. Les provinces devraient mettre en place des programmes dont l'efficacité pour diminuer le service aux clients en état d'ébriété et aux personnes sous l'âge minimal légal a été démontrée par une évaluation. Elles devraient également mettre en place des mesures de suivi des contrôles et des refus de vente. En ce qui concerne les points de vente d'alcool à emporter, les provinces devraient renforcer leurs programmes en offrant au personnel de la formation continue et en établissant des critères exhaustifs pour être en mesure de refuser la vente aux mineurs, aux personnes en état d'ébriété et aux personnes soupçonnées de tenter d'acheter de l'alcool pour l'un des deux groupes précédents. Il est recommandé que les provinces continuent d'assurer le suivi des données de contrôle et de refus de vente et qu'elles évaluent la portée et l'efficacité du programme au moyen de visites de clients mystères.

## **9. Stratégie provinciale en matière d'alcool**

De nombreuses provinces incluent le sujet de l'alcool dans le cadre de stratégies de santé plus générales, mais l'adoption d'une stratégie portant exclusivement sur l'alcool met en évidence qu'il s'agit d'un enjeu d'ordre social et sanitaire important et attire l'attention des gouvernements et des organismes non gouvernementaux. En outre, les provinces sont encouragées à élaborer une stratégie en matière d'alcool comprenant des politiques visant l'ensemble de la population et présentant une gamme d'interventions et de politiques en accord avec la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de l'OMS (2010), que le Canada a signée.

## **10. Étiquettes et affiches de mise en garde**

Plusieurs tentatives ont été menées dans le but d'instaurer des étiquettes de mise en garde sur les contenants d'alcool au Canada. Le public doit être mis au courant des risques liés à la consommation d'alcool de la façon la plus directe possible, par exemple au moyen de l'apposition sur les contenants d'étiquettes affichant un message de santé clair. Toutes les provinces sont encouragées à instaurer des affiches de mise en garde obligatoire dans les points de vente d'alcool à consommer sur place et à emporter. En outre, les messages affichés devraient

être clairs, visibles et concis, et porter sur une vaste gamme de questions de santé et souligner différents problèmes liés à l'alcool. Par exemple, les messages vagues comme « buvez de façon responsable » devraient être remplacés par des messages plus détaillés offrant des renseignements concrets sur la consommation hebdomadaire et quotidienne maximale ainsi que par des conseils précis sur comment les buveurs peuvent diminuer leur consommation à un niveau plus raisonnable. De plus, les messages de mise en garde et les contre-publicités devraient être soumis à une évaluation rigoureuse par un tiers. Les résultats de cette évaluation devraient être indispensables à l'élaboration de plans d'amélioration de la campagne afin d'augmenter son potentiel de réduire les habitudes de consommation à risque élevé.

### **Recommandations – Standardisation de la documentation**

La complexité des systèmes de vente au détail et de réglementation, qui relèvent souvent de plusieurs ministères, a rendu difficile la collecte de données complètes sur les politiques en matière d'alcool pouvant être mesurées au moyen d'un outil d'évaluation standardisé. Cette approche en vase clos à l'égard de la distribution, de la réglementation et de la gestion des problèmes liés à l'alcool a engendré des difficultés supplémentaires pour bien interpréter les données recueillies. Enfin, étant donné que la majorité des données sur la distribution et la vente au détail sont recueillies à des fins de vente, il arrivait que les données pertinentes ne soient pas accessibles ou qu'elles soient difficiles à interpréter dans une perspective de santé et de sécurité publiques. Ainsi, l'élaboration et le maintien par toutes les provinces d'une méthode standardisée pour documenter leurs politiques et leurs stratégies de prévention représenteraient une importante étape vers le renforcement des politiques en matière d'alcool. Il s'agissait d'ailleurs de l'une des recommandations de la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool de l'OMS (2010).

### **Recommandations – Échange d'information**

Les gouvernements auraient tout intérêt à assurer la surveillance de ce que font les autres provinces et les autres pays pour lutter contre les problèmes liés à l'alcool. Il semble déjà exister beaucoup d'échange d'idées et de stratégies en matière de marketing et de pratiques de vente. Les gouvernements sont donc encouragés à échanger de façon systématique de l'information sur leurs pratiques de prévention et leurs politiques de contrôle, notamment la justification, les dimensions, la portée et les résultats de leurs initiatives de prévention. En outre, il serait utile de créer un site Web central sur lequel ces renseignements seraient publiés et mis à jour et que les ministères provinciaux et territoriaux pourraient consulter.

### **Recommandations – Évaluation des impacts et études exploratoires**

Au cours des dernières décennies sont survenus de nombreux changements dans les politiques en matière d'alcool. Certains ont augmenté l'accessibilité à l'alcool, notamment par l'augmentation du nombre de points de vente, et d'autres l'ont restreinte, notamment par la hausse de l'âge minimal légal de consommation d'alcool. Les pratiques de marketing ont également évolué, notamment en ce qui a trait à l'ajout de dépliants dans les journaux et à l'utilisation des médias sociaux. La plupart de ces changements n'étaient pas assortis d'un plan d'évaluation accessible au public, mais certains d'entre eux avaient fait l'objet d'une évaluation par des chercheurs (Stockwell et coll., 2011; 2012b). Dans d'autres pays comme la Suède, les régies des alcools travaillent en collaboration avec les chercheurs à la conduite et à l'évaluation de projets pilotes

de politiques, et se basent sur les résultats obtenus pour décider de les déployer ou non à plus grande échelle (Rossow et Norström, 2012; Norström et Skog, 2005).

Par conséquent, tous les changements proposés aux politiques en matière d'alcool, qu'ils augmentent ou diminuent l'accès aux boissons alcoolisées, devraient passer par un plan d'évaluation d'impact systématique et approfondi, qui comprendrait les étapes suivantes :

(1) *Concevoir le plan en collaboration avec une vaste gamme d'acteurs.* Ces acteurs pourraient comprendre des représentants de ministères des finances, de la santé et de la sécurité des provinces ou des territoires concernés, des représentants des régies des alcools et des organismes non gouvernementaux luttant contre les problèmes de consommation d'alcool ainsi que des chercheurs possédant une expertise au sujet des politiques en matière d'alcool.

(2) *Effectuer un projet pilote visant à évaluer l'impact du changement de politiques.* Cette étape pourrait comprendre la mesure de paramètres avant et après la mise en œuvre ainsi que la comparaison avec une région ou un site où la politique n'a pas été appliquée.

(3) *Rendre disponibles les résultats du projet pilote aux groupes concernés avant de prendre la décision de lancer la mise en œuvre complète.*

### **Recommandations – Planification intersectorielle**

La mise en œuvre de ces recommandations serait facilitée par un travail plus étroit entre les différents secteurs d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux travaillant sur les questions d'alcool. Toutes les provinces et tous les territoires sont encouragés à constituer un comité interministériel permanent sur l'alcool. Ces comités auraient pour rôle de fournir des conseils généraux sur les questions d'alcool, de favoriser l'échange rapide d'information sur les plans et d'encourager une meilleure compréhension intersectorielle des nuances de la vente au détail, de la génération de revenus, des méfaits associés à l'alcool ainsi que des politiques publiques pouvant réduire les problèmes associés à la consommation d'alcool.

### **Prochaines étapes**

Ce rapport met en lumière des exemples d'excellentes pratiques canadiennes, indique des occasions à saisir pour poursuivre les actions et souligne quelles politiques peuvent être modifiées ou bonifiées afin de réduire les méfaits liés à l'alcool. De futures activités de communication visent à fournir des renseignements et des recommandations spécifiques à chaque province. Elles proposeront également des suggestions sur les façons dont les collaborations et les échanges des connaissances intersectoriels et interprovinciaux plus efficaces peuvent faciliter le développement de politiques. Enfin, ce rapport souligne l'importance de poursuivre la surveillance du contexte canadien des politiques sur l'alcool et de mener des évaluations en continu.

## **F. CONCLUSION**

Le Canada est un chef de file mondial à plusieurs égards en matière de lutte contre le tabagisme, notamment en ce qui a trait à l'adoption de règlements et de lois provinciales visant à limiter le tabagisme, à un bon financement des programmes d'abandon du tabac et à l'application de

mesures de fixation des prix et de taxation des produits du tabac ainsi que de politiques visant à contrer la vente aux mineurs. En outre, plusieurs provinces et territoires canadiens consacrent des ressources à la réduction des effets néfastes liés aux mauvaises habitudes alimentaires et à la sédentarité sur la morbidité et la mortalité et prennent des mesures coordonnées à ces fins. Les organismes provinciaux et les organismes non gouvernementaux travaillent en collaboration dans le but de diminuer les problèmes et les coûts engendrés par ces deux facteurs de risque.

Les gouvernements accordent toutefois beaucoup moins d'attention à l'alcool, surtout en tant qu'enjeu de santé pertinent. L'attention portée à l'alcool se limite le plus souvent à de brèves mentions dans les médias lorsque survient une tragédie causée par l'alcool au volant ou à des discussions à saveur plus commerciale sur la possible privatisation des points de vente. Étant donné que l'alcool représente le plus important facteur de risque de maladie, de blessure et d'invalidité en Amérique du Nord (Lim et coll., 2012), nous suggérons que la réduction des problèmes liés à l'alcool et des coûts associés reçoive au moins autant d'attention.

L'équipe du projet formule trois commentaires généraux. 1. Bien que toutes les provinces soient dotées de politiques ou de règlements de qualité à l'égard d'une ou de plusieurs dimensions, une érosion des mesures de contrôle semble avoir eu lieu au cours des dernières décennies, ce qui pourrait compromettre la santé et la sécurité publiques. 2. Dans le but d'inverser cette tendance, il est fortement conseillé aux gouvernements provinciaux de travailler avec des organismes non gouvernementaux et d'autres parties prenantes afin de renforcer les politiques soulignées dans le présent rapport. 3. Enfin, afin d'obtenir de bons résultats, il est essentiel de mettre en place des mesures concertées portant sur plusieurs dimensions et de combiner des politiques touchant l'ensemble de la population avec d'autres interventions plus ciblées.

## **1. Contexte : érosion des mesures de contrôle**

Il s'est produit au cours des dernières décennies une érosion des mesures de contrôle touchant plusieurs aspects, par exemple la publicité et le marketing des produits alcoolisés (Giesbrecht et coll., 2006), la privatisation des points de vente d'alcool (Stockwell et coll., 2011), l'augmentation de l'accessibilité physique (notamment avec le prolongement des heures d'ouverture) et l'offre de rabais visant à stimuler les ventes. En revanche, des progrès certains ont été remarqués en ce qui a trait aux mesures de lutte contre l'alcool au volant.

## **2. Renforcement des mesures prises pour contrer les méfaits liés à l'alcool**

Comme nous l'avons souligné plus tôt, les provinces canadiennes atteignent, en moyenne, environ la moitié du potentiel de mise en œuvre de politiques globales optimales qui peuvent avoir un impact sur la santé et la santé publiques. Ceci s'explique par une combinaison de différents facteurs : l'absence de politiques dans certains domaines, des politiques inadéquates dans d'autres et le manque de ressources suffisantes pour assurer la mise en œuvre ou l'application des politiques et règlements.

Les régies des alcools gouvernementales jouent un rôle central dans un modèle idéal de politiques sur l'alcool et leur place doit être conservée et renforcée, et non fragilisée. Il est

également essentiel qu'elles élargissent et qu'elles renforcent la portée de leur rôle de responsabilité sociale.

Chaque province a quelque chose à apprendre des méthodes utilisées par les autres provinces et par les gouvernements étrangers pour mettre en œuvre des politiques solides et complètes, et ce, dans les 10 domaines de politiques.

### **3. Réaction cohérente et collaborative**

Afin diminuer les problèmes et les coûts causés par l'alcool, une réaction coordonnée, cohérente et collaborative encouragée. Les politiques et les règlements doivent se compléter et non se contredire. Par exemple, il faut éviter que l'effet dissuasif des affiches de mise en garde sur les risques associés à la consommation d'alcool soit miné par des publicités d'alcool affichant un prix par consommation standard si bas qu'il encourage la consommation excessive. Une réaction coordonnée comprenant une amélioration de l'ensemble des 10 dimensions de politiques aura des effets positifs plus importants en matière de santé et de sécurité comparativement à l'adoption de quelques politiques majeures dans certains domaines, mais qui sont contrecarrées par des politiques dans d'autres dimensions qui affaiblissent les mesures de contrôle et encouragent la consommation à risque (Babor et coll., 2010). L'adoption de politiques plus cohérentes dans toutes les dimensions créera un environnement favorable pour l'ensemble de la population, incluant les personnes qui souhaitent adopter de saines habitudes et diminuer leur consommation d'alcool ainsi que pour celles qui doivent composer avec une dépendance à l'alcool.

Il est essentiel d'adopter une stratégie provinciale en matière d'alcool qui orientera l'élaboration d'une action coordonnée et cohérente. Nous encourageons donc les gouvernements et les organismes non gouvernementaux se consacrant aux questions de santé et de sécurité à travailler ensemble sur les questions d'alcool (Giesbrecht et coll., 2011). Nous espérons que les recommandations du présent rapport seront utiles à l'élaboration de plans d'action détaillés.

## G. GLOSSAIRE

Antidémarrreur éthylométrique	Alcootest connecté au moteur d'un véhicule et empêchant ce dernier de démarrer si le taux d'alcoolémie du conducteur est supérieur à un seuil prédéterminé (habituellement 0,02 %) (Chamberlain et Solomon, 2009).
Autorisation de vente pour emporter	Disposition ajoutée à un permis d'alcool qui permet la vente d'alcool dans des contenants fermés aux fins de consommation en dehors du point de vente d'alcool pour consommation sur place.
Consommation à risque élevé	Ingestion de cinq consommations ou plus chez les hommes et de quatre consommations ou plus chez les femmes en une même occasion, au moins une fois par mois.
Consommation standard	Une consommation standard (ou verre standard) correspond à 17,05 ml d'éthanol, ce qui équivaut à environ un verre de vin (12 % d'alcool) de 142 ml (5 oz), un petit verre de spiritueux (40 % d'alcool) de 43 ml (1,5 oz) ou une bouteille de bière, de cidre ou de panaché (ou <i>cooler</i> ) (5 % d'alcool) de 341 ml (12 oz) (Butt et coll., Beirness et coll., 2011).
Consommation totale d'alcool	Consommation habituellement calculée en litres d'éthanol pur par personne âgée de 15 ans et plus.
Dimension de politique	Fait référence à une stratégie, intervention ou pratique utilisée par les gouvernements et visant à réduire les problèmes causés par l'alcool à l'échelle de la population.
Fourchettes de prix	Catégories de prix habituellement établies en fonction de la teneur en alcool.
Indicateur de politique	Mesure élaborée afin d'évaluer une dimension de politique. Les indicateurs de politiques reflètent une politique instaurée à l'échelle de la province et intégrée à la législation ou aux règlements provinciaux.
Indicateur de pratique	Mesure élaborée afin d'évaluer une dimension de politique. Les indicateurs de pratiques reflètent un résultat direct découlant de la présence ou de l'absence d'une politique.
Personne reconnue coupable de conduite avec facultés affaiblies en vertu du Code criminel	Personne condamnée pour conduite avec facultés affaiblies en vertu du Code criminel. Les sanctions administratives provinciales sont souvent reliées aux infractions au Code criminel. Par exemple, il est possible que certaines dispositions provinciales basent leurs exigences en matière de mesures correctives ou d'antidémarrreurs éthylométriques sur les condamnations prononcées en vertu du Code criminel. En pratique, les deux systèmes fonctionnent conjointement, et certaines initiatives des codes de la route provinciaux sont déclenchées par une condamnation en

vertu du Code criminel.

Programme de clients  
mystères

Programme prévoyant la visite de faux clients dans les points de vente dans le but de vérifier si les lois provinciales en matière d'alcool sont respectées, notamment l'âge minimal légal pour consommer de l'alcool et les règlements interdisant le service aux clients en état d'ébriété.



## H. BIBLIOGRAPHIE

- Abbey, A., Scott, R.O., & Smith, M. J. (1993). Physical, subjective, and social availability: Their relationship to alcohol consumption in rural and urban areas. *Addiction*, 88(4), 489–499.
- Adlaf, E. M., Ialomiteanu, A., & Rehm, J. (2008). CAMH Monitor eReport: Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2005 (CAMH Research Document Series No. 24) Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. Available online at: [http://www.camh.net/Research/camh\\_monitor.html](http://www.camh.net/Research/camh_monitor.html).
- Adrian, M., Ferguson, B. S., & Her, M. (1996). Does allowing the sale of wine in Quebec grocery stores increase consumption? *Journal of Studies on Alcohol*, 57(4), 434-48.
- Alberta Health Services. (2008). Alberta alcohol strategy, July 2008. Retrieved from: [http://aglc.ca/pdf/social\\_responsibility/AAS\\_Full.pdf](http://aglc.ca/pdf/social_responsibility/AAS_Full.pdf)
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. (2009a). Alcohol and Global Health 2: Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373, 2234–46.
- Anderson, P., De Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009b). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229-243.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity – research and public policy – Revised edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Babor, T., & Higgins-Biddle, J. (2000). Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95, 677-686.
- Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Arino, J., & Gonzalez-Pinto, A. (2004a). Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: Systematic review and meta-analyses. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 28, 608–18.
- Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I., Arino J. (2004b). Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103–8.
- Bertholet, N., Daeppen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 65, 986–95.

- Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 Countries. *PLoS Medicine*, 4(4), e151.
- British Medical Association Board of Science. (September, 2009). Under the influence: The damaging effect of alcohol marketing on young people. UK: British Medical Association. Retrieved from:  
[http://www.alcohollearningcentre.org.uk/library/undertheinfluence\\_tcm41-1900621.pdf](http://www.alcohollearningcentre.org.uk/library/undertheinfluence_tcm41-1900621.pdf)
- Brown, J. D., & Witherspoon, E. M. (2002). The mass media and American adolescents' health. *Journal of Adolescent Health*, 31, 153-170.
- Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). *Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Canadian Centre on Substance Abuse [CCSA] (2006). *Canadian Addiction Survey (CAS): A National Survey of Canadians' Use of Alcohol and Other Drugs: Public Opinion, Attitudes and Knowledge*. CCSA: Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Canadian Centre on Substance Abuse [CCSA]. (April, 2007). *Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation*. Recommendations for a National Alcohol Strategy. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Canadian Centre on Substance Abuse & Health Canada, 2007.
- Canadian Public Health Association (December, 2011). *Too High a Cost - A public health approach to alcohol policy in Canada*. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association.
- Carpenter, C., & Dobkin, C. (2011). The minimum legal drinking age and public health. *The journal of economic perspectives*, 25(2), 133-56.
- Chikritzhs, T. & Stockwell, T. (2006). The impact of later trading hours for hotels on levels of impaired driver road crashes and driver breath alcohol levels. *Addiction*, 101 (9), 1254-1264.
- Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., & Monteiro, M. (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: A comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(6), 782-93.
- de Beyer, J., & Waverly Brigden, L. (2003). Overview. In de Beyer, J., & Waverly Brigden, L. (Eds.), *Tobacco control policy: Strategies, successes & setbacks* (2-11). Washington: the World Bank.
- Edwards, G. A. P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., & Skög, O.-J. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford University Press, New York.

- Elder, R.W., Voas, R., Beirness, D., Shults, R., Sleet, D. A., Nichols, J. L., & Compton, R. (2011). Effectiveness of ignition interlocks for prevention alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes: A Community Guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 40, 362-376.
- Engels, R. C., Hermans, R., van Baaren, R. B., Hollenstein, T., & Bot, S. M. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 244-249.
- Fell, J., Jones, K., Romano, E., & Voas, R. (2011). An evaluation of Graduated Driving Licensing effects on fatal crash involvements of young drivers in the United States. *Traffic Injury Prevention*, 12, 423-431.
- Flam-Zalcman, R., Mann, R. E., Stoduto, G., Nochajski, T., Rush, B.R., Wickens, C. M., Thomas, R. K., & Rehm, J. (in press). Does an increase in amount of alcohol treatment improve results? A regression-discontinuity analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- Giesbrecht, N. (2007). Reducing alcohol-related damage in populations: rethinking the roles of education and persuasion interventions. *Addiction*, 102, 1345-1349.
- Giesbrecht, N. & Thomas, G. (2010). A complex picture. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Canada 1990-2010. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27 (5), 515-238.
- Giesbrecht, N., Room, R., Demers, A., Lindquist, E., Ogborne, A., Bondy, S., & Stoduto, G. (2006). Alcohol policies: Is there a future for public health considerations in a commerce-oriented environment? In: Giesbrecht, N., Demers, A., Ogborne, A., Room, R. Stoduto, G. & Lindquist, E. (eds.), *Sober Reflections: Commerce, Public Health, and the Evolution of Alcohol Policy in Canada. 1980-2000*, pp. 289-329. Montreal, McGill-Queen's University Press.
- Giesbrecht, N., Stockwell, T., Kendall, P., Strang, R. and Thomas, G. (2011). Alcohol in Canada: Reducing the toll through focused interventions and public health policies. *Canadian Medical Association Journal* Feb. 7. 2011
- Gordon, R., Harris, F., Marie Mackintosh, A., & Moodie, C. (2011). Assessing the cumulative impact of alcohol marketing on young people's drinking: Cross-sectional data findings. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 66-75.
- Greenfield, T. K. & Kaskutas, L. A. (1998). Five years' exposure to alcohol warning label messages and their impacts: Evidence from diffusion analysis. *Applied Behavioral Science Review*. 6 (1):30-68.
- Greenfield, T. (1997). Warning Labels: Evidence on harm-reduction from long-term

- American surveys. In: Plant, M., Single, E. and Stockwell, T. (Eds.) *Alcohol: Minimizing the harm*. London: Free Association Books.
- Hahn, R. A., Middleton, J. C., Elder, R. et al. (2012). Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. *American Journal of Preventative Medicine*, 42(4), 418-427.
- Health Canada (2007). *Best Practices: Treatment and Rehabilitation of Driving While Impaired Offenders*. Health Canada, Ottawa, ON. Available at: [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp\\_treatment-mp\\_traitement/exsum-sommaire-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_treatment-mp_traitement/exsum-sommaire-eng.php)
- Ialomiteanu, A. R., Adlaf, E. M., Mann, R. E., & Rehm, J. (2009). *CAMH Monitor eReport: Addiction & Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2007*. CAMH Research Document Series No. 25. Toronto: Centre for Addiction & Mental Health. Available at: [http://www.camh.net/Research/camh\\_monitor.html](http://www.camh.net/Research/camh_monitor.html)
- Jernigan, D. H. (2011). Framing a public health debate over alcohol advertising: the Center on Alcohol Marketing and Youth 2002-2008. *J Public Health Policy*, 32(2), 165-179. doi: 10.1057/jphp.2011.5
- Jernigan, D. H., Ostroff, J., Ross, C. S., Naimi, T. B., & Brewer, R. D. (2007). Youth exposure to alcohol advertising in magazines - United States, 2001-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(30), 763-766.
- Johnson, M., Jackson, R., Guillaume, L., Meier, P., & Goyder, E. (2010). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Public Health*, 33, 412-42.
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F. R., Pienaar, E. D., Schlesinger, C., Campbell, F., Saunders, J. B., Burnand, B., & Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28, 301-323.
- Karlsson, T., & Osterberg, E. (2001). A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift*, 18 (English Supplement): 117-131.
- Kaskutas, L., & Greenfield, T. (1992). First effects of warning labels on alcoholic beverage containers. *Drug and Alcohol Dependence*, 31, 1-14.
- Koordeman, R., Anschutz, D. J., & Engels, R. (2012). Alcohol portrayals in movies, music videos and soap operas and alcohol use of young people: Current status and future challenges. *Alcohol and Alcoholism*, 47(5), 612-623.
- Koordeman, R., Kuntsche, E., Anschutz, D. J., van Baaren, R. B., & Engels, R. (2011). Do we act upon what we see? Direct effects of alcohol cues in movies on young adults' alcohol drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 46(4), 393-398.

- Latino-Martel, P., Arwidson, P., Ancellin, R., Druesne-Pecollo, N., Hercberg, S., Le Quellec-Nathan, M., Le-Luong, T., & Maraninchi, D. (2011). Alcohol consumption and cancer risk: Revisiting guidelines for sensible drinking. *Canadian Medical Association Journal*, 183(16), 1861-1865.
- Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., Danaei, G., et al., (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2224-2260.
- Lipperman-Kreda, S., Grube, J.W., & Paschall, M. J. (2010). Community norms, enforcement of minimum legal drinking age laws, personal beliefs and underage drinking: An explanatory model, *Journal of Community Health*, 35, 249-257.
- Livingston, M. (2008). Alcohol outlet density and assault: A spatial analysis. *Addiction*, **103**, 619–628.
- Livingston, M. (2012). Implications of outlet density, type and concentration on alcohol consumption & harm. Seminar presentation, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, April 25, 2012.
- Livingston, M., Chikritzhs, T., & Room, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*, 26, 553-62.
- Livingston, M., Laslett, A. M., & Dietze, P. (2008). Individual and community correlates of young peoples' high-risk drinking in Zvictoria, Australia. *Drug and alcohol dependence*, 98, 241-248.
- Macdonald, S., Wells, S., & Giesbrecht, N. (1999). Unrecorded alcohol consumption in Ontario, Canada: Estimation procedures and research implications. *Drug and Alcohol Review*, 18(1), 21-29.
- Mann, R. E. (2002). Choosing a rationale threshold for the definition of drunk driving: What research recommends. *Addiction*, 97, 1237-1238.
- Mann, R. E., Anglin, L., Wilkins, K., Vingilis, E. R., & Macdonald, S. (1993). Mortality in a sample of convicted drinking drivers. *Addiction*, 88, 643-647.
- Mann, R. E., Anglin, L., Wilkins, K., Vingilis, E. R., Macdonald, S., & Sheu, W.-J. (1994). Rehabilitation for convicted drinking drivers (second offenders): Effects on mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 372-374.
- Mann, R. E., Stoduto, G., Macdonald, S., Shaikh, A., Bondy, S. and Jonah, B. (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: An international review. *Accident Analysis and Prevention*, 33, 61-75.

- Meier, P., Purshouse, R. & Brennan, A. (2009). Policy options for alcohol price regulation: The importance of modeling population heterogeneity. *Addiction*, 105(3):383-393.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279–92.
- National Alcohol Strategy Working Group [NASWG]. (2007). Toward a culture of moderation: Recommendations for a National Alcohol Strategy. Retrieved August 20, 2010 from [http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL\\_NAS\\_EN\\_April3\\_07.pdf](http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf).
- National Research Council and Institute of Medicine. (2004). Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility. Washington, D.C.
- Norström, T. (Ed.). (2001). *Alcohol in Postwar Europe. Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy Responses in 15 European countries*. Stockholm: Almqvist and Wiksell International.
- Norström, T. (2004). Per Capita Alcohol Consumption and All-cause Mortality in Canada, 1950-98. *Addiction*, 99, 1274-1278.
- Norström, T. (2007). Alcohol consumption and all-cause mortality in the US, 1950-2002. *Contemporary Drug Problems*, 34(3):513-524.
- Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection. (2007) *Changing the Culture of Alcohol Use in Nova Scotia. An Alcohol Strategy to Prevent and Reduce the Burden of Alcohol-Related Harm in Nova Scotia*. Halifax: Province of Nova Scotia.
- Paglia-Boak, A., Adlaf, E. M. and Mann, R. E. (2011). Drug Use Among Ontario Students 1977-2011: Detailed OSDUHS Findings (CAMH Research Document Series No. 32). Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2011.
- Patra, J., Taylor, B., Rehm, J., Baliunas, D., & Popova, S. (2007). Substance-attributable morbidity and mortality changes to Canada's epidemiological profile: Measurable differences over a ten-year period. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 228-234.
- Peck, R., Arstein-Kerslake, G. W. and Helander, C. J. (1994). Psychometric and biographical correlates of drunk-driving recidivism and treatment program compliance. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 667-678.
- Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D. and Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: Impacts of alcohol consumption and damage: A systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 44 (5), 500-516.

- Ramstedt, M. (2003). Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without the mention of alcohol – the case of Canada. *Addiction*, 98, 1267-1276.
- Ramstedt, M. (2004). Alcohol consumption and alcohol-related mortality in Canada, 1950-2000. *Canadian Journal of Public Health*, 95(2), 121-126.
- Ramstedt, M. (2005). Alcohol and suicide at the population level—the Canadian experience. *Drug and Alcohol Review*, 24, 203-208.
- Ramstedt, M. (2006). Is alcohol good or bad for Canadian hearts? A time-series analysis of the link between alcohol consumption and IHD mortality. *Drug and Alcohol Review*, 25(4), 315-320.
- Ramstedt, M. (2008). Alcohol and fatal accidents in the United States—a time series analysis for 1950-2002. *Accident Analysis and Prevention*, 40(4):1273-1281.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., & Taylor, B. (2006). *The costs of substance abuse in Canada 2002*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Rehm, J., Gnam, W. H., Popova, S., Patra, J., & Sarnocinska-Hart, A. (2008). *Avoidable Costs of Alcohol Abuse in Canada 2002 – Highlights*. Centre for Addiction and Mental Health.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Alcohol and global health 1: Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373, 2223–33.
- Room, R., Stoduto, G., Demers, A., Ogborne, A. & Giesbrecht, N. (2006). Alcohol in the Canadian context. In: Giesbrecht, N., Demers, A., Ogborne, A., Room, R. Stoduto, G. & Lindquist, E. (eds.), *Sober Reflections: Commerce, Public Health, and the Evolution of Alcohol Policy in Canada. 1980-2000*. pp. 14-42. Montreal, McGill-Queen's University Press.
- Rossow, I. (2004). Alcohol consumption and homicides in Canada 1950-1999. *Contemporary Drug Problems* 31, 541-560.
- Rossow, I. & Norström, T. (2012). The impact of small changes in closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction* 107 (3): 530-537.
- Skög, O-J. (2001). Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(Suppl. 1), S35-S47.
- Skög, O-J. (2003). Alcohol consumption and fatal accidents in Canada, 1950-98. *Addiction*, 98 (7), 883-93.

- Solomon, R., Cardy, J., Noble, I., & Wulkan, R. (2012). *Mapping our progress to safer roads: The 2012 provincial and territorial legislative review*. The University of Western Ontario. Available at: [http://www.madd.ca/media/docs/MADD\\_Canada\\_2012\\_Provincial\\_and\\_Territorial\\_Legislative\\_Review\\_FINAL.pdf](http://www.madd.ca/media/docs/MADD_Canada_2012_Provincial_and_Territorial_Legislative_Review_FINAL.pdf)
- Solomon, R., & Chamberlain, E. (August, 2006). *Youth and impaired driving in Canada: Opportunities for progress*. The University of Western Ontario. Available at: [http://www.madd.ca/english/research/youth\\_and\\_impaired\\_driving\\_2006.pdf](http://www.madd.ca/english/research/youth_and_impaired_driving_2006.pdf)
- Solomon, R., Chamberlain, E., Abdoullaeva, M., Gwyer, L., & Organ, J. (2009). *Rating the provinces and territories: The 2009 Report*. The University of Western Ontario. Available at: <http://www.madd.ca/english/research/rtp2009.pdf>
- Smart, R.G. & Mann, R.E. (2000). The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction*, 95(1), 37-52.
- Smith, K. A., Cukier, S., Jernigan, D.H. (in press). The adequacy of federal regulation and industry self-regulation of alcohol advertising in protecting the public's health: Content analysis of alcohol ads in magazines 2008-2010. *American Journal of Public Health*.
- Smith, L. A., & Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: Systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9(51).
- Snyder, L. B., Milici, F. F., Slater, M., Sun, H., & Strizhakova, Y. (2006). Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(1), 18-24.
- Statistics Canada (2011). Table 183-0019 - Volume of sales of alcoholic beverages in litres of absolute alcohol and per capita 15 years and over, fiscal years ended March 31, annual (litres). Accessed February 17, 2011.
- Stoolmiller, M., Wills, T. A., & McClure, A. C. (2012). Media and family predictors of drinking onset and binge drinking among U.S adolescents. *BMJ Open*, 20.
- Stockwell, T. (2006). Alcohol, supply, demand, and harm reduction: What is the strongest cocktail? *International Journal of Drug Policy*, 17, 269-277.
- Stockwell, T., Auld, C., Zhao, J., & Martin, G. (2012a). Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*, 107(5), 912 – 920
- Stockwell, T., & Chikritzhs, T. (2009a). Do relaxing 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, 153-170.



- Stockwell T. and Gruenewald, P. (2004). Controls on the physical availability of alcohol. In: Heather, M and Stockwell, T., editors. *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*, pp. 213-233. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Stockwell, T., Zhao, J., Giesbrecht, N., Macdonald, S., Thomas, G. & Wettlaufer, A. (2012b). The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: Impacts on consumption and implications for public health. *American Journal Public Health*, 102(12): e103-110.
- Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S., Pakula, B., Gruenewald, P., & Holder, H. (2009b). 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.
- 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.
- Stockwell, T., Zhao, J., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W., Tu, A. & Buxton, J. (In press). Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: Estimated impacts on alcohol attributable hospital admissions. *American Journal of Public Health*.
- Strasburger, V. C., American Academy of Pediatrics Council on Communications & Media. (2010). Policy statement—children, adolescents, substance abuse, and the media. *Pediatrics*, 126(4), 791-799.
- Sudbaraman, M. S., & Kerr, W. C. (2013). State panel estimates of the effects of the minimum legal drinking age on alcohol consumption for 1950 to 2002. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 37, Suppl 1, E291-6.
- Thomas, G. (2012). *Price policies to reduce alcohol-related harm in Canada*. (Alcohol Price Policy Series: Report 3) Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Trolldal, B. (2005). An investigation of the effect of privatization of retail sales of alcohol on consumption and traffic accidents in Alberta, Canada. *Addiction*, 100, 662–671.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2007). *The Surgeon General's call to action to prevent and reduce underage drinking*. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.
- van Hoof, J. J., de Jong, M. D. T., Fennis, B. M., & Gosselt, J. F. (2009). There's alcohol in my soap: portrayal and effects of alcohol use in a popular television series. *Health Education Research*, 24(3), 421-429.

- Vingilis, E., McLeod, A. I., Studot, G., Seeley, J., & Mann, R. (2007). Road safety impact of extended hours in Ontario on motor-vehicle collision and non-motor-vehicle collision injuries. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68, 905-11
- Voas, R. B., Fell, J. C., McKnight, S., & Sweedler, B. (2004). Controlling impaired driving through vehicle programs: An overview. *Traffic Injury Prevention*, 5(3), 292-298.
- Wagenaar, A. C., & Holder, H. D. (1995). Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: Results from five U.S. states. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 566-572.
- Wagenaar A. C., Murray, D. M., & Toomey, T. L. (2000). Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA): Effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction*, 95, 209-17.
- Wagenaar, A., Salois, M., & Komro, K. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179-190.
- Wagenaar, A., Tobler, A., & Komro, K. (2010). Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 100, 2270-2278.
- Wagenaar, A. C., & Toomey, T. L. (2002). Effects of minimum drinking age laws. Review and analysis of the literature from 1960-2000. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, S206-25.
- Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R., Williams, M. (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction*, 90, 907-926.
- Wickens, C. M., Butters, J., Flam Zalcman, R., Stoduto, G., & Mann, R. E. (in press). Alcohol control measures and traffic safety. In P. Boyle, P. Boffetta, W. Zatonski, A. Lowenfels, O. Brawley, H. Burns, & J. Rehm (Eds.), *Alcohol: Science, Policy and Public Health*. Oxford University Press.
- 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.
- World Health Organization [WHO] (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2010). *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. Geneva: World Health Organization.

Zhao, J., Stockwell, T., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W., Tu, A. and Buxton, J. (2013). The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol attributable deaths in British Columbia, 2002 to 2009. *Addiction*, 108.

## I. ANNEXE

### Résultats des dimensions et des indicateurs

Each policy dimension can score a maximum of 10 points. The policy dimension score is then weighted to obtain the final weighted policy score.

A. Policy Dimension	B. Indicators & Criteria	C. Max. Pts	D. Minimum & Maximum Points
1. Pricing	<p><b>a. Minimum prices</b></p> <p><u>1. Off-premise minimum prices:</u> Coverage: jurisdictions were scored according to whether they had min prices for alcohol sold in liquor stores based on beverage type using percent of sales to assess coverage.</p> <p><u>2. Level:</u> jurisdictions were scored according to the level of minimum price for products of typical alcohol content and container sizes sold in government liquor stores (5%-beer, 40%-spirits, 12.5%-wine and 7%-coolers/cider). The average minimum price per standard drink for these products was compared across jurisdictions.</p> <p><u>3. Off-premise minimum pricing loopholes:</u> Jurisdictions were penalized for having any minimum pricing loopholes for off-premise sales.</p> <p><u>4. Actual prices:</u> jurisdictions were scored based on prices of common low cost/high alcohol products: The average price per standard drink was calculated</p>	4	<p><u>Coverage of minimum prices, off-premise (0-4):</u> 0= If a jurisdiction does not have any minimum prices, 1= Jurisdiction with less than 50% coverage 2= Jurisdictions with 74%-50% coverage, 3= Jurisdictions with 99%-75% coverage, 4= Jurisdictions with 100% coverage.</p> <p><u>Level of min prices, off-premise (0-4):</u> 0= No minimum prices, 1= Jurisdictions with average min prices of \$0.99 or less per standard drink, 2= Jurisdictions with average min prices of \$1.00 to \$1.24 per standard drink, 3= Jurisdictions with average min prices of \$1.25 to \$1.49 per standard drink, 4= Jurisdictions with average min prices \$1.50 or higher per standard drink.</p> <p><u>Off-premise minimum pricing loopholes (penalty of 0-0.5)</u> 0.5 points were deducted from the total score for off-premise minimum prices if a jurisdiction had any minimum pricing loopholes for off-premise sales (e.g. discounting of de-listed products, ferment on premise products being exempt from minimum prices etc.).</p> <p><u>Price of common low cost/high alcohol content products (0-4):</u> 0= Average price below \$1.09, 1= Average price between \$1.29 and \$1.10,</p>

<p>for a set of common low cost/high alcohol content beer, wine and spirit products sold in liquor stores.</p> <p><u>5. On-premise minimum prices:</u>  <u>Coverage:</u> jurisdictions were scored according to whether they had minimum prices for alcohol sold through licensed establishments based on beverage type using percent of sales to assess coverage.</p> <p><u>6. Level:</u> jurisdictions were scored according to the level of minimum prices. The price per standard drink for on-premise minimum prices was compared across jurisdictions.</p> <p><u>7. On-premise minimum pricing loopholes:</u>  jurisdictions were penalized ½ point for having any minimum price loophole for on-premise sales.</p>		<p>2= Average price between \$1.39 and \$1.30,  3= Average price between \$1.49 and \$1.40,  4= Average price \$1.50 or higher.</p> <p><u>Coverage of minimum prices, on-premise (0-4):</u>  0= If a jurisdiction does not have any minimum prices.,  1= Jurisdiction with less than 50% coverage,  2= Jurisdictions with 74%-50% coverage,  3= Jurisdictions with 99%-75% coverage,  4= Jurisdictions with 100% coverage.</p> <p><u>Level of minimum prices, on-premise (0-4):</u>  0= No minimum prices,  1= Jurisdictions with average min prices of \$1.99 or less per standard drink  2= Jurisdictions with average min prices of \$2.00 to \$2.49 per standard drink,  3= Jurisdictions with average min prices of \$2.50 to \$2.99 per standard drink,  4= Jurisdictions with average min prices \$3.00 or higher per standard drink.</p> <p><u>On-premise minimum pricing loopholes (penalty of 0-0.5)</u>  0.5 points were deducted from the total score for on-premise minimum prices if a jurisdiction had any minimum pricing loopholes for on-premise sales (e.g. complimentary drinks, discounted gift certificates etc.).</p> <p><b><u>Final scoring (0-4):</u> the scores for the coverage and level for both off-premise and on-premise prices were averaged and then penalties for loopholes were subtracted. The average between off-premise min price/scope and the prices of common low price/high alcohol content beverages was then calculated. Lastly the overall average between off-premise and on-premise scores was calculated with off-premise weighted 2/3<sup>rd</sup> and on-premise weighted 1/3<sup>rd</sup>.</b></p>
<p><b>b. Average Prices and Indexing prices to inflation</b></p> <p><u>1. Average price levels:</u> average price levels were rated using jurisdiction and beverage class specific price indexes from Statistics Canada for last reporting year.</p>	<p>4</p>	<p><u>Average price levels (0-4):</u>  0= Jurisdictions below 106.4,  1= Jurisdictions with alcohol price indices scores of below 110.4 to 106.5  2= Jurisdictions with alcohol price indices of 114.4 to 110.5 and</p>

	<p><u>2. Indexation:</u> the differences (negative and positive) from jurisdiction specific alcohol price indices and CPI were examined in order to interpret degree of congruence with overall inflation. Average differences over the past 5 year were used to look at recent trends.</p> <p><u>3. Automatic indexation:</u> Jurisdictions that automatically index minimum prices to inflation were given a 1/2 point bonus for item 1b.</p>		<p>3= Jurisdictions with alcohol price indices of 117.4 to 114.5, 4= Jurisdictions with alcohol price indices scores of 117.5 or higher.</p> <p><u>Indexation (0-4):</u> 0= Jurisdictions with a score below -4.6 1= Jurisdictions with a score of between -3.1 and -4.5 2= Jurisdictions with a score of between -1.6 and -3.0 3= Jurisdictions with a score of between 0 and -1.5 4= Jurisdictions with a score of 0 or higher on the second measure,</p> <p><u>Automatic Indexation (0-0.5)</u> 0.5 bonus points were awarded if the jurisdiction had automatically indexed minimum prices to inflation.</p> <p><b><u>Final scoring (0-4): the scores for the two components, average price levels and indexation, were averaged and any bonuses for automatic indexation were added to calculate the final indicator score.</u></b></p>
	<p><b>c. Pricing on alcohol content</b></p> <p><u>1. Price bands:</u> Each major category of alcohol was scored from 0 to 4 with 0 for no volumetric markup (i.e., 1 price band), 1 point if there were two price bands above the typical strength (5% for beer, 7% for coolers/cider/premixed cocktails and 40% for spirits), and 2 points for having three or more bands above the typical strength. The same criteria apply below the typical strength for a possible 2 points. Jurisdictions were given 1 point if they used a different markup rate for a special class of beverages in a category (e.g., higher markups for fortified wines, ports, sherries, etc.). Finally, if they used a perfectly volumetric formula to determine price, they received 0.50 bonus. Scores between 0-4 for each category were then averaged across the categories to obtain final band score (also from 0-4).</p>	2	<p><u>Price bands (0-2):</u> 0= Jurisdictions with an average of 1 price band, 1= Jurisdictions with an average of between 1.1 and 2.9 price bands, 2= Jurisdictions with an average of 3 or more price bands.</p>

	<p><u>2. Pricing on alcohol content- slope:</u> low and high alcohol content products in each product category common to all jurisdictions were chosen to calculate the variation in the slope of the line that determines them from zero.</p>		<p><u>Pricing on alcohol content- slope (0-2)</u> 0= Jurisdictions with a slope below -1, 1= Jurisdictions with -0.1 to -1 for the slope measure, 2= Jurisdictions with 0 or higher for the slope measure.</p> <p><u>Final scoring (0-2):</u> The scores for the two components were averaged to calculate the final indicator score.</p>
<b>2. Control System</b>	<p><b>a. Type of off-premise retailing system</b> This was determined by the proportion of outlets that are public (government run vs. privately owned). Note that agency stores and ferment on premise outlets were considered as private outlets. An additional full point was given to jurisdictions that did not allow for private outlets.</p>	4	<p><u>Type of retailing system (0-4)</u> 0= no public off-premise outlets (all private) 1,2,3,4,5 were based on the ratio of public to total outlets 1= 1%-33% of off-premise outlets are public 2= 34%-66% of off-premise outlets are public 3= 67%-99% of off-premise outlets are public 4= all (100%) of off-premise outlets are public (no private)</p>
	<p><b>b. Alcohol sales beyond on-premise and off-premise outlets</b> Jurisdictions were scored on whether regulations allowed for on-line sales, delivery purchases, ferment on premise outlets or ferment at home kits.</p>	2	<p><u>On-line sales (0.0- 0.5)</u> 0.0= on-line sales permitted 0.5= on-line sales not permitted</p> <p><u>Liquor delivery (0.0- 0.5)</u> 0.0= liquor delivery permitted 0.5= liquor delivery not permitted</p> <p><u>Ferment on premise outlets (0.0-0.5)</u> 0.0= permitted 0.5= not permitted</p> <p><u>Ferment at home kits (0.0-0.5)</u> 0.0= permitted 0.5= not permitted</p>
	<p><b>c. Relative emphasis on sales vs. social responsibility</b> <u>1. Ratio of spending- product promotion vs. social responsibility messaging:</u> This was determined based on total spending per capita on advertising vs. total spending on social responsibility initiatives and messaging.</p>	3	<p><u>Ratio of spending- product promotion vs. social responsibility (0-2)</u> The score was determined based on the ratio of per capita spending on advertising vs. social responsibility initiatives. 0= social responsibility initiatives are low priority- advertising to social responsibility ratio &gt;1.25</p>

	<p><u>2. Policy on dedicated prevention/ social responsibility funds:</u> data was collected on whether there was a policy that ensures there are dedicated funds to support prevention and social responsibility messaging</p> <p><u>3. Main mediums for social responsibility messaging:</u> A checklist of six mediums was the basis for measuring this indicator: 1) Posters 2) Pamphlets 3) Billboards 4) Online content (websites) 5) Print Advertising 6) TV/Radio advertisements 7) Social media (twitter, fb etc) Other:</p>		<p>1= Advertising and social responsibility messaging are equal in priority- advertising to social responsibility ratio of 1.25-0.75 2= social responsibility initiatives are high priority- advertising to social responsibility ratio of (&lt;0.75)</p> <p><u>Policy on dedicated prevention/ social responsibility funds (commentary)</u> Jurisdictions with dedicated prevention/ social responsibility funding will get a special mention for this good practice in the results section.</p> <p><u>Main mediums for social responsibility (SR) messaging (0-1)</u> 0.00= no SR messaging 0.25= SR messaging using 1-2 mediums 0.50= SR messaging using 3-4 mediums 0.75= SR messaging using 5-6 mediums 1.00= SR messaging using 7 or more mediums</p>
	<p><b>d. Ministries overseeing alcohol retail and control:</b> The jurisdictions were scored based on the ministry they report to and their recognition of alcohol as a health issue.</p>	1	<p><u>Ministry overseeing alcohol retail and control (0-1)</u> 0.0= alcohol retail and control are overseen by a ministries for which health is not a primary concern (e.g. Ministry of Finance) 0.5= a ministry for which health is a primary concern (e.g. Ministry of Public Safety, Ministry of Health) is responsible for either alcohol retail or control 1.0= alcohol retail and control are both overseen by a ministry for which health is a primary concern (e.g. Ministry of Public Safety, Ministry of Health)</p>
<p><b>3. Physical Availability</b></p>	<p><b>a. Regulations pertaining to outlet density</b> Jurisdictions were scored on whether they had provincially mandated (either stated in legislation or regulation) limits on outlet density, location or number of outlets for both on-premise and off-premise outlets. Provincial powers that allow for</p>	2	<p><u>Off-premise density policy (0-1)</u> 0.0= no limits on population density, location or number of outlets, 0.5= no provincially mandated limits on population density of outlets but regulations provide power to determine number and/or location of outlets/permits (this includes municipal powers) and/or policy allows for citizen input on location or number of outlets,</p>



	<p>restrictions on location and/or number of outlets and/or a process for citizen input on the number or placement of outlets were also considered.</p>		<p>1.0= Limits on population density that are set through provincial legislation/regulation.</p> <p><u>On-premise density policy (0-1)</u>  0.0= no limits on population density, location or number of outlets;  0.5= no provincially mandated limits on population density of outlets but regulations provide power to determine number and/or location of outlets/permits (this includes municipal powers) and/or policy allows for citizen input on location or number of outlets.  1.0= Limits on population density that are set through provincial legislation/regulation.</p>
	<p><b>b. Practice indicator: Outlet density – off premise</b>  Data was collected on the density of all off-premise outlets, including private, government run and ferment on Premise (FOP) outlets. A greater emphasis was placed on off-premise outlet density due to the greater potential for harm.</p>	3	<p><u>Off-premise outlet density (government and private stores) (0-3)</u>  0= density per 10,000 age 15+ was 15.0 or above  1= density per 10,000 age 15+ was between 8.0 and 14.9  2= density per 10,000 age 15+ was between 2.0 and 7.9  3= density per 10,000 was below 2.0</p>
	<p><b>c. Practice indicator: Outlet density – on premise</b>  Data was collected on the density of all licensed establishments where alcohol is served on-premise, including special occasion permits (SOP).</p>	2	<p><u>On-premise outlet density (all licensed establishments) (0-2)</u>  0= density per 10,000 aged 15+ was 25.0 and above;  1= density per 10,000 aged 15+ was between 15.0 and 25.0  2= density per 10,000 aged 15+ was 15.0 or below  The population density (ages 15+) of SOPs was also collected and is included in the results section of the report.</p>
	<p><b>d. Hours of operation</b>  <u>1. Regulation of hours of operation:</u> Provinces were scored on whether hours of operation for both on and off-premise outlets are limited by policy (as stated in legislation/regulation).</p> <p><u>2. Hours of Operation:</u> Provinces were also scored based on the maximum hours of operation their policies allowed for as stated in legislation or regulation for both on-premise and off-premise outlets.</p>	3	<p><u>Regulated hours off-premise (0.0-0.5)</u>  0.0= hours are not regulated  0.5= hours are regulated  <u>Regulated hours on-premise (0.0-0.5)</u>  0.0= hours are not regulated  0.5= hours are regulated</p> <p><u>Hours of operation off-premise (0-1)</u>  Hours of operation for off-premise outlets were scored against an ideal of no more than 9 business hours per day and limited availability early in the morning and late at night; 11 am to 8 pm was used as an achievable policy benchmark.  0.0= Business hours extend more than a total of 2 hours before 11 am or after 8</p>

	<p>3. <u>Availability- exceptions and extensions</u>: Data was collected on loopholes that allow for exceptions to policies restricting availability (hours and days of sale) e.g. extending the hours of operation for community events.</p>		<p>pm  0.5= Business hours extend no more than a total of 2 hours before 11 am or after 8 pm  1.0= Hours of operation do not extend before 11 am or after 8 pm (9 hours or less)</p> <p><u>Hours of operation on-premise (0-1)</u>  Hours of operation for on-premise outlets were scored against an ideal of no more than 14 business hours per day and limited availability early in the morning and late at night; 11 am to 1 am was used as an achievable policy benchmark.  0.0= Business hours extend more than a total of 2 hours before 11 am or after 1 am  0.5= Business hours extend no more than a total of 2 hours before 11 am or past 1 am  1.0= Hours of operation do not extend before 11 am and past 1 am (14 hours or less)</p> <p><u>Availability- exceptions and extensions (commentary)</u>  Exceptions and extensions to the hours and days of sale were noted and included in the results section (e.g. extended hours or days of sale for festivals).</p>
<p><b>4. Drinking and Driving</b><sup>1</sup></p>	<p><b>a. Licensing</b>  Jurisdictions were scored on whether they had:  1. a comprehensive 3 year graduated licensing program for all new drivers that includes:  i) Police enforcement powers;  ii) Passenger, nighttime driving and highway restrictions;  iii) A ban on using electronic devices and  iv) Mandatory roadside administrative license suspension (ALS) for breaking conditions.</p>	<p>4</p>	<p><u>Comprehensive graduated licensing program (0-1)</u>  Points were afforded based on the implementation of the following:  0.25= 3 year graduated licensing program  0.25= police enforcement powers  0.50= nighttime driving, passenger and highway restrictions as well as a ban on electronic devices.  (partial points are awarded if some components are included)</p>

<sup>1</sup>These indicators are part of a comprehensive program as outlined by MADD Canada. Please see the 2012 MADD Canada Provincial and Territorial Legislative Review (2012) for detailed information on the implementation of drinking and driving countermeasures across the provinces.

	<p>2. a 0.00% BAC limit for all drivers under 21 or with less than 5 years experience and includes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Police enforcement powers</li> <li>ii) Mandatory roadside ALS for violation.</li> </ul>		<p><u>Zero tolerance BAC level for drivers under 21 or with less than 5 years experience (0-3)</u>  Points were afforded based on the implementation of the following:  2= 0.00% BAC for drivers with less than 5 years experience (1 point) and all drivers under the age of 21 years of age (1 point)  1= police enforcement powers  (partial points are awarded if some components are included)</p>
	<p><b>b. Licensing suspensions and revocations</b>  Jurisdictions were scored on whether their drinking and driving counter policies included:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A seven day 0.05% ALS and vehicle impoundment program, which includes <ul style="list-style-type: none"> <li>i) A \$150-\$300 licence reinstatement fee and</li> <li>ii) A record of the suspension on the driver's record.</li> <li>iii) Escalating ALS and impoundment sanctions and remedial program for drivers with repeat records within 5 years.</li> </ul> </li> <li>2. A parallel ALS and vehicle impoundment program for those who fail a sobriety test or who refuse lawfully demanded tests</li> </ol>	3	<p><u>ALS and vehicle impound program (0-2)</u>  Points were afforded based on the implementation of the following  1= Has a seven day 0.05% ALS and vehicle impoundment program  1= the program includes at least a \$150 licence reinstatement fee, a record of the suspension, escalating sanctions for repeat offenders in a 5 year period.  (partial marks awarded if some components are included)</p> <p><u>Parallel ALS and vehicle impoundment programs for those who fail or refuse sobriety tests.</u>  Points were afforded based on the implementation of the following:  0.5= parallel ALS program for those who fail or refuse lawfully demanded sobriety tests  0.5 parallel impoundment program for those who fail or refuse lawfully demanded sobriety tests  (partial marks awarded if some components are included)</p>
	<p><b>c. Vehicle and remedial programs</b>  Jurisdictions were scored on whether their vehicle and remedial programs included:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A mandatory interlock program for all federal impaired driving offenders which includes <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Reduced provincial license suspension to encourage participation</li> <li>ii) Escalating ALS and vehicle impoundment sanctions and lengthy program extensions for repeat program violations</li> </ul> </li> </ol>	3	<p><u>Mandatory Interlock program for federal impaired driving offenders (0-1)</u>  Points were afforded based on the implementation of the following:  0.5= program is mandatory for all federal impaired driving offenders  0.5= program includes reduced provincial license suspension to encourage participation and escalating ALS and vehicle impoundment sanctions and lengthy program extensions for repeat program violations.  (partial marks awarded if some components are included)</p>

	<p>2. Mandatory administrative forfeiture for drivers with &gt;2 federal impaired driving violations within 10 years.</p> <p>3. Mandatory remedial program for federal impaired driving offenders and for drivers with a repeat short term 90 day impairment related ALS within five years.</p>		<p><u>Mandatory administrative impoundments for unauthorized drivers (0-1)</u> Points were afforded based on the implementation of the following: 0.5= program applies to uninsured, unlicensed, suspended, prohibited, or disqualified drivers 0.5= mandatory administrative forfeiture for drivers with more than 2 federal impaired driving violations within 10 years. (partial marks awarded if some components are included)</p> <p><u>Mandatory remedial programs (0-1)</u> Points were afforded based on the implementation of the following: 0.5= program applies to federal impaired driving offenders 0.5= program applied to drivers with a repeat short term 90 day impairment related ALS within five years. (partial marks awarded if some components are included)</p>
<p><b>5. Marketing and Advertising</b></p>	<p><b>a. Comprehensiveness of provincial marketing regulations:</b> Jurisdictions were assessed on whether they had: 1. Content restrictions beyond CRTC regulations; 2. Placement restrictions; 3. Quantity restrictions; 4. Regulations restricting the advertisement of price (e.g. policies restricting the advertisement of drink specials)</p>	<p>4</p>	<p><u>Advertising Restrictions (0-4)</u> 0= no regulations beyond CRTC regulations. 1= regulated restrictions on any 1 criteria (of those listed in column B) 2= regulated restrictions on any 2 criteria 3= regulated restrictions on any 3 criteria 4= regulated restrictions on all 4 criteria</p>
	<p><b>b. Enforcement of regulations</b> Jurisdiction were scored on whether they had clear guidelines on: 1. A specific authority responsible for enforcement 2. A formal complaint system 3. Strong or escalating consequences for violation</p>	<p>3</p>	<p><u>Advertising Authority (0-1)</u> 0= no clear authority responsible for enforcement or voluntary system 1= a clear authority responsible for enforcement</p> <p><u>Complaint process (0-1)</u> 0= no formal complaint process 1= a formal complaint process</p> <p><u>Possible penalties for violation (0-1)</u> 0.0= nonexistent penalties 0.5= weak consequences (warning letter, having ad removed, low monetary fine) 1.0= strong penalties (high fine, license suspension or revocation, imprisonment).</p>

	<p><b>c. Practice Indicator- Focus of the liquor board's website</b> Jurisdictions were scored on the focus of the liquor board's website. As a first face to the public, was the responsibility message larger/smaller/equal to the size of the product promotions?</p>	1	<p><u>Focus of the Liquor Boards website (0-1)</u> 0.0= retailers' websites focused on promoting sales and consumption; small or non existent responsibility message(s) 0.5 = The responsibility message was equal in size to the product promotion message. 1.0= retailers' website focused on both sales and social responsibility; responsibility message stood out or was larger than product promotion messages.</p>
	<p><b>d. Sponsorship</b> Jurisdictions were scored on their sponsorship policies. Specifically, if sponsorship is permitted and if so, what restrictions are in place?</p>	2	<p><u>Sponsorship Policies (0-2)</u> 0= advertising &amp; sponsorship via sports, cultural events, charities etc. is permitted with no restrictions 1= sponsorship is permitted but some restrictions apply 2 = sponsorship is not permitted</p>
<p><b>6. Legal Drinking Age</b></p>	<p><b>a. Legal drinking age</b> <u>1. Level of legal drinking age:</u> jurisdictions were scored on the level of legal drinking age.  <u>2. Legislation supporting the legal drinking age:</u> jurisdictions were scored on whether they had policies (as stated in legislation or regulation) that prohibit the sale of alcohol to minors and also prohibit minors from purchasing alcohol.  <u>3. Social Hosting Policies:</u> data was collected on the social hosting practices in each province. These data focused on policies pertaining to serving minors in a private residence or licensed area.</p>	5	<p><u>Level of legal drinking age (0-4)</u> 0= 17 or less 1= 18 2= 19 3= 20 4= 21  <u>Policy on prohibition of serving/selling alcohol to minors (0-0.5):</u> 0.0= no policy against serving/selling to minors 0.5= a policy prohibiting the sale/service of alcohol to minors  <u>Policy on prohibition of the purchase of alcohol by a minor (0-0.5)</u> 0.0= no policy against minors purchasing alcohol 0.5= jurisdiction has a policy that prohibits the purchase of alcohol by a minor.  <u>Social hosting policies (commentary)</u> Information was collected on policies that permit, parents, spouses or other adults to serve alcohol to individuals below the legal drinking age in a private residence, party or licensed establishment. This information will be discussed in the results section.</p>
	<p><b>b. Enforcement of the legal drinking age in off-premise outlets</b> Jurisdictions were scored on whether they had a mystery shopper program that monitors adherence to the legal drinking age.</p>	3	<p><u>Mystery shopper program (off-premise outlets) (0-3)</u> 0= does not have a mystery shopper program 3= does have a mystery shopper program</p>

	<p><b>c. Enforcement of the legal drinking age in on-premise outlets</b> Jurisdictions were scored on whether they have a liquor inspection program or other programming to support the enforcement of the legal drinking age.</p>	2	<p><u>Liquor inspection program</u> (on-premise outlets) (0-2) 0= does not have any programs to enforce the legal drinking age 1= has a liquor inspection program <u>or</u> enforcement via enforcement officials 2= has both a liquor inspection program and collaborates with enforcement officials (i.e. police) via programs aimed at enforcing the legal drinking age.</p>
7. SBIR	<p><b>a. The inclusion of SBIR in a provincial strategy or action plan</b> Jurisdictions were scored on whether there was an existing provincial strategy or action plan that included SBIR as a priority for either at risks groups or the general population.</p>	4	<p><u>The inclusion of SBIR in a provincial strategy or action plan</u> (0-4) 0= SBIR not included in provincial plan; 2= SBIR for certain populations such as women of drinking age and during pregnancy and at-risk groups was included in the provincial plan. 4= SBIR for general population was included in the provincial plan</p>
	<p><b>b. SBIR practice guidelines or position paper</b> Jurisdictions were scored on whether SBIR practice guidelines or a position paper had been issued by a credible provincial professional association (e.g. MD, nurses, psychologists)</p>	3	<p><u>SBIR Position paper</u> (0-3) 0= no guidelines or position paper; 3= provincial guidelines and/or position paper by a credible provincial associations ( e.g. MDs, nurses, psychologists) and thus is the practice norm</p>
	<p><b>c. Fee for service codes</b> Jurisdictions were scored on whether they had fee for service codes for MDs that could be used for SBIR</p>	3	<p><u>Fee for service codes</u> (0-3) 0= province has no fee for service code for MDs to use for SBIR; 2= province has a fee for service code for MDs to use for counseling on health habits or mental health issues 3= province has a fee for service code for MDs to use for SBIR</p>
8. Server Training & Challenge and Refusal Programs	<b>Server and management training program (on-premise outlets &amp; special occasion permits)</b>		
	<p><b><u>a. Server and management training program policies:</u></b> 1. Jurisdictions were scored on whether the server and management training program was mandatory (as stated in legislation or regulations) for all licensed events and venues on a provincial wide basis.  2. Data was collected on whether a jurisdiction had a policy that prohibits the sale of alcohol to someone who is intoxicated</p>	5	<p><u>Policy pertaining to on-premise server and management training program (mandatory vs. voluntary)</u> (0-1). 0.00= no training program or program is voluntary 0.75= training program is mandatory with some exceptions e.g. special occasion permits 1.00= training program is mandatory for all licensed events and venues, including special occasion permits</p> <p><u>Policy on serving intoxicated patrons (commentary)</u> Data was collected on whether a jurisdiction has a policy prohibiting the sale of alcohol (on-premise) to a person who is intoxicated. This policy will be noted in the results section.</p>

<p><b>b. Quality of the server training program</b> Jurisdictions were scored based on the quality of their server and management training program as assessed by:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. The comprehensiveness of the challenge criteria. i.e. when is a customer challenged? Appears to be under 25 years of age? 35 years of age? Is everyone challenged? Appears to be intoxicated?</li> <li>2. Whether the program training was based on face-to-face protocol</li> <li>3. whether staff were required to take periodic re-training e.g. retraining every 2 years</li> <li>4. Whether the program, was based on evaluated server interventions shown to reduce incidents of over-service or service to minors?</li> </ol>		<p><u>Quality of on-premise training program (voluntary or mandatory), based on 2-6 of column B.) (0-2)</u> 0.0= no training program 0.5= 1 element from column B 1.0= 2 elements from column B 1.5= 3 elements from column B 2.0= all elements from column B E.g. mandatory training based on a face to face training protocol for all staff, program has been evaluated for effectiveness in reducing service to minors and over service (as opposed to process evaluation) and requires re-certification on regular intervals.</p>
<p><b>c. Program enforcement</b> Jurisdictions were scored on whether the server and management training program was enforced through the tracking of challenge and refusals.</p>		<p><u>Tracking of challenge and refusals (0-2):</u> 0= challenge and refusals are not tracked 2= challenge and refusals tracked.</p>
<p><b>Challenge and refusal Program (off-premise outlets)</b></p>		
<p><b>a. Challenge and refusal program policies:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jurisdictions were scored on whether or not they had a challenge and refusal program.</li> <li>2. Data was collected on whether a jurisdiction had a policy that prohibits the sale of alcohol to someone who is intoxicated.</li> </ol>	5	<p><u>Challenge and refusal program policy status (0-1).</u> 0= no challenge and refusal program 1= they have a challenge and refusal program</p> <p><u>Policy on serving intoxicated patrons (commentary)</u> Data will be collected on whether a jurisdiction has a policy prohibiting the sale of alcohol (off-premise) to a person who is intoxicated. This policy will be noted in the results section.</p>
<p><b>b. Quality of the challenge and refusal program:</b> Jurisdictions were scored based on the quality of their challenge and refusal program as assessed by:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. The comprehensiveness of the challenge criteria. i.e. when is a customer challenged? Appears to be under 25 years of age? 35 years of age? Is everyone challenged? Appears to be intoxicated?</li> <li>2. Whether the program training was based on face-</li> </ol>		<p><u>Quality of challenge and refusal program (0-2)</u> 0.0= no challenge and refusal program in place 0.5= 1 element from column B 1.0= 2 elements from column B 1.5= 3 elements from column B 2.0= all elements from column B E.g. a program with a face to face training protocol for all staff , comprehensive challenge criteria, protocols are revised regularly, and the program has been</p>

	<p>to-face protocol</p> <p>3. whether the program protocols were revised on a regular basis</p> <p>4. whether there were independent provincial level efforts to evaluate effectiveness and scope of the program through 'secret shopper' interventions?</p>		<p>evaluated for effectiveness in reducing service to minors and over service (secret shopper program).</p>
	<p><b>c. Program enforcement</b></p> <p>1. Jurisdictions were scored on whether the challenge and refusal program was enforced through the tracking of challenge and refusals. Data on the number of challenge and refusals was also collected</p>		<p><u>Enforcement of Challenge and Refusals (0-2 pts)</u></p> <p>0= no tracking of challenge and refusals</p> <p>2= tracking of challenge and refusals</p>
<b>9. Provincial Alcohol Strategy</b>	<p><b>a. Main focus of the provincial strategy</b></p> <p>Jurisdictions were scored on whether they had an provincial alcohol strategy or whether alcohol was captured under the umbrella of a more board strategy such as an addictions strategy, mental health strategy or other strategy.</p>	2	<p><u>Provincial Strategy Focus (0-2):</u></p> <p>0= no provincial strategy that includes alcohol</p> <p>1= a provincial addictions, mental health, public health or other strategy that includes an alcohol policy focus</p> <p>2= provincial alcohol strategy.</p>
	<p><b>b. Range of policy interventions</b></p> <p>Jurisdictions were scored on whether the above mentioned strategy included a wide range of interventions and or policies along the lines of those mentioned as priorities in the WHO Global Strategy on Alcohol</p>	8	<p><u>Range of WHO policy interventions and policies (0-8)</u></p> <p>0= no WHO components (0)</p> <p>2= some WHO Components (1-3)</p> <p>4= several WHO components (4-6)</p> <p>6= almost all WHO components (7-9)</p> <p>8= all WHO components (10)</p>
<b>10. Warning Labels and Signs</b>	<p><b>a. The status of warning Labels</b></p> <p>Jurisdictions were scored on whether they had mandatory warning labels on the beverage containers.</p>	1	<p><u>Mandatory vs. voluntary labels (0-1)</u></p> <p>0= labels are voluntary</p> <p>1= labels are mandatory</p>
	<p><b>b. Quality of the warning label messages</b></p> <p>The quality of the warning labels was assessed based on:</p> <p>1. The content of the warning message(s)</p>	3	<p><u>Quality of labels (mandatory and voluntary) (0-3)</u></p> <p>0= does not have any labels</p> <p>1= over all the warning labels were poor in quality (as assessed by the criteria listed in column B)</p>



<p>2. Whether there was a set of rotating messages  3. Whether the warnings included graphics  4. Whether the warnings were large/prominent (significant in relation to the size of the container)</p>		<p>2= overall the warning labels are of mediocre quality (as assessed by the criteria listed in column B)  3= overall the labels are of high quality (as assessed by the criteria listed in column B) e.g. the warning labels had several rotating, clear health messages, and were large and contained graphics as well as text.</p>
<p><b>c. The status of warning signs: Off-premise</b>  Jurisdictions were scored on whether they had mandatory (as stated in regulations) warning signs in off-premise outlets.</p>	1	<p><u>Mandatory vs. voluntary off-premise signs</u> (0-1)  0= signs are voluntary  1= signs are mandatory</p>
<p><b>d. The status of warning signs: On-premise</b>  Jurisdictions were scored based on whether they had mandatory (as stated in regulations) warning signs in on-premise outlets.</p>	1	<p><u>Mandatory vs. voluntary on-premise signage</u> (0-1)  0= signs are voluntary  1= signs are mandatory</p>
<p><b>e. Quality of the off-premise warning signs</b>  The warning signs were assessed based on:  1. <u>The variation in messaging</u>, i.e. whether a jurisdiction had messaging around a variety of alcohol related health and safety topics.</p> <p>2. <u>The quality of the warning message(s)</u> i.e. whether the message contained a clear health messages and was accompanied by graphics</p>	2	<p><u>Variation in messaging</u> (0-1)  (0.25 pts max for each messaging category)  -Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)/pregnancy  -Drinking and driving  -Minors  -Chronic disease/ health and moderate consumption (Low Risk Drinking Guidelines)</p> <p><u>Quality of messages</u> (0-1):  (0.25 pts max for each messaging category)  Quality is assessed by the precision of the message, the health focus, accompanying graphics etc.  -Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)/pregnancy  -Drinking and driving  -Minors  -Chronic disease/ health and moderate consumption (Low Risk Drinking Guidelines)</p>
<p><b>f. Quality of the on-premise warning signs</b>  The warning signs were assessed based on:  1. <u>The variation in messaging</u>, i.e. whether a jurisdiction had messaging around a variety of</p>	2	<p><u>Variation in on-premise messaging</u> (0-1)  (0.25 pts max for each messaging category)</p>

	<p>alcohol related health and safety topics.</p> <p><u>2. The quality of the warning message(s)</u> i.e. whether the message contained a clear health messages and was accompanied by graphics</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)/pregnancy</li> <li>-Drinking and driving</li> <li>-Minors</li> <li>-Chronic disease/ health and moderate consumption ((Low Risk Drinking Guidelines)</li> </ul> <p><u>Quality of on-premise messages (0-1):</u> (0.25 pts max for each messaging category) Quality is assessed by the precision of the message, the health focus, accompanying graphics etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)/pregnancy</li> <li>-Drinking and driving</li> <li>-Minors</li> <li>-Chronic disease/ health and moderate consumption (Low Risk Drinking Guidelines)</li> </ul>
--	--	---

