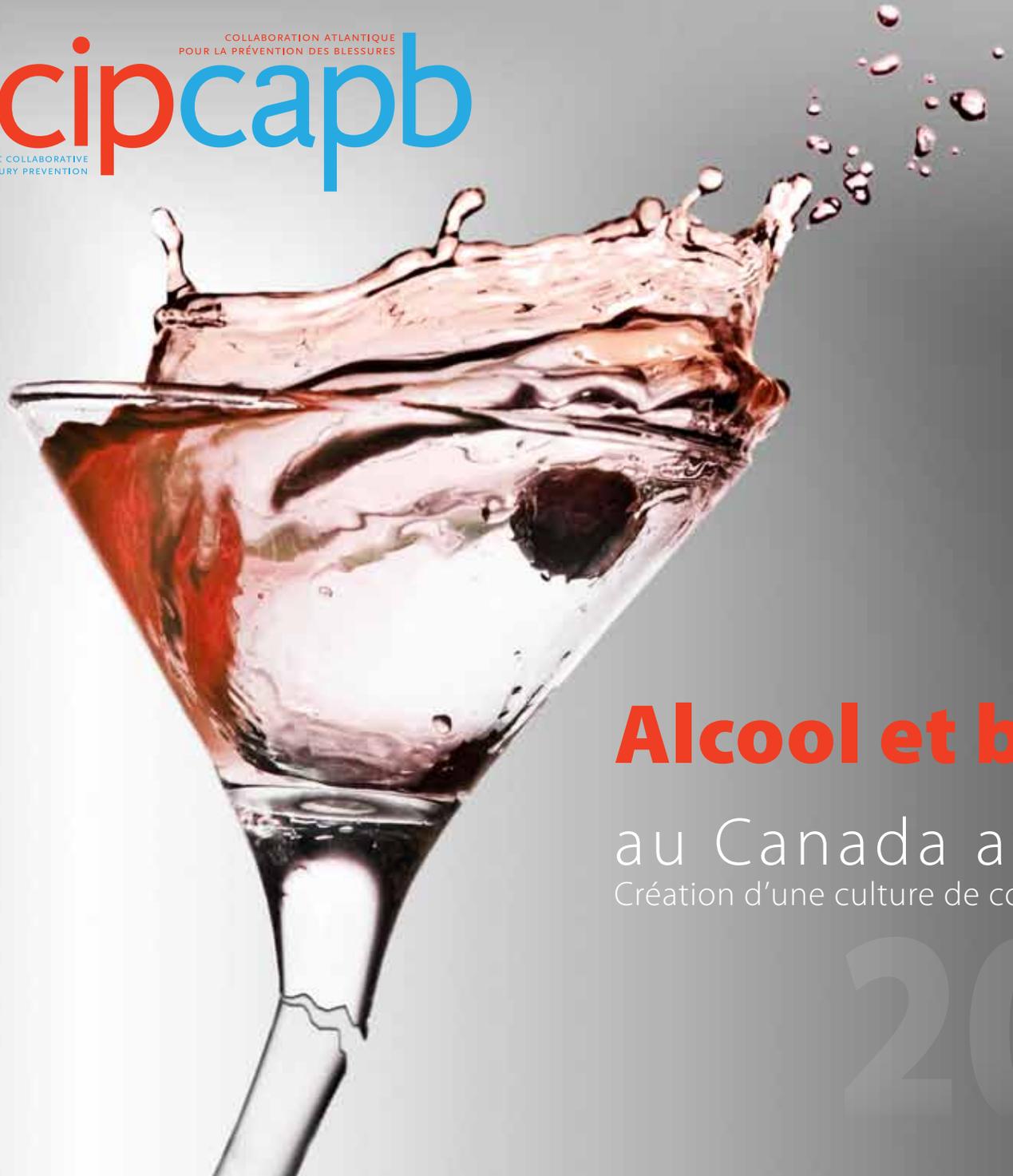


COLLABORATION ATLANTIQUE  
POUR LA PRÉVENTION DES BLESSURES

**acipcapb**

ATLANTIC COLLABORATIVE  
ON INJURY PREVENTION



## **Alcool et blessures**

au Canada atlantique :  
Création d'une culture de consommation plus sûre

2010



La **Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB)** tient à remercier **Research Power Inc.** pour tous ses efforts déployés dans la préparation du présent rapport. La CAPB remercie également les nombreuses personnes interrogées et tous les examinateurs qui ont contribué à **Alcool et blessures au Canada atlantique : *Création d'une culture de consommation plus sûre.***

# Table des matières

---

## I – RÉSUMÉ

## II – INTRODUCTION

### 2 – Contexte et portée

### 2 – Méthodologie

Examen de la documentation.....	2
Entrevues d'experts clés.....	2

## III – RÉSULTATS

### 6 – Préambule et considérations

Présentation du rapport.....	6
------------------------------	---

### 6 – Le fardeau des blessures

Les conséquences économiques des blessures.....	6
Mortalité et morbidité liées aux blessures.....	7
Travaux actuels pour aborder les blessures au Canada atlantique.....	7

### 7 – Le lien entre l'alcool et les blessures

Habitudes de consommation d'alcool et répercussions sur les risques et les taux de blessures.....	7
Alcool et catégories particulières de blessures.....	8
Alcool et blessures dans des groupes de population et des régions géographiques particulières.....	12
Connaissance du lien entre alcool et blessures.....	13

### 14 – La culture de la consommation d'alcool

Culture de la consommation d'alcool au Canada atlantique.....	14
Habitudes de consommation d'alcool au Canada atlantique.....	15
Influences et raisons pour consommer de l'alcool.....	16

### 18 – Travaux en cours, suggestions, politiques et pratiques exemplaires pour aborder le problème de l'alcool et des blessures au Canada atlantique

Travaux en cours au Canada atlantique pour aborder le problème de l'alcool et des blessures.....	18
Suggestions des experts clés pour aborder la question de l'alcool et des blessures.....	19
Politiques et pratiques exemplaires à l'égard de l'alcool et des blessures.....	21
Recommandations trouvées dans la documentation pour aborder l'alcool et les blessures.....	24

## IV – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Recommandations.....	30
Conclusion.....	32

## V – ANNEXES

### 36 – Annexe A : Guide d'entrevue

### 38 – Annexe B : Recherche et données probantes pour aborder l'alcool et les blessures

### 47 – Annexe C : Références



I

Résumé

## Introduction

---

La Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB) est une organisation non gouvernementale qui se consacre à la diminution du fardeau des blessures au Canada atlantique. La CAPB mène une analyse contextuelle afin d'élaborer des recommandations basées sur des données probantes, aux fins de réduire le nombre de blessures liées à l'alcool au Canada atlantique. Les objectifs particuliers de ce projet sont les suivants :

- examiner la relation entre l'alcool et les blessures au Canada atlantique;
- explorer la culture unique de la consommation d'alcool au Canada atlantique et son incidence sur les blessures;
- informer de cet impact les praticiens, les intervenants et les décideurs œuvrant dans le domaine de la prévention des blessures;
- élaborer des recommandations basées sur des données probantes (p. ex. recommandations en matière de politiques) en vue de réduire le fardeau des blessures liées à la consommation d'alcool au Canada atlantique.

## Méthodologie

---

La méthodologie utilisée pour réaliser cette analyse contextuelle détaillée sur l'alcool et les blessures comprenait un examen de la documentation, ainsi que des entrevues d'experts clés. L'examen de la documentation incluait une recherche sur la littérature didactique (revues évaluées par des pairs), ainsi qu'un examen et une synthèse de cette dernière, et la littérature grise. Des entrevues téléphoniques ont été menées auprès de 21 experts clés de toutes les régions du Canada atlantique. De plus, des intervenants ont fourni des rapports internes (ne pouvant être obtenus sur Internet par le public), qui ont été examinés et inclus s'ils étaient pertinents.

# Conclusions

---

## Le fardeau des blessures

- Les blessures coûtent 19,8 milliards de dollars aux Canadiens et emportent 13 688 vies chaque année. Les blessures involontaires représentent 81 p. cent de ces coûts. Les quatre provinces de l'Atlantique se sont engagées dans la prévention et le contrôle des blessures par l'intermédiaire de différents ministères gouvernementaux et de nombreuses organisations non gouvernementales.

## Le lien entre l'alcool et les blessures

- **Alcool et accidents de la circulation :** Les collisions de véhicules motorisés sont responsables de plus de la moitié des hospitalisations pour traumatisme grave lié à l'alcool au Canada<sup>2</sup>. Les blessures et les morts liées à la consommation d'alcool ne sont pas uniquement causées par les voitures, puisqu'il existe des liens entre les risques de blessures et la conduite en état d'ivresse des motoneiges, des véhicules tout-terrain et des bateaux à moteur<sup>3</sup>. Les experts clés ont désigné l'alcool au volant comme étant le lien le plus évident entre l'alcool et les blessures (**quoiqu'une plus grande sensibilisation ne se traduise pas nécessairement par un changement de comportement**); cependant, cela demeure toujours un problème. Selon les personnes interviewées, le public n'est que peu sensibilisé aux risques de blessures lorsqu'on conduit d'autres types de véhicules automobiles (VTT, etc.) en état d'ivresse.
- **Violence et blessures violentes :** Les gens sont plus susceptibles de blesser les autres intentionnellement ou d'être violents à leur endroit lorsqu'ils sont sous l'influence de l'alcool<sup>4</sup>. Ainsi des études ont-elles associé la consommation d'alcool à la violence familiale<sup>5</sup>. De plus, la documentation donne à penser que l'alcool est également lié aux agressions sexuelles<sup>6</sup>. Les experts clés ont aussi souligné la relation entre alcool et violence : notamment les altercations dans les bars, la violence familiale, les agressions et les crimes violents, et les agressions sexuelles.
- **Alcool et chutes :** Les chutes sont la cause majeure des admissions pour blessures dans les hôpitaux de soins actifs du Canada<sup>7</sup>. La consommation aiguë d'alcool concourt au risque de chute involontaire et augmente le risque d'au moins trois fois<sup>8</sup>. Certains experts clés ont relié l'alcool aux chutes chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Les personnes interviewées ont noté que les blessures subies lors d'une chute peuvent même être perçues comme une « médaille d'honneur », surtout parmi les adolescents et les jeunes adultes.

- **Alcool et suicide :** Le risque de suicide augmente sous l'influence de l'alcool, qu'il soit consommé de façon chronique ou aiguë<sup>9</sup>. L'impulsivité et l'agression sont fortement en cause dans les comportements suicidaires, et les personnes en état d'ivresse risquent davantage de faire une tentative de suicide à l'aide de moyens plus mortels<sup>10</sup>. Certains experts clés ont indiqué avoir constaté le lien entre alcool et suicide dans le cadre de leurs fonctions, et plusieurs ont admis la relation.
- **Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) :** Le syndrome d'alcoolisation fœtale qui était auparavant considéré comme un trouble lié à l'alcool est désormais perçu comme un traumatisme crânien évitable<sup>11</sup>. Il existe des preuves selon lesquelles les adultes atteints d'ETCAF courent aussi plus de risques de blessures<sup>12</sup>.
- **Polytoxicomanie et blessures :** La majorité des usagers du cannabis consomment la drogue en combinaison avec de l'alcool<sup>13</sup>, ce qui aggrave les dangers, les risques de blessures lorsqu'ils conduisent<sup>14</sup>. Quelques répondants ont aussi souligné que l'usage de drogues illicites de pair avec de l'alcool est en augmentation, surtout chez les jeunes.

## Alcool et blessures dans des groupes de populations et des régions géographiques particulières

- **Alcool et jeunesse :** La baisse des inhibitions et des aptitudes à prendre des décisions alliée au « manque d'expérience » des jeunes avec l'alcool leur fait courir un risque particulier quant aux blessures liées à l'alcool, y compris la violence, les collisions et les agressions sexuelles<sup>15</sup>.
- **Alcool et adultes âgés :** La consommation d'alcool peut aussi accroître le risque de blessures chez les gens plus âgés. Ceux-ci risquent davantage de tomber et ont des aptitudes moindres à la conduite automobile en raison de leur moins bonne vision et de leur temps de réaction moindre<sup>16</sup>.
- **Populations autochtones :** les Autochtones du Canada courent quatre fois plus de risques de traumatisme grave que la population non autochtone<sup>16</sup>. Certains attribuent ce taux accru de blessures à la consommation d'alcool<sup>17</sup>, quoique ce lien n'ait pas été prouvé de façon conclusive.
- **Comparaison entre les régions urbaines et rurales :** Les collectivités rurales ont des taux de consommation d'alcool plus élevés que celles des régions urbaines<sup>18</sup>. Des taux plus élevés de consommation d'alcool et de blessures chez les adolescents ont été constatés dans plus de régions rurales du Canada<sup>19</sup>.

## Connaissance du lien entre alcool et blessures

- **Sensibilisation dans le public :** La plupart des experts clés avaient l'impression que le lien entre alcool et blessures (autre que dans le cas de l'alcool au volant) n'était pas connu par le public, puisque les gens ne font pas le lien entre leur consommation d'alcool et la cause de leurs blessures.
- **Connaissance variable parmi les fournisseurs de soins de santé :** Les experts clés croyaient que le degré de sensibilisation à l'égard du lien entre alcool et blessures était élevé chez certains fournisseurs de soins de santé (ceux qui travaillent dans les salles d'urgence et sur le terrain auprès des toxicomanes). Cependant, d'autres fournisseurs de soins de santé semblent ne pas relier l'alcool aux blessures, sauf si la connexion est vraiment apparente. Il a été noté que certains fournisseurs de soins primaires peuvent ne pas poser de questions sur l'alcool et les blessures, en raison du stigmate qu'il y a à interroger les gens sur leur consommation d'alcool.

## Culture de la consommation d'alcool au Canada atlantique

- **Accepté et attendu socialement :** Les experts clés ont noté constamment que la consommation d'alcool est acceptée socialement dans tout le Canada atlantique. C'est la « norme culturelle » de boire de l'alcool lors de la plupart des occasions sociales et lors des activités récréatives, puisque l'alcool est souvent associé au plaisir, à la fête, à la socialisation et à la détente.
- **Patrimoine et secteurs d'activité :** Nombre de personnes interviewées ont associé la culture de la consommation d'alcool à l'héritage unique (écossais, irlandais, gaélique et celtique) du Canada atlantique. De plus, certaines des personnes interviewées ont souligné que la culture fondée sur l'industrie (pêcheries, exploitation minière, etc.) au Canada atlantique a contribué à la culture de l'alcool. Elles ont émis l'idée que la culture de l'alcool au Canada atlantique découle d'une mentalité « travailler dur, s'amuser fort », par laquelle les Canadiens de l'Atlantique ont traditionnellement gagné leur vie dans des secteurs exigeants et consommé de l'alcool pour récompenser « une dure journée de labeur ».

## Habitudes de consommation d'alcool au Canada atlantique

- **Consommation élevée ou excessive et surconsommation intentionnelle :** De nombreux experts clés ont décrit la surconsommation d'alcool dans les provinces de l'Atlantique. Parmi les populations plus jeunes, boire avec excès est la « norme ».

- **Normalisation de l'ivresse :** Certaines personnes interviewées ont signalé qu'atteindre un état d'ivresse (surtout chez les jeunes hommes) était souvent loué. L'ivresse n'est mal vue que lorsqu'elle est liée à des conséquences telles que des blessures, la violence et autres. Au Canada, les provinces de l'Atlantique affichent le taux le plus élevé de personnes qui consomment au moins cinq boissons alcoolisées en une seule occasion et, comparativement à la moyenne nationale, un fort pourcentage des Canadiens de l'Atlantique ont des habitudes de consommation d'alcool jugées à risque élevé (d'après le test AUDIT)<sup>20</sup>.

## Influences et raisons pour consommer de l'alcool

- **Sociales :** Les personnes interviewées ont souligné les raisons sociales de la consommation d'alcool, notamment lors des rencontres sociales (fêtes, etc.), et qu'il est consommé pour cadrer avec les normes et attentes sociales entourant la consommation d'alcool.
- **Émotionnelles :** Les personnes interviewées croyaient que l'alcool est consommé pour soulager le stress et l'anxiété, et y faire face, pour rehausser la confiance dans des situations sociales et pour composer avec les stress de la vie liés aux déterminants de la santé.
- **Environnementales :** Les personnes interviewées pensaient que la publicité sur l'alcool avait une incidence non seulement sur le genre d'alcool consommé, mais aussi sur les habitudes et la normalisation de sa consommation (elle façonne les associations alcool et mode de vie). Certaines d'entre elles croyaient que la consommation d'alcool est influencée par les parents et leur relation avec l'alcool. Une autre croyance aussi est que le fait de vivre en région rurale plutôt qu'en région urbaine peut ne pas avoir d'influence sur la quantité d'alcool consommée ou sur les raisons pour consommer (les bars des régions urbaines comparativement aux fêtes à domicile et aux activités récréatives à l'extérieur dans les régions rurales).
- **Tendances démographiques<sup>21, 22</sup> :** Les hommes tendent à boire plus souvent et à consommer de plus grandes quantités en une seule occasion. L'âge de la première consommation d'alcool a continuellement décliné vers un âge plus jeune, et les buveurs plus jeunes tendent à consommer de plus grandes quantités d'alcool en une seule occasion (c.-à-d. consommation excessive).
- **Prix et achat<sup>21, 22</sup> :** Plus du tiers des buveurs à risque élevé ont acheté de l'alcool en solde au magasin d'alcool comparativement à environ un cinquième des buveurs à risque faible. De plus, les rabais offerts à « l'heure de l'apéro » tendent à attirer les buveurs plus jeunes, et ceux de 19 à 24 ans sont plus enclins à profiter des prix réduits des boissons alcoolisées que ceux de n'importe quelle autre tranche d'âge.

- **Raisons pour consommer<sup>21,22</sup>**: La principale raison invoquée par les buveurs pour consommer de l'alcool a été la socialisation. D'autres réponses communes comprenaient le plaisir de goûter, la fête et la détente. La consommation et la surconsommation par les jeunes femmes (de 19 à 29 ans) se sont produites plus souvent en réaction à des situations émotionnelles ou pour abaisser les inhibitions. Pour les 19 à 29 ans, l'ivresse est un dénouement planifié.

## Travaux en cours au Canada atlantique pour aborder le problème de l'alcool et des blessures

- Au Canada atlantique actuellement, des exemples de travaux en cours sont l'application (p. ex., vérifications d'identité, points de surveillance policière, tolérance zéro pour les conducteurs ayant un permis gradué, programmes d'antidémarrage), les activités sans alcool (activités récréatives pour les jeunes dans un environnement sans alcool, semaine d'orientation universitaire offrant des activités non fondées sur l'alcool, etc.), éducation et sensibilisation (programme P.A.R.T.Y., marketing social, allocutions de conférenciers dans les écoles, etc.); dépistage (questionnaire CAGE administré dans la salle d'urgence) et les stratégies provinciales pour aborder les méfaits liés à l'alcool et autres.

## Suggestions pour aborder la question de l'alcool et des blessures

La section suivante présente un résumé des **suggestions d'experts clés** sur ce qu'il faudrait pour aborder l'alcool et les blessures. Il y avait d'importants chevauchements et compléments entre les recommandations proposées par les experts clés et les conclusions publiées dans la documentation.

- **Traiter l'alcool comme une drogue**: Plusieurs experts clés ont indiqué que le public ne perçoit pas l'alcool comme une drogue ni ne le traite comme tel et qu'il faudra davantage de travail pour sensibiliser le public à considérer l'alcool comme une drogue et à voir les méfaits associés à l'abus de cette drogue.
- **Sensibilisation**: De nombreux experts clés pensaient qu'il était nécessaire d'améliorer la sensibilisation à l'égard du lien entre alcool et blessures, particulièrement au sujet de l'alcool au volant d'autres véhicules motorisés et récréatifs.

- **Dépistage, traitement bref et amélioration du programme éducatif**: D'après certains experts clés, les fournisseurs de soins primaires pourraient jouer un plus grand rôle à l'égard de l'alcool et des blessures grâce à un engagement dans le dépistage, les traitements brefs et les techniques d'entretien motivationnelle.
- **Publicité**: Il existe une corrélation entre l'exposition à la publicité sur l'alcool et le début de la consommation d'alcool chez les jeunes qui ne boivent pas, une corrélation entre l'exposition à la publicité sur l'alcool et des niveaux de consommation accrus chez les jeunes qui boivent déjà et une évidence d'une relation avec la dose pour ce qui concerne l'effet de l'exposition à la publicité<sup>23</sup>. La majorité des experts clés pensaient que la publicité sur l'alcool devrait être fortement réglementée, et certains ont même suggéré une interdiction analogue à celle imposée aux produits du tabac.
- **Densité des points de vente d'alcool**: Les taux de consommation d'alcool ou la prévalence de problèmes liés à la consommation d'alcool sont plus élevés dans les secteurs ayant une plus forte densité de débits de boisson (points de vente d'alcool au détail, bars, etc.)<sup>24</sup>. Quelques-unes des personnes interviewées pensaient que des changements à la densité des points de vente d'alcool aideraient à diminuer les blessures liées à l'alcool. Les experts clés ont décrit la densité extrêmement élevée des points de vente d'alcool dans les régions urbaines du Canada atlantique qui, selon eux, facilite l'accès à l'alcool, surtout pour les jeunes et les étudiants universitaires.
- **Heures d'ouverture**: l'accès à l'alcool par la prolongation des heures d'ouverture des magasins d'alcool au détail peut avoir des corrélations avec une consommation plus forte et des méfaits ou blessures plus élevés<sup>27</sup>. Des experts clés pensaient que des modifications aux heures d'exploitation pour réduire la disponibilité de l'alcool n'auraient pas d'effet majeur sur la consommation, puisque les gens adapteraient leurs habitudes de consommation aux heures où l'alcool est accessible.
- **Prix**: Il y a de fortes indications quant à l'efficacité des taxes sur l'alcool vis-à-vis des jeunes et des méfaits provoqués par l'alcool<sup>25</sup>. Certaines personnes interviewées, convaincues que le désir des gens de boire et de surconsommer éclipserait toute majoration de prix, pensaient qu'elles auraient peu d'influence. D'autres, toutefois, pensaient que des changements auraient certaines répercussions, en particulier à l'échelle des bars.

- **Âge légal minimum pour boire** : L'augmentation de l'âge minimum légal pour boire pourrait avoir une influence sur l'alcool et les blessures. For exemple, la modification de l'âge permis pour consommer de l'alcool aurait des répercussions sur les accidents de la circulation chez les jeunes<sup>26</sup>. La majorité des experts clés consultés s'entendent sur le fait que changer l'âge minimum légal pour boire aurait peu d'effet sur la consommation d'alcool, pas plus que sur la question de l'alcool et des blessures chez les jeunes.
- **Responsabilité** : D'après des personnes interviewées, la mise en place de mesures exécutoires plus contraignantes, comme la responsabilité accrue de l'hôte privé, pourrait être efficace pour remédier à la surconsommation d'alcool et à ses méfaits connexes.

## Recommandations trouvées dans la documentation pour aborder l'alcool et les blessures

L'examen de la documentation a révélé que plusieurs provinces ont publié des pratiques exemplaires ou des pratiques recommandées fondées sur des données probantes pour traiter des questions de l'alcool et des blessures. Cette section présente un résumé de ces recommandations.

### Prix/Taxes

- Une *majoration des prix* pour mettre un frein à la surconsommation et des taux de taxation différentiels pour des formes d'alcool qui donnent particulièrement lieu à des abus<sup>27,28,29,30</sup>.

### Limitations d'accès

- Des restrictions sur les *heures et les jours de vente*, ainsi que la densité des points de vente d'alcool pour limiter l'accessibilité de l'alcool au public<sup>27,29,31,32</sup>.
- Hausser l'*âge minimum légal* pour acheter de l'alcool<sup>27,30</sup>.

### Publicité

- *Interdictions* partielles ou totales de la *publicité sur l'alcool* et autres formes de promotion de l'alcool<sup>28</sup>.

### Limites et lignes directrices pour le taux d'alcoolémie

- Application plus sévère de la loi et *diminution du taux d'alcoolémie* lors de la conduite avec les facultés affaiblies<sup>27,28,29,30,33</sup>.
- Élaborer et promouvoir des *lignes directrices nationales en matière de consommation d'alcool* en vue de favoriser une culture de la modération<sup>31</sup>.

### Intervention brève, formation et accès aux traitements

- Renforcer l'*intérêt global envers la prévention et l'intervention précoce*; confier le dépistage des problèmes avec l'alcool à des « professionnels aidants » qui encouragent des attitudes impartiales<sup>29,31</sup>.
- Renforcer le *programme de cours sur l'alcool* dans les études de premier cycle et des cycles supérieurs, ainsi que dans les programmes de perfectionnement professionnel<sup>31</sup>.
- Investissement plus grand dans les *interventions brèves* et le développement d'outils d'intervention brève<sup>27,28,30,31</sup>.
- Assurer un financement permanent adéquat, une formation de qualité et l'accréditation pour les services spécialisés en toxicomanies.
- *Accès accru aux services de toxicomanies* (surtout dans les régions isolées, rurales et éloignées du Canada et pour les populations fragiles)<sup>31</sup>.

### Contrôles et application de la loi

- Mettre en œuvre et appuyer les programmes et projets d'*antidémarrageurs éthylométriques*<sup>28,31,33</sup>.
- Mettre en œuvre et appuyer les *tests d'ivressomètre aléatoires et les points de surveillance de la sobriété*, et rappeler au public l'utilité de ses points de surveillance<sup>27,29,31,33</sup>.
- Mettre en œuvre et appuyer les *suspensions de permis administratives*, ainsi que les permis de conduire gradués et la tolérance zéro pour les conducteurs débutants<sup>27,30,33</sup>.
- L'application des *règlements relatifs au service* et des règlements destinés aux fournisseurs commerciaux qui vendent aux mineurs et ne tiennent pas compte d'autres restrictions peut être efficace si le système peut suspendre ou révoquer un permis<sup>27,29</sup>.

- Accroître la *responsabilité légale* du personnel et des propriétaires de bars pour les gestes posés par les personnes qu'ils servent et imposer des pénalités claires aux contrevenants<sup>27,29</sup>.

### **Éducation et sensibilisation**

- La priorité devrait être accordée à l'*éducation du public* quant aux fortes raisons d'être des politiques en matière d'alcool<sup>31,32,33</sup>.
- Encourager l'utilisation des programmes et initiatives *Safer Bars*<sup>29,30,33</sup>.
- *Les ressources éducatives* devraient donner de l'information factuelle et favoriser un échange cohérent au lieu d'une communication à sens unique, afin de faciliter des actions saines<sup>34</sup>.

### **Changer la culture de la consommation nocive d'alcool**

- Élaborer, soutenir et promouvoir les interventions en ayant recours à des pratiques exemplaires dans les *techniques de marketing social*<sup>29</sup>.
- *Normaliser la recherche d'aide*, notamment en supprimant les obstacles culturels qui empêchent les gens d'accéder à des programmes et services d'aide en matière d'abus d'alcool et d'alcoolodépendance<sup>34</sup>.
- *Dénormaliser la consommation d'alcool avant l'âge légal pour boire* en modifiant les perceptions à ce sujet de façon que cette consommation ne soit plus considérée comme « normale » ni comme un rite de passage chez les adolescents<sup>34</sup>.
- *Dénormaliser la consommation excessive* et la consommation jusqu'à l'ivresse de manière qu'elles ne soient plus acceptables socialement<sup>34</sup>.
- Changer la perception sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) de manière à en faire une *responsabilité collective* plutôt qu'une question de « femmes » ou « d'autochtones »<sup>34</sup>.
- La politique sur l'alcool doit *équibrer* les intérêts de la protection de la santé, de la prévention des méfaits, des avantages de la modération pour la santé et de l'économie<sup>34</sup>.
- Encourager les *activités locales sans alcool*; par exemple, activités étudiantes sûres, fêtes municipales du Nouvel An qui n'impliquent pas la vente ou la consommation d'alcool<sup>29</sup>.

### **Autres**

- Les débits de boisson *appartenant au gouvernement* (monopoles, c.-à-d. systèmes de monopoles extérieurs) peuvent limiter la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool<sup>27</sup>.
- Influencer les *priorités relatives à l'alcool* des gouvernements fédéral et provinciaux de façon à inscrire les blessures liées à l'alcool au programme<sup>29,35</sup>.

## **Recommandations fondées sur des données probantes pour réduire le fardeau des blessures liées à la consommation d'alcool au Canada atlantique**

Sur la base des résultats de cette analyse contextuelle approfondie incluant l'examen de la documentation et les entrevues d'experts clés, nous proposons les recommandations suivantes solidement étayées pour aborder et diminuer les blessures liées à l'alcool au Canada atlantique. La mise en œuvre de recommandations individuelles sera plus efficace si elle est entreprise dans une approche globale de la santé de la population.

### **Restreindre la publicité**

L'analyse contextuelle indique que la publicité contribue à la sorte d'alcool consommée, aux profils d'utilisation et à la normalisation de sa consommation et de sa surconsommation.

- Promouvoir des *restrictions* sévères pour la publicité sur l'alcool, y compris la publicité écrite, à la radio, à la télévision et en ligne, en particulier celle pouvant atteindre les enfants et les jeunes.
- Promouvoir un examen des méthodes de publicité sur l'alcool dans chacune des provinces canadiennes de l'Atlantique, en insistant surtout sur *l'exposition des enfants et des jeunes à la publicité*.
- Préconiser que les sociétés des alcools soient les seules responsables de la vente d'alcool aux citoyens et que les responsabilités sociales et de prévention relèvent des *responsables de la santé publique*.
- Surveiller et assurer l'*application* des lois provinciales sur la réglementation de l'alcool relativement à la publicité sur l'alcool, ainsi que d'autres politiques et lignes directrices (p. ex. lignes directrices du CRTC).

- Promouvoir un *organisme non gouvernemental* « externe » pour réglementer la commercialisation et la publicité sur l'alcool contrairement au système actuel d'autoréglementation des sociétés des alcools.

### Réduire l'accès à l'alcool

Les changements à l'échelle des politiques liées à l'accès et la disponibilité sont quelques-unes des mesures les plus efficaces pour transformer la culture de la consommation d'alcool et ses méfaits associés.

- Appuyer et promouvoir des restrictions pour la *densité des points de vente d'alcool et des bars*. De telles restrictions sont particulièrement nécessaires dans les zones proches des écoles.
- Appuyer le maintien de l'*âge légal minimum pour boire* et les efforts d'application (Check 25, formation des serveurs, points de surveillance de la sobriété, etc.).
- Promouvoir la réglementation des *jours ou des heures d'ouverture* des débits de boisson au détail et des bars.
- S'assurer que tous les bars et brasseries fournissent une *formation sur l'alcool aux serveurs* incluant des vérifications de l'âge légal, le refus de servir de la boisson, les méthodes de service, etc.
- Appuyer la mise en œuvre du programme *Safer Bars* et d'autres *approches novatrices pour la réduction des méfaits* (verres en plastique plutôt qu'en verre, etc.).
- Prévoir, implanter et appuyer des *activités sans alcool* (soirées des finissants sûres, centres ou maisons des jeunes, des semaines d'orientation plutôt que des « semaines de bizutage » axées sur la consommation d'alcool, etc.).
- Travailler à renforcer le *soutien du gouvernement et des politiciens*, et appuyer les changements des politiques relatives à l'accès et la disponibilité de l'alcool.
- Faciliter et soutenir les partenariats, la collaboration et les liens entre les professionnels en soins de santé communautaire, les fournisseurs de soins de santé primaire, les ministères de la Santé et de la Promotion de la santé et du bien-être et les organismes à but non lucratif (Les mères contre l'alcool au volant [MADD], etc.) pour *coordonner les efforts* destinés réduire l'accès et la disponibilité de l'alcool.

- Promouvoir la *tolérance zéro* dans les lignes directrices du permis gradué.
- Étudier l'évidence d'une *responsabilité civile de l'hôte* plus sévère relativement à l'alcool et ses méfaits associés.

### Majoration du prix

- Appuyer des prix minimaux pour les boissons alcoolisées dans les bars et les pubs, ainsi que des restrictions sur les boissons à prix réduit (p. ex. prix réduits lors des « 5 à 7 »).
- Appuyer la *réglementation des prix* dans les débits de boisson au détail.

### Créer le soutien au changement

La documentation a montré que les campagnes de marketing social peuvent être efficaces pour appuyer les recommandations suggérées ci-dessus et contribuer à un changement culturel global sur la manière dont l'alcool est consommé et comment son usage est perçu par le public. Alors que les experts clés pensaient aussi que le marketing social (voir définition dans l'encadré) était une composante clé pour diminuer les blessures liées à l'alcool, il est ressorti que le marketing social était souvent considéré comme étant avant tout une stratégie de sensibilisation et d'éducation plutôt que comme une stratégie globale de changement du comportement. Par conséquent, nous recommandons ce qui suit.

Le **marketing social** est une stratégie de modification des comportements axée sur la compréhension, du point de vue du public cible, des raisons pour lesquelles les gens se comportent d'une certaine manière. Il concerne la compréhension des influences sociales, culturelles et environnementales sur le comportement. Il porte sur l'élaboration d'approches exhaustives pour contrer ces influences, y compris des politiques publiques saines, des milieux favorables et, parfois, le recours à des campagnes de communication et de sensibilisation. Le marketing social va bien au-delà de la sensibilisation et de l'éducation.

- Utiliser les techniques de marketing social pour renforcer le soutien public à la modification des politiques sur l'alcool.
- Utiliser les techniques de marketing social pour dénormaliser la *consommation excessive, la consommation jusqu'à l'ivresse et la consommation avant l'âge légal* jusqu'à ce que ces pratiques ne soient plus socialement acceptables.

- Utiliser les techniques de marketing social *pour normaliser la recherche d'aide*, notamment en supprimant les obstacles culturels qui empêchent les gens d'accéder à des programmes et des services d'aide en matière d'abus d'alcool, de consommation excessive et d'alcoolodépendance.
- Évaluer la capacité actuelle des intervenants à comprendre ce que sont le marketing social et les pratiques exemplaires pour réduire les méfaits liés à l'alcool et voir, au besoin, à ce qu'ils acquièrent cette capacité.

### **Fournisseurs de soins de santé**

Les fournisseurs de soins de santé sont dans une position idéale pour aborder l'alcool et les blessures; cependant, ils ne peuvent pas assurer une intervention précoce en raison de la normalisation de l'alcool et de la gêne à aborder ce problème avec leurs clients et leurs patients.

- Appuyer la *formation des professionnels en soins de santé* par la formation en traitement bref et des façons de boire plus sûres (pour ceux encore aux études, en améliorant le programme d'études et pour ceux qui exercent, par le perfectionnement professionnel).

## **Conclusion**

---

Au Canada atlantique, la culture propre à la consommation d'alcool s'est traduite par des profils dangereux d'utilisation et des tendances inquiétantes de blessures liées à l'alcool. Si les tendances dans la consommation d'alcool dans la région de l'Atlantique sont en partie liées à l'héritage et à l'industrie, elles sont aussi influencées par les tactiques des sociétés d'alcool et des distributeurs, y compris les stratégies de publicité, l'établissement des prix et la densité des points de vente d'alcool. Tous ces facteurs s'associent pour créer une culture, où la surconsommation et l'ivresse sont la norme, et exposent les individus et les collectivités à une variété de méfaits liés aux blessures.

Même si les habitudes de consommation d'alcool sont couramment la norme au Canada atlantique, il est possible de dénormaliser la surconsommation en combinant des stratégies de pratiques exemplaires. Le présent rapport et ses recommandations ont pour but d'inviter les gouvernements du Canada atlantique à travailler en partenariat avec des organismes non gouvernementaux pour créer une culture de consommation d'alcool plus sûre dans la région. Il incombe à ces intervenants d'équilibrer le besoin de production de recettes avec les meilleurs intérêts de la santé publique.

### **Références (Résumé)**

- 1 Sauve-qui-pense, 2009.
- 2 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2005.
- 3 Landen et coll., 1999; Hall et coll., 2009; Sibley & Tallon, 2002; Chochinov, 1998.
- 4 AADAC, 2003.
- 5 Organisation mondiale de la Santé (OMS), n.d.
- 6 Abbey, 2001.
- 7 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2002.
- 8 Kool et coll., 2009.
- 9 Borges et coll., 2003.
- 10 Bolton et coll., 2006.
- 11 Colombie-Britannique, Ministry of Children and Family Development, 2009.
- 12 USDHHS, 2009.
- 13 Pape, 2009.
- 14 CAMH, n.d.
- 15 Australian National Alcohol Strategy, 2003.
- 16 Karmali et coll., 2005.
- 17 Blackmer, M. et Marshall, S.C., 1999.
- 18 Canadian Ministerial Advisory Council on Rural Health, 2001.
- 19 Jiang et coll., 2008.
- 20 Enquête sur les toxicomanies au Canada, 2004.
- 21 « Culture of Alcohol Use in Nova Scotia ».
- 22 Schrans et coll., 2008.
- 23 Andreson, 2009.
- 24 Popova et al., 2009.
- 25 Anderson et Baumberg, 2006.
- 26 Evans, 2004.
- 27 Giesbrecht et coll., 2008.
- 28 Australian Government's National Drug Strategy.
- 29 Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures, Ontario.
- 30 Rehm et coll., 2008.
- 31 Stratégie nationale sur l'alcool, 2007.
- 32 Shults et coll., 2009.
- 33 Nouvelle-Écosse, ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (NSHPP), 2008.
- 34 Stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool.



# I

Introduction

## Contexte et portée

---

La Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB) est une organisation non gouvernementale, qui se consacre à la réduction du fardeau des blessures au Canada atlantique. Elle a pour objectif de faciliter la coordination des activités de prévention des blessures dans la région grâce à une démarche axée principalement sur l'élaboration et la promotion des politiques, la recherche et la surveillance, ainsi que la programmation et l'évaluation. À la lumière des recherches effectuées dans d'autres provinces et des renseignements non scientifiques recueillis au Canada atlantique, la CAPB se préoccupe du fardeau que les blessures liées à l'alcool imposent à la société. Dans sa démarche, la CAPB cherche à accumuler des connaissances en ce qui a trait à l'incidence de l'alcool sur les blessures au Canada atlantique, ainsi qu'à la culture régionale unique de la consommation d'alcool.

La CAPB mène actuellement une analyse contextuelle détaillée comprenant un examen de la documentation des revues évaluées par des pairs et de la littérature grise, ainsi que des entrevues d'experts clés réalisées avec des intervenants de tout le Canada atlantique. Le but de l'analyse contextuelle est d'élaborer des recommandations étayées par des données probantes aux fins de diminuer le nombre des blessures liées à l'alcool au Canada atlantique. Les objectifs particuliers de ce projet sont les suivants :

- examiner la relation entre l'alcool et les blessures au Canada atlantique;
- explorer la culture unique de la consommation d'alcool au Canada atlantique et son impact sur les blessures;
- informer de cet impact les praticiens, les intervenants et les décideurs œuvrant dans le domaine de la prévention des blessures;
- élaborer des recommandations étayées par des données probantes en vue de réduire le fardeau des blessures liées à la consommation d'alcool au Canada atlantique.

Le présent rapport contient les résultats de l'analyse contextuelle complète.

## Méthodologie

---

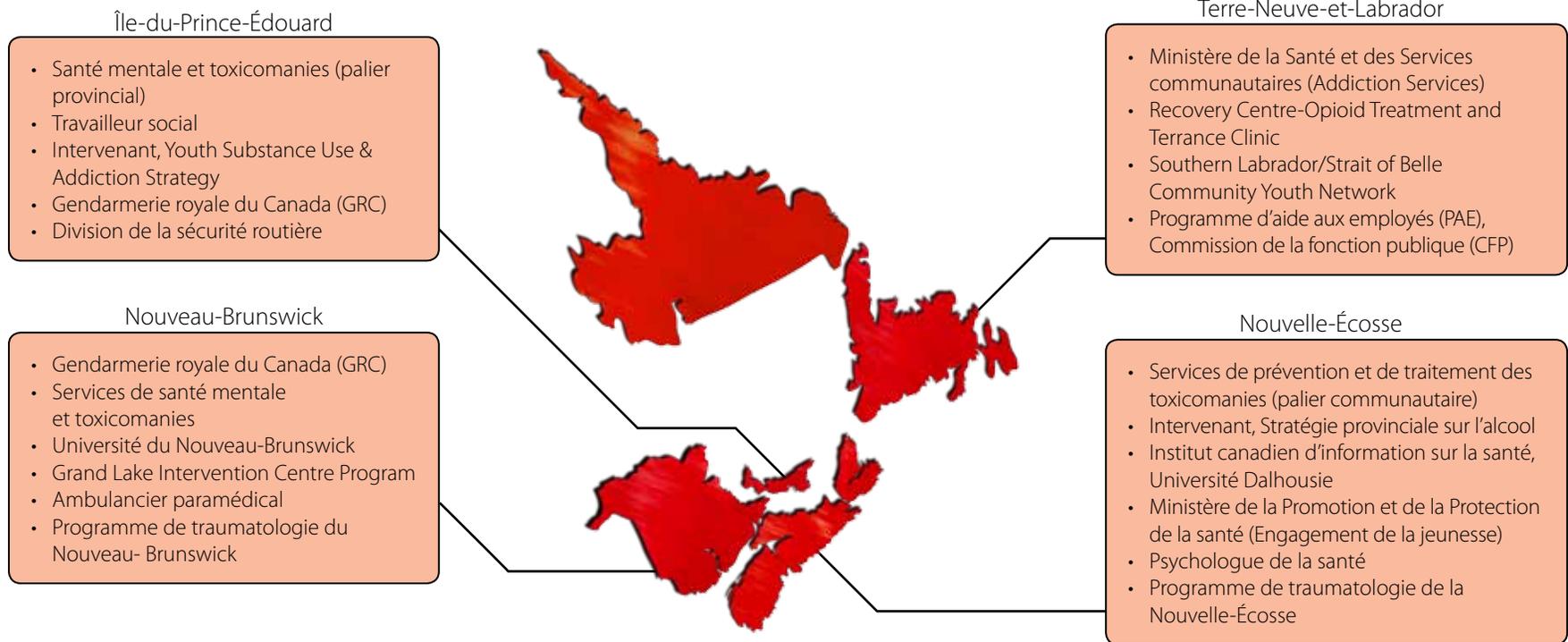
La section suivante présente la méthodologie utilisée pour effectuer l'analyse contextuelle sur l'alcool et les blessures, notamment les méthodes qui ont servi pour l'examen de la documentation, ainsi que la collecte des données et l'analyse des entrevues d'experts clés. De plus, elle comprend une description de la véracité des conclusions.

### Examen de la documentation

L'examen de la documentation comportait une recherche, un examen et une synthèse de la littérature didactique (revues évaluées par des pairs). Les bases de données qui ont été consultées aux fins de cet examen comprennent les suivantes : Prowler, PubMed, Science Direct, CINAHL, Cochrane Library, Academic Search Elite, EBSCO et Proquest. De plus, des recherches individuelles ont été effectuées dans des revues importantes (*Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, CINAHL, etc.). Une recherche portant sur la littérature grise a également été menée afin de trouver des rapports cruciaux comme des documents gouvernementaux et de la documentation régionale relativement au sujet de la recherche, ainsi qu'un examen des listes de références que renferment ces documents. L'étendue de la recherche se limitait à la documentation « récente » (c.-à-d. publiée depuis 1998). Le rapport présente aussi en annexe une liste complète des références. Enfin, divers intervenants ont fourni des rapports et des documents internes (qui ne sont pas offerts sur Internet); ces derniers ont été examinés, puis inclus le cas échéant.

### Entrevues d'experts clés

Dans la période allant de septembre 2009 à janvier 2010, des entrevues téléphoniques ont été réalisées avec des experts clés de toutes les régions du Canada atlantique. Ces derniers avaient été choisis de manière à obtenir une représentation multisectorielle et des perspectives diversifiées. Ils comprenaient entre autres ceux qui sont mentionnés dans le tableau suivant.



La collecte des données a été effectuée par des conseillers en recherche chevronnés de Research Power Inc. Ensuite, un chercheur principal a analysé les renseignements provenant des entrevues, puis il les a compilés pour les intégrer au rapport final. Chaque entrevue a duré de 30 à 45 minutes approximativement et a été enregistrée (audio) avec la permission des personnes interviewées, et un compte rendu exhaustif a été rédigé. En collaboration avec la CAPB, les conseillers en recherche ont élaboré également un guide d'entrevue, afin de faciliter les discussions au cours des entrevues. Une copie de ce guide d'entrevue est présentée à l'annexe A. Après que les données ont été transcrites, elles ont été codées : c'est-à-dire qu'elles ont été divisées en tranches significatives, reliées aux catégories et aux thèmes émergents. Le codage a été réalisé au moyen du logiciel qualitatif NVivo (version 7), qui est utilisé fréquemment dans la recherche qualitative en santé. Des sous-thèmes, mettant en valeur les données de façons différentes que le font les principaux codes ou thèmes, ont été créés au besoin et joints aux thèmes principaux.

La véracité des conclusions a été garantie par l'usage de plusieurs méthodes, dont les suivantes :

- codage et analyses des données indépendants et systématiques;
- utilisation de citations directes des entrevues, avec la collaboration d'experts clés pour justifier les conclusions;
- révision par les pairs et débriefage entre les conseillers de recherche menant les analyses.

Les méthodes qualitatives, y compris les entrevues, sont de nature exploratoire et procurent donc de précieuses idées très riches sur les opinions et les sentiments des gens, mais elles ne se prêtent pas à la généralisation ni à la quantification. Les citations mot à mot des experts clés sont utilisées pour illustrer des conclusions. Deux ou trois citations ont été choisies pour chaque thème en vue de les intégrer au rapport. Le nombre de citations insérées dans ce rapport **ne fait pas écho à la force des réponses pour un thème donné**, mais les citations ont plutôt été sélectionnées parce qu'elles représentent le mieux le thème global qui est abordé. **La force des réponses est reflétée par l'ordre dans lequel les thèmes sont présentés**, ainsi que par les descripteurs du nombre de répondants qui ont parlé de thèmes particuliers (p. ex. « beaucoup », « certains », « quelques-uns »).



# III

Résultats

## Préambule et considérations

Le présent rapport a pour objet de présenter les résultats d'une analyse contextuelle en vue de renseigner et d'élaborer des recommandations générales fondées sur des données probantes dans le but ultime de réduire les blessures liées à l'alcool au Canada atlantique. Ce rapport n'a pas pour objectif de faire des recommandations pour des blessures précises, mais vise à servir de ressource de sensibilisation au problème de l'alcool et des blessures au Canada atlantique. Il se veut aussi un appel à l'action pour aborder cette question en tant que responsabilité collective, ce qui exigera la collaboration de divers intervenants, secteurs et collectivités. Les résultats découlent d'un examen exhaustif de la documentation et d'entrevues réalisées auprès de 21 experts clés dans le cadre du temps et des ressources disponibles.

### Présentation du rapport

Les résultats de cette analyse contextuelle sont organisés et présentés comme suit :

- Le fardeau des blessures
- Le lien entre alcool et blessures
- La culture de l'alcool au Canada atlantique
- Travaux en cours pour aborder l'alcool et les blessures au Canada atlantique
- Changements dans les politiques et éléments probants des pratiques exemplaires pour aborder l'alcool et les blessures

Pour chaque section, chacun des résultats de l'examen de la documentation et des entrevues avec les experts clés est présenté, le cas échéant. La « source » de l'information (c.-à-d. entrevue ou documentation) pour chaque thème est indiquée dans la marge gauche de la page. Dans la majorité des cas, la documentation est présentée en premier suivie des données d'entrevues pour appuyer ou compléter les résultats de l'analyse documentaire.

## Le fardeau des blessures

La section qui suit présente un aperçu de la documentation relative au fardeau des blessures, incluant les conséquences économiques, la mortalité et la morbidité, ainsi qu'un résumé de quelques-uns des travaux en cours au Canada atlantique pour prévenir les blessures. Le fardeau des blessures n'ayant pas été couvert dans les entrevues (qui ont porté particulièrement sur le lien entre alcool et blessures), cette section ne comprend donc pas les résultats de l'examen de la documentation.

### Les conséquences économiques des blessures

Les blessures coûtent 19,8 milliards de dollars aux Canadiens et emportent 13 688 vies chaque année (Sauve-qui-pense, 2009). Le fardeau économique des blessures au Canada comprend les décès liés aux blessures, le traitement des personnes hospitalisées, le traitement des personnes non hospitalisées, l'invalidité partielle permanente et l'invalidité totale permanente. Dans l'ensemble, les blessures coûtent annuellement 10,72 milliards de dollars au Canada en coûts directs (dépenses en soins de santé liés aux blessures) et 9,06 milliards de dollars en coûts indirects (reliés à une baisse de la productivité par suite d'hospitalisation, d'invalidité et de décès prématurés) (Sauve-qui-pense, 2009).

Le tableau qui suit illustre le fardeau économique des blessures au Canada atlantique en particulier et comparativement à l'ensemble du Canada.

Tableau 1 : Coût des blessures au Canada atlantique, 2004 (Sauve-qui-pense, 2009)

Territoire	Fardeau économique (par habitant)	Coûts de santé (par habitant)	Nombre d'années de vie potentiellement perdues (par 100 000 habitants)
Nouveau-Brunswick	616 \$	379 \$	1 011,9
Terre-Neuve-et-Labrador	513 \$	334 \$	787,0
Nouvelle-Écosse	552 \$	343 \$	953,4
Île-du-Prince-Édouard	567 \$	328 \$	1 106,9
Canada	618 \$	337 \$	968,6

## Mortalité et morbidité liées aux blessures

Les blessures involontaires, y compris celles liées au transport, aux chutes, à la noyade, aux incendies ou aux brûlures, à l’empoisonnement et autres comptent pour 81 p. 100 des coûts liés aux blessures (Sauve-qui-pense, 2009). Le tableau suivant illustre les taux de mortalité et de morbidité au Canada atlantique.

Tableau 2 : Mortalité et morbidité liées aux blessures au Canada atlantique

Territoire	Décès par blessures	Hospitalisations pour blessures	Coût annuel total
Nouveau-Brunswick	358	6 060	463 millions \$
Terre-Neuve-et-Labrador	135	3 268	265 millions \$
Nouvelle-Écosse	43	5 518	518 millions \$
Île-du-Prince-Édouard	83	1 039	78 millions \$

## Travaux actuels pour aborder les blessures au Canada atlantique

Les quatre provinces de l’Atlantique se sont engagées dans la prévention et le contrôle des blessures, couvrant un large éventail de questions liées aux blessures et de groupes d’âge. La prévention des blessures est traitée par les divers ministères, en partenariat avec de nombreuses organisations non gouvernementales. Les quatre gouvernements provinciaux appuient et financent la CAPB. De plus, des coalitions provinciales en faveur de la prévention des blessures sont actives dans chacune des quatre provinces de l’Atlantique.

Les provinces ont adopté une approche exhaustive à l’égard de la prévention des blessures, comprenant des lois et des mesures d’application de la loi, des programmes et de la recherche. En 2004, la Nouvelle-Écosse est devenue la première province canadienne à se doter d’une stratégie en matière de prévention des blessures. À Terre-Neuve-et-Labrador, à l’Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick, la prévention des blessures est aussi une priorité stratégique.

Le Canada atlantique a été un chef de file dans la mise en œuvre de politiques en matière de prévention des blessures. Les lois concernant les harnais d’auto pour enfants dans les automobiles ont été étendues de manière à inclure des règlements sur les sièges d’appoint pour les groupes plus âgés dans les quatre provinces. De plus, des restrictions ont été imposées à l’utilisation des véhicules tout-terrain par les enfants dans toute la région. Trois des quatre provinces de l’Atlantique possèdent des lois concernant le port du casque de bicyclette pour tous les âges, et deux provinces interdisent l’utilisation des téléphones portatifs en conduisant.

## Le lien entre l’alcool et les blessures

La section qui suit présente les résultats de l’examen de la documentation et des entrevues portant sur le lien entre l’alcool et les blessures. Elle décrit les habitudes de consommation d’alcool et les liens avec les blessures, l’alcool et les catégories particulières de blessures, ainsi que l’alcool, les blessures et des groupes démographiques particuliers.

### Habitudes de consommation d’alcool et répercussions sur les risques et les taux de blessures

D’après l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2003), « l’influence de l’alcool dans les blessures a été démontrée dans de nombreuses études... les dernières tendances montrent une augmentation de la consommation d’alcool, les taux de blessures sont extrêmement élevés, et aucune politique adéquate en matière de santé publique n’a été mise en œuvre ».

Il a été noté que les dommages et les blessures associés à l’alcool ne se limitent pas aux buveurs excessifs réguliers, puisqu’une partie importante de l’ensemble de la population subit des maux aigus par suite d’une surconsommation occasionnelle (McLeod et coll., 1999). Le risque de blessure existe même en cas de taux d’alcoolémie relativement bas, et ce risque s’élève à mesure que la consommation d’alcool augmente (Australia National Alcohol Strategy, 2003). La prise d’alcool dans l’heure qui précède la blessure est associée à un risque accru de blessure conduisant à l’urgence de l’hôpital (Borges et coll., 2004). Le risque de blessure est multiplié par dix pour les gens qui consomment six boissons alcoolisées ou plus en six heures (Borges et coll., 2006). Ce risque est multiplié par trois après consommation de plus de 60 g d’alcool et par cinq après consommation de 90 g d’alcool ou plus (McLeod et coll., 1999).

Les blessures subies en état d’ébriété peuvent affecter la capacité des médecins à évaluer correctement les lésions :

- les troubles de l’élocution ou de la mémoire résultant de l’ivresse peuvent simuler les symptômes d’un traumatisme crânien;
- la perte d’équilibre du patient peut facilement être attribuée aux symptômes d’ivresse et peut masquer un traumatisme crânien réel.

(AADAC, 2003)

De surcroît, l'étendue des blessures augmente avec des taux d'alcoolémie plus élevés (le taux d'alcoolémie est une mesure commune de l'intoxication alcoolique à des fins légales ou médicales). Une relation importante existe entre des taux d'alcoolémie de 80 mg et le nombre de parties du corps blessées (MacDonald et coll., 2006). La gravité des blessures (p. ex. traumatisme crânien) augmente aussi avec des taux d'alcoolémie plus élevés (MacDonald et coll., 2006). Le volume d'alcool n'est pas la seule variable responsable de l'augmentation du risque de blessure. Une étude réalisée en 2006 par MacDonald et coll. a constaté que les blessures liées à l'alcool risquent davantage de survenir dans un restaurant ou

#### Que contient une boisson alcoolisée?



1 boisson standard (10 g)

- = canette de bière de 341 ml/12 oz (5 %)
- = verre de vin de 142 ml/5 oz (13 %)
- = 34 ml/1,5 oz de boisson forte (40 %)

un bar que n'importe où ailleurs. Cela donne à penser que les variables sociales et sociétales associées à l'alcool influencent également les taux de blessures. Une consommation moyenne globale plus élevée est associée à des taux plus hauts de blessures liées à l'alcool. Toutefois, dans les sociétés dotées de taux légaux d'alcoolémie plus élevés pendant la conduite automobile, le taux de

blessures liées à l'alcool reste néanmoins élevé (Cherpitel et coll., 2005).

## Alcool et catégories particulières de blessures

Cette section porte sur les liens entre l'alcool et des blessures particulières, y compris les blessures causées par des collisions, la violence, des chutes et le suicide. Les résultats ont été compilés à partir de la fois de la documentation et des entrevues.

### Alcool et accidents de la circulation

Les collisions de véhicules motorisés sont responsables de plus de la moitié des hospitalisations pour traumatisme grave au Canada (ICIS, 2005). Au cours d'une année moyenne au Canada, la conduite en état d'ébriété tue 1212 personnes, en blesse 71 532 et endommage 236 375 véhicules (ARES, 2009), ce qui coûte aux Canadiens de 1,9 à 11,28 milliards de dollars (ARES, 2009). D'après la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada (FRBR) 92 Canadiens de l'Atlantique ont été tués en 2007 dans un accident d'automobile mettant en cause un conducteur en état d'ivresse. Cela représente une hausse soutenue depuis 2004, que la FRBR attribue à un arrêt des progrès dans la lutte contre l'alcool au volant. Récemment, la FRBR (2009) et le ministère des Transports et du Renouvellement de l'infrastructure de la Nouvelle-Écosse (2007) ont fait les constatations suivantes.

### FRBR

- 15 % des Canadiens de l'Atlantique ont admis conduire après avoir consommé toute quantité d'alcool au cours des 30 derniers jours; une augmentation par rapport à l'année précédente (8,7 %).
- 4,4 % des Canadiens de l'Atlantique ont admis conduire lorsqu'ils pensaient avoir dépassé la limite légale.
- Le quart (25,6 %) des Canadiens de l'Atlantique connaissent un parent ou un ami proche qui a été la victime innocente d'une collision pour cause d'alcool au volant.
- 15,8 % des Canadiens de l'Atlantique ont indiqué connaître un parent ou ami qui conduisait en état d'ébriété et qui a provoqué une collision dont il était responsable.

L'alcool cause des déficiences physiologiques qui affaiblissent la capacité d'une personne à conduire un véhicule, notamment :

- capacité d'attention moindre;
- incapacité à repérer les objets en mouvement et à rester dans les voies;
- mouvements oculaires réduits;
- temps de réaction plus lent.

(NHTSA, 2009)

### Transport et Renouvellement de l'infrastructure

- 46 % des répondants mâles ont conduit dans les deux heures suivant la consommation d'alcool.
- Les conducteurs de 26 à 30 ans ont conduit en moyenne 22,4 fois dans les deux heures suivant la consommation d'alcool.
- La plupart des conducteurs (83 %) ont rapporté avoir bu une ou deux boissons alcoolisées la dernière fois qu'ils ont conduit dans les deux heures de la prise d'alcool.
- Parmi ceux qui ont conduit au-delà de la limite légale (26 %), la moyenne a été de 10,7 fois.

Plus de 30 p. 100 des collisions liées à l'alcool ont impliqué de jeunes Canadiens de moins de 25 ans (ICIS, 2005). La probabilité de décès pour un conducteur aux facultés affaiblies de moins de 25 ans est supérieure à celle de tout autre groupe d'âge. Parmi les personnes décédées d'un traumatisme résultant d'une collision et qui avaient un taux d'alcoolémie positif, 43 p. 100 avaient moins de 25 ans (ICIS, 2005). Le risque relatif d'un accident fatal pour les conducteurs canadiens de 19 ans était 12 fois plus élevé que celui des Américains de 19 ans (Sauve-qui-pense, 2009). L'organisme Sauve-qui-pense (2009) souligne que dans la plupart des provinces canadiennes l'âge légal pour boire est de 19 ans, alors qu'il est de 21 ans aux États-Unis.

Il est important de noter que les blessures et les accidents mortels liés à l'alcool ne se limitent pas aux véhicules circulant sur la voie publique. Des études montrent des liens entre un risque élevé de blessure et la conduite de motoneiges avec les facultés affaiblies (Landen et coll., 1999). Des liens ont aussi été établis entre la consommation d'alcool et les accidents de véhicules tout-terrain (VTT). Hall et coll. (2009) ont constaté que l'alcool était en cause chez 50 p. 100 des victimes d'accident de VTT et que, de ce nombre, 88 p. 100 affichaient des taux d'alcoolémie supérieurs à 0,08 p. 100. De même, une étude du Nova Scotia Trauma Registry a constaté que l'alcool était en cause dans près de 56 p. 100 de tous les incidents traumatiques de VTT (Sibley et Tallon, 2002). Ces blessures en VTT liées à l'alcool ont été signalées comme plus graves et entraînant des hospitalisations de plus longue durée. En outre, la consommation d'alcool accroît considérablement la probabilité de noyade lors d'activités aquatiques motorisées (La prévention des blessures, 2004). On estime aussi que l'alcool intervient dans près des deux tiers des noyades en bateau à moteur et bateau de plaisance au Canada (Chochinov, 1998).

Les experts clés, tout comme la documentation, ont uniformément fait le lien entre alcool et blessures (p. ex. accidents mortels, blessures virtuellement mortelles, amputations, invalidité, défigurements, etc.) résultant d'accidents de la route. Dans chacune des provinces de l'Atlantique, les experts clés croyaient que l'alcool au volant était le lien le plus évident entre alcool et blessures (**il est toutefois important de souligner qu'une plus grande sensibilisation ne se traduit pas nécessairement par un changement de comportement**). Cependant, malgré ce haut degré de sensibilisation du public, l'alcool au volant continue d'être un problème. De plus, les habitants des collectivités plus petites semblent plus réticents à avertir les autorités des cas d'alcool au volant par crainte d'attirer des problèmes à leurs amis ou aux membres de leur communauté.

“...[dans notre petite collectivité] l'alcool au volant est encore considéré comme une norme culturelle... La GRC nous dit continuellement de les appeler si nous savons qu'untel conduit lorsqu'il boit. La communauté a peur de le faire, car ce serait comme trahir nos amis.”

Les experts clés ont aussi exprimé des inquiétudes comparables autour de la consommation d'alcool et des blessures associées aux véhicules récréatifs, dont les VTT, les motoneiges et les bateaux. Ils ont fait remarquer que la sensibilisation du public à l'égard de l'alcool au volant ne s'étend pas souvent à ces autres véhicules. Plusieurs experts clés ont décrit la consommation d'alcool comme un élément inhérent à la culture de ces activités de loisir et, par conséquent, il est souvent jugé acceptable de boire tout en conduisant un véhicule récréatif. Quelques-unes des personnes interviewées ont aussi souligné le risque de blessures liées à l'alcool dans le cadre d'activités récréatives non motorisées (canotage, cyclisme, etc.).

“ On dirait que les gens semblent penser que, dès que vous montez dans un véhicule hors de la route (ou dans un bateau, voire dans un canot), il est normal de consommer de l'alcool puisque, selon la perception culturelle, vous êtes hors de la route, donc loin des yeux de la loi et du public... donc est-ce que quelques bières vont nuire à quelqu'un?... Ces [blessures liées à l'alcool] sont des blessures à vie qui vont coûter à la personne, à la famille et à la société pendant des années et des années.”

### **Violence et blessures avec violence**

Les gens sont plus susceptibles de blesser les autres intentionnellement ou d'être violents à leur endroit lorsqu'ils sont sous l'influence de l'alcool (AADAC, 2003). Les gens en état d'ébriété sont beaucoup plus susceptibles d'être impliqués dans des blessures avec violence que pour toute autre raison (c.-à-d. véhicule, chute, empoisonnement ou brûlures) (MacDonald et coll., 2006). Certains chercheurs sont allés jusqu'à conclure que l'alcool pourrait être directement relié à la violence (MacDonald et coll., 2005; Rehm et coll., 2003). Ainsi MacDonald et coll. (1999) ont-ils constaté que 42 p. 100 des personnes atteintes de blessures avec violence avaient un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg comparativement à seulement 4 p. 100 pour celles ayant subi des blessures non intentionnelles. D'autres exemples comprennent des recherches qui donnent à penser que l'alcool joue un rôle dans près de la moitié des agressions (Borges et coll., 2003). Il a été constaté que l'alcool peut servir de déclencheur à un comportement violent, surtout par les personnes prédisposées à la violence (Cook, 2007). En 2005, le Nova Scotia Trauma Registry a signalé un total de 56 agressions, dont 26 sous l'influence d'un taux d'alcoolémie élevé. Le Programme de traumatologie du Nouveau-Brunswick rapporte lui aussi que, d'avril 2008 à mars 2009, 504 patients ont été vus à l'Hôpital régional de Saint John pour cause d'agression et que 149 avaient une histoire documentée avec l'alcool (Coordonnateur de traumatologie, Nouveau-Brunswick, communication personnelle).

Bien que la consommation d'alcool et les taux de consommation diffèrent d'un pays à un autre, la relation entre la consommation d'alcool (alcoolémie supérieure à 80 mg) et la violence a été constatée partout au Canada, aux États-Unis, au

Mexique, en Australie, en Espagne et en Argentine (MacDonald et coll., 2005). Le ratio d'incidence approché (chances qu'un événement survienne) d'être blessé dans un bar s'échelonnait de 6,1 pour le Mexique à un ratio aussi élevé que 12,1 pour le Canada (MacDonald et coll., 2005).

Des études ont associé la consommation d'alcool à la violence familiale et la violence d'un partenaire intime<sup>1</sup> (OMS, n.d.). Les preuves donnent à penser que l'alcool accroît non seulement l'occurrence de la violence familiale, mais aussi sa gravité (OMS, n.d.). Les femmes dont le partenaire abusait de l'alcool étaient 3,6 fois plus à risque d'être agressées par ce partenaire que les autres femmes (Demetrios et coll., 1999). De plus, la documentation donne à penser que l'alcool est également lié aux agressions sexuelles. En 2002 aux États-Unis, plus de 70 000 étudiantes de 18 à 24 ans ont été victimes d'agression sexuelle liée à l'alcool (Hingson et coll., 2002). L'alcool est la substance la plus communément utilisée dans les agressions sexuelles facilitées par la drogue (LoVerso et coll., 2001). Aux États-Unis, la moitié au moins de toutes les agressions sexuelles mettent en cause la consommation d'alcool par l'agresseur, la victime ou les deux (Abbey, 2001).

Les experts clés ont aussi souligné la relation entre alcool et violence. Lors des entrevues, ils ont décrit une gamme de contextes dans lesquels l'alcool contribue à la violence, y compris les altercations dans les bars, la violence familiale et les agressions violentes. Quelques-uns ont signalé les liens entre l'alcool et les crimes violents tels que les vols qualifiés, les introductions par effraction et autres. Quelques répondants pensaient aussi que l'alcool était communément en cause dans les agressions sexuelles.

L'alcool augmente le risque de devenir violent et de souffrir de blessures violentes parce qu'il

- diminue les inhibitions, la maîtrise de soi et les impulsions;
- réduit la probabilité de penser aux conséquences;
- accroît l'agressivité;
- accroît la probabilité de se trouver dans des situations risquées, lorsqu'en état d'ébriété.

(AADAC, 2003; Australia National Alcohol Strategy, 2003)

« ... tout le monde réagit différemment sous l'influence des drogues et de l'alcool. ... vous allez vraiment voir tous les comportements se manifester chez les gens, la violence familiale, la violence à l'endroit de la conjointe, des enfants et même des agressions sur des tiers.

J'ai aussi vu des étudiantes blessées sexuellement. Nous avons eu des agressions sexuelles, des viols commis par des connaissances [mettant en cause l'alcool]. »

<sup>1</sup> Aussi appelée « violence au foyer », « violence contre l'épouse » ou « violence grave »; cela renvoie au fait que, pour de nombreuses femmes, elle survient dans le contexte du foyer. L'expression « violence par le partenaire intime » est utilisée pour accentuer le fait que cette violence est perpétrée par tout partenaire intime ou ancien partenaire, peu importe le statut juridique de la relation (OMS).

## Alcool et chutes

Les chutes sont la cause majeure des admissions pour blessures dans les hôpitaux de soins actifs du Canada. Elles représentent 54 p. 100 de toutes les hospitalisations pour cause de blessures et 76 p. 100 de tous les décès à l'hôpital parmi les personnes admises pour blessures (ICIS, 2002). En 2004, les chutes ont également été la cause première de blessures ayant entraîné des invalidités permanentes partielles et des invalidités permanentes totales. La même année, elles ont aussi été la principale cause des coûts globaux relatifs aux blessures au Canada, soit 6,2 milliards de dollars ou 31 p. 100 des coûts totaux (Sauve-qui-pense, 2009). Au cours de la période 2007-2008 au Canada atlantique, le taux normalisé moyen d'hospitalisation selon l'âge pour les aînés s'élevait à 14,25 par 1000 habitants (ICIS, 2010).

Dans une étude réalisée par Johnson et McGovern en 2004, la consommation d'alcool a été liée à la plus grande incidence de chutes entraînant des blessures craniofaciales. La gravité des blessures aux membres et à la tête est plus importante et a un lien direct avec le taux d'alcoolémie dans le sang. Récemment, Kool et coll. (2009) ont effectué une analyse systématique d'études épidémiologiques et ont conclu que la consommation aiguë d'alcool (dans les six heures de l'événement) concourt au risque de chute involontaire, entraînant des blessures graves chez les jeunes et les adultes d'âge moyen, et augmente le risque d'au moins trois fois. On estime que l'abstinence réduit le nombre de ces blessures de près de 20 p. 100 (Kool et coll., 2008).

Certains experts clés ont relié l'alcool aux chutes. Certains ont parlé de chutes dans des bars et des fêtes entraînant des blessures chez les jeunes et les adultes, ainsi que de chutes chez les aînés. Quelques-uns ont fait observer que, dans certains cas, les blessures subies par suite d'une chute peuvent être perçues positivement comme une indication du degré d'ivresse d'une personne et une « médaille d'honneur ».

« L'alcool étant devenu si normalisé, je pense que les blessures liées à l'alcool deviennent aussi la norme. Cela prend davantage l'allure d'une « histoire de guerre » ou d'une « histoire de héros » reflétant une médaille d'honneur... Quand les gens font une chute du trottoir après avoir surconsommé et qu'ils vont au travail ou à l'école le lendemain avec un plâtre, ils sont fiers d'être tombés parce qu'ils avaient trop bu. »

Corrélations entre la consommation d'alcool et les chutes, principalement dues à l'inhibition des réflexes protecteurs causée par l'alcool

- Les gens qui tombent quand ils ont les facultés affaiblies ne peuvent se retenir à l'aide de leurs mains et tendent donc à souffrir de blessures craniofaciales plus graves.

(Johnson et McGovern, 2004)

## **Alcool et suicide**

La documentation donne à penser que le risque de suicide augmente sous l'influence de l'alcool (Borges et coll., 2003). La présence d'alcool a été relevée dans pas moins de 56 p. 100 des suicides (Bilban et Skibin, 2005). La consommation chronique et la consommation aiguë d'alcool sont toutes deux associées à des comportements suicidaires. L'impulsivité et l'agression sont fortement en cause dans les comportements suicidaires et accroissent le risque de suicide chez les alcoolo-dépendants (Sher, 2006). Les personnes en état d'ivresse risquent davantage de faire une tentative de suicide à l'aide de moyens plus mortels et celles qui soignent leur anxiété avec de l'alcool sont plus susceptibles de tenter de se suicider (Bolton et coll., 2006). De plus, l'alcool peut être un facteur important de suicide chez les gens sans antécédent psychiatrique ou de maladie mentale (Sher, 2006).

L'alcool tend à être en cause dans un peu plus de cas de suicide chez les hommes que chez les femmes (OMS, 2002). Les taux des suicides réussis sont plus élevés dans les régions postales ayant un plus grand nombre de bars (Johnson et coll., 2009). Une étude réalisée en 2009 par le ministère de la Promotion et de la Protection de la Santé de la Nouvelle-Écosse a conclu que l'abus d'alcool (15,3 %) était le plus commun de tous les cas d'abus de substances impliquant des hospitalisations pour tentatives de suicide.

De plus, l'âge semble jouer un rôle dans l'association alcool et suicide. Une récente étude réalisée par Schilling et coll. (2009) a révélé qu'un marqueur du comportement suicidaire impulsif chez les adolescents sans idées suicidaires comprend le fait de boire de l'alcool lorsqu'ils sont « tristes » ou « abattus », ce qui entraîne un risque trois fois plus élevé de tentatives de suicide autosignalées chez les jeunes.

Certains experts clés ont indiqué avoir constaté le lien entre alcool et suicide dans le cadre de leurs fonctions (surtout ceux qui occupent des postes en soins de première ligne, en traumatologie ou de première intervention), et plusieurs ont admis la relation. Quelques-uns ont soupçonné que les menaces de suicide sont peut-être plus fréquentes lorsque les gens sont ivres.

“ Nous voyons plus de gens risquant de parler de suicide ou d'exprimer des désirs de mort lorsqu'ils sont ivres... [nous] les gardons jusqu'à ce qu'ils soient sobres et que nous puissions les évaluer.

Dans le cas du suicide, l'alcool est souvent un cofacteur... et souvent un contributeur... à long terme au point final des idées de suicide. ”

## **ETCAF**

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) comprend toute une gamme de préoccupations sanitaires, développementales, intellectuelles et sociales causées par l'exposition à l'alcool pendant la période prénatale. L'examen de la documentation donne à penser que le syndrome d'alcoolisation fœtale, qui était auparavant considéré comme étant un trouble lié à l'alcool, est désormais perçu comme un traumatisme crânien évitable (Ministry of Children and Family Development de la Colombie-Britannique, 2009). En outre, il existe des preuves indiquant que les adultes atteints d'ETCAF courent aussi plus de risques de blessures intentionnelles (USDHHS, 2009). Cela peut venir en partie de la réduction des inhibitions, de la prise de risques élevée et de la difficulté à comprendre les conséquences (FASD World, 2005).

## **Polytoxicomanie et blessures**

Pape et coll. (2009) ont constaté que la majorité des usagers du cannabis consomment la drogue en combinaison avec de l'alcool. Autrement dit, l'usage de cannabis est souvent un complément à l'alcool plutôt qu'un substitut. Mélanger marijuana et alcool est plus dangereux que consommer chaque substance séparément. La combinaison de petites quantités de marijuana avec de l'alcool aggrave les dangers et les risques de blessures comparativement à leur consommation séparée (CAMH, n.d.).

Quelques répondants ont aussi souligné que l'usage de drogues illicites de pair avec de l'alcool est en augmentation, surtout chez les jeunes.

“ [Le cannabis et l'alcool sont un problème] surtout chez les jeunes gens... qui pensent qu'il est correct de consommer du cannabis et de conduire. ”

## Alcool et blessures dans des groupes de population et des régions géographiques particulières

La présente section décrit l'association entre alcool et blessures dans des populations particulières, dont les jeunes, les personnes âgées et les Autochtones. Elle décrit aussi certaines différences géographiques en matière d'alcool et de blessures.

### Alcool et jeunesse

Les jeunes ne sont pas à l'abri des risques de blessures associés à l'alcool. La baisse des inhibitions et des aptitudes à prendre des décisions, alliée au « manque d'expérience » des jeunes avec l'alcool et les teneurs requises pour être ivre, leur font courir un risque particulier quant aux blessures liées à l'alcool, y compris la violence, les collisions et les agressions sexuelles (Australian National Alcohol Strategy, 2003).

L'âge moyen de la première consommation d'alcool chez les jeunes Canadiens de l'Atlantique est de 12,9 ans comparativement à la moyenne canadienne de 15,6 ans (Poulin et Elliot, 2007). Les jeunes de 10 à 24 ans représentent la proportion la plus élevée de gens admis dans un hôpital spécialisé en traumatologie pour des blessures liées à l'alcool (Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2007). Pour les provinces où l'âge légal pour consommer de l'alcool est de 19 ans, le taux de blessures graves liées à l'alcool parmi les jeunes était de 9 pour 100 000 et est resté presque inchangé pendant la période de trois ans. En revanche, les provinces où l'âge légal pour boire est de 18 ans ont affiché un taux de blessures graves dans ce groupe passant de 11 pour 100 000 à plus de 15 pour 100 000 en 2002–2003 (Insurance Canada, 2003). La recherche donne à penser que les jeunes qui commencent à consommer de l'alcool avant l'âge de 14 ans risquent trois fois plus d'être blessés lorsqu'ils boivent que ceux qui commencent à boire à 21 ans ou après (NIAAA, 2000).

« ... pour chaque année précédant l'âge de 21 ans au cours de laquelle le début de la consommation d'alcool est retardé, le risque de blessures plus tard dans la vie diminue. »

– Enoch Gordis, M.D., directeur,  
National Institute on Alcohol  
Abuse et Alcoholism

### Alcool et adultes plus âgés

Beaucoup d'attention a été portée à la recherche sur la consommation d'alcool chez les jeunes et les adultes. Toutefois, de nouvelles études donnent à penser que la consommation et la surconsommation d'alcool augmentent de plus en plus dans la population des aînés. Selon l'Enquête sur les toxicomanies au Canada, une personne sur cinq parmi les gens âgés de 65 ans et plus consomme de l'alcool plus de quatre jours par semaine. L'alcool peut être un problème pour les aînés pour plusieurs raisons, notamment (AADAC, 2003) :

- l'alcool a plus d'effet sur les aînés en raison des changements métaboliques;
- l'usage accru de médicaments dans la population des aînés augmente le risque d'interactions alcool-médicaments ou de complications;
- les aînés peuvent se servir de l'alcool pour faire face aux stress émotionnels (perte d'un conjoint, amis, maison, carrière, mobilité; solitude, dépression, anxiété, etc.) et à l'ennui; et
- l'absence de contacts quotidiens avec leurs familles, collègues de travail et voisins peut avoir pour effet de masquer les problèmes avec l'alcool.

La consommation d'alcool peut aussi accroître le risque de blessures chez les gens plus âgés. Ceux-ci risquent davantage de tomber et ont des aptitudes moindres à la conduite automobile en raison de leur moins bonne vision et de leur temps de réaction moindre (Australian National Alcohol Strategy, 2003).

### Populations autochtones

Les Autochtones du Canada courent quatre fois plus de risques de traumatisme grave que la population non autochtone (Karmali et coll., 2005). Dans les collectivités des Premières Nations, les blessures sont la principale cause de décès chez les personnes de moins de 45 ans (APN, 2006). Certains ont attribué ce taux de blessures plus élevé à la consommation d'alcool (Blackmer M, et Marshall S.C., 1999), même si ce lien n'a pas été démontré de manière concluante (Karmali et coll., 2005). L'alcool est un facteur couramment cité pour toute une gamme de blessures chez les populations autochtones, notamment dans les accidents de la circulation, les noyades (les habitudes de vie traditionnelles ne mettent pas l'accent sur les pratiques sécuritaires telles que la limitation de la consommation d'alcool lorsque les gens sont sur l'eau ou dedans), les suicides (dus en partie à un plus grand abus familial de l'alcool et à la violence connexe), et les incendies (l'alcool augmentant les incendies causés par la cigarette et la cuisson) (APN, 2006). Le taux de décès

liés à l'alcool pour les Autochtones est de 14,1 pour 10 000 habitants, soit près de quatre fois le taux pour la population non autochtone (analyse collatérale, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), n.d.).

### Comparaison entre les régions urbaines et les régions rurales

Le Canadian Ministerial Advisory Council on Rural Health (2001) déclare que les collectivités rurales ont des taux de consommation d'alcool plus élevés que celles des régions urbaines. Jiang et coll. (2008) ont constaté des taux plus élevés de consommation d'alcool et de blessures chez les adolescents dans plus de régions rurales du Canada. Des tendances analogues ont été relevées par Statistique Canada (2004), qui révèle qu'un jeune homme sur quatre affirme avoir des pratiques de forte consommation d'alcool dans les petites régions métropolitaines, les petites villes, les villages et les régions nordiques comparativement à leurs pairs des grandes régions urbaines.

### Connaissance du lien entre alcool et blessures

Au cours des entrevues, on a demandé aux experts clés s'ils avaient l'impression que les gens (le public, les fournisseurs de soins de santé, etc.) étaient conscients du lien entre alcool et blessures. La section qui suit décrit les conclusions des entrevues pour ce qui concerne les niveaux de connaissance à propos de l'alcool et des blessures.

#### Sensibilisation dans le public

Le risque de blessures en cas de conduite en état d'ébriété est bien connu. En revanche, la plupart des experts clés pensaient que le lien avec d'autres blessures (chutes, violence, risque de se blesser en conduisant des véhicules récréatifs, etc.) était moins connu. Quelques-uns ont aussi fait remarquer qu'il est fréquent que les gens ne fassent pas le lien entre leur consommation d'alcool (ou les effets ultérieurs comme la gueule de bois) et la cause de leurs blessures. De plus, plusieurs experts clés avaient l'impression que le lien entre alcool et blessures n'était pas pris au sérieux et était souvent perçu avec humour lorsque les gens se blessent en état d'ivresse. Tel qu'il a été mentionné précédemment, les blessures sont couramment perçues comme des « médailles d'honneur » en ce qui concerne le degré d'intoxication alcoolique d'une personne.

« Je ne pense pas que le grand public comprenne le problème parce que, souvent, si une personne se blesse pendant qu'elle boit, la question est traitée comme une farce... Je ne crois pas que les gens prennent la chose au sérieux et ils ne comprennent pas vraiment les effets négatifs qui peuvent accompagner cela.

La question est minimisée. Je pense que les gens ne font pas le lien entre une blessure et leur consommation d'alcool... Ils ne pensent pas aux effets postérieurs de l'alcool, comme avoir la gueule de bois le lendemain... Je dirais que beaucoup de gens ne font probablement pas de lien direct [entre l'alcool] et certaines des blessures qu'ils ont subies.

### Connaissance variable parmi les fournisseurs de soins de santé

Lorsqu'on leur a demandé de parler du degré de sensibilisation des fournisseurs de soins de santé à l'égard du lien entre alcool et blessures, de nombreux experts clés croyaient qu'il était élevé chez certains, y compris parmi ceux qui travaillent dans les urgences ou les services où ils sont des témoins privilégiés du lien entre l'alcool et toutes sortes de blessures. Les fournisseurs de soins qui travaillent dans le domaine des dépendances semblent aussi être fortement sensibilisés à l'égard du lien entre alcool et blessures. Toutefois, certains experts clés pensaient que d'autres fournisseurs de soins semblent ne pas relier l'alcool aux blessures qu'ils voient, sauf si la connexion est vraiment apparente (p. ex. alcool au volant). Il a été noté que certains fournisseurs de soins primaires peuvent ne pas poser de questions sur l'alcool et les blessures, en raison du stigmate qu'il y a à interroger les gens sur leur consommation d'alcool. Dans certaines provinces, les médecins sont obligés de signaler les personnes fortement alcooliques qui sont incapables de conduire (pour la révision de leur permis de conduire). Par contre, dans certaines provinces de l'Atlantique, comme la Nouvelle-Écosse, cette responsabilité est discrétionnaire et les médecins l'exercent rarement. De plus, quelques-uns avaient l'impression que la question de l'alcool et des blessures n'est pas convenablement traitée dans les cours à l'intention des professionnels de la santé ni à l'éducation permanente.

« Les conducteurs dangereux consultent souvent des médecins; pourtant, ils sont rarement déclarés aux autorités de délivrance des permis, et ce, malgré les lois en vigueur stipulant la déclaration médicale aux fins de prévention. »

– Redelmeier, 2008

« Pour ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé, je pense [qu'ils] regardent les cas les plus évidents, comme l'alcool au volant, mais qu'ils ne font pas nécessairement les liens lorsque des personnes âgées se présentent avec une hanche cassée. On ne leur demande pas s'ils ont consommé de l'alcool [avant leur chute]... Il y a un tel tabou à interroger les gens sur les habitudes de consommation d'alcool que ces questions ne sont pas posées.

J'ai oublié à quand remonte la dernière fois où nous avons eu une formation continue sur le lien entre alcool et blessures... En fait, je me demande si le sujet est même enseigné à l'école de médecine ou de soins infirmiers. ... Je ne pense pas que ce soit une question communément enseignée.

# La culture de la consommation d'alcool

Près de 90 p. 100 des Occidentaux consomment de l'alcool à un moment ou un autre de leur vie (Sher, 2007). L'alcool est consommé de nombreuses façons au Canada notamment dans le cadre d'activités sociales et de fêtes. Il a été mentionné que « *les variantes socioculturelles sont au moins aussi importantes que les variantes physiologiques et psychologiques lorsque... l'on tente de comprendre les interrelations de l'alcool et du comportement humain. Les manières de boire et de penser à la consommation d'alcool sont apprises par les individus dans le contexte [de leur culture et de leur milieu environnant]* » (Heath, 1982). La section qui suit présente les conclusions relatives à la culture de la consommation d'alcool au Canada atlantique, renseignée par les entrevues avec les experts clés et l'examen de la documentation. Nous y discutons aussi des habitudes de consommation au Canada atlantique ainsi que des influences et des motifs pour consommer.

« *Le problème n'est pas dans le fait que les Néo-Écossais consomment de l'alcool; le constat est que certains modèles destructeurs et contextes de consommation contribuent au fardeau des préjudices liés à l'alcool en Nouvelle-Écosse.* »

– *Changing the Culture of Alcohol in Nova Scotia*

## Culture de la consommation d'alcool au Canada atlantique

Lors des entrevues, on a demandé aux experts clés de décrire la culture de la consommation d'alcool dans leur province. Les résultats ont révélé que l'alcool est socialement accepté et attendu, et que la culture de la consommation d'alcool au Canada atlantique est liée au patrimoine et à l'industrie. Peu de documents portent sur la culture de la consommation d'alcool au Canada atlantique précisément. Cette section est donc surtout renseignée par les entrevues réalisées avec les experts clés.

### Accepté et attendu socialement

Il a été noté constamment que la consommation d'alcool est acceptée socialement dans tout le Canada atlantique. Beaucoup pensaient que c'était la « norme culturelle » de boire de l'alcool lors de la plupart des occasions sociales et lors des activités récréatives puisque l'alcool est souvent associé au plaisir, à la fête, à la socialisation et à la détente. La plupart ont décrit la grande acceptation de la consommation d'alcool à diverses activités sociales et ont indiqué que l'alcool était non seulement accepté, mais aussi que l'on s'attendait à ce que les

gens boivent lors de ces occasions. Beaucoup ont expliqué que la consommation d'alcool est tellement intégrée à la culture que bon nombre de gens considèrent comme anormales les personnes qui choisissent de ne pas boire. On a fait observer que la pression pour boire peut initialement commencer par la pression des camarades durant l'adolescence. Toutefois, cette influence s'étend jusqu'à l'âge adulte à mesure que les pressions sociales, culturelles et sociétales normalisent les attentes autour de la consommation d'alcool.

« La culture de l'alcool... on pourrait la décrire comme une partie fortement inhérente au mode de vie... elle est intégrée à la culture depuis si longtemps qu'elle est simplement acceptée... Je pense qu'on la considère comme un moyen de s'amuser. Il y a très peu de stigmates envers la consommation d'alcool.

Beaucoup d'activités sociales sont ouvertes à la consommation d'alcool et l'acceptent, qu'il s'agisse d'aller au chalet, en bateau, en motoneige, à la chasse et à la pêche... il y a un lien réel avec la consommation d'alcool. [Les gens disent] « Détends-toi et prends un verre » et, mon ami, si vous ne consommez rien c'est que quelque chose ne va pas. « Qu'est-ce qui cloche avec toi pour que tu ne boives pas? »

### Patrimoine et industrie

Nombre des personnes interviewées ont associé une partie de la culture de la consommation d'alcool, les habitudes de consommation et les motifs pour consommer à l'héritage unique du Canada atlantique. Plusieurs experts clés ont souligné que les origines écossaises, irlandaises, gaéliques et celtiques des habitants des provinces de l'Atlantique jouent un rôle dans la culture de l'alcool. Cette histoire a favorisé et modelé les perceptions concernant la culture des Canadiens de l'Atlantique et les niveaux élevés de consommation sociale d'alcool (tels les pubs traditionnels, les *ceilidhs*, les fêtes de cuisine, etc.). De plus, certaines des personnes interviewées ont souligné que la culture fondée sur l'industrie (industrie navale, pêcheries, exploitation minière, foresterie, etc.) au Canada atlantique a contribué à la culture de l'alcool. Elles ont émis l'idée que la culture de l'alcool au Canada atlantique découle d'une mentalité « travailler dur, s'amuser fort », par laquelle les Canadiens de l'Atlantique ont traditionnellement gagné leur vie dans des secteurs exigeants et consommé de l'alcool pour récompenser « une dure journée de labeur ». Plusieurs gros brasseurs populaires ont des liens étroits avec l'histoire du Canada atlantique (Keith's, Moosehead, etc.) et continuent d'être une source d'emplois et de recettes fiscales dans ces provinces. Il a aussi été signalé que plusieurs des provinces de l'Atlantique ont une longue histoire avec l'alcool, notamment avec la prohibition et l'alcool de contrebande.

« ... nous avons une importante culture irlandaise apportée par les Irlandais qui ont immigré à Terre-Neuve. Il est donc certain que, dans la portion irlandaise de la population de la province, nous voyons beaucoup de [consommation d'alcool].

Nous savons que les Irlandais ont un long passé avec l'alcool, et ils en ont peut-être amené un peu avec eux... Culturellement, c'est une province de gens qui ont pêché toute leur vie. Où vous travailliez de l'aube au crépuscule, vous vous leviez, vous partiez en mer, vous pêchiez; vous faisiez sans doute cela six jours par semaine. Et lorsqu'arrivait le samedi soir, je pense que les gens avaient travaillé si dur pendant si longtemps qu'ils ont pris l'habitude de se détendre complètement et de lâcher prise.

La Nouvelle-Écosse, hélas, est une véritable culture de consommation d'alcool. Elle l'a toujours été, surtout à cause de son histoire navale, laquelle a établi l'alcool fermement au centre de la vie traditionnelle de la Nouvelle-Écosse. Dans notre culture, nous socialisons en organisant des fêtes; les régions rurales sont donc fondées sur les fêtes de cuisine et les régions urbaines sur le milieu des bars. L'alcool semble être totalement intégré dans le tissu de notre société.

## Habitudes de consommation d'alcool au Canada atlantique

Cette section présente les constatations relatives aux habitudes de consommation d'alcool au Canada atlantique, dont la consommation élevée ou excessive et la surconsommation volontaire ainsi que la normalisation de l'intoxication. Les résultats pour chaque thème sont présentés ci-après.

### **Consommation élevée ou excessive et surconsommation intentionnelle**

De nombreux experts clés ont décrit la surconsommation d'alcool dans les provinces de l'Atlantique. Beaucoup pensaient que la consommation élevée d'alcool est encouragée et que ceux qui sont capables de boire de grandes quantités d'alcool sont jugés de manière positive (capables de « bien tenir l'alcool »). Ils ont signalé que l'alcool est volontairement surconsommé dans le but de devenir ivre, surtout parmi les populations plus jeunes (jeunes n'ayant pas atteint l'âge légal pour boire, étudiants universitaires, etc.) et lors de moments particuliers de l'année (Noël, été, etc.). Les populations plus jeunes pensent souvent que boire avec excès est la « norme » et ont la perception que tous leurs camarades adoptent ce comportement. Même si la plupart des personnes interviewées pensaient que les adultes ne boivent pas nécessairement pour se soûler, elles ont toutefois fait remarquer qu'il y a un manque de sensibilisation à l'égard des niveaux et des habitudes de consommation et que cela pourrait entraîner un risque accru de méfaits et de blessures. Certaines pensaient que cela découle d'un environnement socioculturel où la norme en matière de consommation d'alcool est plus élevée que les recommandations relatives à une consommation plus sûre (c.-à-d. les Directives de consommation d'alcool à faible risque - Centre de toxicomanie et de santé mentale).

Les Néo-Écossais surconsomment l'alcool à un point qui nuit à la santé du public. Leur consommation d'alcool ne concerne ni la moralité ni l'intelligence. Les Néo-Écossais sont des gens valeureux, honnêtes et intelligents, mais la culture dans

laquelle ils vivent, travaillent et se divertissent en est une qui favorise et permet la surconsommation d'alcool... Il n'y est pas normal de ne pas consommer d'alcool. Pour ce qui concerne la forte consommation d'alcool dont on évalue la surconsommation à quatre ou cinq verres par personne, les Néo-Écossais dépassent souvent cela et sur une base régulière.

Je ne crois pas que les gens auraient même l'idée qu'ils surconsomment. Je crois que l'idée que les gens se font de la surconsommation est d'être ivre au point de ne plus pouvoir tenir debout ou de devenir violent. Si vous ne tombez pas dans une de ces catégories extrêmes, vous ne surconsommez pas. Je pense que cela est aujourd'hui si normalisé qu'à mesure que nous avons vieilli, la surconsommation est devenue la norme et fait partie de notre culture.

### **Normalisation de l'ivresse**

Certains ont signalé qu'atteindre un état d'ivresse (surtout chez les jeunes hommes) était souvent loué. Plusieurs experts clés ont indiqué que l'ivresse n'est mal vue que lorsqu'elle est liée à des conséquences telles que des blessures, la violence et autres. Sinon, elle est socialement acceptée. Les experts clés ont souligné que la « normalisation » de boire jusqu'à l'ivresse est souvent dictée par le contexte et la situation. Par exemple, boire jusqu'à l'ivresse au restaurant serait moins toléré alors que dans le cadre d'une fête à domicile, cela serait normal et accepté. Il a aussi été noté que les gens font souvent une distinction entre « ivresse normale » et dépendance (à savoir que les gens qui abusent de l'alcool chaque jour boivent au point que cela affecte leur santé). Pour ce qui concerne particulièrement les jeunes et les jeunes adultes (d'âge universitaire), les personnes interviewées avaient l'impression qu'ils consomment de l'alcool avec l'intention de devenir ivres. Il a toutefois été noté que l'ivresse survient aussi en raison de leur manque d'expérience avec l'alcool.

... il n'y a pas de « faux pas » social à être ivre. L'ivresse n'est pas perçue comme un problème de santé... l'ivresse n'est pas considérée comme étant une chose mauvaise. Il est beaucoup plus aisé d'être saoul en public que de fumer une cigarette en public.

... personne ne veut être autour de quelqu'un qui est comme qui dirait violent ou mesquin. Cela nuit au plaisir de la fête. Et donc, cela ruine tout lorsque les gens vont à cet extrême. Je pense aussi que les gens considèrent les problèmes avec l'alcool comme extrêmes, quelqu'un qui boit chaque jour, quelqu'un dont la santé, par exemple est [affectée].

D'après l'Enquête sur les toxicomanies au Canada réalisée en 2004 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 79 p. 100 des Canadiens (de plus de 15 ans) sont des buveurs actuels (quelqu'un qui a consommé un verre au cours de la dernière année). Près de 7 p. 100 des buveurs actuels sont des buveurs « excessifs habituels » ou ceux qui consomment cinq verres ou plus par occasion au moins une fois par semaine. Le tableau suivant présente la consommation d'alcool par habitant dans les quatre provinces du Canada atlantique.

**Tableau 3 : Consommation de boissons alcoolisées par habitant en litres par année**  
(source : Association des brasseurs du Canada, 2007)

	Total alcool	Bière	Vin	Spiritueux	Panachés
Canada	115,75	92,04	14,77	5,90	3,04
Terre-Neuve	117,76	100,02	5,99	8,48	3,27
Nouvelle-Écosse	107,36	86,67	10,10	7,04	3,55
Île-du-Prince-Édouard	106,86	85,98	9,29	7,43	4,16
Nouveau-Brunswick	104,15	86,44	7,79	4,85	5,07

Les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 concernant la fréquence de la consommation d'alcool montrent que les taux de consommation d'alcool d'une à trois fois par semaine s'échelonnent de 28 p. 100 à 33 p. 100 au Canada atlantique. Il ressort à l'examen des tendances en matière de consommation d'alcool qu'il est important de tenir compte non seulement de sa fréquence, mais aussi de la quantité consommée. L'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 rapporte que les provinces de l'Atlantique affichent le taux le plus élevé de personnes qui consomment au moins cinq boissons alcoolisées en une seule occasion (23 % à 31 %). En outre, comparativement à la moyenne nationale, un fort pourcentage des Canadiens de l'Atlantique ont des habitudes de consommation d'alcool jugées à risque élevé d'après le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

## Influences et raisons pour consommer de l'alcool

Au cours des entrevues, on a demandé aux experts clés de décrire certaines des influences et des raisons qui, selon eux, pourraient expliquer pourquoi l'alcool est consommé et surconsommé au Canada atlantique. Le tableau qui suit résume les résultats.

**Tableau 4 : Influences et raisons pour consommer de l'alcool (entrevues avec les experts clés)**

Description	Citation
<b>Sociales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Couramment consommé lors de rencontres sociales et de fêtes.</li> </ul>	« Je pense à [l'alcool] dans des situations sociales. Si les gens sont avec des parents ou des amis, s'ils sont chez quelqu'un, l'alcool [est] quelque chose qu'ils [consomment] lorsqu'ils se rassemblent. »
<ul style="list-style-type: none"> <li>Souvent associé à s'amuser et à faire des activités plaisantes.</li> </ul>	« Tout le monde rit beaucoup; tous font des farces et s'éclatent; [l'alcool] crée une atmosphère semblable, disons, à une publicité télévisée. »
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consommé pour cadrer avec les normes et attentes sociales entourant la consommation d'alcool (cadrer avec ses camarades durant l'adolescence aussi bien que s'accorder avec les attentes sociales durant la vie adulte).</li> </ul>	« Pour les adolescentes, c'est une occasion de s'intégrer et, pour les garçons, d'exprimer leur rébellion, de s'extérioriser. Quand nous examinons les recherches et les paradigmes du marketing, nous comprenons que les jeunes consomment de l'alcool jusqu'à se nuire afin de cadrer avec la culture. »
<b>Émotionnelles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consommé pour soulager le stress et l'anxiété et y faire face (pour les adultes comme pour les jeunes).</li> </ul>	« Je pense que, pour beaucoup de gens, [l'alcool] est sans doute consommé et vu comme un relaxant. Par exemple : J'ai eu une semaine difficile et je mérite une pause; je vais donc boire et me détendre. »
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consommé pour rehausser la confiance dans des situations sociales (pour les adultes comme pour les jeunes).</li> </ul>	« [L'alcool est] un lubrifiant social en ce sens qu'il permet [aux gens] d'abaisser leurs inhibitions et, ainsi, de socialiser plus facilement. »
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consommé pour composer avec les stress de la vie liés aux déterminants de la santé.</li> </ul>	« ... pour faire face aux facteurs déterminants de la santé. Des choses comme le stress, les inégalités de revenu, et les injustices professionnelles et éducationnelles. » « Je pense qu'il faut tenir compte de la démographie et des gens qui vivent au Nouveau-Brunswick; certaines personnes qui sont défavorisées sur le plan socioéconomique peuvent consommer peut-être un peu plus d'alcool que les autres. »

Description	Citation
<b>Environnementales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>La publicité sur l'alcool a une incidence non seulement sur le genre d'alcool consommé (comme les marques et autres), mais aussi sur les habitudes et la normalisation de sa consommation et de sa surconsommation.</li> </ul>	« Le rôle que joue l'industrie dans la promotion de l'alcool en tant que produit de consommation normal, qui devrait se trouver dans la maison et à chaque activité. »
<ul style="list-style-type: none"> <li>La publicité façonne les associations alcool et mode de vie ( plaisir, etc.).</li> </ul>	« Je ne suis pas du genre à toujours blâmer les médias pour tout, sauf pour les annonces télévisées associant les sorties à la consommation de quelques bières et la présence de femmes attirantes dans une grosse fête. »
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les publicitaires peuvent cibler les produits d'alcool sur une culture précise au sein d'une province (culture francophone ou anglophone, type d'industries, etc.).</li> </ul>	« La culture du Nouveau-Brunswick est intéressante... des cultures linguistiques très intéressantes... Les marques qui sont commercialisées expressément à la collectivité francophone et celles qui le sont particulièrement pour la communauté anglophone. Et l'industrie est très avisée pour ce qui concerne ces divisions culturelles... par exemple, la bière la plus vendue au Nouveau-Brunswick est la Budweiser et, si vous creusez davantage, la plus populaire auprès de la communauté francophone est la marque Alpine... Cette province dépend des revenus de l'alcool; une des plus grandes brasseries du monde, Moosehead Breweries, brasse sa bière à Saint John. »
<ul style="list-style-type: none"> <li>Certains pensent que la consommation d'alcool est influencée par les parents et leur relation avec l'alcool. La surconsommation d'alcool par les parents est considérée comme un facteur de normalisation de ce comportement à un âge précoce.</li> </ul>	« ... ils voient leurs parents se réunir et bien s'amuser; tout le monde boit et s'éclate; et puis ils ont leurs propres fêtes et de l'alcool y est impliqué et c'est que cela commence à un jeune âge. »
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le fait de vivre en région rurale plutôt qu'en région urbaine peut ne pas avoir d'influence sur la quantité d'alcool consommée ou sur les raisons pour consommer. Toutefois, dans les régions urbaines, les bars sont un lieu de consommation plus commun que les fêtes à domicile et les activités récréatives à l'extérieur dans les régions rurales. L'alcool semble aussi consommé en plus grande quantité dans les régions rurales, parce que les possibilités de divertissement de rechange y sont moins accessibles.</li> </ul>	« Dans un contexte plus urbain, vous verriez peut-être les gens aller boire des martinis dans les clubs que l'on trouve en ville. Mais dans un contexte plus rural, les gens vont se rassembler au camp ou au chalet, ou dans les maisons des uns et des autres. »

Plusieurs études ont été réalisées sur les tendances en matière de consommation et des mobiles pour consommer, notamment « Culture of Alcohol Use in Nova Scotia » et « Evaluative research and concept testing among young adults-assessment of low-risk drinking guidelines print materials » (Schrans et coll., 2008). Les résultats de ces études, présentés ci-dessous, illustrent des aspects de la culture de l'alcool.

### **Tendances démographiques**

- Les hommes tendent à boire plus souvent et à consommer de plus grandes quantités en une seule occasion.
- Les adultes de 19 ans et plus rapportent des taux de consommation plus élevés que les adolescents de 15 à 18 ans. Il importe néanmoins de signaler que deux tiers des adolescents avouent consommer de l'alcool même s'ils n'ont pas l'âge légal.
- L'âge de la première consommation d'alcool a décliné continuellement vers un âge plus jeune.
- Les personnes plus âgées consomment de l'alcool plus souvent que les buveurs plus jeunes. Près d'un aîné sur sept qui a bu de l'alcool l'an dernier déclare avoir bu quatre fois ou plus par semaine, comparativement à seulement 1 p. 100 des buveurs de 19 à 24 ans de l'an passé.
- Même si les buveurs plus âgés tendent à boire plus souvent, les plus jeunes tendent à consommer de plus grandes quantités d'alcool en une seule occasion (c.-à-d. consommation excessive).

### **Prix et achat**

- Plus du tiers des buveurs à risque élevé ont acheté de l'alcool en solde au magasin d'alcool comparativement à environ un cinquième des buveurs à risque faible.
- Les rabais offerts à « l'heure de l'apéro » tendent à attirer les buveurs plus jeunes, et ceux de 19 à 24 ans sont plus enclins à profiter des prix réduits des boissons alcoolisées que ceux de n'importe quelle autre tranche d'âge. De même, les buveurs à risque élevé étaient trois fois plus susceptibles de profiter des rabais de « l'heure de l'apéro » que les buveurs à risque faible.
- Deux tiers des buveurs de 19 à 24 ans ont consommé de l'alcool dans un bar ou une boîte de nuit l'an passé comparativement à un tiers ou moins pour toutes les autres tranches d'âges.

## Raisons pour consommer

- La principale raison invoquée par les buveurs pour consommer de l'alcool a été la socialisation. D'autres réponses communes comprenaient le plaisir de goûter, la fête et la détente.
- Les motifs pour consommer variaient selon l'âge. Les trois quarts des jeunes de 15 à 18 ans ont déclaré boire pour fêter, comparativement à seulement un tiers des buveurs de plus de 65 ans.
- Un peu plus du tiers des buveurs de 15 à 24 ans ont indiqué qu'ils buvaient pour planer ou se soûler comparativement à moins de 10 p. 100 des buveurs de plus de 35 ans.
- Les principaux mobiles pour boire indiqués pour les personnes de 19 à 29 ans ont été les suivants : exalter le plaisir et la satisfaction, obtenir des avantages sociaux ou des récompenses, se détendre, rehausser la confiance et éliminer ou abaisser les inhibitions.
- La consommation et la surconsommation par les jeunes femmes (de 19 à 29 ans) se sont produites plus souvent en réaction à des situations émotionnelles ou pour abaisser les inhibitions.
- Pour les jeunes adultes de 19 à 29 ans, l'ivresse est quelque chose de planifié. L'ivresse non intentionnelle ou imprévue diminue avec l'âge et l'expérience.
- La moitié des adultes de 45 ans ou plus ont indiqué qu'ils consomment de l'alcool pour rehausser le plaisir d'un repas, comparativement à seulement 11,4 p. 100 des adolescents de 15 à 18 ans et des jeunes adultes de 29,8 p. 100 des 19 à 24 ans.
- Les buveurs à risque élevé étaient beaucoup plus susceptibles de consommer de l'alcool pour planer ou se soûler que les buveurs à risque faible. Ils risquaient aussi plus que les buveurs à risque faible de boire pour obtenir des avantages émotionnels, comme se sentir plus détendus, moins inquiets et moins inhibés.
- Les jeunes ont tendance à boire pour « s'enivrer » et se livrent à des activités menant à l'ivresse (concours de calage d'alcool, etc.).
- La consommation d'alcool avant l'âge légal pour boire est considérée comme étant un « comportement normal » (p. ex. expérimentation).

## Travaux en cours, suggestions, politiques et pratiques exemplaires pour aborder le problème de l'alcool et des blessures au Canada atlantique

La section qui suit présente les résultats concernant les travaux actuels en vue d'aborder l'alcool et les blessures au Canada atlantique (résultats des entrevues), des suggestions sur la manière d'aborder le règlement de ce problème (résultats des entrevues), et des politiques et pratiques exemplaires pour traiter le lien entre alcool et blessures (résultats des entrevues et de l'examen de la documentation).

### Travaux en cours au Canada atlantique pour aborder le problème de l'alcool et des blessures

La présente section, au moyen de quelques exemples, donne un aperçu des travaux en cours qui, de l'opinion des experts clés, abordent la question de l'alcool et des blessures dans leur province.

#### Application

- Les vérifications d'identité sont mises en application dans les magasins d'alcool dans tout le Canada atlantique.
- L'application des lois et règlements est accrue durant les périodes à « haut risque » de l'année (points de surveillance policière, vérifications durant les longs week-ends, etc.).
- Plusieurs des provinces du Canada atlantique ont mis en œuvre une politique de tolérance zéro envers l'alcool et l'ont intégrée à leur programme de permis gradué.
- Autres programmes pour prévenir l'alcool au volant et appliquer les lois et règlements, tels les programmes d'antidémarreur<sup>ii</sup>.

#### Activités sans alcool

- Le Southern Labrador/Strait of Belle Community Youth Network offre aux jeunes des activités récréatives dans un environnement sans alcool. Le centre fonctionne très bien, mais a moins de clientèle les fins de semaine pendant les périodes les plus probables de consommation d'alcool.

<sup>ii</sup> Un petit dispositif de détection d'alcool à main appelé « antidémarreur éthylométrique » est installé sur le système d'allumage d'un véhicule. Le conducteur doit souffler dans l'appareil qui, s'il détecte de l'alcool et que la teneur de celui-ci est plus élevée que la limite préétablie, empêche le véhicule de démarrer. Cet antidémarreur exige des échantillons d'haleine à intervalles aléatoires pendant que le moteur tourne. Si l'échantillon n'est pas fourni ou si l'alcoolémie dépasse la limite, l'appareil consigne l'événement et déclenche une alarme qui résonnera jusqu'à l'arrêt du moteur.

- L'Université du Nouveau-Brunswick à Saint John (UNBSJ) modifie les activités communément associées à l'alcool, notamment en remplaçant le nom « semaine de bizutage » (frosh week) par « semaine d'orientation » et en offrant des activités non fondées sur l'alcool.
- L'UNBSJ est également membre de BACCHUS Canada<sup>iii</sup>, une organisation qui se consacre à traiter les questions liées à l'alcool sur les campus postsecondaires partout au Canada.

### Éducation et sensibilisation

- Le programme P.A.R.T.Y. (*Prevent Alcohol et Risk-Related Trauma in Youth*) – PARTY est considéré comme plus efficace que les méthodes d'éducation sanitaire classiques à l'école, car le programme est plus mobilisateur et interactif.
- Diverses campagnes de marketing social destinées à sensibiliser les gens à l'égard de la consommation sûre d'alcool et la réduction des risques de blessures sont élaborées et mises en œuvre.
- Des exemples du travail de marketing social en cours au Canada atlantique peuvent être visualisés sur les sites Web suivants.  
Nouveau-Brunswick (*en anglais seulement*) : <http://revolutionstrategy.com/workfeatured.html>  
Nouveau-Brunswick : <http://www.hekilledmyfriends.com>  
Nouvelle-Écosse (*en anglais seulement*) : <http://www.gov.ns.ca/hpp/yellowflag>
- Modifications de la terminologie utilisée pour traiter des blessures liées à l'alcool, particulièrement celles découlant de la conduite en état d'ivresse. Des efforts sont faits pour parler de « collisions » plutôt que « d'accidents », car ce dernier terme ne laisse pas entendre que l'incident aurait pu être prévenu.
- Le Grand Lake Intervention Centre Program enseigne à propos des méfaits associés à l'alcool en invitant des conférenciers à venir parler aux jeunes des atteintes néfastes que l'alcool a eues sur leur vie. Le programme offre aussi un forum pour les questions et la discussion.

<sup>iii</sup> BACCHUS est un réseau universitaire et communautaire centré sur des initiatives de santé et de sécurité exhaustives. Il encourage activement les étudiants et les jeunes adultes sur les campus et dans la communauté à adopter des modes de vie sains et à prendre des décisions responsables en matière d'abus d'alcool, de tabagisme, d'usage de drogues illicites, de pratiques sexuelles malsaines et d'autres comportements à haut risque.

### Dépistage

- La South Shore District Health Authority (Nouvelle-Écosse) travaille au dépistage des problèmes de consommation d'alcool chez les aînés lorsqu'ils se présentent à la salle d'urgence. Le questionnaire CAGE est utilisé à cette fin.

### Stratégies provinciales

- La Nouvelle-Écosse s'est dotée d'une stratégie provinciale en matière d'alcool qui comprend des actions et priorités pour aborder les méfaits liés à l'alcool. D'autres provinces du Canada atlantique ont des stratégies de « santé » ou de « bien-être », qui traitent habituellement de la consommation d'alcool.

## Suggestions des experts clés pour aborder la question de l'alcool et des blessures

Lors des entrevues, on a demandé aux experts clés d'indiquer ce qu'il faudrait pour aborder l'alcool et les blessures. Les interviewés ont fait part de la nécessité de traiter l'alcool comme une drogue, de mener des campagnes de marketing social et de sensibilisation, d'effectuer du dépistage et des traitements brefs, et d'améliorer le contenu du programme éducatif. Chacun de ces thèmes est décrit en détail ci-après.

### Traiter l'alcool comme une drogue

Plusieurs experts clés ont indiqué que le public ne perçoit pas l'alcool comme une drogue ni ne le traite comme tel. Ils ont fait remarquer qu'il faudra davantage de travail pour sensibiliser le public à considérer l'alcool comme une drogue et à voir les méfaits associés à l'abus de cette drogue. Les experts clés ont laissé entendre que des changements sont nécessaires pour inclure l'alcool comme drogue dans les programmes d'enseignement, les stratégies provinciales de prévention, le marketing social, etc.

“ Je pense que nos efforts en matière d'éducation devraient inclure les drogues avec l'alcool. Nous parlons de ces deux questions séparément depuis des dizaines d'années, alors que toutes deux concourent aux mêmes problèmes sociaux. Surtout pour ce qui touche aux blessures.

... les provinces, les campagnes du gouvernement fédéral portent exclusivement sur l'usage des drogues illicites, [mais] l'alcool n'y est jamais mentionné. Cela laisse entendre aux jeunes que l'alcool est plus sûr ou plus accepté que la marijuana ou les drogues plus dures.”

## Sensibilisation

De nombreux experts clés pensent qu'il est nécessaire d'améliorer la sensibilisation à l'égard du lien entre alcool et blessures (même si certains ont fait observer que le marketing social autour de la conduite en état d'ébriété avait atteint un « point de saturation »). Ils ont fait remarquer que des approches semblables à celles utilisées pour le tabac et ses méfaits sont nécessaires pour changer la culture de l'alcool. Tel qu'il a déjà noté, les experts clés ont aussi appelé à travailler sur la sensibilisation à l'égard de l'alcool au volant et pensaient que davantage de marketing social (voir la définition) était nécessaire pour renforcer la sensibilisation et réduire la complaisance autour de la conduite d'autres véhicules motorisés et récréatifs (VTT, motoneiges, bateaux, etc.) en état d'ivresse. Les experts clés ont en outre souligné l'utilité du marketing social, car la publicité sur l'alcool est omniprésente, comme le sont d'autres messages sur les bienfaits pour la santé de la consommation d'alcool. Ils ont observé que le message devrait porter essentiellement sur la réduction des méfaits et la sensibilisation à l'égard des coûts associés à l'abus d'alcool (rendement au travail, coûts liés aux soins de santé, risques pour la santé, blessures, violence, etc.) plutôt que sur « l'anticonsomption d'alcool ».

*Le **marketing social** est une stratégie de modification des comportements axée sur la compréhension, du point de vue du public cible, des raisons pour lesquelles les gens se comportent d'une certaine manière. Il concerne la compréhension des influences sociales, culturelles et environnementales sur le comportement. Il porte sur l'élaboration d'approches exhaustives pour contrer ces influences, y compris des politiques publiques saines, des milieux favorables et, parfois, le recours à des campagnes de communication et de sensibilisation. Le marketing social va bien au-delà de la sensibilisation et de l'éducation.*

“ Une campagne ciblée autour de la complaisance du public à l'égard de [l'alcool] et de ce qu'il leur en coûte. Analogue à ce qui a été fait pour le tabac et d'autres drogues. Et la campagne de marketing social que je ferai dans ma propre province porterait sur les VTT.

Si vous essayez de changer la manière dont les gens consomment une substance, il faut que ces gens voient les méfaits qui lui sont associés... Je ne pense pas que nous allons changer la culture de la consommation d'alcool, mais nous pouvons peut-être envoyer un message sur ce qu'il est possible de faire pour diminuer les probabilités de blessures.”

## Dépistage, traitement bref et amélioration du programme éducatif

D'après certains experts clés, les fournisseurs de soins primaires pourraient jouer un plus grand rôle à l'égard de l'alcool et des blessures. Ils ont fait observer qu'un engagement dans le dépistage, les traitements brefs et les techniques d'entrevue motivationnelle pourrait les aider à repérer la consommation problématique d'alcool et à prévenir les blessures. Quelques-uns avaient l'impression que les fournisseurs de soins de santé ne font pas assez de dépistage et de traitements brefs parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise de poser des questions sur l'alcool en raison de la normalisation de sa consommation et de sa surconsommation dans la société, ainsi que par manque de formation dans l'exercice du dépistage et des traitements brefs. Ils ont laissé entendre que l'amélioration du programme éducatif des écoles professionnelles en soins de santé et sociaux pourrait aider à mieux former et armer les futurs professionnels de la santé et des services sociaux à aborder l'alcool et réduire les blessures.

“ Je pense que l'éducation à l'alcool doit commencer [dans le programme d'enseignement à l'intention des professionnels de la santé]. Sensibiliser, s'attaquer à la stigmatisation entourant l'alcool et la consommation d'alcool. Actuellement, ni les médecins, ni les fournisseurs de soins de santé ni les autres professionnels de la santé ne parlent de l'alcool, que ce soit avec leurs collègues ou avec leurs patients. Ainsi, en l'intégrant au programme pédagogique, cela aidera à éliminer le stigmate d'en parler et il deviendra correct de commencer à interroger les gens sur leur consommation. Il a été démontré que les traitements brefs semblaient très efficaces pour aider les gens à changer leurs habitudes de consommation d'alcool.

Je pense qu'il faut cibler les fournisseurs de soins de santé, surtout les médecins de famille et les fournisseurs de soins de santé primaires, à faire un meilleur travail en ce qui a trait au dépistage et au counseling de leurs patients.”

## Politiques et pratiques exemplaires à l'égard de l'alcool et des blessures

La présente section présente les changements de politique nécessaires à l'égard de l'alcool et des blessures d'après l'examen de la documentation et les entrevues avec les experts clés. Elle donne aussi un aperçu de pratiques exemplaires factuelles ou des pratiques recommandées pour aborder l'alcool, les blessures et les méfaits liés à l'alcool selon l'examen de la documentation.

## Publicité

En 2002, 1,9 milliard de dollars ont été consacrés à la publicité sur l'alcool. Selon certaines études, les annonces d'alcool font appel à des techniques qui ciblent et attirent expressément les jeunes. La recherche montre que les jeunes considèrent la publicité sur l'alcool comme attrayante sous de nombreux aspects (Waiters et coll., 2001; McCreanor et coll., 2008). Une analyse systématique récente d'études longitudinales portant sur l'influence sur les jeunes de la publicité sur l'alcool a révélé les corrélations suivantes (Anderson, et coll., 2009).

- Corrélation entre l'exposition à la publicité sur l'alcool et le **début de la consommation d'alcool** chez les jeunes qui ne boivent pas.
- Corrélation entre l'exposition à la publicité sur l'alcool et **des niveaux de consommation accrus** chez les jeunes qui boivent déjà.
- Évidence d'une **relation avec la dose** pour ce qui concerne l'effet de l'exposition à la publicité.

Selon la documentation, des politiques modifiées qui limiteraient ou interdiraient la publicité sur l'alcool pourraient entraîner une diminution de la consommation (chez les jeunes comme chez les adultes) et des méfaits liés à l'alcool, ce qui explique que plusieurs chercheurs plaident en faveur de tels changements. Les chercheurs Anderson et Baumberg (2006, p. 281) concluent : « ... les études donnent à penser que la publicité sur l'alcool influence notablement les problèmes liés à l'alcool... Les pays dotés de restrictions partielles ont affiché des taux de consommation d'alcool inférieurs de 16 p. 100 et des taux d'accidents mortels inférieurs de 10 p. 100 que les pays où aucune restriction n'est appliquée. Quant aux pays où les annonces télévisées sur l'alcool sont complètement interdites, ils ont des taux de consommation inférieurs de 11 p. 100 et 23 p. 100 de moins d'accidents mortels que les pays n'ayant que des restrictions partielles... Une fois établies les différences de prix régionales et des variables démographiques comme le revenu et la religion, il appert que la hausse du nombre de publicités sur l'alcool

Sept mythes que les annonceurs d'alcool veulent faire croire aux jeunes.

1. Tout le monde boit de l'alcool.
2. Boire de l'alcool est inoffensif.
3. Boire aide à résoudre les problèmes.
4. L'alcool est une potion magique capable de vous transformer.
5. Sport et alcool vont ensemble.
6. Si l'alcool était vraiment dangereux, nous n'en ferions pas la publicité.
7. Les fabricants d'alcool encouragent uniquement la consommation modérée.

– Strasburger, 2002 (adapté de Kilbourne – Media and values)

est liée de très près à l'augmentation du nombre total et nocturne d'accidents de la route mortels dans tous les États américains... Il a été estimé qu'une interdiction complète de la publicité sur l'alcool pourrait réduire le taux d'accidents mortels et épargner au moins de 5000 à 10 000 vies par année. »

Au cours des entrevues, il est constamment ressorti qu'il était nécessaire d'apporter des changements à la publicité sur l'alcool afin d'influer sur la culture de l'alcool, sa normalisation, sa surconsommation et sur les méfaits et blessures associés. La majorité des experts clés pensaient que la publicité sur l'alcool devrait être fortement réglementée. Certains ont même suggéré une interdiction analogue à celle imposée aux produits du tabac. Ils ont aussi indiqué que les jeunes ne devraient être exposés à aucune publicité sur l'alcool. Les experts clés ont soutenu que la publicité normalise la consommation d'alcool à un âge précoce et encourage la consommation et la surconsommation chez les jeunes adultes au moyen d'annonces détournées qui font la promotion du plaisir et de la socialisation associés à l'alcool. De plus, certains experts clés ont souligné les priorités conflictuelles au sein des sociétés et régies des alcools appartenant aux gouvernements et exploitées par eux. Ils ont fait observer que les gouvernements ont la responsabilité de réglementer la commercialisation de l'alcool, mais que c'est aussi eux qui sont responsables de la vente d'alcool à des fins lucratives. Quelques experts clés ont aussi insisté sur l'aspect négatif des revenus générés par les commandites d'alcool qui financent de nombreuses activités spéciales et festivals.

« ...l'organisme gouvernemental qui vend de l'alcool à des fins lucratives est aussi responsable de réglementer sa commercialisation. Il y a un conflit d'intérêts inhérent, puisque le même organisme ne se nuira pas à lui-même pour contrôler toute commercialisation de l'alcool... Si nous examinons uniquement la réglementation concernant la commercialisation de l'alcool, elle ne peut venir de la même organisation responsable de la vente de boissons alcoolisées, car elle serait en conflit avec elle-même. La réglementation du marketing de l'alcool devrait relever d'un autre organisme (un organisme extérieur), puisque le marketing concourt tellement à la normalisation de l'alcool et que la normalisation mène à la surconsommation et la surconsommation aux méfaits.

Il nous faut serrer la vis... S'il nous est interdit de faire de la publicité pour le tabac, pourquoi aurions-nous le droit de le faire pour l'alcool?... Si les gens veulent acheter de l'alcool, ils vont le faire. Franchement, je crois qu'il ne devrait y avoir aucune publicité, point à la ligne. On devrait fortement serrer la vis à ceux qui produisent ces annonces publicitaires qui visent les jeunes, qui vous donnent l'air amusant, branché et « sexy », lorsque vous buvez une certaine sorte d'alcool. »

## **Densité des points de vente d'alcool**

Des études ont découvert des liens entre la densité des points de vente d'alcool (débits d'alcool au détail, bars, etc.) et les diverses blessures, notamment les exemples suivants.

- Les quartiers ayant une forte densité de points de vente d'alcool ont également des taux élevés de consommation d'alcool et de violence (Scribner, 2000). Il a été affirmé que chaque débit de boissons additionnel est associé à 3,4 agressions supplémentaires par année (Scribner, 1995).
- La densité des points de vente d'alcool est un déterminant des taux de criminalité beaucoup plus importants que d'autres facteurs tels les taux d'emploi et de revenu (LaBouvie et coll., 1998).
- Treno et coll. (2003) ont constaté qu'une densité de points de vente d'alcool plus forte (mesurée en points de vente par mille carré) était liée à des taux de conduite en état d'ébriété plus élevés chez les jeunes.
- Tatlow et coll. (2000) ont décelé une association importante entre les hospitalisations liées à l'alcool. Pour chaque augmentation unitaire dans la densité des points de vente d'alcool par 10 000 personnes, il y a eu une augmentation de 0,48 de la morbidité par 10 000 personnes.
- À Boston, Weitzman et coll. (2003) ont découvert des corrélations entre la densité des points de vente d'alcool et la consommation excessive (5 verres et plus) et la consommation fréquente parmi les étudiants universitaires, ainsi que davantage de problèmes de consommation d'alcool.
- En Californie, Treno et coll. (2001) ont constaté qu'une densité de points de vente d'alcool plus élevée était associée à un plus grand nombre de blessures déclarées par les intéressés, ainsi qu'à des taux plus élevés de conduite avec facultés affaiblies et de passagers dans un véhicule conduit par un conducteur ivre. Ils ont aussi signalé des taux plus élevés de blessures de la route exigeant une hospitalisation.

Une récente analyse systématique réalisée par Popova et coll. (2009) a constaté que les taux de consommation d'alcool ou la prévalence de problèmes liés à la consommation d'alcool sont plus élevés dans les secteurs ayant une plus forte densité de débits d'alcool.

De même, quelques-unes des personnes interviewées pensaient que des changements à la densité des points de vente d'alcool aideraient à diminuer les blessures liées à l'alcool. Elles croyaient que de telles modifications à la densité des débits d'alcool, des bars et des magasins d'alcool compris, influeraient sur la disponibilité de l'alcool et la consommation excessive. Les experts clés ont décrit la densité extrêmement élevée des points de vente d'alcool dans les régions urbaines du Canada atlantique qui, selon eux, facilite l'accès à l'alcool, surtout parmi les jeunes et les étudiants universitaires.

“ Je suis sorti avec un groupe d'étudiants du secondaire la semaine dernière, et une partie de [la recherche consistait] à visiter un magasin d'alcool. Et avant même de quitter l'édifice, nous avons ri et dit : « Eh, bien! Dans quel magasin d'alcool allons-nous? » À moins de 10 minutes de l'école secondaire, il y en a quatre... Si vous avez un ami qui achète de l'alcool pour vous, il a le choix de quatre magasins à moins de 10 minutes où il peut se procurer de l'alcool pour vous.

[Il nous faut] un moratoire sur le nombre de débits d'alcool que nous pouvons ouvrir. Ainsi pourrions-nous rester au statu quo. Idéalement, nous aimerions diminuer le nombre d'endroits où les gens peuvent acheter des boissons alcoolisées. L'alcool est très accessible et, d'après des études menées en Nouvelle-Écosse, nous savons que les Néo-Écossais croient que l'alcool est facilement accessible et personne ne s'en plaint. Réduire son accessibilité serait donc une bonne idée.”

## **Heures d'ouverture**

La recherche donne à penser que l'accès à l'alcool par la prolongation des heures d'ouverture des magasins d'alcool au détail peut avoir des corrélations avec une consommation plus forte et des méfaits ou blessures plus élevés. Un rapport d'examen de la documentation produit par D' N. Giesbrecht, spécialiste des politiques en matière d'alcool, a établi les constatations suivantes sur l'effet, dans d'autres régions, de la modification des heures ou des jours de vente sur la consommation d'alcool et les méfaits connexes.

- Australie – l'augmentation des heures de vente a été associée à une hausse des ventes d'alcool et à un accroissement des taux mensuels d'agression dans les débits de boisson ayant des heures d'ouverture plus tardives.
- Ontario – une augmentation du nombre de victimes d'accidents de la route liés à l'alcool dans une région touchée par la prolongation des heures d'ouverture comparativement à une région témoin.

- Suède – l’introduction des ventes le samedi dans les magasins de détail du gouvernement a été associée à l’augmentation globale des ventes d’alcool et à une hausse marquée de la conduite avec facultés affaiblies.
- Nouveau-Mexique – la décision d’autoriser les ventes hors lieux les dimanches a été associée à une augmentation des collisions liées à l’alcool et, vice versa, à leur diminution dans les comtés qui ont annulé cette décision et interdit les ventes d’alcool le dimanche.

Plusieurs experts clés pensaient que des modifications aux heures d’exploitation pour réduire la disponibilité de l’alcool n’auraient pas d’effet majeur sur la consommation. Ils croyaient que les gens adapteraient leurs habitudes de consommation aux heures où l’alcool est accessible et trouveraient des moyens pour continuer à consommer avec excès, comme boire à la maison avant de sortir dans les bars ou les brasseries. Toutefois, quelques experts clés connaissaient des exemples survenus dans d’autres lieux où la prolongation des heures d’ouverture des bars avait entraîné un plus grand nombre de visites aux urgences. Ils en ont donc conclu que des changements comme la réduction des heures d’ouverture et d’autres pratiques de consommation plus sûres, comme des espaces de bar plus ouverts, des verres en plastique et autres, influeraient sur l’alcool et les blessures.

“ S’ils veulent de [l’alcool], ils vont en trouver. Si, disons, ce n’est ouvert que cinq heures par jour au lieu de dix heures avant, ils vont alors s’en procurer pendant ces cinq heures. Je ne crois pas que [des changements au nombre d’heures] feront une grande différence.

Il faut des politiques de consommation d’alcool à faibles risques, comme des verres en plastique dans les bars, ou avoir dans les bars des espaces largement ouverts plutôt qu’étroits où les gens se heurtent constamment et commencent à se battre parce qu’ils sont en état d’ébriété. Ou encore, des programmes de formation des serveurs plus actifs, qui forment les serveurs à ne plus servir d’alcool aux personnes qui sont manifestement ivres. Et aussi, imposer des heures de fermeture plus tôt. Quand ils ont prolongé les heures d’ouverture des pubs au Royaume-Uni, leur permettant d’ouvrir de 10 à 11 heures par jour, soit jusque vers 2 ou 3 heures du matin, cela s’est révélé catastrophique sur le plan des visites dans les salles d’urgence... un désastre absolu.

## Prix

Les chercheurs Anderson et Baumberg (2006) ont analysé les recherches internationales menées relativement à l’influence des changements au prix et aux taxes sur l’alcool. Ils sont parvenus aux conclusions suivantes : « Une majoration

*du prix de l’alcool diminue la consommation d’alcool, la consommation à risque et nocive, l’alcoolodépendance et les méfaits causés par l’alcool au consommateur et aux personnes autres que le buveur. L’importance des effets variera d’un pays à un autre et d’une boisson alcoolisée à une autre. Il y a de fortes indications quant à l’efficacité des taxes sur l’alcool vis-à-vis jeunes et des méfaits provoqués par l’alcool. » (p. 264)*

Interrogés pour savoir si des modifications au prix de l’alcool auraient un quelconque effet sur l’alcool et les blessures, les experts clés ont exprimé des opinions variées. Certains, convaincus que le désir des gens de boire et de surconsommer éclipserait toute majoration de prix, pensaient qu’elles auraient peu d’influence. D’autres, toutefois, pensaient que des changements auraient certaines répercussions, en particulier à l’échelle des bars. Il a été signalé que l’augmentation du prix pourrait réduire la quantité d’alcool consommée dans les bars, sans pour autant affecter la consommation globale d’alcool (p. ex., personnes qui consomment avant de se rendre au bar, alcool fait à la maison). Même s’il n’y a pas eu consensus quant à l’influence de prix majorés sur la consommation réelle, la plupart des experts clés croyaient qu’un changement comme celui, récent, de la Ville d’Halifax d’imposer des prix minimums pour les boissons alcoolisées (2,50 \$ pour 12 oz de bière, de cidre ou de panaché, 1 oz de spiritueux, 5 oz de vin, 3 oz de vin renforcé) était efficace pour décourager la surconsommation dans les bars. Ils ont relevé que la fixation de prix minimums pour les boissons alcoolisées exigeait un appui et un soutien important du gouvernement et des politiciens.

“ Le prix minimum pour les boissons alcoolisées n’aura probablement qu’un effet minime. C’est déjà un premier pas important, mais nous savons que ce n’est qu’un premier pas et qu’il ne provoquera pas de changement extraordinaire. Mais chaque petit pas qui aide à diminuer la disponibilité de l’alcool, dont l’un est la majoration des prix, aura un effet je présume en matière de politique sur l’alcool en général, et cela se répercute sur les blessures.

Je pense à une leçon que nous avons apprise du tabac. Quand, par stratégie, vous élevez le prix, vous diminuez le nombre de personnes qui ont accès au produit. Mais nous voyons encore beaucoup de possibilités pour les jeunes de continuer à boire à bon marché, et je pense que nous devons examiner cela comme une mesure pour réduire la consommation.

## Âge légal minimum pour boire

Certains laissent entendre que l'augmentation de l'âge minimum légal pour boire pourrait avoir une influence sur l'alcool et les blessures. Evans (2004) indique que la modification de l'âge permis pour consommer de l'alcool aurait des répercussions sur les accidents de la circulation chez les jeunes. Aux États-Unis, les accidents mortels chez les gens de moins de 21 ans ont chuté de 43 p. 100 (de 5 062 à 2 883 décès liés à l'alcool) de 1987 à 1996 (en 1987, l'âge légal pour boire était de 21 ans dans tous les États américains) (National Highway Safety Administration, n.d.). Néanmoins, une chute de 28 p. 100 des décès routiers liés à l'alcool dans la population en général a également été enregistrée durant la même période. Une recherche sur les décès routiers au Canada, où l'âge légal pour boire varie de 18 à 19 ans selon les provinces, a constaté des réductions analogues au chapitre des accidents de la route liés à l'alcool parmi les jeunes conducteurs, et ce, sans hausse de l'âge minimum pour acheter de l'alcool (Kathryn Stewart Pacific Institute for Research and Evaluation, 1996).

La majorité des experts clés consultés s'entendent sur le fait que changer l'âge minimum légal pour boire aurait peu d'effet sur la consommation d'alcool, pas plus que sur la question de l'alcool et des blessures. La plupart pensaient qu'augmenter l'âge légal n'influerait pas sur la consommation d'alcool par les mineurs, pas plus que la mesure n'aurait d'effet sur la culture de l'alcool et la normalisation de la surconsommation. Certains experts clés croyaient qu'il faudrait davantage de recherches dans le domaine pour déterminer l'efficacité de ce genre de changement de politique. Certains ont souligné que, dans les endroits où l'alcool est consommé à un jeune âge (aux repas, par exemple) dans un milieu ou une culture où l'alcool se consomme avec modération, l'attrait pour l'alcool est amoindri.

« ... [des gens] allèguent que faire passer à 21 ans l'âge légal pour boire ne fait que retarder l'âge de la première consommation. Mais les jeunes boivent tôt s'ils veulent boire tôt, et il n'y a pas grand-chose qui peut empêcher cela. Ce que ça fait, fondamentalement, c'est juste retarder les jeunes qui, de toute façon, consommeraient de manière responsable... ils boiront simplement avec modération à un âge un peu plus avancé. »

## Responsabilité

D'après quelques-unes des personnes interviewées, des changements sont nécessaires au chapitre de la responsabilité associée aux méfaits liés à l'alcool. Elles ont fait observer que des mesures exécutoires plus contraignantes, comme la responsabilité accrue de l'hôte privé, pourraient être efficaces pour remédier à la surconsommation d'alcool et à ses méfaits connexes.

« ... voilà quelque chose d'intéressant : la responsabilité de l'hôte privé. On a vu cela naître dans d'autres provinces pour tenir les gens responsables des personnes qui s'enivrent aux fêtes qu'ils organisent chez eux. S'ils ont une collision en rentrant chez eux, la personne qui a tenu la fête et a servi de l'alcool est alors passible de poursuites en responsabilité civile et de poursuites criminelles. Faire prendre conscience aux gens qu'ils pourraient être responsables si quelqu'un meurt à leur fête : c'est peu connu; mais si les gens le savaient, ils y penseraient certainement lorsqu'ils organisent une soirée et y servent de l'alcool. »

## Recommandations trouvées dans la documentation pour aborder l'alcool et les blessures

L'examen de la documentation a révélé que plusieurs provinces ont publié des pratiques exemplaires ou des pratiques recommandées fondées sur des données probantes pour traiter des questions de l'alcool, des blessures et des méfaits liés à l'alcool. Cette section présente un résumé de ces recommandations. Des pratiques exemplaires ou des pratiques recommandées complètes sont données à l'annexe B.

### Prix/Taxes

- Une majoration des prix pour mettre un frein à la surconsommation et des taux de taxation différentiels (*taxes proportionnelles* – les prix fixés au sein des différentes catégories de boissons reflètent le degré alcoolique des produits donnés) sur des formes d'alcool qui donnent particulièrement lieu à des abus (Giesbrecht et coll., 2008; Australian Government's National Drug Strategy; Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures; Rehm et coll., 2008).

### **Limitations d'accès**

- Des restrictions sur les *heures et les jours de vente*, ainsi que sur la densité des points de vente d'alcool, pour limiter la disponibilité de l'alcool au public (Giesbrecht et coll., 2008; Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures; Cadre national sur l'alcool; Shults et coll., 2009).
- Hausser l'*âge minimum légal* pour acheter de l'alcool (Giesbrecht et coll., 2008; Rehm et coll., 2008).

### **Publicité**

- Interdictions partielles ou totales de la *publicité sur l'alcool* et d'autres formes de promotion de l'alcool (Australian Government's National Drug Strategy).

### **Limites et lignes directrices pour le taux d'alcoolémie**

- Application plus sévère de la loi et *diminution du taux d'alcoolémie* lors de la conduite avec facultés affaiblies (Australian Government's National Drug Strategy; NSHPP, 2008; Giesbrecht et coll., 2008; Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures; Rehm et coll., 2008).
- Élaborer et promouvoir des *lignes directrices nationales en matière de consommation d'alcool* en vue de favoriser une culture de la modération (Cadre national sur l'alcool, 2007).

### **Intervention brève, formation et accès aux traitements**

- Renforcer l'*intérêt global envers la prévention et l'intervention précoce* – confier le dépistage des problèmes avec l'alcool à des « professionnels aidants » qui encouragent des attitudes impartiales (stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool; Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures).
- Renforcer le *programme de cours sur l'alcool* dans les études de premier cycle et des cycles supérieurs, et dans les programmes de perfectionnement professionnel (Cadre national sur l'alcool, 2007).
- Investissement plus grand dans les *interventions brèves* et le développement d'outils d'intervention brève (Australian Government's National Drug Strategy; Giesbrecht et coll., 2008; Cadre national sur l'alcool, 2007; Rehm et coll., 2008).

- Assurer un financement permanent adéquat, une formation de qualité et l'accréditation pour les services spécialisés en toxicomanies (Cadre national sur l'alcool, 2007).
- *Accès accru aux services de toxicomanies* (surtout dans les régions isolées, rurales et éloignées du Canada et pour les populations fragiles) (Cadre national sur l'alcool, 2007).

### **Contrôles et application de la loi**

- Mettre en œuvre et appuyer les programmes et projets d'*antidémarrageurs éthylométriques* (Australian Government's National Drug Strategy, NSHPP, 2008; Shults et coll., 2009).
- Mettre en œuvre et appuyer les *tests d'ivressomètre aléatoires et les points de surveillance de la sobriété* et rappeler au public l'utilité de ses points de surveillance (NSHPP, 2008, Giesbrecht et coll., 2008; Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures; Cadre national sur l'alcool, 2007).
- Mettre en œuvre et appuyer les *suspensions de permis administratives* ainsi que les permis de conduire gradués et la tolérance zéro pour les conducteurs débutants (Giesbrecht et coll., 2008, NSHPP, 2008; Rehm et coll., 2008).
- L'application des *règlements relatifs au service* et des règlements destinés aux fournisseurs commerciaux qui vendent aux mineurs et ne tiennent pas compte d'autres restrictions peut être efficace si le système peut suspendre ou révoquer un permis (Giesbrecht et coll., 2008; Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures).
- Accroître la *responsabilité légale* du personnel et des propriétaires de bars pour les gestes posés par les personnes qu'ils servent et imposer des pénalités claires aux contrevenants (Giesbrecht et coll., 2008; Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures).

## **Éducation et sensibilisation**

- La priorité devrait être accordée à l'*éducation du public* quant aux fortes raisons d'être des politiques en matière d'alcool (NHSP, 2008; Shults et coll., 2009).
- Encourager l'utilisation des programmes et initiatives *Safer Bars* (NSHPP, 2008; Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures; Rehm et coll., 2008).
- Les *ressources éducatives* devraient donner de l'information factuelle et favoriser un échange cohérent au lieu d'une communication à sens unique, afin de faciliter des actions saines (stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool).

## **Changer la culture de la consommation nocive d'alcool**

- Élaborer, soutenir et promouvoir les interventions en ayant recours à des pratiques exemplaires dans les *techniques de marketing social* (Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures).
- *Normaliser la recherche d'aide*, notamment en supprimant les obstacles culturels qui empêchent les gens d'avoir accès à des programmes et services d'aide en matière d'abus d'alcool et d'alcoolodépendance (stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool).
- *Dénormiser la consommation d'alcool avant l'âge légal pour boire* en modifiant les perceptions à ce sujet de façon que cette consommation ne soit plus considérée comme « normale » ni comme un rite de passage chez les adolescents (stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool).
- Dénormiser la *consommation excessive* et la consommation jusqu'à l'ivresse de manière qu'elles ne soient plus acceptables socialement (stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool).
- Changer la perception sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) de manière à en faire une *responsabilité collective* plutôt qu'une question se rapportant aux « femmes » ou aux « autochtones » (stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool).

- La politique sur l'alcool doit *équilibrer* les intérêts de la protection de la santé, de la prévention des méfaits, des avantages de la modération pour la santé et de l'économie (stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool).
- Encourager les *activités locales sans alcool*; par exemple, activités étudiantes sûres et fêtes municipales du Nouvel An qui n'impliquent pas la vente ou la consommation d'alcool (Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures).

## **Autres**

- Les débits d'alcool *appartenant au gouvernement* (monopoles, c.-à-d. systèmes de monopoles extérieurs) peuvent limiter la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool (Giesbrecht et coll., 2008).
- Influencer sur les *priorités relatives à l'alcool* des gouvernements fédéral et provinciaux de façon à inscrire les blessures liées à l'alcool au programme (Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures).



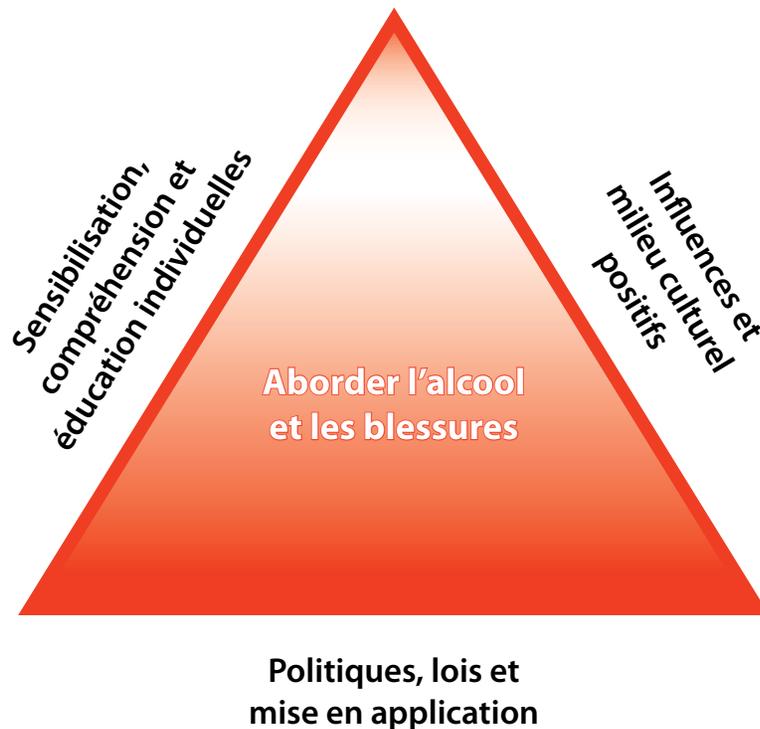


# IV

Conclusion et recommandations

# Recommandations

Sur la base des résultats de cette analyse contextuelle approfondie, les sections suivantes présentent des recommandations solidement étayées pour aborder et diminuer les blessures liées à l'alcool au Canada atlantique. Pour traiter efficacement de l'alcool et des blessures, une approche globale doit être adoptée. Par conséquent, la mise en œuvre de recommandations individuelles sera plus efficace si entreprise dans une approche globale de la santé de la population incluant la triade d'éléments illustrée dans la figure ci-dessous :



La consommation et la surconsommation d'alcool sont socialement acceptées au Canada atlantique, où elles sont la « norme culturelle » de boire et de boire à l'excès. De ce fait, les recommandations suivantes sont proposées pour changer la culture de l'alcool (c.-à-d. dénormaliser l'acceptation sociale entourant la surconsommation) et aider à réduire les méfaits et blessures liés à l'alcool.

## Restreindre la publicité

L'analyse contextuelle indique que la publicité contribue non seulement à la sorte d'alcool consommée, mais aussi aux profils d'utilisation et à la normalisation de sa consommation et de sa surconsommation. Les associations avec la consommation d'alcool illustrées dans les publicités (plaisir, fêtes, socialisation, etc.) contribuent à la normalisation précoce de la consommation d'alcool chez les jeunes et se poursuivent dans l'âge adulte.

- Promouvoir des *restrictions* sévères pour la publicité sur l'alcool, y compris la publicité écrite, à la radio, à la télévision et en ligne, en particulier celle pouvant atteindre les enfants et les jeunes.
- Promouvoir un examen des méthodes de publicité sur l'alcool dans chacune des provinces canadiennes de l'Atlantique, en insistant surtout sur *l'exposition des enfants et des jeunes à la publicité*.
- Préconiser que les sociétés des alcools soient les seules responsables de la vente d'alcool aux citoyens et que les responsabilités sociales et de prévention relèvent des *responsables de la santé publique*.
- Surveiller et assurer *l'application* des lois provinciales sur la réglementation de l'alcool relativement à la publicité sur l'alcool, ainsi que d'autres politiques et lignes directrices (p. ex. lignes directrices du CRTC).
- Promouvoir un *organisme non gouvernemental* « externe » pour réglementer la commercialisation et la publicité sur l'alcool contrairement au système actuel d'auto réglementation des sociétés des alcools.

## Réduire l'accès à l'alcool

Les changements à l'échelle des politiques liées à l'accès et la disponibilité sont quelques-unes des mesures les plus efficaces pour transformer la culture de la consommation d'alcool et ses méfaits associés.

- Appuyer et promouvoir des *restrictions* pour la *densité des points de vente d'alcool et des bars*. De telles restrictions sont particulièrement nécessaires dans les zones proches des écoles.
- Appuyer le maintien de *l'âge légal minimum pour boire* et les efforts d'application (Check 25, formation des serveurs, points de surveillance de la sobriété, etc.).
- Promouvoir la réglementation des *jours ou des heures d'ouverture* des débits de boisson au détail et des bars.
- S'assurer que tous les bars et brasseries fournissent une *formation sur l'alcool aux serveurs* incluant des vérifications de l'âge légal, le refus de servir de la boisson, les méthodes de service, etc.
- Appuyer la mise en œuvre du programme *Safer Bars* et d'autres *approches novatrices pour la réduction des méfaits* (verres en plastique plutôt qu'en verre, etc.).
- Prévoir, implanter et appuyer des *activités sans alcool* (soirées des finissants sûres, centres ou maisons des jeunes, des semaines d'orientation plutôt que des « semaines de bizutage » axées sur la consommation d'alcool, etc.).
- Travailler à renforcer le *soutien du gouvernement et des politiciens*, et appuyer les changements des politiques relatives à l'accès et la disponibilité de l'alcool.
- Faciliter et soutenir les partenariats, la collaboration et les liens entre les professionnels en soins de santé communautaire, les fournisseurs de soins de santé primaire, les ministères de la Santé et de la Promotion de la santé et du bien-être et les organismes à but non lucratif (Les mères contre l'alcool au volant [MADD], etc.) pour *coordonner les efforts* destinés réduire l'accès et la disponibilité de l'alcool.
- Promouvoir la *tolérance zéro* dans les lignes directrices du permis gradué.
- Étudier l'évidence d'une *responsabilité civile de l'hôte* plus sévère relativement à l'alcool et ses méfaits associés.

## Majoration du prix

- Appuyer des prix minimums pour les boissons alcoolisées dans les bars et les pubs ainsi que des restrictions sur les boissons à prix réduit (p. ex. prix réduits lors des « 5 à 7 »).
- Appuyer la *réglementation des prix* dans les débits de boissons au détail.

## Créer le soutien au changement

La documentation a montré que les campagnes de marketing social peuvent être efficaces pour appuyer les recommandations suggérées ci-dessus et contribuer à un changement culturel global sur la manière dont l'alcool est consommé et comment son usage est perçu par le public. Alors que les experts clés pensaient aussi que le marketing social (voir définition dans l'encadré) était une composante clé pour diminuer les blessures liées à l'alcool, il est ressorti de cela que le marketing social était souvent considéré comme étant avant tout une stratégie de sensibilisation et d'éducation plutôt que comme une stratégie globale de changement du comportement. Par conséquent, nous recommandons ce qui suit.

- Utiliser les techniques de marketing social pour renforcer le soutien public à la modification des politiques sur l'alcool.
- Utiliser les techniques de marketing social pour dénormaliser la *consommation excessive, la consommation jusqu'à l'ivresse et la consommation avant l'âge légal* jusqu'à ce que ces pratiques ne soient plus socialement acceptables.
- Utiliser les techniques de marketing social *pour normaliser la recherche d'aide*, notamment en supprimant les obstacles culturels qui empêchent les gens d'avoir accès à des programmes et services d'aide en matière d'abus d'alcool, de consommation excessive et d'alcoolodépendance.
- Évaluer la capacité actuelle des intervenants à comprendre ce que sont le marketing social et les pratiques exemplaires pour réduire les méfaits liés à l'alcool et voir, au besoin, à ce qu'ils acquièrent cette capacité.

## **Fournisseurs de soins de santé**

Bien que certains fournisseurs de soins de santé puissent être en position de déceler le lien apparent entre l'alcool et les blessures (p. ex. dans les salles d'urgence), d'autres peuvent en être moins conscients. De plus, les fournisseurs de soins de santé sont dans une position idéale pour aborder l'alcool et les blessures; cependant, ils ne peuvent pas assurer une intervention précoce en raison de la normalisation de l'alcool et de la gêne à aborder ce problème avec leurs clients et leurs patients.

- Appuyer la *formation des professionnels en soins de santé* par la formation en traitement bref et des façons de boire plus sûres (pour ceux encore aux études, en améliorant le programme d'études et pour ceux qui exercent, par le perfectionnement professionnel).

## **Conclusion**

---

Au Canada atlantique, la culture propre à la consommation d'alcool s'est traduite par des profils dangereux d'utilisation et des tendances inquiétantes de blessures liées à l'alcool. Si les tendances dans la consommation d'alcool dans la région de l'Atlantique sont en partie liées à l'héritage et l'industrie, elles sont aussi influencées par les tactiques des sociétés d'alcool et des distributeurs, y compris les stratégies de publicité, l'établissement des prix et la densité des points de vente d'alcool. Tous ces facteurs s'associent pour créer une culture où la surconsommation et l'ivresse sont la norme, et exposent les individus et les collectivités à une variété de méfaits liés aux blessures.

Même si les habitudes de consommation d'alcool sont couramment la norme au Canada atlantique, il est possible de dénormaliser la surconsommation en combinant des stratégies de pratiques exemplaires. Ce rapport et ses recommandations ont pour but d'inviter les gouvernements du Canada atlantique à travailler en partenariat avec des organismes non gouvernementaux pour créer une culture de consommation d'alcool plus sûre dans la région. Il incombe à ces intervenants d'équilibrer le besoin de production de recettes avec les meilleurs intérêts de la santé publique.







**Annexes**

# Annexe A : Guide d'entrevue

## Collaboration atlantique pour la prévention des blessures L'alcool et les blessures

Guide d'entrevue  
8 octobre 2009 – FINAL

Nom de l'intervieweur : \_\_\_\_\_  
Nom de l'interviewé : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

### BUT DU GROUPE DE DISCUSSION ET GUIDE

Le but du groupe de discussion est de recueillir le point de vue des experts clés de partout au Canada atlantique afin d'explorer la culture de l'alcool, ainsi que le lien entre l'alcool et les blessures. L'intervieweur se servira de ce document pour guider la discussion lors des entrevues.

### INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

*La Collaboration atlantique pour la prévention des blessures (CAPB) est une organisation non gouvernementale qui se consacre à la diminution du fardeau des blessures au Canada atlantique. La CAPB se préoccupe du fardeau que les blessures liées à la consommation d'alcool imposent à la société et elle cherche à acquérir des connaissances sur l'impact de l'alcool et les blessures au Canada atlantique, ainsi que sur la culture régionale unique de la consommation d'alcool.*

*La CAPB mène une analyse contextuelle complète afin d'élaborer des propositions de recommandations fondées sur des données probantes avec une finalité de diminuer le nombre de blessures liées à la consommation d'alcool au Canada atlantique.*

*La participation à cette entrevue est volontaire. De plus, la confidentialité des renseignements fournis sera préservée, et les réponses ne seront associées à aucun nom dans les rapports qui seront rédigés. Pour faciliter l'analyse des données recueillies, j'aimerais faire un enregistrement audio de cette entrevue et la transcrire. Les réponses données seront présentées ensemble et, même si des réponses peuvent être citées individuellement, aucune des personnes interviewées ne sera identifiée.*

*Est-ce que vous me donnez la permission de faire un enregistrement sonore de cette entrevue?*

Oui  Non (en cas de réponse négative, demander s'il est possible de prendre des notes)

*Avez-vous des questions à poser avant le début de l'entrevue?*

### QUESTIONS DE L'ENTREVUE

L'intervieweur lance la discussion dans le groupe en utilisant les scénarios et les questions présentés ci-dessous.

*Pour débiter, j'aimerais vous poser des questions générales sur votre position et toute association avec l'alcool.*

1. Pouvez-vous s'il vous plaît décrire brièvement votre emploi, votre poste ou votre rôle et indiquer ses liens relativement à l'alcool?
2. Comment décririez-vous la « culture de l'alcool » dans votre province?

Exploration :

- Selon vous, quelles sont les raisons (positives et négatives) qui sous-tendent la consommation d'alcool?
  - Quelles sont les raisons principales de cette consommation et celles de la surconsommation?
  - Pensez-vous que la consommation excessive d'alcool est intentionnelle? Dans l'affirmative, pourquoi cela se produit-il selon vous? Y a-t-il d'après vous une perception que la surconsommation procure certains « avantages »?
3. La culture de l'alcool diffère-t-elle d'une région à l'autre de votre province? Veuillez expliquer.

Exploration :

- Pensez-vous que la motivation de consommer de l'alcool varie selon l'âge? Par exemple, entre les jeunes, les jeunes adultes, les adultes et les personnes âgées?
- La culture des régions urbaines est-elle différente de celle des régions rurales?
- La culture de l'alcool que vous avez décrite diffère-t-elle des autres provinces de l'Atlantique ou de celles du reste du Canada?

4. Selon vous, quels sont les facteurs qui influent sur la manière dont les gens envisagent l'alcool, ainsi que sa consommation et sa surconsommation?

Exploration :

- Pensez-vous que la surconsommation ou l'intoxication soit normalisée? Veuillez expliquer.
- Les influences varient-elles d'un âge à l'autre (p. ex. les élèves du secondaire par rapport aux étudiants universitaires) ou en raison d'autres variables? Veuillez expliquer.

*Maintenant, j'aimerais parler du lien entre l'alcool et les blessures.*

5. Avez-vous déjà été témoin d'un lien entre alcool et blessures dans le cadre de votre emploi, votre poste ou votre rôle? Veuillez expliquer.

Exploration :

- Quels types de blessures en rapport avec l'alcool avez-vous constatés? Collisions de véhicules motorisés, violence, chutes, suicide, etc.?

6. Pensez-vous que la relation entre l'alcool et les blessures soit très connue?

Exploration :

- Pensez-vous qu'il y ait des groupes au sein desquels cette relation n'est pas connue (p. ex. le public, les fournisseurs de soins de santé)?

7. En vous basant sur la « culture de l'alcool » que vous avez décrite tout à l'heure, pensez-vous que cette culture ait un effet quelconque sur les blessures que l'on trouve dans votre province?

*Finalement, j'aimerais discuter des interventions possibles à l'égard de la problématique de l'alcool et des blessures.*

8. Dans votre rôle, votre poste ou votre domaine de travail, existe-t-il des mesures qui sont prises pour intervenir concernant l'alcool et les blessures?

9. Quelles sont vos recommandations ou vos suggestions en vue d'aborder l'impact de l'alcool et des blessures dans votre province?

Exploration :

- Selon vous, quels seraient les moyens qui contribueraient à informer les praticiens, les intervenants et les décideurs en matière de prévention des blessures au Canada atlantique au sujet de l'incidence de l'alcool sur les blessures? Est-ce qu'une amélioration de la formation ou du programme d'études des professionnels de la santé ciblée sur l'alcool et la dépendance serait une bonne idée?
- Quelles sont vos opinions sur les changements de fond comme ceux qui modifient l'accès à l'alcool (p. ex. la densité des points de vente), l'âge minimal légal pour consommer de l'alcool, la réglementation de la publicité sur l'alcool, les taxes?

*Merci beaucoup pour votre rétroaction. Voici une dernière question pour terminer.*

10. Pour conclure, avez-vous des commentaires que vous aimeriez exprimer sur la culture de l'alcool et les liens entre l'alcool et les blessures?

*Je vous remercie pour votre participation à cette entrevue et pour vos commentaires réfléchis.*

# Annexe B : Recherche et données probantes pour aborder l'alcool et les blessures

Le Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures (2008) a fourni nombre de recommandations sur les pratiques fondées sur des données probantes, dont les suivantes.

Tableau 3 : Recommandations du Centre ontarien de ressources pour la prévention des blessures

Recommandations	
Mettre au programme les priorités à l'égard de l'alcool	<p><i>Influencer les priorités fédérales et provinciales à l'égard de l'alcool</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Prôner la mise en œuvre de politiques à l'égard de l'alcool, qui influent sur la santé de la population. Dans les premières étapes au cours desquelles les politiques sont abordées dans le programme commercial concernant la distribution et la promotion de l'alcool, la santé publique pourrait trouver une façon de s'immiscer dans ces discussions afin d'y intégrer un débat sur les dommages causés par l'alcool.</li><li>- Collaborer avec les autres intervenants qui ont influé sur les changements d'orientation en matière d'alcool et d'autres substances. Par exemple, les expériences sur le contrôle du tabac peuvent fournir des leçons à retenir ou des possibilités de créer des liens semblables.</li><li>- Chercher des alliances à l'échelle nationale et internationale pour favoriser l'échange de recherches et de pratiques prometteuses, et déclencher des processus de changement d'orientation aux paliers gouvernementaux supérieurs.</li><li>- Développer des occasions d'action revendicatrice en collaborant avec des groupes de surveillance des politiques à l'égard de l'alcool et de stratégie sur l'alcool, les drogues ou les blessures au palier fédéral et provincial pour réseauter avec les praticiens, les organisations non gouvernementales et les chercheurs.</li><li>- Plaider la cause d'une stratégie nationale sur les blessures, qui comprend le rôle de l'alcool.</li><li>- Collaborer avec les chercheurs et d'autres experts dans ce domaine afin que les conclusions soient présentées aux décideurs politiques au moyen de notes d'information, de résumés, de séminaires et d'ateliers.</li><li>- Engager des experts de l'évaluation (p. ex. CAMH, OIPRC, THCU) à faire un suivi et un compte rendu des attitudes, des pratiques et des impacts grâce à des sondages périodiques sur les enjeux de l'alcool et sur les comportements à l'égard de l'alcool et les blessures.</li><li>- Collaborer avec les intervenants clés (p. ex. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies) afin d'appuyer les efforts pour composer avec les enjeux politiques qui sont multisectoriels et basés sur une approche des quatre piliers et des données probantes.</li><li>- Examiner les recherches touchant la publicité sur l'alcool pour déterminer l'impact sur les jeunes et renseigner les décideurs politiques au sujet des influences de l'alcool sur les jeunes.</li><li>- Revendiquer la création d'une situation d'égalité des chances pour les messages de promotion de la santé, dont les efforts pour attirer l'attention des jeunes sont en concurrence avec les publicités sur l'alcool, et ce, en abordant le niveau et la qualité des publicités sur l'alcool et des lignes directrices du CRTC.</li><li>- Informer les experts en sécurité et en prévention des blessures sur le rôle de l'alcool comme facteur de risque majeur, qui influe sur l'augmentation du risque de blessure.</li><li>- Revendiquer des ressources supplémentaires pour la recherche sur l'alcool et pour des initiatives de prévention efficaces.</li></ul>

## Recommandations

Initiatives politiques et de mise en application

*Appuyer le recours aux taxes sur l'alcool pour aborder la consommation d'alcool*

- Nous recommandons que le prix des boissons alcoolisées particulières dans différentes catégories corresponde à leur teneur en alcool (p. ex. imposition proportionnelle). Les praticiens de santé publique peuvent aider en informant leur commission d'hygiène locale et leur médecin hygiéniste.

*Appuyer la réglementation de la disponibilité de l'alcool*

- Travailler avec des partenaires et par l'intermédiaire de comités et de l'éducation du public afin d'informer les autres et de contrer l'érosion du monopole gouvernemental des ventes au détail (pour éviter la privatisation).
- Appuyer les restrictions sur la densité des points de vente d'alcool. Ces dernières limiteraient la disponibilité de l'alcool pour le public en mettant en place des mesures en vue de gérer l'espacement des points de vente au détail, surtout dans les quartiers locaux et les plus grandes zones de divertissements (p. ex., expliquer la validité d'une telle démarche au conseil municipal, au service de la police et aux inspecteurs de la Commission des alcools et des jeux de l'Ontario).
- Soutenir les efforts en vue du maintien de l'âge minimum pour acheter des boissons alcoolisées. Encourager une application plus rigoureuse des restrictions actuelles des permis de vente d'alcool en matière de vendre, de servir et de donner des boissons alcoolisées aux mineurs.
- Soutenir les efforts en vue de restreindre les heures et les jours d'ouverture pour la vente et diminuer la disponibilité des boissons alcoolisées pour le public grâce à de mesures à l'échelle locale limitant les heures de vente.
- Promouvoir les activités de divertissement sans alcool : par exemple, des fêtes « Finissants sans accident » ou des célébrations municipales de la veille du jour de l'An où l'on ne vend ni ne consomme de boissons alcoolisées.

*Préparer, soutenir et promouvoir des interventions qui modifient l'environnement de consommation d'alcool par les moyens suivants.*

- Formation des serveurs, politiques des bars et règlements sur l'alcool.
- Appuyer l'application des politiques en matière de service d'alcool, ainsi que des pénalités claires pour toute infraction.
- Collaborer avec les partenaires dans la collectivité pour assurer une surveillance de la violence liée à la consommation d'alcool et d'autres problèmes relatifs aux blessures.
- Encourager l'utilisation du programme *Safer Bars*.
- Collaborer avec les gouvernements municipaux et autres afin d'établir une politique municipale à l'égard de l'alcool, se fondant sur les lignes directrices appuyées par l'Ontario Recreational Facilities Association.

*Préparer, appuyer et promouvoir des interventions qui soutiennent des mesures de prévention de l'alcool au volant.*

- Sensibiliser la commission d'hygiène et le médecin hygiéniste pour la nécessité d'appuyer les efforts en vue d'abaisser le taux d'alcoolémie maximum pour tous les conducteurs, ainsi que promouvoir la nécessité de décréter un taux d'alcoolémie zéro normalisé pour tous les conducteurs de moins de 21 ans, et revendiquer que ces besoins soient comblés.
- Collaborer avec le service de police et les médias pour soutenir des points de surveillance de la sobriété améliorés dans sa région et rappeler au public l'importance de ces points de surveillance.
- Collaborer avec le service de police et les médias pour informer le public au sujet des suspensions administratives de permis, ainsi que des coûts juridiques, financiers et sociaux d'une suspension.

## Recommandations

Éducation et sensibilisation	<p><i>Préparer, soutenir et promouvoir des interventions recourant aux pratiques exemplaires des techniques du marketing social, incluant les volets suivants.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration d'une démarche complète qui comprend l'éducation ou la sensibilisation, les politiques, la mise en application et les pénalités (ainsi que des changements ingénieraux potentiels).</li> <li>- Analyse du contexte social et politique.</li> <li>- Optimisation de l'attrait du comportement idéal pour cibler l'auditoire et souligner les failles des messages qui tentent de rendre attrayant un comportement négatif.</li> <li>- Usage des sources crédibles pour communiquer des messages positifs (il est important de faire preuve de prudence dans le choix du porte-parole et du message).</li> <li>- Utilisation de plusieurs types de médias pour communiquer les messages.</li> <li>- Objectif d'influencer ceux qui sont à même d'éduquer le public ou de promouvoir les messages auprès de lui.</li> <li>- Élimination de tout traitement négatif des messages.</li> <li>- Incitation à susciter des comportements positifs en matière de drogues et d'alcool (p. ex., conformité aux lignes directrices sur la consommation d'alcool à faible risque, usage sûr des médicaments) à l'aide des médias.</li> <li>- Communication de messages formulés de façon à susciter l'intérêt de personnes des deux sexes, de tout âge et toute origine ethnique.</li> <li>- Travail en partenariat avec d'autres intervenants clés, y compris des chercheurs, des décideurs, le secteur des ONG, les médias et autres.</li> </ul> <p><i>Planifier des campagnes de marketing social pour</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promouvoir les lignes directrices sur la consommation d'alcool à faible risque;</li> <li>- produire des connaissances sur les risques associés à l'abus d'alcool et de drogue; impliquer les membres de la collectivité en plus des ONG, du gouvernement local et d'autres activistes locaux.</li> <li>- Rehausser la sensibilisation aux blessures associées à l'abus d'alcool et de drogue en travaillant avec les ministères et organismes gouvernementaux (Régie des alcools de l'Ontario et ONG). Il est possible de mettre en œuvre des interventions efficaces lorsque le public est sensibilisé au risque potentiel élevé de blessures.</li> </ul>
Réorientation des services	<p><i>Participer à des coalitions locales et collaborer avec des intervenants clés pour mettre au point des plans d'action qui offrent des services de traitement et d'intervention précoce.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encourager les praticiens à adopter une démarche de santé de la population pour le traitement des problèmes liés à la consommation d'alcool.</li> <li>- Réorienter les services de manière que l'allocation des ressources respecte les priorités en matière de traitement et de prévention.</li> <li>- Soutenir ceux qui travaillent au sein du système de soins de santé lorsqu'ils planifient des traitements brefs auprès des buveurs dangereux durant les visites cliniques de routine, qui sont destinées à fournir une intervention précoce dans le but de diminuer à un niveau modéré la consommation d'alcool (p. ex. en donnant de l'information).</li> </ul>

Pour aborder le problème des méfaits associés à l'alcool, le Dr N. Giesbrecht, expert en politiques canadiennes à l'égard de l'alcool, et des collègues (Giesbrecht, Patra et Popova, 2008) suggèrent les actions suivantes, dont certaines qui touchent la disponibilité physique de l'alcool et des modifications du contexte de consommation.

**Tableau 4 : Actions pour aborder les méfaits liés à l'alcool**

<p><i>Réglementation portant sur la disponibilité physique de l'alcool</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une diminution des heures et des jours d'ouverture pour la vente, ainsi que du nombre de débits de boisson, et les restrictions imposées sur l'accès à l'alcool sont associées à des réductions de la consommation d'alcool et des problèmes qui y sont liés.</li> <li>- Des lois rehaussant l'âge légal minimum pour acheter de l'alcool contribuent à une diminution des ventes d'alcool et des problèmes chez les jeunes buveurs.</li> <li>- Une réglementation visant les fournisseurs commerciaux qui vendent de l'alcool aux mineurs et ignorent les autres restrictions peut être efficace si le système a le pouvoir de suspendre et de révoquer les permis d'alcool.</li> <li>- Des débits de boisson qui sont de propriété gouvernementale (c.-à-d. systèmes de monopole hors lieux) peuvent permettre de limiter la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont liés.</li> </ul>
<p><i>Limitation de la consommation d'alcool dans des contextes ou environnements où l'alcool est vendu et consommé habituellement</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une mise en application de la réglementation sur le service de boissons alcoolisées.</li> <li>- Une augmentation de la responsabilité légale du personnel et des propriétaires des bars à l'égard des gestes posés par leurs clients à qui ils ont servi des boissons alcoolisées.</li> </ul>

Le Dr N. Giesbrecht propose les pratiques exemplaires suivantes (ayant un bon degré de soutien et de faisabilité) pour diminuer les méfaits associés l'alcool :

- *taxes ou prix* de l'alcool (une augmentation des prix restreint la consommation);
- *âge légal minimum* pour acheter de l'alcool (rehausser l'âge légal pour la consommation d'alcool diminue les accidents de la circulation chez les jeunes de 18 à 20 ans);
- *monopole* gouvernemental des ventes au détail;
- *points de surveillance* de la sobriété;
- baisse des limites du *taux d'alcoolémie*;
- suspension administrative du *permis*;
- *permis gradué* pour les conducteurs débutants;
- restrictions des *heures et des jours de vente*
- restrictions de la *densité des points de vente d'alcool*;
- *application* de la réglementation sur les lieux de vente;
- *traitements brefs* dans le cas des buveurs à risque élevé.

En 2008, le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse a publié *Best Practices for Preventing Substance Use Problems in Nova Scotia* (Roberts, 2008). Les pratiques recommandées, relativement à l'alcool et à la diminution des méfaits qui y sont associés, sont notamment les suivantes.

- Accorder la priorité aux mesures pour maîtriser et diminuer la disponibilité physique et économique de l'alcool et du tabac à l'échelle locale et provinciale, étant donné qu'elles sont les plus efficaces pour réduire les méfaits et les coûts associés à ces substances. Une autre priorité également devrait être l'information du public sur le solide raisonnement qui sous-tend ces mesures (pratiques recommandées n° 4)
- Il a été prouvé de façon convaincante que les mesures suivantes sont efficaces pour réduire les méfaits liés à l'alcool : initiatives *Safer Bar*, alcootests aléatoires, points de surveillance de la sobriété, antidémarrageurs éthylométriques, tolérance zéro à l'égard des jeunes conducteurs, lois *per se* sur le taux de 0,08.

De plus, la stratégie de la Nouvelle-Écosse en matière d'alcool fournit des recommandations en vue de changer la culture de la consommation d'alcool à risque, dont les suivantes.

- **Normaliser la recherche d'aide** : actuellement, la démarche pour chercher de l'aide par les personnes ayant une alcoolodépendance a une connotation négative. La normalisation de la recherche d'aide est indispensable pour supprimer les barrières culturelles qui empêchent les gens d'avoir accès aux programmes et aux services d'aide en matière de surconsommation et d'abus d'alcool, et de dépendance.
- **Dénormaliser la consommation d'alcool des mineurs** : il est essentiel de modifier notre perspective de la consommation d'alcool par les jeunes et de ne plus la considérer comme « normale » ou, encore, comme un rite de passage. Il faudrait plutôt favoriser une culture offrant aux jeunes des rites de passage significatifs qui n'incluent pas l'alcool.
- **Dénormaliser la cuite d'un soir et les beuveries jusqu'à l'intoxication** : une sous-culture bien présente normalise et idéalise la consommation d'alcool et l'intoxication, et les conséquences qui en découlent. Cette culture doit être remplacée par une autre, dans laquelle la cuite d'un soir et l'intoxication ne sont pas des habitudes sociales acceptables.

- **L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) en tant que responsabilité de la collectivité** : il est nécessaire dans notre culture de commencer à voir l'ETCAF comme une responsabilité de la collectivité, plutôt qu'un problème des femmes ou des autochtones.
- **Les approches envers les ressources éducatives et de sensibilisation** : pour faciliter des actions saines, les ressources offertes devraient être élaborées en se fondant sur une information factuelle équilibrée. Elles devraient aussi éviter la communication à sens unique et favoriser un dialogue productif.
- **Viser encore plus la prévention et l'intervention précoce** : il est nécessaire que les alcootests soient effectués dorénavant par des « professionnels aidants », qui mettent de l'avant des attitudes positives.
- **Une approche équilibrée envers les politiques en matière d'alcool** : il est impératif que les politiques en matière d'alcool équilibrent les intérêts de la protection de la santé, de la prévention des méfaits, des avantages de la modération et des enjeux économiques.

Un examen systémique effectué par Shults et coll. (2009) révèle que la mobilisation des efforts de la collectivité produit des résultats efficaces pour réduire le nombre des accidents liés à la consommation d'alcool et indique que de tels programmes permettent des économies de coûts. Les programmes à composantes multiples comportent en général une combinaison d'efforts, notamment :

- restriction de l'accès à l'alcool (particulièrement pour les jeunes);
- formation en service raisonnable des boissons;
- points de surveillance de la sobriété ou autres efforts d'application bien définis;
- éducation du public;
- pressions exercées par l'entremise des médias en vue d'obtenir l'appui des décideurs et du public pour la réduction de la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool.

De plus, la *Stratégie nationale sur l'alcool* (2007) décrit aussi plusieurs domaines d'action stratégiques. Ces domaines d'action sont énoncés dans le tableau de la page suivante.

Tableau 5 : Les domaines d'action stratégiques de la Stratégie nationale sur l'alcool (2007)

But	Recommandations
<b>Promotion de la santé, prévention et éducation</b>	
<p>Sensibiliser davantage le public au sujet de la consommation responsable d'alcool et renforcer la résilience des personnes et des collectivités, et leur capacité de participer à une culture de la modération.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élaborer et promouvoir des lignes directrices nationales sur la consommation d'alcool afin d'encourager une culture de la modération et de viser la cohérence et la clarté pour les messages de santé et sécurité liés à l'alcool (Santé Canada, tous les gouvernements).</li> <li>2. Préparer avec des partenaires multisectoriels une campagne de marketing social complète, durable et coordonnée en vue de promouvoir les lignes directrices nationales sur la consommation d'alcool. Cela impliquerait de l'élaborer en s'appuyant sur les acquis des campagnes de marketing social existantes, comme celles qui visent l'alcool au volant et les habitudes de consommation d'alcool à haut risque (tous les gouvernements, les ONG, l'industrie des boissons alcoolisées et le secteur de l'accueil).</li> <li>3. Soutenir et financer les collectivités afin qu'y soient développées et mises en œuvre des initiatives de promotion de la santé axées sur les lignes directrices nationales sur la consommation d'alcool et afin de prévenir et de diminuer les problèmes liés à l'alcool (tous les gouvernements, les secteurs des boissons alcoolisées et de l'accueil).</li> <li>4. Mettre en place une réglementation régissant les étiquettes des contenants de boissons alcoolisées pour qu'elles soient normalisées et facilement lisibles et qu'elles indiquent le nombre de consommations standard dans chaque contenant (Santé Canada).</li> <li>5. Développer et évaluer des politiques et des programmes à l'égard de la consommation d'alcool par les mineurs, qui sont appropriés aux divers stades de la jeunesse et font la promotion des thèmes suivants : l'abstinence est un but valide pour tous, la conformité aux lignes directrices nationales sur la consommation d'alcool et l'évitement de la consommation d'alcool à haut risque pour ceux qui choisissent de ne pas s'abstenir de boire des boissons alcoolisées (tous les gouvernements, les ONG, l'industrie des boissons alcoolisées et le secteur de l'accueil).</li> <li>6. Au moyen d'une initiative collaborative nationale, développer et évaluer à l'égard des jeunes adultes des politiques et des programmes dans les écoles, les collèges et les universités (tous les gouvernements, ONG, l'industrie des boissons alcoolisées et le secteur de l'accueil).</li> </ol>
<b>Incidences sur la santé et traitement</b>	
<p>Diminuer les impacts négatifs sur la santé de la consommation d'alcool et s'attaquer aux blessures et maladies chroniques qu'elle entraîne.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Développer des outils et des stratégies intégrés tenant compte des différences culturelles en matière de dépistage, de traitement bref et de référence (gouvernements provinciaux ou territoriaux).</li> <li>8. Assurer un financement continu adéquat, une formation de qualité et l'agrément pour les services spécialisés de toxicomanie (les gouvernements provinciaux ou territoriaux).</li> <li>9. Améliorer l'accès aux services de toxicomanies dans les régions isolées, rurales et éloignées du Canada et pour les populations vulnérables (tous les gouvernements).</li> <li>10. Évaluer les programmes de traitement afin de déterminer les pratiques prometteuses et de diffuser les conclusions (tous les gouvernements, ONG).</li> <li>11. Coordonner le transfert des connaissances liées à l'évaluation et à la recherche des politiques et des programmes en matière de prévention, de traitement et de santé de la population, qui traitent de la question de l'alcool (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).</li> <li>12. Renforcer le programme éducatif sur les drogues et l'alcool des programmes de premier cycle, des cycles supérieurs et de perfectionnement professionnel (les gouvernements provinciaux ou territoriaux, les ONG, les collèges, les universités).</li> <li>13. Diffuser les outils de dépistage et de diagnostic de l'ETCAF aux médecins de famille, aux pédiatres et aux autres professionnels de la santé, et promouvoir leur usage par ces derniers (tous les gouvernements, les ONG).</li> <li>14. En ce qui concerne l'influence de l'alcool sur les maladies chroniques : a) préparer des rapports périodiques sur l'incidence de la consommation d'alcool sur les maladies chroniques au Canada et coordonner ces derniers avec les rapports courants <i>Les coûts de l'abus de substances au Canada</i> (Agence de la santé publique du Canada), b) veiller à ce que la question de l'alcool soit incluse constamment dans les politiques et les programmes axés sur les maladies chroniques (tous les gouvernements, les ONG), c) collaborer avec l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC) et d'autres organisations afin d'améliorer la prévention des maladies chroniques liées à l'alcool, y compris la mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation du public (Agence de la santé publique du Canada).</li> <li>15. En ce qui concerne la recherche : a) développer un système national, coordonné et continu, de collecte de données et de déclaration des indicateurs communs qui sont pertinents aux méfaits aigus et chroniques liés à l'alcool dans toutes les provinces canadiennes (Santé Canada), b) créer un programme stratégique national de recherche sur l'alcool, qui est étayé par une approche des déterminants de la santé et vise à développer une meilleure compréhension du risque et des facteurs de protection rattachés à la consommation d'alcool (Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Santé Canada), c) recueillir des données au sujet des incidences sur la santé liées à l'alcool et des résultats des traitements particuliers administrés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, en se servant d'une éthique de recherche appropriée (incluant les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession). Ces données devraient être comparables à celles qui ont été recueillies pour la population générale du Canada (Santé Canada, les ONG).</li> </ol>

But	Recommandations
<b>Disponibilité de l'alcool</b>	
<p>Mettre en œuvre des mesures qui contrôlent efficacement la disponibilité de l'alcool et les appliquer.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Maintenir des systèmes actualisés de contrôle des ventes d'alcool (les gouvernements provinciaux ou territoriaux). Pour le bon fonctionnement de ces systèmes, il sera important de mettre en place les mesures suivantes : a) exiger que les sociétés ou régies des alcools mettent en place un cadre de référence de responsabilité sociale pour toutes les questions touchant leurs opérations et la gouvernance, et qu'elles maintiennent ou augmentent leurs dépenses et leurs programmes dans ce domaine, b) renforcer la formation du personnel des points de vente et mettre en œuvre des programmes de conformité continue à la mise en application pour garantir que l'alcool est toujours vendu de manière socialement responsable, dans le respect de la loi, c) encourager le réexamen et l'analyse systématiques des heures et des jours de vente d'alcool et de la densité des points de vente, reconnaissant le fait qu'une disponibilité physique accrue de l'alcool peut mener à une augmentation des méfaits.</li> <li>17. Collaborer avec les sociétés ou régies des alcools pour veiller à ce que le coût et la disponibilité de l'alcool dans les collectivités à haut risque soient gérés de manière socialement responsable (les gouvernements provinciaux ou territoriaux et municipaux).</li> <li>18. Demander que toutes les autorités de délivrance des permis d'alcool et les sociétés ou régies des alcools collectent et publient des renseignements détaillés sur la densité des points de vente hors lieux et sur les lieux (les gouvernements provinciaux ou territoriaux).</li> <li>19. Mener des recherches pour préciser la magnitude et la nature de la fourniture d'alcool par des tiers au Canada (p. ex., fourniture d'alcool à l'extérieur du système de distribution légal et dans les provinces où l'alcool est interdit) (tous les gouvernements).</li> <li>20. Évaluer les résultats des mesures d'essai de contrôle de l'alcool dans les collectivités éloignées (particulièrement dans les trois territoires du Nord canadien), incluant les interdictions totales, les limitations de l'importation d'alcool dans la collectivité et les pratiques de vente très restrictives (les gouvernements provinciaux ou territoriaux et municipaux, les collectivités de Premières Nations).</li> <li>21. Mettre en œuvre des programmes de formation en service des boissons alcoolisées au Canada qui seront obligatoires pour l'obtention ou le renouvellement des permis pour servir de l'alcool. Ces programmes de formation devraient inclure un renouvellement de l'accréditation des serveurs, des vérifications de la conformité continue à la mise en application et des évaluations périodiques des programmes pour soutenir et améliorer les impacts au fil du temps. De plus, la formation des serveurs et les vérifications de la conformité devraient être menées plus fréquemment pour les établissements ayant des antécédents de problèmes touchant le service (les gouvernements provinciaux ou territoriaux et municipaux, les collectivités de Premières Nations).</li> <li>22. Faire une enquête sur les implications de rendre obligatoire l'assurance responsabilité pour tous les établissements détenant un permis de vente d'alcool au Canada, en utilisant des options qui n'entraînent pas de fardeaux économiques excessifs pour le secteur de l'accueil : par exemple, des programmes d'autoassurance (les gouvernements provinciaux ou territoriaux).</li> <li>23. Mener des recherches sur la nature et l'étendue de l'accès aux boissons alcoolisées par les mineurs, y compris dans les débits d'alcool détenant un permis, et mettre en place des politiques et des programmes appropriés pour corriger ce problème (les gouvernements provinciaux ou territoriaux).</li> <li>24. Étant donné la relation existant entre l'âge minimal légal pour acheter de l'alcool et les méfaits liés à la consommation d'alcool, envisager de rehausser l'âge minimal légal à 19 ans (les gouvernements de l'Alberta, du Québec et du Manitoba).</li> <li>25. Renforcer la mise en application et les sanctions pour les personnes qui produisent ou utilisent de fausses pièces d'identité (les gouvernements provinciaux ou territoriaux).</li> <li>26. Adopter des prix de vente au détail minimums à référence sociale pour l'alcool et indexer ces prix au moins annuellement, selon l'indice des prix à la consommation (IPC). Un organisme compétent devrait réviser les prix de l'alcool partout au Canada, au moins une fois l'an, et publier un rapport recommandant des augmentations là où les prix ne vont pas de pair avec l'inflation (les gouvernements provinciaux ou territoriaux).</li> <li>27. Décourager l'introduction ou l'expansion des industries U-Brew et U-Vin. Là où ces entreprises existent actuellement, subordonner la délivrance du permis à l'établissement de prix correspondant aux prix socialement référencés pour les boissons alcoolisées dans cette province (les gouvernements provinciaux ou territoriaux et municipaux).</li> <li>28. Créer des mesures incitatives, au moyen de rajustements d'impôts ou de prix, en vue de promouvoir la production et la mise en marché de bières et de panachés à plus faible teneur en alcool dans le but de réduire la quantité d'alcool consommée par habitant au Canada (tous les gouvernements, l'industrie des boissons alcoolisées).</li> <li>29. S'acheminer vers l'établissement d'un prix volumétrique (basé sur le volume d'alcool éthylique dans les produits alcoolisés) dans chaque catégorie de boissons (tous les gouvernements, l'industrie des boissons alcoolisées).</li> <li>30. Coordonner le financement de la recherche et de la publication d'un rapport annuel documentant l'exposition des Canadiens mineurs à la publicité sur l'alcool (Santé Canada).</li> <li>31. Réviser les systèmes actuels de réglementation de la publicité en vue de mettre à jour les normes, surtout celles qui concernent les jeunes, ainsi que les mécanismes pour recevoir les plaintes des consommateurs au sujet de la publicité sur l'alcool et y répondre (tous les gouvernements).</li> </ol>

But	Recommandations
<b><i>Des collectivités plus sûres</i></b>	
	<p>32. Développer et adopter des politiques complètes en matière d'alcool au sein de tous les secteurs de la main-d'œuvre canadienne, en mettant un accent particulier sur les professions critiques pour la sécurité (tous les gouvernements, les ONG, les secteurs d'activité).</p> <p>33. Établir des partenariats avec des groupes communautaires afin d'élaborer des politiques et des programmes municipaux en matière d'alcool, qui s'abordent des problèmes locaux (gouvernements provinciaux ou territoriaux, gouvernements municipaux, ONG).</p> <p>34. Mettre en œuvre l'utilisation de programmes éprouvés de prévention de la violence dans les établissements ayant un permis de vente d'alcool (gouvernements provinciaux ou territoriaux, industrie des boissons alcoolisées et secteur de l'accueil).</p> <p>35. Préparer une campagne de sensibilisation du public pour accroître la sensibilisation à la responsabilité en matière d'alcool (tous les gouvernements, les ONG, l'industrie des boissons alcoolisées).</p> <p>36. Modifier ou élaborer des politiques et des programmes qui incorporent des solutions fondées sur des données probantes et visent à diminuer les méfaits liés à l'alcool dans les collèges et les universités (collèges et universités, ONG).</p> <p>37. Sanctionner et soutenir la Stratégie de réduction de la conduite avec facultés affaiblies 2010 (tous les gouvernements).</p> <p>38. Adopter le modèle de suspension à court terme du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) et d'autres actions qui ciblent les conducteurs avec facultés affaiblies ayant un taux d'alcoolémie plus faible (gouvernements provinciaux ou territoriaux).</p> <p>39. Revigorer la mise en application des lois touchant l'alcool au volant (tous les gouvernements).</p> <p>40. Poursuivre des approches qui ciblent les conducteurs à haut risque ou alcooliques (c.-à-d. ceux qui ont des taux d'alcoolémie de 0,15 % ou plus) afin de mieux dissuader et réhabiliter les récidivistes (gouvernements provinciaux ou territoriaux, ONG). Cela comprendrait les approches suivantes : a) des solutions technologiques (p. ex. les antidémarrageurs éthylométriques), b) des initiatives d'éducation et de sensibilisation du public, c) des protocoles d'évaluation améliorés, d) un traitement et une réhabilitation plus efficaces, s'inspirant des modèles médicaux et de réduction des méfaits afin de mieux s'attaquer aux problèmes concomitants de l'abus d'alcool chronique et des déficiences cognitives possibles.</p> <p>41. Adopter, au sein des programmes de permis gradués, des dispositions de tolérance zéro envers l'alcool (taux d'alcoolémie de 0 %) pour tous les conducteurs jusqu'à l'âge de 21 ans (gouvernements provinciaux ou territoriaux).</p>

La National Drug Strategy (stratégie nationale sur les drogues) du gouvernement de l'Australie a trouvé des données probantes convaincantes, selon lesquelles il est possible de réaliser des réductions substantielles des coûts sociaux grâce à une mise en œuvre d'une gamme d'interventions (ou l'amélioration de cette dernière), comprenant les suivantes :

- taxation plus élevée de l'alcool, y compris des taux de taxe différentiels sur les formes d'alcool qui font particulièrement l'objet d'abus;
- interdictions partielles ou totales de la publicité sur l'alcool et d'autres formes de promotion;
- plafond plus bas du taux d'alcoolémie au volant;
- mise en application plus systématique du plafond du taux d'alcoolémie;
- investissements beaucoup plus importants dans les traitements brefs afin de diminuer les abus d'alcool.

Il existe également d'autres preuves solides, mais moins quantifiables, qui montrent que des ressources devraient aussi être consacrées aux fins suivantes :

- surveillance des environnements de consommation d'alcool;
- usage d'antidémarrageurs éthylométriques;
- lignes directrices sur la consommation d'alcool à faible risque;
- étiquetage standard des boissons alcoolisées et des mises en garde sur la santé.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (Rehm et coll., 2008) souligne certaines interventions auprès de la population, dont l'efficacité a été prouvée relativement à la diminution du fardeau attribuable à l'alcool et de ses coûts pour le Canada. La mise en œuvre de ces six interventions reliées à la politique en matière d'alcool entraînerait des économies de coûts d'un milliard de dollars annuellement au Canada. Ces interventions sont les suivantes :

- établissement des prix et taxation (augmentation de 25 %);
- baisse du taux d'alcoolémie autorisé au volant de 0,08 % à 0,05 %;
- taux d'alcoolémie zéro pour tous les conducteurs jusqu'à l'âge de 21 ans;
- hausse de l'âge minimal légal pour consommer de l'alcool de 19 à 21 ans;
- intervention Safer Bars;
- traitement bref.

## Annexe C : Références

---

- ABBEY, Antonia et coll. « Alcohol and Sexual Assault », *Alcohol Health and Research World*, vol. 25, n° 1 (2001), p. 2.
- ALBERTA ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION (AADAC). *ABC's of Substance use and injury*, gouvernement de l'Alberta, 2003.
- ALBERTA ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION (AADAC). *ABC's of Alcohol and Seniors*, gouvernement de l'Alberta, 2003.
- ANDERSON, P. et coll. « Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 44, n° 3 (2009), p. 229-243.
- ANDERSON, P. et B. BAUMBERG. *Alcohol in Europe: a public health perspective*, rapport pour la Commission européenne, Institute of Alcohol Studies, Royaume-Uni, juin 2006.
- APPLIED RESEARCH AND EVALUATION SERVICES (ARES). *Estimating the Presence of Alcohol and Drug Impairment in Traffic Crashes and their Costs to Canadians: 1999 to 2006*, The University of British Columbia, Les mères contre l'alcool au volant (MADD Canada), 2009.
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS (A). *Injury Prevention Facts*, 2006.
- AUSTRALIAN NATIONAL ALCOHOL STRATEGY. *Alcohol and Your Health*, 2003.
- BILBAN, M., et L. SKIBIN. « Presence of alcohol in suicide victims », *Forensic Science International*, vol. 147, supplément 1 (2005), S9-S12.
- BLACKMER, J., et S.C. MARSHALL. « A comparison of traumatic brain injury in the Saskatchewan native North American and non-native North American populations », *Brain Injury*, vol. 13, n° 8 (1999), p. 627-635.
- BOLTON, J., et coll. « Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 194, n° 11 (2006), p. 818-825.
- BORGES, G., et coll. « Multicentre study of acute alcohol use and non-fatal injuries: data from the WHO collaborative study on alcohol and injuries », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, n° 6 (2006), p. 453-460.
- BORGES, G., C. CHERPITEL et M. MITTLEMAN. « Risk of injury after alcohol consumption: A case-crossover study in the emergency department », *Social Science and Medicine*, vol. 58, n° 6 (2004), p. 1191-1200.
- BORGES, G., C.J. CHERPITEL, L. MONDRAGON, V. POZNYAK et I. GUTIERREZ. « Episodic Alcohol Use and Risk of Nonfatal Injury », *American Journal of Epidemiology*, vol. 159, n° 6 (2004), p. 565-571.
- BREWERS ASSOCIATION OF CANADA. *Annual Statistics Bulletin*, 2007.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (CCLAT). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : *La prévalence de l'usage et des méfaits. Points saillants*, guide électronique de microdonnées, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 2004.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (CCLAT). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)*, 2004.
- CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE (CAMH). *Parlons marijuana*, renseignements sur les drogues et la toxicomanie.
- CHERPITEL, C.J., et coll. « Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross national study », *Addiction*, vol. 100, n° 12 (2005), p. 1840-1850.
- CHOCHINOV, A. (1998). « Alcohol "on board", man overboard – boating fatalities in Canada », *CMAJ*, vol. 159, n° 3 (1998), p. 259-260.
- COLOMBIE-BRITANNIQUE. MINISTRY OF CHILDREN AND FAMILY DEVELOPMENT. Feuille de documentation sur l'ETCAF, 2009.
- CONSEIL CONSULTATIF MINISTÉRIEL SUR LA SANTÉ RURALE. *La santé rurale aux mains des communautés rurales : Orientation stratégique pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones*, 2002.

COOK, P.J. *Paying the Tab: The Economics of Alcohol Policy*, Princeton, Princeton University Press, 2007.

DEMETRIOS, N. Kyriacou, Deirdre ANGLIN, Ellen TALIAFERRO, Susan STONE, Toni TUBB, Judith A. LINDEN, Robert MUELLEMAN, Erik BARTON et Jess F. KRAUS. « Risk factors for injury to women from domestic violence », *The New England Journal of Medicine*, vol. 341 (16 décembre 1999), p. 1892-1898.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (DGSPNI). *Alcohol and injury prevention*, BC Injury Research & Prevention Unit, n.d.

DRISCOLL, T.R, J.A. HARRISON et M. STEENKAMP. « Review of the role of alcohol in drowning associated with recreational aquatic activity », *Injury Prevention*, vol. 10, n° 2 (2004), p. 107-113.

EVANS, L. *Traffic Safety*, Bloomfield Hills (Mich.), Science Serving Society, 2004.

FASD WORLD. *About Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)*, 2005 – au sujet de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF).

GIESBRECHT, N., J. PATRA et S. POPOVA, S. *Changes in access to alcohol and impact on alcohol consumption and damage*, Halifax, ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse, 2008.

HALL, A.J., et coll. « Fatal all-terrain vehicle crashes: Injury types and alcohol use » *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 36, n° 4 (2009), p. 311-316.

HEATH, D.B. « Sociocultural Variants in Alcoholism », dans E.M. Pattison et E. Kaufman (dir.), *Encyclopaedic Handbook of Alcoholism*, Gardner Press, New York, 1982, p. 426-440.

HINGSON, R., T. HEEREN et coll. « Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24 », *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 63, n° 2 (2002), p. 136-144.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Chutes chez les aînés — Provinces de l'Atlantique*, analyse brève, 2010.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Les chutes sont les grandes responsables des admissions aux hôpitaux canadiens de soins de courte durée à la suite de blessures*, 2002.

INSURANCE CANADA. « More than half of all alcohol-related severe injuries due to motor vehicle collisions », *Insurance Canada*, 2003.

JIANG, X., D. LI, W. BOYCE et W. PICKETT. « Alcohol consumption and injury among Canadian adolescents: Variations by urban-rural geographic status », *Journal of Rural Health*, vol. 24, n° 2 (2008), p. 143-147.

JOHNSON, F.W., P.J. GRUENEWALD et L.G. REMER. « Suicide and Alcohol: Do Outlets Play a Role? », *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, vol. 33, n° 12 (2009), p. 2124-2133.

JOHNSON, J.J., et S.J. MCGOVERN. « Alcohol related falls: An interesting pattern of injuries », *Emergency Medicine*, vol. 21, n° 2 (2004), p. 185-188.

KARMALI, S., et coll. « Epidemiology of severe trauma among status Aboriginal Canadians: A population based study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, n° 8 (2005), p. 1007-1011.

KOOL, B., S. AMERATUNGA et R. JACKSON. « The role of alcohol in unintentional falls among young and middle-aged adults: A systematic review of epidemiological studies », *Injury Prevention*, vol. 15, n° 5 (2009), p. 341-347.

KOOL, B., S. AMERATUNGA, E. ROBINSON, S. CRENGLE et R. JACKSON. « The contribution of alcohol to falls at home among working-aged adults », *Alcohol*, vol. 42, n° 5 (2008), p. 383-388.

LANDEN, M.G., J. MIDDAUGH et A.L. DANNENBERG. « Injuries associated with snowmobiles, Alaska, 1993-1994 », *Public Health Reports*, vol. 114, n° 1 (1999), p. 48-52.

LOVERSO, T. *Survey of Unwanted Sexual Experience among University of Alberta Students* (étude non publiée). University of Alberta Sexual Assault Centre, 2001.

MACDONALD, S., C.J. CHERPITEL, G. BORGES, A. DESOUZA, N. GIESBRECHT et T. STOCKWELL. « The criteria for causation of alcohol in violent injuries based on emergency room data from six countries », *Addictive Behaviours*, vol. 30, n° 1 (2005), p. 103-113.

MACDONALD, S., S. WELLS, N. GIESBRECHT et C. CHERPITEL. « Demographic and substance use factors related to violent and accidental injuries: Results from an emergency room study », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 55, n° 1-2 (1999), p. 53-61.

- MCCREANOR, T., H.M. BARNES, H. KAIWAI, S. BORELL et A. GREGORY. « Creating intoxicogenic environments: Marketing alcohol to young people in Aotearoa New Zealand », *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 6 (2008), p. 938-946.
- MCLEOD, R., T. STOCKWELL, M. STEVENS et M. PHILLIPS. « The relationship between alcohol consumption patterns and injury », *Addiction*, vol. 94, n° 11 (1999), p. 1719-1734.
- NATIONAL HIGHWAY AND TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION/FARS. Compilé par The Century Council – T.L. Toomey, C. Rosenfeld et A.C. Wagenaar, 23 juillet 1997.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). *Early drinking onset increases lifetime injury risk*, Department of Health and Human Services (États-Unis), 2000.
- NORSTROM, T., et O. SKOG. « Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases », *Addiction*, vol. 100, n° 6 (2005), p. 767-778.
- NOUVELLE-ÉCOSSE. MINISTÈRE DU TRANSPORT ET DES TRAVAUX PUBLICS. *Road Safety Survey of Driving Practices and Alcohol Knowledge*, 2007.
- NOUVELLE-ÉCOSSE. MINISTÈRE DE LA PROMOTION ET DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ. *Evaluative research and concept testing among young adults (19-29 years): Assessment of low-risk drinking guidelines print materials*, 2008.
- NOUVELLE-ÉCOSSE. MINISTÈRE DE LA PROMOTION ET DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ. *Suicide and attempted suicide in Nova Scotia – 1995-2004: A report*, 2004.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Alcohol and Injuries*, fiche de renseignements, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Alcohol Collaborative Study Group, 2003.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. WHO *collaborative study on alcohol and injuries*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Alcohol Collaborative Study Group, 2002.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, 2000*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Alcohol Collaborative Study Group, 2002.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Intimate partner violence*, fiche de renseignements, n.d.
- PAPE, H., I. ROSSOW et E.E. STORVOLL. « Under double influence: Assessment of simultaneous alcohol and cannabis use in general youth populations », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 101, n° 1-2 (2009), p. 69-73.
- POPOVA, S., N. GIESBRECHT, D. BEKMURADOV et J. PATRA. « Hours and days of sale and density of alcohol outlets: Impacts on alcohol consumption and damage: A systematic review », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 44, n° 5 (2009), p. 500-516.
- POULIN, C., et D. ELLIOT. *Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces 2007: Atlantic Technical Report*, Halifax, Université Dalhousie, 2007.
- REDELMEIER, D. A., V. VENKATESH et M.B. STANBROOK. « Mandatory reporting by physicians of patients potentially unfit to drive », *Open Medicine*, vol. 2, n° 1 (2008), p. 8-17.
- REHM, J., R. ROOM, M. MONTEIRO, G. GMEL, K. GRAHAM, N. REHN, C.T. SEMPOS, U. FRICK et D. JERNIGAN. « Alcohol as a risk factor for global burden of disease », *European Addiction Research*, vol. 9, n° 4 (2003), p. 157-164.
- REHM, J., et coll. *Avoidable costs of alcohol abuse in Canada, 2002*. Centre of Addiction and Mental Health, 2008.
- ROBERTS, G. *Best practices for preventing substance use problems in Nova Scotia*, Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse, 2008.
- SANTÉ CANADA. *Statistiques sur la consommation de drogues et d'alcool*, 2009.
- SAUVE-QUI-PENSE (SMARTRISK). *Le fardeau économique des blessures au Canada*, Toronto, Sauve-qui-pense, 2009.
- SAUVE-QUI-PENSE (SMARTRISK). *Grad licensing study offers surprises*, 2009.
- SCHILLING, E., et coll. « Adolescent alcohol use, suicide ideation and suicide attempts », *Journal of Adolescent Health*, vol. 44, n° 4 (2009), p. 335-341.
- SCHRANS, T., T. SCHELLINCK et K. MCDONALD. *Culture of alcohol use in Nova Scotia*, Ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse, 2008.
- SCRIBNER, R. « Evidence of a structural effect for alcohol outlet density: A multilevel analysis », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 24, n° 2 (2000), p. 188-195.

SCRIBNER, R., D.P. MACKINNON et J.H. DWYER. « The risk of assaultive violence and alcohol availability in Los Angeles County », *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 3 (1995), p. 335-340.

SHER, L. « Alcohol consumption and suicide », *Quarterly Journal of Medicine*, vol. 99, n° 1 (1999), p. 57-61.

SHULTS, R.A., et coll. « Effectiveness of multicomponent programs and community mobilization for reducing alcohol-impaired driving », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 37, n° 4 (2009), p. 360-371.

SIBLEY, A.K., et J.M. TALLON. *Major injury associated with all-terrain vehicle use in Nova Scotia: A 5-year review*, Université Dalhousie, 2002.

STATISTIQUE CANADA. « L'état de santé et les comportements des jeunes Canadiens : une comparaison rurale-urbaine », *Bulletin d'analyse : régions rurales et petites villes du Canada*, vol. 5, n° 3 (2004).

STEWART, Kathryn. « Environmentally oriented prevention policies for young adults », *Pacific Institute for Research and Evaluation, Alcohol Policy X Paper*, 1<sup>er</sup> octobre 1996, p. 6.

STRASBURGER, V.C. « Alcohol advertising and adolescents », *Paediatric Clinics Nursing of North America*, vol. 49, n° 2 (2002), p. 353-376.

STRATÉGIE NATIONALE SUR L'ALCOOL. *Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada : Vers une culture de modération*, 2007.

TATALOW, J.R., J.D. CLAPP et M.M. HOHMAN. « The relationship between the geographic density of alcohol outlets and alcohol-related hospital admissions in San Diego County », *Journal of Community Health*, vol. 25, n° 1 (2000), p. 79-88.

TRENO, A.T., P.J. GRUENEWALD et F.W. JOHNSON. « Alcohol Availability and Injury: The Role of Local Outlet Densities », *Alcoholism, clinical and experimental research*, vol. 25, n° 10 (2001), p. 1467-1471.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). *A Call to Action: Advancing Essential Services and Research on Fetal Alcohol Spectrum Disorders, A Report of the National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect*, Washington (DC), 2009.

VINGILIS, E., A.I. MCLEOD, G. STODUTO, J. SEELEY et R.E. MANN. « Impact of extended drinking hours in Ontario on motor-vehicle collision and non-motor-vehicle collision injuries », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 68, n° 6 (2007), p. 905-911.

WAITERS, E.D., A.J. TRENO et J.W. GRUBE. « Alcohol advertising and youth: A focus group analysis of what young people find appealing in alcohol advertising », *Contemporary Drug Problems*, vol. 28, n° 4 (2001), p. 695-718.

WEITZMAN, E.R., A. FOLKMAN, M.P. FOLKMAN et H. WECHSLER. « The relationship of alcohol outlet density to heavy and frequent drinking and drinking-related problems among college students at eight universities », *Health Place*, vol. 9, n° 1 (2003), p. 1-6.





**Alcool et blessures  
au Canada atlantique :**  
Création d'une culture de consommation plus sûre