

Rapport de l'administrateur
en chef de la santé publique
sur l'état de la santé publique
au Canada en 2015

LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU CANADA



Also available in English under the title:

*The Chief Public Health Officer's Report
on the State of Public Health in Canada, 2015:
Alcohol Consumption in Canada*

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca


On peut obtenir, sur demande, la présente publication
en formats de substitution.

© Sans Majesté la Reine du chef du Canada, représentée
par la ministre de la Santé, 2016

Date de publication: janvier 2016

La présente publication peut être reproduite sans autorisation
pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure
où la source est indiquée en entier.

Cat.: HP2-10F-PDF
ISSN: 1924-7087
Pub.: 150097



MESSAGE DE L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Pour la plupart des Canadiens, l'alcool est une constituante acceptée socialement de leur vie quotidienne. Près de 80 % d'entre nous buvons de l'alcool.

De nombreux Canadiens associent la consommation d'alcool à des activités sociales agréables (festivals de musique, spectacles sportifs, soirées) et à la relaxation. Les célébrations et événements importants comme les mariages, anniversaires et remises de prix sont souvent « arrosés » d'alcool.

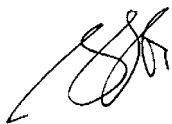
Notre société tolère et favorise la consommation d'alcool, voire en fait la promotion, par exemple avec les boissons « spéciales du jour », les prix réduits sur certaines marques et en associant alcool à amusement et sophistication.

Bien qu'il soit davantage considéré au Canada comme un aliment, l'alcool est une drogue qui modifie l'humeur et dont la consommation est associée à des risques pour la santé. L'existence de nos directives de consommation d'alcool à faible risque ne signifie pas que l'alcool est sans danger.

Au moins trois millions de consommateurs d'alcool au Canada risquent de souffrir d'une maladie aiguë comme une blessure et au moins quatre millions et demi risquent de développer des maladies chroniques telles que maladies du foie et cancer.

Nos enfants grandissent en voyant de l'alcool dans de nombreuses sphères de notre environnement et environ 3000 nouveau-nés présentent l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chaque année.

J'espère que ce rapport nous rendra davantage conscients et stimulera de franches conversations chez les Canadiens, en particulier entre proches, et qu'il nous aidera à mieux nous rendre compte de la manière dont notre société gère cette drogue à effet psychotrope.



Dr Gregory Taylor

Administrateur en chef de la santé publique du Canada



TABLE DES MATIÈRES

2

REMERCIEMENTS

3

MESSAGES CLÉS

4

POURQUOI CE RAPPORT

9

IMPACTS SUR LES CANADIENS

19

COMMENT L'ALCOOL AGIT :
DU CERVEAU AU COMPORTEMENT

23

FACTEURS D'INFLUENCE

30

PERSPECTIVE DE SANTÉ DE LA POPULATION

35

RÉDUIRE LES EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ

40

MOT DE LA FIN

41

RÉFÉRENCES

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes et organismes ont collaboré à la préparation du *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2015 : La consommation d'alcool au Canada*.

J'aimerais d'abord exprimer ma gratitude aux spécialistes qui nous ont conseillés :

- David Mowat, MBChB, M.S.P., FRCPC, FFPH, ancien médecin-hygiéniste de la région de Peel, Ontario;
- Daryl Pullman, Ph. D., professeur d'éthique médicale, Division de la santé communautaire et des sciences humaines, Université Memorial;
- Don Mahleka, membre du Conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada et du comité consultatif des jeunes d'Enfants et jeunes en contexte difficile;
- Jeff Reading, M. Sc., Ph. D., MACSS, professeur, School of Public Health and Social Policy (Faculté du développement humain et social), Université de Victoria;
- John Frank, M.D., directeur, Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy; titulaire d'une chaire en recherche et politique sur la santé publique de l'Université d'Édimbourg; professeur émérite, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto;

- Michael Routledge, B.Sc., M.D., C.C.F.P., M.Sc., FRCPC, Médecin-hygiéniste en chef du Manitoba;
- Peter Glynn, Ph. D., consultant en systèmes de santé; et,
- Tim Stockwell, Ph. D., directeur du Centre for Addictions Research of British Columbia, professeur en psychologie de l'Université de Victoria.

J'aimerais mentionner également la contribution de nos partenaires et collaborateurs, consultés dans des délais serrés : Santé Canada, le Conseil des médecins-hygiénistes en chef, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le Centre de recherche de toxicomanie de Colombie-Britannique, Les mères contre l'alcool au volant (MADD Canada), l'Association canadienne de santé publique.

Je voudrais enfin remercier les nombreuses personnes et équipes de l'Agence de la santé publique du Canada pour tous leurs efforts et leur dévouement, en particulier mon équipe de l'Unité des rapports, mon personnel de soutien et les membres du Groupe consultatif principal de 2015.

MESSAGES CLÉS

Ce rapport vise à sensibiliser davantage les Canadiens aux effets de la consommation d'alcool sur la santé.

- Les êtres humains consomment des substances psychotropes comme l'alcool depuis très longtemps. La consommation d'alcool fait partie intégrante de la culture canadienne. En 2013, 22 millions de Canadiens (environ 80 % de la population) ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours de l'année précédente. **Au moins 3,1 millions Canadiens ont bu assez pour que cela présente un risque immédiat de préjudice et de blessure et au moins 4,4 millions sont exposés à des effets chroniques sur leur santé, comme la cirrhose du foie et diverses formes de cancer.**
- **Les habitudes de consommation sont importantes – la quantité d'alcool bue et la fréquence de consommation sont des facteurs clés dans l'intensification ou l'atténuation des effets sur la santé.** *Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* donnent des indications sur les habitudes de consommation d'alcool à risque et recommandent notamment d'éviter la consommation d'alcool pendant la grossesse. Faible risque ne signifie pas absence de risque.
- **La situation sociale, le contexte familial et les messages ont une incidence sur les habitudes de consommation.** L'exposition à l'alcool par le biais de la famille et des amis, ainsi que lors de divertissements ou par la publicité, peut avoir une forte incidence sur la motivation à boire et sur les habitudes de consommation. Pour de nombreux Canadiens, le fait de boire de l'alcool est associé à de nombreuses situations positives, dont les célébrations importantes, le développement d'amitiés, la bonne humeur et la relaxation. Cependant, la consommation à risque d'alcool peut faire augmenter le risque de conflits familiaux, de violence, d'actes criminels dont le viol et d'accidents causés par la conduite avec facultés affaiblies.
- **Notre compréhension des effets de l'alcool sur la santé proportionnels à la quantité consommée continue d'évoluer.** De récents travaux de recherche remettent en question les avantages pour la santé d'une consommation d'alcool variant de faible à modérée. Des études suggèrent que les femmes courent un risque accru de développer un cancer du sein, même en buvant aussi peu qu'un verre par jour. *Le Rapport 2014 sur le cancer dans le monde* du Centre international de recherche sur le cancer et la Société canadienne du cancer mentionnent **qu'il n'existe pas de « limite sécuritaire » de consommation d'alcool en matière de prévention du cancer.**
- Les jeunes sont particulièrement sensibles aux effets néfastes de la consommation d'alcool. Le cerveau des adolescents est beaucoup plus vulnérable aux effets de l'alcool. **Leur famille, leurs amis et tous ceux qui se soucient des jeunes ou travaillent avec eux peuvent jouer un rôle positif en prenant conscience de leur influence sur la consommation de ces jeunes et en les incitant à adopter un comportement sain propice à leur développement physique, mental et émotionnel.**
- La manière dont nous gérons les questions relatives à l'alcool est caractéristique de notre société. **Des approches comme la réglementation de l'industrie des boissons alcoolisées, les politiques de prix et de taxes, le contrôle des ventes et les lois relatives à la disponibilité et à l'âge minimal aident à atténuer les effets néfastes sur les Canadiens, en particulier chez les jeunes.** Ces approches varient à l'échelle du pays et leur potentiel n'est peut-être pas exploité au maximum. Il n'existe pas de méthode universelle permettant de contrôler les grandes variations observées dans les besoins et les habitudes de consommation des Canadiens.
- Le dossier de l'alcool est complexe. Malgré la grande quantité de renseignements disponibles, **il existe d'importantes lacunes dans notre compréhension** de la consommation d'alcool, des conséquences de l'alcool sur la santé et de l'efficacité des approches destinées à réduire ces conséquences.

POURQUOI CE RAPPORT

Ce rapport explique en quoi consommer de l'alcool, une substance psychotrope courante, constitue un problème de santé publique important pour les Canadiens. En 2013, près de 22 millions de Canadiens (environ 80 % de la population) ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours de l'année précédente.^{1, 2}

Beaucoup de Canadiens consommant de l'alcool le font avec modération. Il n'en reste pas moins que la consommation d'alcool est associée à plus de 200 maladies, affections et types de blessures⁴. Parmi les buveurs d'alcool, certains (au moins 3,1 millions) boivent assez pour courir un risque de blessure et de préjudice immédiat, dont l'intoxication alcoolique, et au moins 4,4 millions risquent des effets à plus long terme sur leur santé¹.

Les Canadiens reçoivent des messages contradictoires à propos des bienfaits et des méfaits de l'alcool. Il faut dire que la consommation d'alcool est un problème de santé publique complexe, à effets variés sur la santé. Divers facteurs contribuent aux effets de l'alcool : la quantité bue, la fréquence de consommation, l'activité associée à la consommation et l'état de santé.

Les substances psychotropes sont des produits chimiques psychoactifs qui agissent sur le cerveau et transforment la façon de penser, l'humeur, l'état de conscience et le comportement, et dont la consommation conduit parfois à la dépendance et à l'abus³.

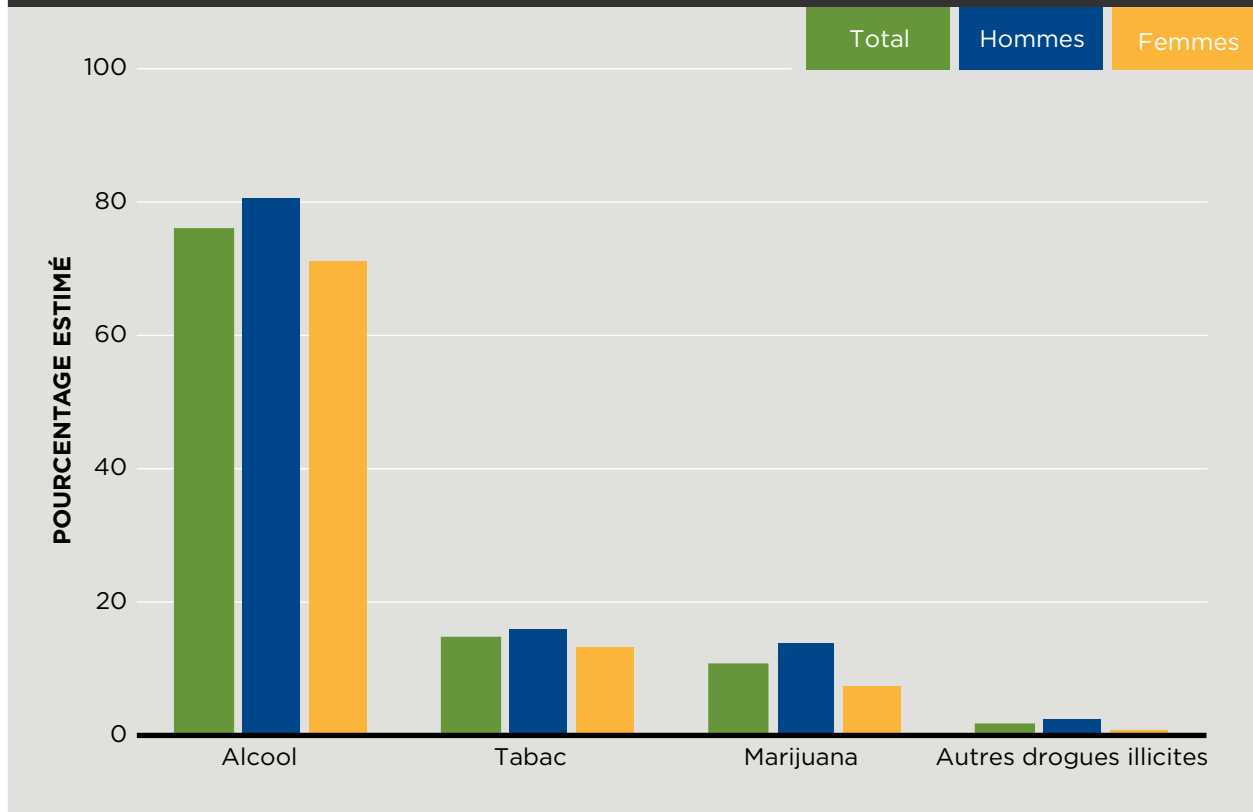
En vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*, l'alcool est considéré comme un aliment. Cependant, il contient des substances chimiques psychoactives, ce qui en fait une substance ou drogue psychoactive du point de vue de ses effets sur la santé.

Pourquoi s'intéresser à l'alcool?

Les Canadiens ont une relation ancienne à l'alcool, ce qui a créé des habitudes de consommation au fil du temps. Au Canada, l'alcool est largement disponible et on en fait la promotion⁵. Les Canadiens sont exposés à des images et à des messages liés à l'alcool par le biais de la publicité et du marketing des boissons alcoolisées, dans les émissions télévisées, les films et la littérature tout autant que chez les détaillants d'alcool de leur quartier. En outre, étant donné qu'une majorité de Canadiens boivent, on est exposé à l'alcool au contact de ses amis et de sa famille, dans son quartier, lors d'activités sociales et sur les réseaux sociaux. De manière générale, une exposition et un accès à l'alcool plus importants sont liés à une plus forte consommation¹⁰⁻³⁶.

Ce rapport traite de la consommation d'alcool de la population canadienne pour sensibiliser davantage le public aux risques avérés pour la santé. Les Canadiens prennent chaque jour des risques pour leur santé. Leurs comportements vis-à-vis de l'activité physique, du nombre de portions de fruits et de légumes consommées, de la quantité de sel et de gras absorbée et de la quantité d'alcool bue ont tous une influence sur leur santé. Bon nombre de buveurs d'alcool sous-estiment la quantité qu'ils consomment³⁷⁻³⁹. La connaissance des risques pour la santé à court et à plus long terme pourrait conduire les Canadiens à faire plus attention à leur consommation d'alcool et à prévenir les effets néfastes sur leur santé et celle des autres.

Figure 1 :
QUELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
LES CANADIENS CONSOMMENT-ILS?



Estimation du pourcentage de Canadiens de 15 ans et plus ayant consommé en 2013 de l'alcool, de la marijuana et d'autres drogues illicites durant l'année précédente et ayant fumé régulièrement¹.

Qu'est-ce que les Canadiens consomment? L'alcool, le tabac, la caféine, la marijuana, la cocaïne, l'héroïne, les hallucinogènes et divers médicaments sur ordonnance sont tous des substances psychoactives. Au Canada, l'alcool est parmi elles la plus consommée (voir figure 1)¹ après la caféine. Le café (qui contient de la caféine) se classe quant à lui au deuxième rang, après l'eau, des boissons les plus consommées au Canada⁴⁰.

En quoi **l'alcool peut-il être néfaste**? Au sein des principaux facteurs de risque de maladie à l'échelle mondiale, la consommation d'alcool est passée du 6^e rang en 1990 au 3^e rang en 2010. C'était par ailleurs le principal facteur de risque pour la santé de la population de 15 à 49 ans⁴¹.

La consommation d'alcool à risque peut avoir une large gamme d'effets néfastes sur la société : augmentation du nombre de décès prématurés, invalidité et maladie, conduite avec facultés affaiblies, baisse de productivité, système de santé saturé et lourd fardeau financier pour les individus et pour la société^{6, 8, 9, 42-48}.

APERÇU DES IMPACTS DE L'ALCOOL SUR LES CANADIENS

- En 2002, **4 258 décès** survenus au Canada étaient liés à l'abus alcool, soit 1,9 % de l'ensemble des décès⁶.
- Les coûts liés à l'alcool au Canada étaient de près de **14,6 milliards de dollars** en 2002⁶.
- Entre avril 2013 et mars 2014, les ventes d'alcool au Canada ont atteint **20,5 milliards de dollars**⁷.
- En 2008, la conduite avec facultés affaiblies a été la **première cause de décès attribuables à un acte criminel** au Canada⁸.
- Les troubles liés à l'alcool étaient la **première cause d'hospitalisation** liée aux substances psychoactives au Canada en 2011⁹.

LES EFFETS DE SANTÉ DÉPENDANTS DE DOSE



Tableau 1 : APERÇU DES EFFETS SUR LA SANTÉ ET LE COMPORTEMENT LIÉS À LA DOSE D'ALCOOL CONSOMMÉE

EFFETS DIRECTS	MALADIES ET AFFECTIONS	FONCTIONS ET SYSTÈMES	COMPORTEMENT
<p>Les habitudes de consommation à risque peuvent causer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles liés à la consommation d'alcool • Amnésie (p. ex. psychose de Korsakoff) • Perte de mémoire et évanouissements • Délire dû à une forme grave de retrait • Ensemble des troubles du causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) 	<p>La consommation d'alcool est liée aux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles liés à la consommation d'autres drogues • Lésions cérébrales • Maladies hépatiques • Divers cancers • Maladies cardiaques • Accident vasculaire cérébral • Pancréatite • Troubles de santé mentale • Suicide • Ulcères d'estomac • Hypertension • Maladies cardiovasculaires • Diabète • Infections transmises sexuellement 	<p>La consommation d'alcool peut nuire aux systèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Système immunitaire • Stress • Mémoire, cognition • Digestion • Cœur, sang, poumons • Cerveau • Hormones • Muscles • Fertilité • Peau • Développement 	<p>Les habitudes de consommation à risque peuvent entraîner les effets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportements à risque • Impulsivité • Violence • Blessures • Mémoire défaillante • Prise de décisions mal avisées • Manque de coordination • Mauvais résultats scolaires • Fonctionnement social et professionnel défaillant

Références : 4, 42, 49, 51-127

À l'échelle individuelle, l'alcool touche un grand nombre de systèmes biologiques, en fonction de la quantité consommée, ce qui a des effets sur la santé, le bien-être et le comportement à court terme comme à long terme (voir tableau 1).

Par exemple, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'Organisation mondiale de la

santé (OMS) a classé les boissons alcoolisées, l'éthanol qu'elles contiennent et l'acétaldéhyde associé à leur consommation comme cancérogènes pour l'être humain. Cela signifie que la consommation d'alcool peut faire augmenter l'incidence du cancer au sein d'une population. Elle peut aussi réduire la période de présence au stade inactif du cancer dans le corps, amplifier la gravité du cancer et multiplier le nombre de tumeurs ou les types de cancer présents⁵¹.

Le [World Cancer Report 2014](#) (rapport mondial de 2014 sur le cancer) du CIRC et la [Société canadienne du cancer](#) affirment qu'il n'existe pas de « limite sécuritaire » de consommation d'alcool en matière de prévention du cancer.

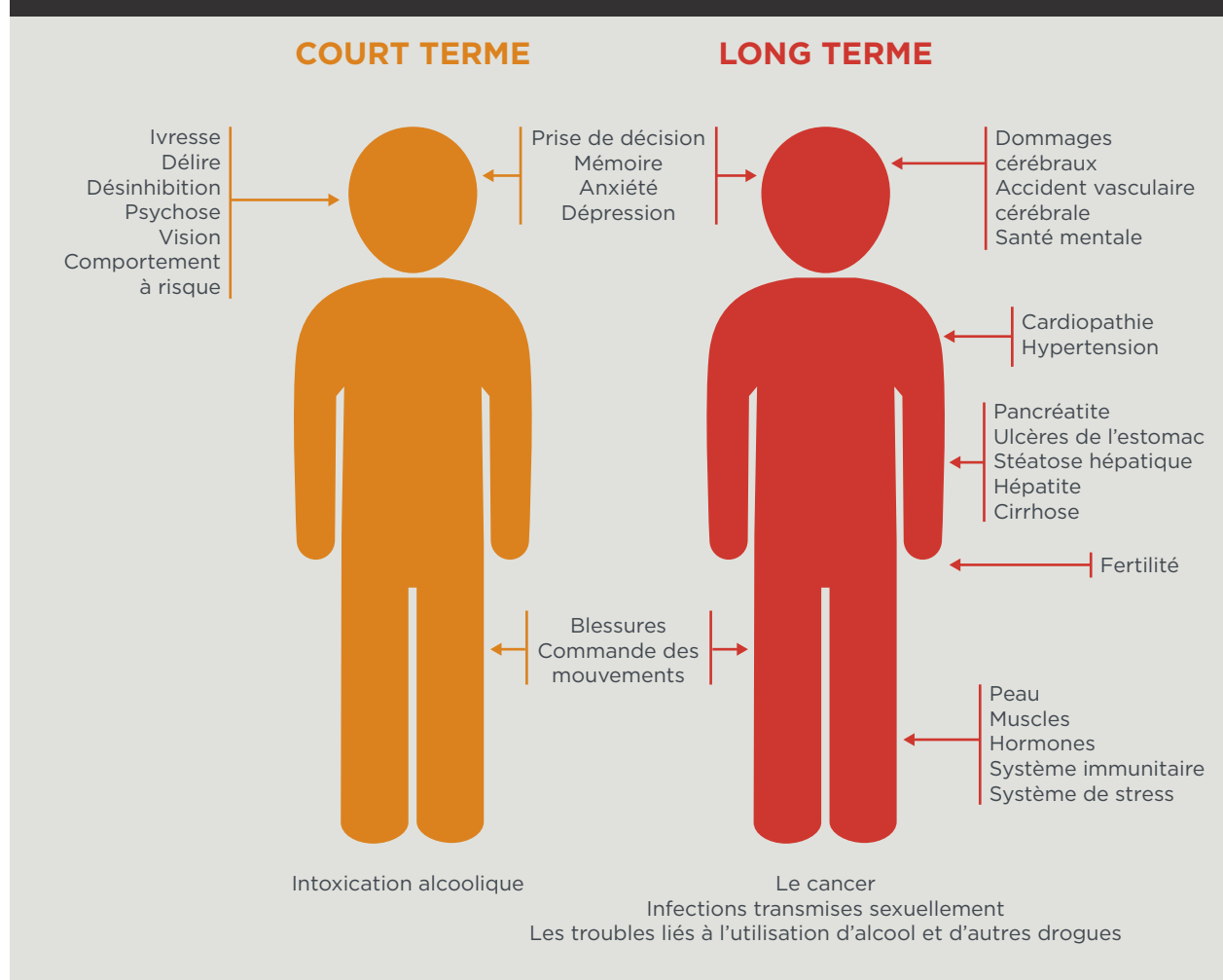
À l'échelle mondiale, l'alcool a été associé à plus de trois millions de décès en 2012, soit légèrement plus que le cancer du poumon et le VIH-sida combinés⁴⁸⁻⁵⁰.

De nombreux facteurs ont une incidence sur la façon dont l'alcool nuit à la santé d'une personne, notamment la quantité et la fréquence de sa consommation, ses facteurs de risque personnels et l'activité associée à la boisson. Des études ont révélé que l'alcool peut aussi avoir des effets bénéfiques, mais, tout comme les risques, ils sont liés à la quantité consommée et s'appliquent seulement à certaines maladies ou affections et à certaines catégories de personnes.^{53, 54, 56, 57, 59, 61, 63-65, 69, 73, 76-80, 84, 87, 89, 90-92}. Étant donné que bon nombre de buveurs d'alcool sous-estiment leur consommation^{38, 39, 128-130}, leur perception des méfaits et des bienfaits potentiels de l'alcool peut être inexacte.

La consommation d'alcool est-elle la même chose que l'abus d'alcool?

Non. Prêter attention aux habitudes de consommation d'alcool et connaître les facteurs qui contribuent aux risques pour la santé ainsi que les signes avant-coureurs peuvent aider à réduire ou à prévenir les risques pour la santé, la consommation à risque d'alcool, l'abus d'alcool, la dépendance à l'alcool, et les troubles liés à la consommation d'alcool, de même que les dangers connexes.

EXEMPLES D'EFFETS POTENTIELS SUR LA SANTÉ



Références : 4, 42, 46-49, 51-127.

ORGANISATION DU RAPPORT

On traite dans ce rapport des effets de la consommation d'alcool sur la santé, en particulier leur augmentation et leur modification en fonction des habitudes de consommation et des facteurs de risque. Il est divisé en cinq sections:

1. La section **Impacts sur les Canadiens** est consacrée à la quantité d'alcool consommée par les Canadiens et aux principaux effets qu'elle a sur la santé et la société, incluant les bienfaits potentiels.
2. La section **Comment l'alcool agit** donne des exemples de la façon dont les habitudes de consommation sont susceptibles d'avoir des effets sur le cerveau et le comportement.
3. La section **Facteurs d'influence** montre comment les différents facteurs de risque et de protection peuvent influencer sur les risques d'effets néfastes de la consommation d'alcool.
4. La section **Perspectives de santé de la population** traite plus spécifiquement de trois groupes de personnes au Canada : les jeunes, les femmes et les populations autochtones.
5. La section **Réduire les effets néfastes sur la santé** explique sommairement comment les autorités de santé publique peuvent limiter le problème de la consommation d'alcool au Canada, en particulier grâce à la prévention primaire.

IMPACTS SUR LES CANADIENS

La détermination de la quantité consommée et de la fréquence de consommation est la première étape permettant de comprendre les conséquences de l'alcool sur une population, ses bienfaits comme ses méfaits. À l'heure actuelle, les données sur la consommation d'alcool et les coûts et préjudices connexes, particulièrement en ce qui a trait aux tendances, sont limités au Canada. Il est donc difficile de brosser un portrait réel de l'incidence sur les Canadiens.

La consommation d'alcool au Canada

En 2013, d'après les estimations, environ 22 millions de Canadiens de 15 ans et plus (près de 80 % de la population) ont bu de l'alcool au cours de l'année précédente, le taux de consommation le plus élevé ayant été observé chez les adultes (30 à 34 ans) (voir figure 2a). Le taux de consommation à risque le plus élevé chez ayant été observé chez les jeunes adultes (20 à 29 ans) (voir figure 2b)¹. Ces données reflètent uniquement la consommation à risque pendant la semaine précédente l'Enquête, ce qui signifie que l'aperçu est limité précédente¹.

Entre avril 2013 et mars 2014, les Canadiens ont acheté en moyenne près de 76 litres de bière, 16 litres de vin, 5 litres de spiritueux et 4 litres d'autres boissons alcoolisées par personne⁷. Ils boivent en proportion davantage de bière (51 %) que de spiritueux (27 %) ou de vin (22 %) (voir figure 3)⁴⁸.

Les hommes boivent davantage d'alcool que les femmes, et leur consommation est davantage à risque. Pour chaque année entre 2003 et 2010, environ un homme sur trois et une femme sur cinq de 15 ans et plus ayant bu de l'alcool ont déclaré en avoir consommé une quantité à risque au moins une fois par mois. Durant la même période, c'est environ 50 % des jeunes adultes (18 à 24 ans) qui ont déclaré une consommation à risque une fois par mois¹³¹.

La consommation à risque est actuellement en augmentation parmi les femmes, surtout chez les 35 ans et plus. En 2013, 56 % des femmes de 15 ans et plus ont déclaré une consommation occasionnelle excessive d'alcool (quatre consommations ou plus en même occasion) au moins une fois durant l'année écoulée, contre 44 % en 2004^{1, 2, 132}.

Consommation à risque : Les effets de l'alcool dépendent de la quantité consommée. En 2011, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies a publié *les Directives sur la consommation d'alcool à faible risque* du Canada. Elles fournissent les seuils à respecter⁴².

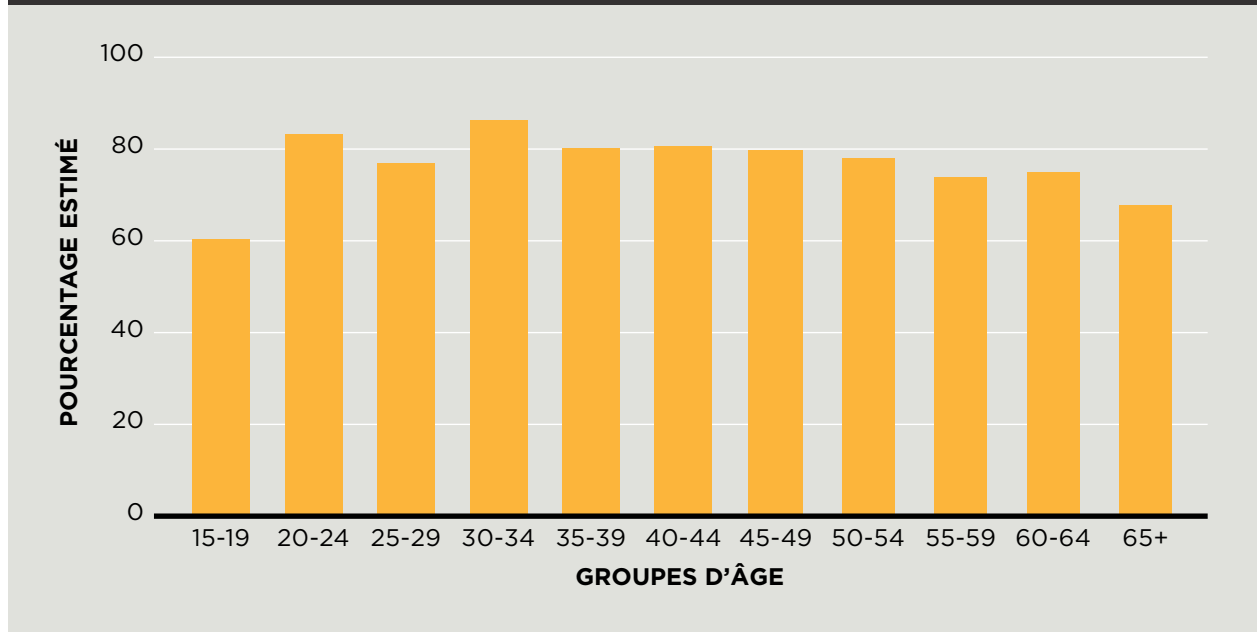
- Les hommes qui boivent plus de 15 verres et les femmes qui boivent plus de 10 verres par semaine (plus de trois par jour pour les hommes et deux par jour pour les femmes) voient augmenter leur risque d'effets néfastes à long terme sur la santé.
- Un homme qui boit plus de 4 verres et une femme qui boit plus de 3 verres en une occasion donnée voient augmenter leurs risques de blessures ou de méfaits à court terme.

La consommation d'alcool n'a aucun bienfait sur les jeunes. Ses bienfaits potentiels ne se manifestent pas avant l'âge moyen.

Suivre ce [lien](#) pour accéder aux données probantes utilisées pour la création de ces lignes directrices.

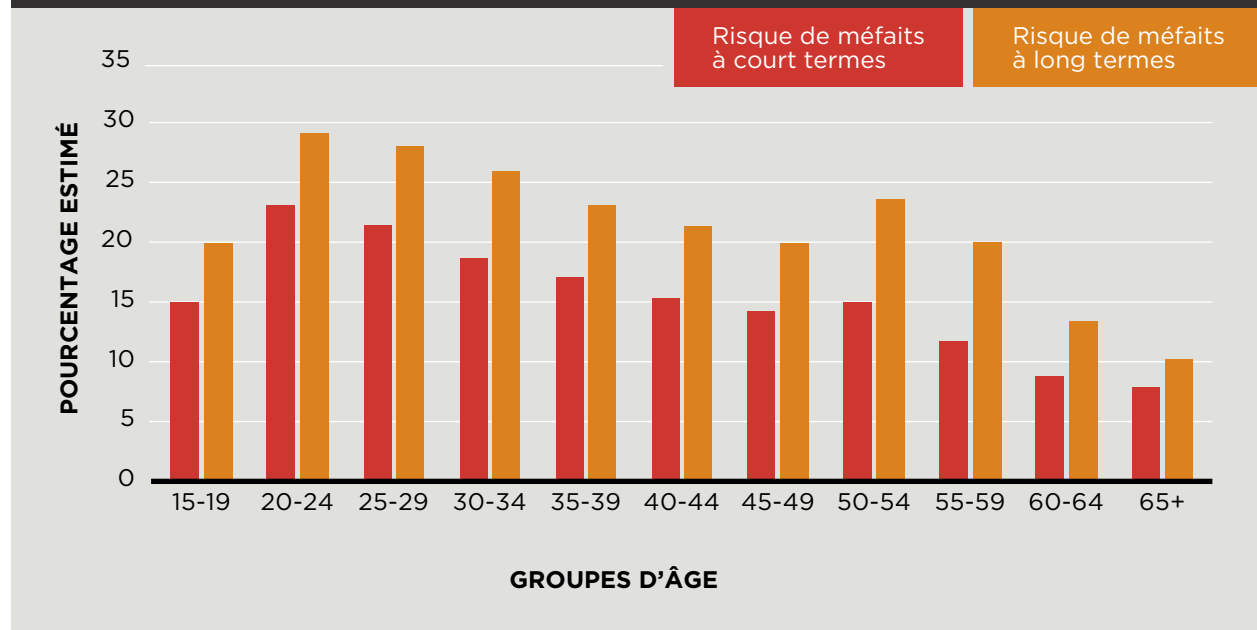
Le pourcentage de Canadiens de 15 ans ou plus ayant consommé de l'alcool au cours de l'année précédente a diminué, passant de 79 % en 2004 à 76 % en 2013. Chez les 15 à 24 ans, ce chiffre est passé de 78 % en 2004 à 73 % en 2013^{1, 2, 132}. Environ 24 % des Canadiens de 15 ans et plus (soit près de 7 millions) ont déclaré en 2013 n'avoir pas bu d'alcool^{1, 2}.

Figure 2a :
TAUX DE CONSOMMATION AU CANADA EN 2013



Estimation du pourcentage de Canadiens de 15 ans et plus ayant consommé de l'alcool durant l'année précédente un sondage de 2013¹.

Figure 2b :
CONSOMMATION À RISQUE AU CANADA EN 2013



Estimation du pourcentage de Canadiens de 15 ans et plus ayant consommé **durant la semaine précédente un sondage** de 2013 des quantités d'alcool excédant les directives portant sur les méfaits à court ou à long terme¹.

Quelle quantité d'alcool les Canadiens boivent-ils en réalité? La plupart des gens ont tendance à ne pas déclarer tout l'alcool qu'ils boivent. Ils sous-estiment non seulement la quantité qu'eux et les autres boivent, mais également à quel point l'alcool peut être néfaste^{37-39,129,133-148}. Le fait de boire pour des occasions spéciales (dont ne rendent pas compte bon nombre de sondages) peut parfois expliquer partiellement cet écart¹⁴⁹. Certaines enquêtes se concentrent uniquement sur une courte période de consommation (p. ex. une semaine) et dressent donc un portrait limité de la consommation¹.

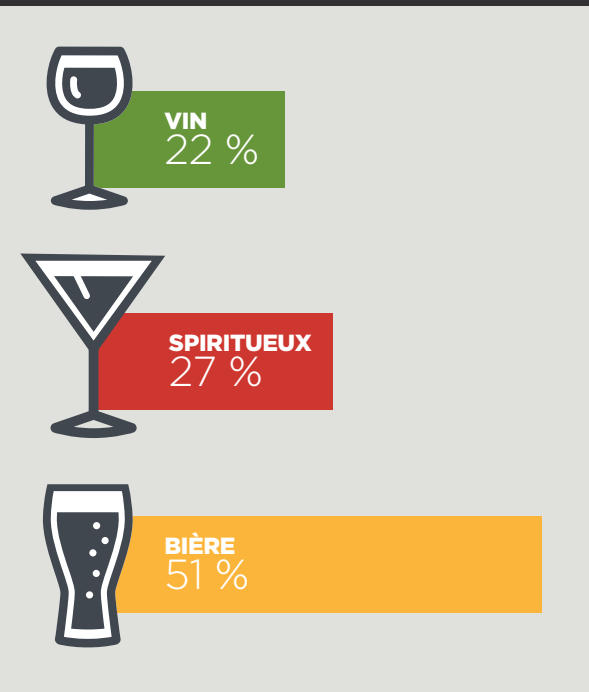
Les sondages portent généralement sur la consommation de boissons alcoolisées réglementées (bière, vin, spiritueux), ce qui signifie que les données sur la consommation d'alcool « maison » et d'alcool provenant d'autres sources ne sont pas recueillies. Les estimations relatives à la proportion d'alcool maison au sein de la consommation totale au Canada varient fortement selon les sources de données et leur analyse¹⁵⁰⁻¹⁵².

Des tentatives ont été faites pour mesurer les quantités consommées non déclarées^{37,129,153-155}. Au Canada, les gens sous-déclarent plus souvent leur consommation de spiritueux que de bière ou de vin. Les moins de 45 ans sont plus enclins à sous-déclarer leur consommation d'alcool, tout comme les petits buveurs de tous les âges. La tendance à sous-déclarer sa consommation d'alcool est similaire chez les hommes et chez les femmes¹²⁹.

Dans quelle mesure l'alcool contribue-t-il à l'apport calorique quotidien? Contrairement à de nombreuses autres drogues, l'alcool est capable de contribuer à l'apport calorique quotidien⁴⁵ (voir tableau 2). Les National Institutes of Health des États-Unis ont créé un [outil de calcul des calories liées à l'alcool](#) (en anglais) pour divers types d'alcool. Par exemple :

- 1 verre de bière ordinaire (12 onces/330 ml) correspond à 153 calories.
- 1 verre de vin rouge (5 onces/140 ml) correspond à 125 calories et un verre de vin blanc (5 onces/140 ml) à 121 calories.
- 1 verre de gin, de rhum, de vodka, de whisky ou de tequila (1,5 onces/40 ml) correspond à 97 calories. Les calories des ingrédients ajoutés, comme les boissons gazeuses ou les jus de fruit, ne sont pas prises en compte dans le calcul.

Figure 3 :
TYPES DE BOISSONS
CONSOMMÉES PAR LES CANADIENS
EN 2013 (POURCENTAGE DE
CONSOMMATION D'ALCOOL
PAR PERSONNE, EN LITRES)⁴⁸



Taux ajustés de consommation à risque d'alcool. Dans le but de rajuster les données canadiennes sur la consommation d'alcool de 2008 à 2010 pour sous-déclaration, des données sur la consommation d'alcool au cours de la dernière année et des données sur les ventes ont été incorporées. D'après ces données rajustées¹⁵⁵ :

- Les estimations des taux moyens de consommation à risque d'alcool au cours de la dernière année chez les Canadiens de 15 ans et plus qui boivent sont passées de **16,7 % à 38,6 %** pour les méfaits à court terme et de **6,8 % à 27,3 %** pour les méfaits à long terme.
- La majeure partie de la consommation d'alcool chez les mineurs et chez les jeunes adultes prend la forme d'excès occasionnels (dépassement des directives à court terme) plutôt que la forme de faible consommation étalée sur plusieurs jours.

Tableau 2 : EXEMPLES DE LA FAÇON DONT LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL PEUT CONTRIBUER À L'APPORT CALORIQUE QUOTIDIEN RECOMMANDÉ

	CALORIES	POURCENTAGE APPROXIMATIF DE L'APPORT CALORIQUE QUOTIDIEN RECOMMANDÉ
Pour les hommes de 19 à 50 ans relativement actifs (calories quotidiennes recommandées : 2 600 à 2 700)		
4 verres de bière ordinaire	612	23 %
4 verres de vin rouge	500	19 %
4 verres de vin blanc	484	18 %
4 verres de gin, rhum, vodka, whisky ou tequila	388	14,5 %
Pour les femmes de 19 à 50 ans relativement actives (calories quotidiennes recommandées : 2 000 à 2 100)		
3 verres de bière ordinaire	459	22,5 %
3 verres de vin rouge	375	18,5 %
3 verres de vin blanc	363	17,5 %
3 verres de gin, rhum, vodka, whisky ou tequila	291	14 %

Remarque : Ces calculs sont basés sur les recommandations contenues dans les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* et le *Guide alimentaire canadien*.

Coût de l'alcool au Canada

On peut calculer les coûts relatifs à la consommation d'alcool en fonction des ventes et en fonction du coût global pour la société. Alors que les ventes fournissent une mesure indirecte de la consommation et de son coût pour les particuliers, le coût global montre l'ampleur du fardeau financier que constitue l'alcool au Canada.

Ventes de boissons alcoolisées. Les ventes de boissons alcoolisées peuvent indirectement refléter la quantité consommée par les Canadiens. Elles révèlent aussi les sommes que les Canadiens consacrent aux boissons alcoolisées. Les ventes de boissons alcoolisées continuent d'augmenter au Canada. Entre avril 2013 et mars 2014, les Canadiens ont acheté pour 20,5 milliards de dollars d'alcool, soit 1,1 % de plus que l'année précédente. Cette augmentation est en grande partie attribuable aux ventes de cidres, de panachés (*coolers*) et d'autres boissons alcoolisées rafraîchissantes, même si les ventes de vin et de spiritueux augmentent elles aussi. La bière demeure la boisson alcoolisée la plus populaire au Canada⁷.

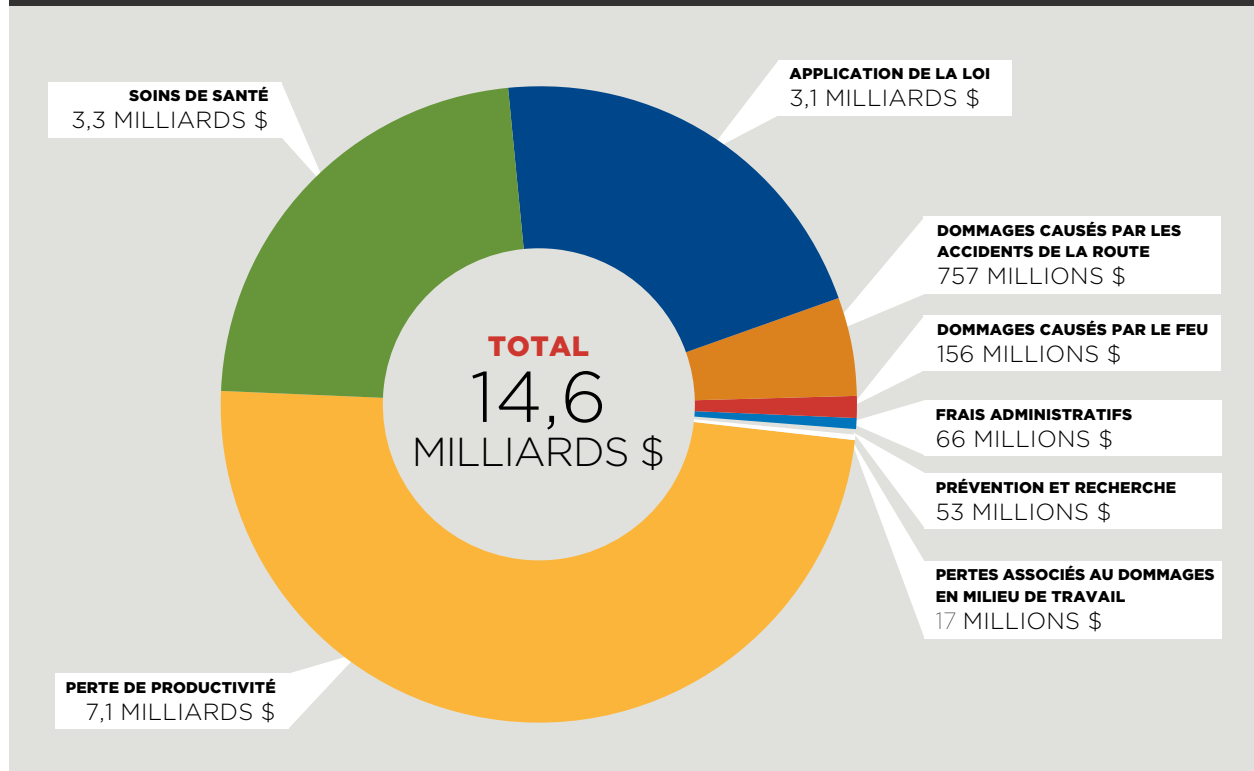
L'industrie des boissons alcoolisées veille à fournir aux Canadiens des boissons réglementées, et les ventes contribuent à l'économie canadienne. En effet, la production et les ventes d'alcool créent des emplois, tandis que les taxes et les prix génèrent des

recettes pour les gouvernements provinciaux et fédéraux¹⁵⁶. Le revenu net et les recettes gouvernementales liés au contrôle et à la vente de boissons alcoolisées ont été de 10,5 milliards de dollars en 2013-2014⁷. Dans la plupart des provinces, les revenus découlant de l'alcool ne dépassent pas les coûts sociaux associés à la consommation¹⁵⁶.

Coûts globaux. En 2002, le coût global de l'abus d'alcool au Canada a été estimé à 14,6 milliards de dollars (voir figure 4)⁶. Cette information est datée, et ce coût a vraisemblablement évolué. Des données plus récentes montrent ainsi que le coût des hospitalisations pour les troubles liés à la consommation de drogues psychoactives a augmenté, atteignant 267 millions de dollars en 2011, dont plus de la moitié est imputable à l'alcool⁹. Ces données ne reflètent pas entièrement les hospitalisations liées à la consommation d'alcool. Elles se limitent plutôt aux troubles liés à la consommation d'alcool⁹.

La conduite avec facultés affaiblies constitue elle aussi un lourd fardeau financier, du fait du renforcement législatif et des dommages causés par les accidents. Quand on inclut les coûts sociaux et les coûts associés liés à la santé concernant les décès, les blessures et les dommages causés aux véhicules, les coûts imputables à la conduite avec facultés affaiblies (incluant l'alcool mais aussi les autres drogues) ont été évalués à plus de 20,6 milliards de dollars en 2010¹⁵⁷.

Figure 4 :
RÉPARTITION DES COÛTS ESTIMÉS DE L'ABUS D'ALCOOL
AU CANADA EN 2002⁶



Mortalité et morbidité liées à l'alcool au Canada

In Canada, alcohol is one of the top ten risk factors. Au Canada, l'alcool est l'un des dix principaux facteurs de risque de maladie pour l'ensemble de la population, et le premier pour les 15 à 49 ans¹⁵⁸. En 2002, 4 258 décès survenus au Canada étaient liés à l'abus d'alcool, soit 1,9 % de l'ensemble des décès⁵. La majorité des décès liés à l'abus d'alcool étaient imputables à des maladies alcooliques du foie, à des accidents de la route et à des suicides en lien avec l'alcool⁶.

Sur le plan de la santé, la consommation d'alcool peut avoir des effets à court comme à long terme sur l'organisme. Leurs causes sous-jacentes sont différentes, bien qu'elles se chevauchent parfois. La consommation d'alcool peut aussi avoir un effet sur le bien-être à court et à long terme.

À l'échelle mondiale, l'alcool contribue à³⁷ :

- 100 % des cas de décès et d'invalidité imputables aux troubles liés à la consommation d'alcool et à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale;
- 50 % des cas de décès et d'invalidité imputables aux maladies hépatiques;
- 20 à 30 % des cas de décès et d'invalidité imputables au cancer de la bouche, du pharynx, du larynx ou de l'œsophage, à la pancréatite et à des actes de violence ou d'automutilation;
- 10 à 15 % des cas de décès et d'invalidité imputables au cancer du foie, à la tuberculose, à l'épilepsie, aux AVC hémorragiques, à des blessures non intentionnelles, à des chutes, noyades ou incendies;
- moins de 10 % des cas de décès et d'invalidité imputables au cancer du sein, aux maladies cardiaques, aux AVC ischémiques, aux infections des voies respiratoires inférieures ou au VIH.

Les effets à long terme

Les effets à long terme sont causés par divers mécanismes, habituellement propres à une maladie donnée. Voici quelques exemples d'effets à long terme de la consommation d'alcool, qui dépendent pour la plupart de la quantité consommée.

Maladies alcooliques du foie. Le nombre de décès imputables à des maladies alcooliques du foie a augmenté au Canada, passant de 1 104 en 2000 à 1 535 en 2011¹⁵⁹. Les facteurs de risque associés à ces maladies sont la quantité consommée, la fréquence de consommation, le type de boissons, la génétique et l'existence d'autres troubles¹⁶⁰⁻¹⁶².

L'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF). L'ETCAF est un trouble chronique, principale cause connue des troubles du développement évitables au Canada^{163,164}. On estime que plus de 3 000 bébés naissent avec l'ETCAF chaque année au Canada et que plus de 330 000 personnes au Canada en souffrent^{165,166}. Des estimations indiquent que 2 à 5 % des habitants des pays occidentaux sont susceptibles d'être touchés par l'ETCAF¹⁶⁷. Des pourcentages plus élevés ont été relevés dans certaines collectivités autochtones canadiennes¹⁶⁸.

L'alcool est un tératogène (c.-à-d. une substance qui traverse le placenta des femmes enceintes pour atteindre le bébé et cause la malformation de l'embryon) susceptible de nuire de façon permanente au développement du fœtus, conduisant à ce que l'enfant naisse avec l'ETCAF. L'ETCAF inclut des malformations physiques et des lésions au système nerveux central dont les effets vont de bénins à graves. Ils touchent surtout le cerveau, entraînant des troubles cognitifs, comportementaux et émotionnels¹⁶⁹.

Quel est l'effet des « beuveries » sur la santé à long terme?

L'effet des « beuveries » (consommation occasionnelle excessive) sur la santé à long terme s'avère complexe et changeant. Des données probantes soutiennent que les beuveries sont liées à des effets négatifs sur le foie, le cerveau, le risque de cancer et la santé cardiovasculaire¹⁸⁹⁻¹⁹². Dans certains cas, les effets des beuveries ne diffèrent pas des effets associés à la consommation de la même quantité d'alcool mais sur une plus longue période^{193, 194}. Les beuveries sont aussi liées à des taux plus élevés de comportements qui compromettent la santé (p. ex. tabagisme)^{189, 193}.

Les personnes atteintes de l'ETCAF ont entre autres des difficultés à exercer leur jugement, à planifier, à mémoriser, à contrôler leur impulsivité et à communiquer. Elles risquent en conséquence davantage d'avoir des problèmes à l'école et au travail, des problèmes de santé mentale, des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues et elle risquent davantage également d'être aux prises avec le système de justice pénale¹⁷⁰.

Selon les experts, le choix le plus sûr consiste à ne boire aucun type d'alcool à aucun moment durant la grossesse et en prévision d'une grossesse⁴². Cette recommandation peut être difficile à suivre puisque 50 % des grossesses ne sont pas prévues¹⁷¹. On conseille par ailleurs aux mères de limiter la consommation d'alcool pendant l'allaitement et d'établir un calendrier d'allaitement leur permettant d'éliminer l'alcool dans leur système avant d'allaiter^{172, 173}.

Exemples de la façon dont la consommation d'alcool peut causer des maladies : 96, 109, 115, 127, 189, 195-199

- L'alcool est toxique pour le foie, le cœur, le pancréas et le système nerveux.
- La dose d'alcool ingéré a un effet sur le système immunitaire, les faibles doses étant bénéfiques et les doses plus élevées étant néfastes.
- L'alcool peut causer le cancer de diverses façons. Par exemple, certains sous-produits métaboliques résultant de la consommation d'alcool peuvent causer des tumeurs. Cet effet peut dépendre de la génétique.
- Des données probantes soutiennent que l'alcool a des effets sur divers aspects du système cardiovasculaire, certains étant directs (p. ex. augmentation de la mort cellulaire dans le cœur) et d'autres indirects (p. ex. en raison de dommages au foie).

Cancer. Le cancer est associé à 30 % de l'ensemble des décès au Canada, ce qui en fait la principale cause de mortalité. On estime que 40 % des Canadiens développeront un cancer à un moment de leur vie¹⁷⁴. L'alcool est considéré comme cancérigène car il est fortement associé à un risque accru pour certains types de cancer, comme le cancer colorectal, le cancer du sein, certains cancers du système nerveux central et les cancers du larynx, du pharynx, de l'œsophage et du foie^{4,48,49,52,72,82,83,88,175-181}.

La consommation abusive d'alcool quintuple le risque de cancer buccal, pharyngien ou œsophagien, augmente de 2,5 fois le risque de cancer laryngien et de 50 % le risque de cancer du sein et de cancer colorectal^{182,183}. Ces effets sont différents selon le sexe. Les hommes risquent davantage de développer un cancer colorectal lié à l'alcool que les femmes. Des recherches récentes révèlent qu'une seule consommation par jour est susceptible d'accroître le cancer du sein chez la femme^{183,184-188}. Chaque consommation supplémentaire, tout comme le nombre d'années qu'une femme a consommé de l'alcool, augmente encore ce risque^{183, 184, 186}.

Maladies cardiovasculaires. Certaines données probantes suggèrent que les effets de l'alcool sur le système cardiovasculaire dépendent de la quantité consommée. Une quantité faible à modérée peut parfois se révéler bénéfique^{42, 63, 89, 200}. Il est possible que ces effets bénéfiques ne soient pas directement liés à la consommation d'alcool. En effet, de récentes recherches ont soulevé de nombreuses questions au sujet de cette association²⁰⁰⁻²⁰³. Une forte consommation peut faire augmenter le taux de mortalité et les cas de coronaropathie, de maladie artérielle périphérique, d'insuffisance cardiaque, d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'hypertension et de quantité anormale de cholestérol ou de lipides dans le sang^{56,63,204-206}. Les effets sur l'AVC dépendent du type de consommation : lorsque celle-ci est faible à modérée, elle peut protéger la personne contre les accidents ischémiques cérébraux (caillots), mais pas contre d'autres types d'AVC, tandis que lorsqu'elle est élevée, elle fait augmenter le risque de tous les types d'AVC^{205, 207}.

Les effets à court terme

Les effets à court terme sont souvent la conséquence d'une intoxication (ivresse) ou d'une consommation assez élevée pour nuire au jugement. Dans certains cas extrêmes peut survenir une intoxication alcoolique. Voici quelques exemples d'effets à court terme de la consommation d'alcool.

Intoxication alcoolique. Quand la concentration d'alcool dans le cerveau est assez élevée pour nuire aux zones contrôlant les fonctions essentielles, cela peut causer une intoxication alcoolique^{208,209}. Les symptômes en sont : confusion, stupeur, coma, incapacité à se réveiller, vomissements, crises d'épilepsie, ralentissement de la respiration, respiration irrégulière, hypothermie ou suppression des fonctions vitales²⁰⁹. Entre 2009 et 2011, 232 décès ont été imputables chaque année à des intoxications alcooliques chez les Canadiens de 15 ans et plus²¹⁰.

Homicide. Les homicides sont en forte diminution. En 2013, ils représentaient environ 0,1 % de l'ensemble des crimes avec violence commis au Canada, avec 505 décès²¹¹. La consommation d'alcool et d'autres drogues est souvent associée aux homicides au Canada, tant chez les accusés que chez les victimes. En 2013, d'après les estimations, 40 % des accusés et 32 % des victimes d'homicide au Canada avaient consommé de l'alcool au moment du crime²¹¹.

Qui prend le volant après avoir bu au Canada^{1,8?}

- La plupart des gens accusés de conduite avec facultés affaiblies sont des hommes, mais l'écart s'est récemment resserré, puisque le taux de femmes accusées de la même infraction augmente depuis 2005.
- C'est dans les Territoires du Nord-Ouest, au Yukon et en Saskatchewan que le taux de cas de conduite avec facultés affaiblies est le plus élevé, et en Ontario et au Québec qu'il est le plus bas.
- C'est dans les régions métropolitaines que le taux de cas de conduite avec facultés affaiblies est le plus bas.
- Les incidents liés à la conduite avec facultés affaiblies surviennent le plus souvent la fin de semaine, souvent après la fermeture des bars.
- Chez les conducteurs titulaires d'un permis, c'est parmi les 20 à 24 ans que le taux de cas de conduite avec facultés affaiblies est le plus élevé, puis chez les 25 à 34 ans.
- Par contre, ce sont les 16 à 19 ans qui occupent le troisième rang à ce chapitre, malgré le fait qu'ils sont moins nombreux à boire dans ce groupe d'âge.

Qu'est-ce que l'intoxication?

Selon l'[Organisation mondiale de la santé](#), l'intoxication est un état qui découle de la consommation d'une drogue psychoactive et dépend de la quantité prise et des caractéristiques de la personne comme de son niveau de tolérance. Dans le cas de l'alcool, l'intoxication est souvent appelée « ivresse » et peut entraîner des bouffées de chaleur, des troubles de l'élocution, un manque de coordination, de l'euphorie, une plus grande activité et loquacité, de l'inconduite, des réactions plus lentes et un jugement altéré.

Conduite avec facultés affaiblies. La conduite avec facultés affaiblies est la principale cause de décès d'origine criminelle au Canada⁸. En 2012, 523 Canadiens ont trouvé la mort lors d'un accident lié à l'alcool, ce qui constitue une diminution par rapport à 1995, où ils furent 1 296^{212,213}. En 2012, cela constituait le tiers des décès dans des accidents de la route au Canada²¹³.

L'[article 253](#) du *Code criminel du Canada* traite de l'infraction consistant à conduire un véhicule avec facultés affaiblies et il fournit les seuils d'alcoolémie. Le risque d'accident de la route augmente avec l'augmentation du taux d'alcool dans le sang²¹⁴. Les provinces et les territoires ont eux aussi adopté diverses lois et divers programmes en vue de réduire la conduite avec facultés affaiblies⁵.

Depuis les années 1980, le nombre d'incidents associés à la conduite avec facultés affaiblies a fortement diminué. En 1998, plus de 87 000 incidents associés à la conduite avec facultés affaiblies étaient liés à l'alcool. Ce nombre a fluctué au fil des années, variant entre 76 000 incidents en 2006 et 86 000 en 2009. Il a de nouveau diminué, se montant à plus de 72 000 en 2014^{2,215}.

Effets sur la santé mentale

L'alcool est un facteur de risque associé à plusieurs maladies mentales, et certaines maladies mentales sont propices à une forte consommation d'alcool²¹⁶⁻²¹⁹. Parallèlement, bon nombre des facteurs de risque et de protection sont les mêmes pour les deux; cela signifie que les maladies mentales et la consommation abusive d'alcool peuvent être provoqués par d'autres facteurs²²⁰.

Au Canada, le taux de suicide liés à l'alcool est associé aux habitudes de consommation au sein d'une population²²¹. Les données datant du début des années 2000 indiquent qu'entre 25 et 30 % des suicides survenus au Canada étaient liés à l'alcool²²¹. Par contre, le lien entre l'alcool et le suicide fait partie d'une connexion plus globale et plus difficile à cerner entre l'alcool et la santé mentale.

Habitudes de consommation des familles.

Les habitudes de consommation tendent à se perpétuer au sein des familles, en raison d'une interaction complexe entre consommation d'alcool, génétique et environnement social et familial²⁴⁶⁻²⁴⁸. En voici des exemples.

- Plus les gens commencent à boire tôt, plus la génétique joue un rôle dans l'apparition de la dépendance à l'alcool²⁴⁶.
- Les enfants de parents qui boivent beaucoup en une occasion boivent généralement pour la première fois plus tôt, boivent plus à mesure qu'ils vieillissent et vivent davantage d'événements négatifs à l'âge adulte^{19, 36}.
- Les étudiants d'université qui ont un historique familial marqué par des problèmes d'alcool risquent davantage de subir les méfaits associés à la consommation d'alcool²⁴⁹.

Ces effets intergénérationnels interagissent pour créer une série d'impacts complexes sur les enfants et les futures générations²⁵⁰.

Dépression. L'alcool et la dépression sont étroitement liés^{222, 223}. Le taux d'alcoolisme est plus élevé chez les personnes dépressives, et la forte consommation d'alcool occasionnelle fait augmenter le risque de dépression grave chez les femmes^{222, 224-226}. Certaines études ont révélé que l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool pouvaient entraîner la dépression²²⁵.

Trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Il existe un lien entre les troubles liés à la consommation d'alcool et le TSPT²²⁷⁻²³². On boit parfois pour gérer les symptômes du TSPT, même si le fait de boire est précisément associé au début du TSPT et à la gravité des symptômes^{230, 232, 233}.

Anxiété. L'anxiété est liée à la consommation d'alcool²³⁴⁻²³⁹. À court terme, l'alcool peut atténuer l'anxiété et la panique, mais le sevrage d'alcool peut accroître l'anxiété²³⁴. Les femmes sont plus susceptibles de boire pour gérer leur anxiété sociale que les hommes²⁴⁰.

Troubles de la personnalité. L'alcool est lié à divers troubles de la personnalité, dont les troubles antisociaux et les troubles narcissiques²⁴¹⁻²⁴⁵.

Bienfaits de la consommation d'alcool sur la santé

Certaines données probantes suggèrent que l'alcool peut être bénéfique à certaines personnes, cet effet étant davantage associé au vin^{251,256}. Des études indiquent que les jeunes ne tirent aucun avantage à la consommation d'alcool, quelle qu'en soit la quantité²³. On sait qu'une consommation faible à modérée d'alcool peut réduire le taux de mortalité associé à certaines maladies, et réduire la prévalence de maladies comme le diabète, les problèmes cardiovasculaires ou les troubles cognitifs. Toutefois, il s'agit d'une situation complexe puisque de plus en plus de données suggèrent que les avantages liés à la consommation d'alcool ne sont peut-être pas directement liés à l'alcool et ne sont pas observés chez tout le monde, à tous les âges ou pour chaque situation. Les bénéfices pourraient s'expliquer par d'autres facteurs ou ils sont basés sur des recherches comportant des problèmes méthodologiques^{53,54,56,57,59,61,63-65,69,73,76-80,84,87,89,90-92,256-261}.

En outre, risques et bienfaits peuvent se manifester en même temps. Alors qu'une consommation d'alcool faible ou modérée est bénéfique dans certaines situations, consommer une portion de plus que les quantités recommandées est susceptible d'accroître le risque d'occurrence de plusieurs types de maladies chroniques^{42,184,186,187,262}. D'autres comportements moins risqués susceptibles de générer des bienfaits pour la santé peuvent être adoptés, par exemple une saine alimentation et la pratique d'une activité physique^{e.g.,263-265}.

Bienfaits sur le plan social. La consommation d'alcool peut aussi avoir des avantages d'un point de vue social, notamment dans le cadre de certaines traditions culturelles.²⁶⁶ Elle est étroitement liée au fait de socialiser, de se divertir et de vivre des expériences sociales positives^{31,32,267}.

La consommation d'alcool peut être un puissant motivateur social, qui aide à forger de nouvelles amitiés et à renforcer celles qui existent déjà^{32,268,269}. Certaines personnes associent le fait de boire à la bonne humeur, à la détente et, dans certains cas, au mieux-être mental. Toutefois, ces bienfaits peuvent être propres à certaines cultures et s'accompagner de résultats négatifs sur le plan de la santé^{267, 270, 271}.

De plus, il est possible que les bienfaits ne soient pas attribuables à l'alcool lui-même, mais plutôt aux attentes et aux expériences sociales positives associées à sa consommation²⁷¹.

COMMENT L'ALCOOL AGIT : DU CERVAUE AU COMPORTEMENT

L'alcool peut avoir divers effets biologiques directs immédiats ou à court terme qui peuvent se traduire par des répercussions sur la santé, le bien-être et le comportement. Afin de comprendre comment l'alcool se répercute sur le plan social, il faut comprendre à la fois les habitudes de consommation et le cheminement de l'alcool du cerveau au comportement.

Importance des habitudes de consommation

La quantité d'alcool bue et la fréquence de consommation sont les principaux facteurs à l'origine de l'augmentation ou de la diminution du risque d'effets imputables à l'alcool. L'abstinence prévient l'ensemble des effets directs que peut avoir l'alcool sur une personne. Certains effets néfastes à la santé sont temporaires et peuvent être annulés ou atténués lorsque la personne cesse de boire ou respecte les directives relatives à la consommation d'alcool à faible risque^{e.g.,272,273}.

Les effets de l'alcool dépendent de la quantité consommée, mais aussi du type de boisson et de l'évolution des habitudes de consommation. C'est pour cette raison que les experts ont élaboré ces directives : elles ont comme objectif d'aider les Canadiens à comprendre quelle quantité est au-delà des limites acceptables⁴².

Catégories utilisées pour les critères de diagnostic²⁷⁴ :

- Consommation à risque
- Manque de contrôle sur la consommation
- Troubles sociaux et professionnels
- Besoin de plus de drogue avec le temps pour que cela fasse de l'effet (tolérance) ou symptômes de sevrage

Troubles liés à la consommation d'alcool. Ils résultent d'une consommation excessive, mais ne sont pas diagnostiqués simplement à la lumière de cette consommation. C'est la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) qui est actuellement utilisé par les professionnels de la santé pour diagnostiquer les troubles de santé mentale et en déduire le traitement nécessaire²⁷⁴. Les éditions précédentes séparaient les problèmes liés aux substances psychoactives en deux catégories distinctes : l'abus (en fonction de la consommation à risque et des troubles sociaux et professionnels qui en résultent) et la dépendance (en fonction des problèmes de santé subséquents, de la dépendance physiologique, des états de manque, du manque de contrôle sur la consommation et du temps passé à chercher et à consommer ou à récupérer après avoir bu)²⁷⁵. En 2012, environ 5 millions (soit 18 %) de Canadiens âgés de 15 ans et plus répondaient aux critères associés à l'abus d'alcool ou à la dépendance à l'alcool à un moment ou à un autre de leur vie²⁷⁶.

Le DSM-V place les troubles associés à l'usage de substances sur un continuum de gravité plutôt que dans des catégories distinctes. Divers critères sont nécessaires à l'établissement d'un diagnostic et on évalue la gravité en fonction du nombre de critères auxquels une personne répond. Les troubles associés à l'usage de substances sont définis pour neuf groupes de substances psychoactives : l'alcool, le cannabis, les hallucinogènes, les produits à inhaler, les opioïdes, les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, les stimulants, le tabac et les autres substances²⁷⁴.

RECOMMANDATIONS DES DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE DU CANADA

Pour réduire les risques de blessures et de méfaits à court terme :

- Les femmes ne devraient pas consommer plus de 3 verres en une occasion.
- Les hommes ne devraient pas consommer plus de 4 verres en une occasion

Pour réduire les risques pour la santé à long terme :

- Les femmes ne devraient pas boire plus de 10 verres par semaine – au plus deux verres par jour, la plupart des jours de la semaine.
- Les hommes ne devraient pas boire plus de 15 verres par semaine – au plus deux verres par jour, la plupart des jours de la semaine.

En raison des risques pour la santé associés à l'alcool, l'abstinence est recommandée :

- durant la grossesse ou quand on prévoit de tomber enceinte ainsi qu'avant d'allaiter;
- avant de conduire ou d'utiliser une machine ou des outils et pendant la conduite ou l'utilisation;
- quand des complications sont possibles lors de la prise de médicaments ou d'autres drogues;
- quand on a des problèmes de santé de nature mentale ou physique;
- avant et pendant toute activité nécessitant de faire preuve de jugement, d'exercer des aptitudes physiques ou d'avoir de l'équilibre et de l'endurance.

On recommande aux jeunes de retarder le plus possible la consommation d'alcool, au moins jusqu'à l'âge légal pour boire.

QU'EST-CE QU'UN « VERRE »?

BIÈRE ORDINAIRE

341 mL = 12 oz
5 % d'alcool

VIN

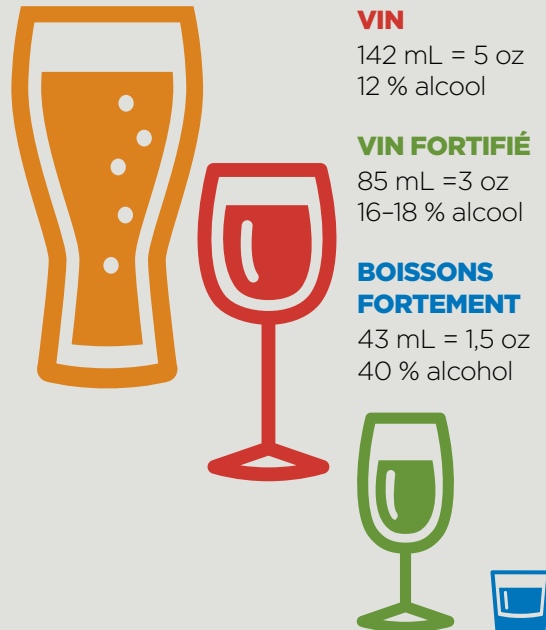
142 mL = 5 oz
12 % alcool

VIN FORTIFIÉ

85 mL = 3 oz
16-18 % alcool

BOISSONS FORTEMENT

43 mL = 1,5 oz
40 % alcool



Stress et alcool

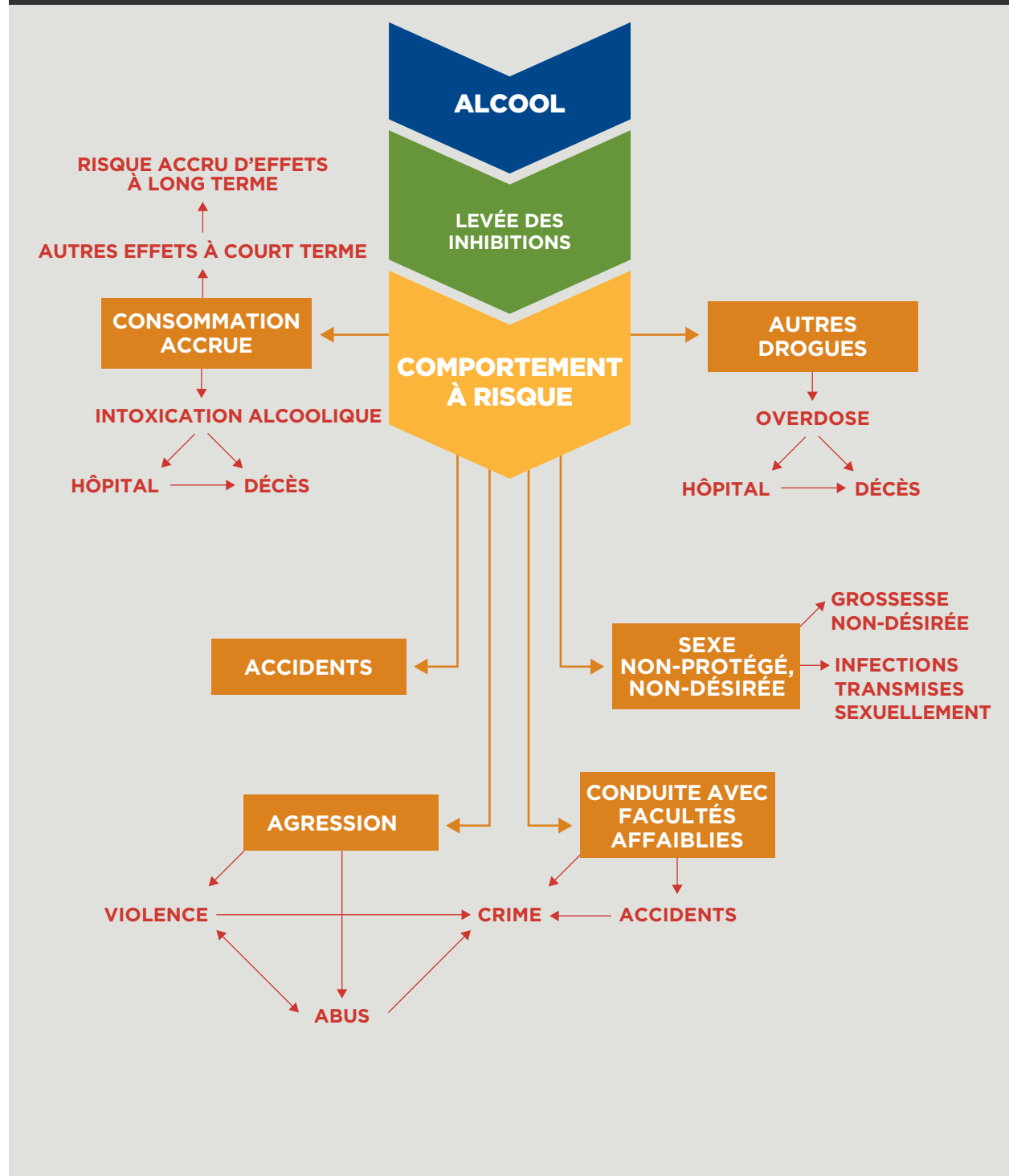
Il est essentiel de gérer sainement son stress pour être en bonne santé²⁸³. La consommation d'alcool peut avoir un effet néfaste sur la façon dont le corps réagira au stress²⁸⁴⁻²⁹¹, ce qui peut générer des effets sur la santé et le bien-être²⁹⁰.

Du cerveau au comportement

L'alcool, en tant que substance psychoactive, agit sur le cerveau, entraînant des changements de comportement.

Les effets de l'alcool dépendent de la quantité consommée et diffèrent d'une personne à l'autre. L'alcool agit en général d'abord comme un agent stimulant, puis comme un agent déprimant²⁷⁷. Il interagit avec deux substances chimiques très présentes dans le cerveau : l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) et le glutamate. L'alcool stimule les récepteurs du GABA (qui sont inhibiteur) et inhibe les récepteurs de glutamate (qui sont excitateur), les poussant à agir de concert pour supprimer l'activité de certaines zones du cerveau^{45,100}.

Figure 5 :
REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DES NOMBREUX EFFETS
DE L'ALCOOL SUR LES COMPORTEMENTS À RISQUE



Références : 4, 6, 9, 42-44, 86, 93, 125, 146, 208-210, 214, 295, 309, 311, 312, 315-327.

Boire de l'alcool agit sur le cerveau pour créer une sensation agréable et renforcer l'effet de son système de stimulants (dopamine), avec l'aide d'autres substances chimiques cérébrales (en particulier les opioïdes et les hormones de stress). On pense que ce sont les effets de l'alcool sur le système de stimulants qui sont à l'origine du mécanisme de développement de l'accoutumance^{45,95,124,262,278-280}.

L'alcool atteint facilement le cerveau et peut nuire aux processus essentiels à un développement et un fonctionnement sains de ce dernier. Absorbé en grandes quantités, il peut aussi endommager de nombreuses zones du cerveau, importantes pour l'apprentissage, la mémoire, la prise de décision, les facultés motrices et les émotions^{100,208,281,282}.

Du comportement aux impacts sociaux

À court terme, la consommation d'alcool peut réduire les inhibitions et multiplier les comportements à risque^{e.g.,93,291-293}, ce qui peut avoir divers impacts (voir figure 5), notamment la prise de décisions risquées comme conduire après avoir bu ou avoir des relations sexuelles non protégées^{93,294}. Certaines habitudes de consommation d'alcool sont aussi associées à des relations sexuelles non consentantes et au viol chez les étudiants²⁹⁵⁻²⁹⁷. L'alcool peut être considéré comme une drogue du viol²⁹⁵. Parfois, l'alcool est utilisé pour faciliter les interactions sexuelles dans des situations où les partenaires sont consentants²⁹⁸.

La dépendance à l'alcool peut intensifier également la réactivité émotionnelle, et peut entraîner une incapacité à interpréter les émotions, le langage et l'humour²⁹⁹⁻³⁰¹. Dans certains cas, la consommation excessive d'alcool accentue le rejet social et entraîne un réseau social plus étroit et moins diversifié^{302,303}. Les familles peuvent elles aussi être touchées par l'alcool. Par exemple, les quantités bues par une personne peuvent influencer les quantités bues par son ou sa partenaire³⁰⁴. L'excès de boisson d'un conjoint peut entraîner des problèmes conjugaux et même le divorce³⁰⁴⁻³⁰⁶. On associe aussi à une consommation excessive d'alcool un risque accru de violence conjugale, d'interactions négatives, d'agressions et de violence et négligence envers les enfants^{248,307-313}.

RÉSUMÉS DE EFFETS DE L'ALCOOL SUR LE COMPORTEMENT

- La désinhibition causée par l'alcool peut favoriser des comportements à risque et avoir diverses conséquences négatives, comme la conduite avec facultés affaiblies, les accidents, le viol, les infections transmises sexuellement, les agressions et la violence.
- L'effet de l'alcool sur le système cognitif peut nuire à la capacité qu'a une personne d'apprendre et de travailler efficacement, générer de mauvais résultats scolaires et perturber le fonctionnement professionnel. Cela peut, par la suite, entraîner le décrochage scolaire ou le chômage.
- L'alcool peut nuire aux relations avec la famille et les amis. Les parents, les autres adultes et les frères et sœurs plus âgés peuvent servir de modèles aux enfants et aux jeunes, transmettant leurs habitudes de consommation à risque à la génération suivante.
- Les habiletés motrices altérées à cause de la consommation d'alcool peuvent entraîner l'incapacité à conduire en toute sécurité, et donc multiplier les risques d'accident, ce qui peut nuire à la fois au conducteur et aux autres Canadiens.

FACTEURS D'INFLUENCE

Divers facteurs influencent les répercussions potentielles de l'alcool sur une personne ou une population. Certains sont des facteurs de risque, d'autres sont des facteurs de protection, mais la plupart sont associés aux déterminants sociaux de la santé. Ces derniers jouent un rôle dans les inégalités en santé et ils contribuent à définir l'environnement social, économique et physique d'une personne ou d'une population ainsi que les caractéristiques et les comportements individuels^{328, 329}.

Acceptabilité sociale. Quand une drogue est socialement acceptable, on est davantage susceptible d'en faire usage et d'inciter les autres à en faire également usage. C'est le cas de l'alcool, drogue socialement acceptable dans certaines régions du monde malgré les risques. La plupart du temps, on boit de l'alcool pour se divertir, socialiser et célébrer, même en connaissant les risques encourus^{31,32,267}. Dans certaines situations, la consommation d'alcool n'est cependant pas acceptable, par exemple lorsqu'elle mène à la violence, en lien avec la conduire automobile ainsi que chez les mineurs et durant la grossesse⁴².

Stigmatisation et discrimination. Bien que socialement acceptable, la consommation d'alcool peut engendrer stigmatisation et discrimination, en particulier à l'endroit des personnes traitées pour des troubles liés à l'alcool^{304,334-336}. À l'opposé, l'abstinence peut aussi engendrer la stigmatisation : les abstinents peuvent hésiter à divulguer leur situation, en raison de cette stigmatisation et afin d'être acceptés socialement^{336, 338}.

HISTORIQUE

- Les humains ont une relation – et sans doute une fascination – ancienne aux substances psychoactives, dont l'alcool^{266, 330, 331}. Il n'y a pas si longtemps, l'alcool était illégal sur de nombreux territoires et il demeure fortement réglementé dans diverses régions du monde⁴⁸.
- La prohibition de l'alcool en Amérique du Nord au début du 20^e siècle découlait de préoccupations quant à ses effets néfastes. D'après des données provenant des États-Unis, la prohibition a eu pour effet de réduire les taux de consommation d'alcool au départ, mais, dans la décennie qui a suivi la fin de la prohibition, les taux sont remontés à leurs niveaux d'origine³³².
- Comme toutes les substances psychoactives, l'alcool a été étudié pour ses vertus médicinales. Plus précisément, l'idée qu'une consommation modérée d'alcool pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé a émergé au 19^e siècle³³³. Toutefois, jusqu'à récemment, la distinction entre une consommation d'alcool saine et une consommation néfaste n'a pas été clairement établie⁴².

LE CANADA ET LE MONDE⁴⁸

- Au Canada, entre 2008 et 2010, la consommation d'alcool moyenne par personne était inférieure à celle de nombreux pays développés.

Canada

- Les Canadiens ont déclaré consommer 8,2 L d'alcool pur par année.
- 23 % des buveurs ont consommé avec excès.

États-Unis

- Les Américains ont déclaré consommer 8,7 L d'alcool pur par année.
- 24,5 % des buveurs ont consommé avec excès.

Royaume-Uni

- Les habitants du R.-U. ont déclaré consommer 10,4 L d'alcool pur par année.
- 33,4 % des buveurs ont consommé avec excès.

Australie

- Les Australiens ont déclaré consommer 10,4 L d'alcool pur par année.
- 13 % des buveurs ont consommé avec excès.

* La moyenne a été établie à partir de la consommation pour 2008 à 2010 et mesurée en litres d'alcool pur par personne chez les Canadiens de 15 ans et plus.

** La consommation avec excès a été définie ici comme la consommation d'au moins 60 grammes d'alcool pur équivalent à plus de 580 verres de bière ordinaire (en considérant un taux d'alcool de 5 % et 341ml par verre).

Contexte local

Les habitudes de consommation diffèrent à l'échelle de la planète, modelées par le contexte : lieu de résidence, notamment lois, politiques et règlements locaux liés à l'alcool, histoire, culture et croyances religieuses ainsi que déterminants sociaux de la santé^{31,48,331}. De plus, les événements politiques, économiques et sociaux d'importance majeure peuvent avoir une influence sur les habitudes de consommation d'alcool dans un pays³³⁹⁻³⁴¹.

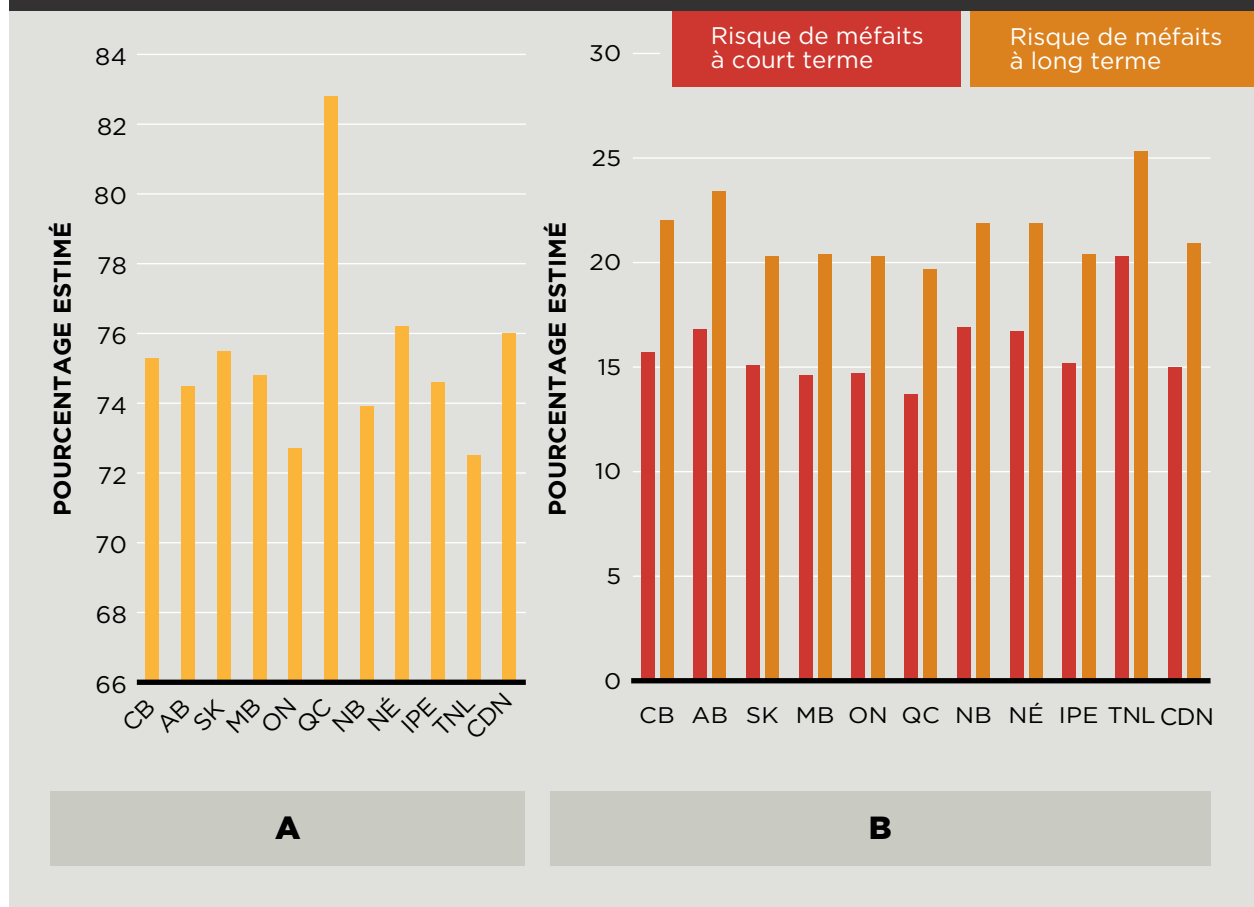
Les habitudes de consommation dans le monde.

Les pays développés présentent de manière générale les plus hauts taux de consommation d'alcool, les pays à l'est de la Méditerranée présentant quant à eux des taux très faibles⁴⁸. Dans de

nombreux pays développés, les taux de consommation d'alcool à risque sont en augmentation chez les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes³⁴². On constate aussi dans différentes régions du monde une évolution des taux de consommation. Par exemple, l'Inde et la Chine connaissent de fortes augmentations de consommation d'alcool. Ces augmentations influencent fortement le portrait global des habitudes de consommation d'alcool dans le monde⁴⁸.

Certaines évolutions ont également lieu au Royaume-Uni et en France, régions où sont ancrés des stéréotypes spécifiques liés à l'alcool. Ainsi, au Royaume-Uni, les taux d'excès occasionnel d'alcool sont en déclin, tandis qu'ils augmentent en France chez les jeunes³⁴³⁻³⁴⁵.

Figure 6 :
 DANS QUELLES PROPORTIONS LES CANADIENS ONT-ILS A) CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE OU B) EU UNE CONSOMMATION À RISQUE EN 2013?



Estimation du pourcentage de Canadiens de 15 ans et plus ayant consommé a) de l'alcool durant l'année précédente ou b) de l'alcool durant la semaine précédente un sondage de 2013 des quantités l'alcool excédant les directives portant sur les méfaits à court ou à long terme. Aucune donnée n'a été recueillie au sujet des territoires¹.

Les habitudes de consommation au Canada. Les habitudes de consommation d'alcool sont variables au sein d'un même pays. Ainsi, en 2013, les taux les plus élevés de consommation d'alcool au cours de l'année précédente étaient au Québec et les plus faibles à Terre-Neuve-et-Labrador. Pourtant, les taux les plus élevés de consommation à risque chez les buveurs étaient à Terre-Neuve-et-Labrador et les

plus faibles au Québec (voir figure 6)¹. D'autres sondages révèlent que dans les provinces maritimes on consomme plus d'alcool en une même occasion, tandis que dans les Prairies on en consomme moins, autant en quantité qu'en fréquence. Au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, on boit plus fréquemment et la plupart du temps au cours d'un repas³⁴⁶.

Statistique Canada recueille aussi des données sur la consommation dépassant les lignes directrices pour les risques à court terme (c.-à-d. 5 consommations ou plus pour les hommes et 4 consommations ou plus pour les femmes à une occasion et au moins une fois par mois au cours de l'année précédente). Cela donne une image plus exhaustive de la consommation à risque plutôt que de poser des questions sur la consommation de boisson au cours de la semaine précédente.

En 2014, près de 18 % des Canadiens ont affirmé boire beaucoup³⁴⁷. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont constamment obtenu des taux inférieurs au taux global pour le Canada (les deux étant d'environ 16 % en 2014), alors que les données du Nunavut indiquent de même des taux inférieurs. Les Territoires du Nord-Ouest (32,7 %), le Yukon (27,8 %) et Terre-Neuve-et-Labrador (25,4 %) ont obtenu les taux les plus élevés (consultez le tableau 3)³⁴⁷.

Tableau 3 : TAUX DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL EN 2014

	TOTAL	HOMMES	FEMMES
Colombie-Britannique	15,8	19,9	11,8
Alberta	18,9	23,1	14,6
Saskatchewan	19,5	25,7	13,3
Manitoba	17,8	22,5	13,2
Ontario	16,2	20,7	11,8
Québec	20,2	25,8	14,8
Nouveau-Brunswick	21,4	27,8	15,3
Nouvelle-Écosse	20,1	24,5	15,9
Île-du-Prince-Édouard	16,9	21,0	13,1
Terre-Neuve-et-Labrador	25,4	33,2	18,0
Yukon	27,8	32,6	22,7
Territoires du Nord-Ouest	32,7	39,1	26,3
Nunavut	14,3*	17,4*	11,0*
Canada	17,9	22,7	13,2

Le pourcentage estimé de Canadiens de 12 ans et plus en 2014 qui ont signalé avoir bu de façon excessive à une occasion au moins une fois par mois au cours de l'année précédente. Une consommation excessive d'alcool a été définie comme étant 5 verres ou plus pour les hommes et de 4 verres ou plus pour les femmes³⁴⁷.

* Les données devraient être utilisées avec précaution³⁴⁷.

FACTEURS INDIVIDUELS

Les habitudes de consommation d'alcool diffèrent grandement non seulement d'une population à l'autre, mais aussi d'un individu à l'autre. Plusieurs facteurs ont une influence sur la quantité d'alcool bu et sur les risques que cette consommation ait des effets néfastes.

Les motifs de consommation fournissent les raisons pour lesquelles une personne boit de l'alcool. De manière générale, quatre raisons principales l'amènent à boire : pour socialiser, pour créer une atmosphère agréable, pour affronter l'adversité ou par souci de conformité³⁴⁸⁻³⁵⁰. Affronter l'adversité et vouloir se conformer sont considérés comme des motifs négatifs, le premier étant davantage susceptible d'être associé à des troubles liés à l'alcool³⁴⁸⁻³⁵¹. La manière dont l'alcool est associé à l'identité d'une personne et à sa perception d'elle-même joue un rôle sur la manière dont la motivation a des répercussions sur les habitudes de consommation³⁴⁹.

La consommation excessive chez les jeunes adultes découle souvent d'une intention de consommation excessive. De nombreux facteurs influencent ce processus décisionnel, notamment les normes sociales et les plans d'avenir³⁵². Les facteurs qui ont le plus de rôle au moment même de la consommation d'alcool sont l'argent disponible, le comportement des amis, l'humeur et les moyens de transport³⁵².

Certains éléments déclencheurs propres à chaque individu et associés à l'alcool, comme la présence de certains amis ou un lieu particulier, peuvent augmenter le besoin de boire de l'alcool ainsi que les conséquences négatives potentielles^{355,356}. Le ressenti d'une personne lorsqu'elle boit de l'alcool peut avoir un effet sur son usage ultérieur. Un gros buveur consommant de l'alcool ressent un effet stimulant plus intense et un effet déprimeur moins intense qu'un petit buveur, phénomène qui a été associé à un risque accru qu'il se livre à des excès occasionnels d'alcool plus tard et qu'il développe un trouble lié à l'alcool³⁵⁷⁻³⁵⁹.

Divers **lieux** peuvent avoir une forte influence sur les habitudes de consommation d'alcool. Certains lieux sont associés de manière générale à la consommation d'alcool et ont tendance à augmenter les potentialités de consommation excessive³⁶⁰⁻³⁶⁴. Boire dans un pub ou dans un logement hors campus peut entraîner une consommation accrue chez les étudiants universitaires^{365,366}. La consommation d'alcool au domicile d'un ami ou au restaurant est associée à une consommation plus faible chez les adultes^{364,367}. Le fait de devenir parent est associé à une baisse de la consommation d'alcool, ce qui est probablement attribuable, au moins en partie, au fait de passer moins de temps dans des lieux où la consommation excessive est plus courante (comme dans les bars)³⁶⁴.

Les amis ont une forte influence sur les habitudes de consommation d'alcool, qui est étroitement associée à la socialisation. En effet, les jeunes mettent l'accent sur les expériences positives associées au fait de boire de l'alcool pour contrebalancer les répercussions négatives²⁶⁶. Les habitudes de consommation au sein d'un réseau social ont une grande influence sur l'usage de l'alcool²⁶. Le fait d'avoir plusieurs amis qui consomment de l'alcool est associé à une consommation excessive, bien que la solitude soit également liée à une consommation excessive^{365,366}. Le soutien social peut parfois faire diminuer la quantité d'alcool consommée^{365,367-370}.

Le contexte est également important : la consommation d'alcool aux repas tend à ne pas avoir les mêmes répercussions négatives que la consommation à d'autres moments^{428,429}. Lorsque de nombreuses personnes sont intoxiquées en même temps ou que l'on joue à des jeux pour boire, la tendance à consommer davantage d'alcool est plus forte³⁶⁰.

Des liens ont été établis entre certains **traits de personnalité** et un risque accru d'effets néfastes dus à l'alcool. L'impulsivité et la recherche de sensations fortes sont associées à une consommation d'alcool plus élevée. Ces caractéristiques sont de fait associées à des effets néfastes plus marqués de l'alcool sur la santé, notamment des troubles liés à l'alcool^{98,104,107,116,430-435}.

Pour certaines personnes, le **stress** peut déclencher le besoin de consommer de l'alcool afin de palier ses effets, créant ainsi un cycle où le stress entraîne la consommation^{348, 367, 404, 406-411, 414, 415, 417, 419, 423, 427, 436}.

MODIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE

Outre ces spécificités personnelles, d'autres facteurs peuvent expliquer que certaines personnes courent davantage de risque de répercussions négatives.

- **Génétique et épigénétique.** La génétique joue un rôle important dans le développement de la dépendance à l'alcool⁴³⁷⁻⁴⁴². Certaines données suggèrent que sa contribution atteindrait 50 %^{438,440}. Divers mécanismes font en sorte que la génétique a une influence sur les effets néfastes dus à l'alcool. Par exemple, les gènes peuvent influencer sur la manière dont chacun métabolise l'alcool, ainsi que sur le développement de traits de personnalité associés à la consommation d'alcool⁴⁴³⁻⁴⁴⁵.
- En épigénétique, on étudie comment différents facteurs peuvent activer ou désactiver certains gènes, et comment ces changements dans l'activation des gènes peuvent être transmis aux générations subséquentes⁴⁴⁶. C'est un domaine de recherche en développement, notamment en ce qui concerne l'alcool⁴⁴⁷⁻⁴⁴⁹. Les effets épigénétiques de l'alcool sont décelables dans les répercussions de la consommation d'alcool avant

COMMENT LES ATTENTES INFLUENT-ELLES SUR LES EFFETS DE L'ALCOOL?

Les effets de l'alcool sont modulés par les attentes du buveur. Les gens jugent mal leur degré d'intoxication, ce qui les amène à croire qu'ils sont plus aptes à réaliser certaines activités, comme conduire de façon sécuritaire, qu'ils ne le sont en réalité³⁵³.

Divers événements au cours de la vie agissent sur les habitudes de consommation d'alcool et le risque d'effets néfastes dus à l'alcool^{93,266,305-307,348-427}. En voici des exemples :

- Rendement scolaire médiocre
- Problèmes à l'école
- Décrochage scolaire
- Passage du secondaire au collège ou à l'université
- Chômage
- Stress au travail
- Divorce
- Conflit conjugal ou insatisfaction conjugale
- Consommation excessive du partenaire
- Événements stressants de la vie
- Mariage
- Nouveau rôle de parent
- Départ à la retraite
- Vieillesse

la conception. Par exemple, une consommation excessive pendant la phase préconceptionnelle, que ce soit par la mère ou le père, peut avoir des répercussions sur le développement de l'enfant^{450,451}. L'épigénétique a également une influence sur divers facteurs de risque comme le stress et le développement durant la petite enfance⁴⁵²⁻⁴⁵⁷.

- **Biologie.** L'alcool est consommé la plupart du temps sous la forme d'une boisson. Il entre dans la circulation sanguine par le tube digestif. La concentration d'alcool dans le sang augmente avec la quantité d'alcool consommé, en fonction du métabolisme d'une personne, avec une teneur plus élevée en graisse corporelle, s'il y a peu de nourriture dans le système digestif et avec l'usage de certains médicaments^{45,100}.

Sexe : Les hommes et les femmes tendent et à présenter un pourcentage de graisse corporelle différent, et à métaboliser différemment l'alcool. Certaines enzymes en quantités moindres et d'autres différences métaboliques attribuables au sexe font qu'à consommation égale, davantage d'alcool qui entre dans la circulation sanguine chez les femmes que chez les hommes^{45, 100}.

Vieillesse : Avec l'âge, les risques associés à l'alcool peuvent augmenter, car les gens deviennent plus sensibles et moins tolérants à l'alcool^{386, 458-464}. En conséquence, l'alcool a des effets plus marqués sur les personnes de plus de 65 ans. On a tendance à consommer moins d'alcool en vieillissant, quoique cela puisse changer⁴⁶⁵.

Le stress, la dépression, ainsi que les événements de la vie et les transitions associées au vieillissement, comme le décès d'un partenaire ou un divorce, la dégradation des réseaux sociaux, un changement dans l'état de santé ou le départ à la retraite, peuvent influencer sur les habitudes de consommation⁴⁶⁶.

- **Problèmes de santé sous-jacents.** L'alcool peut exacerber les problèmes de santé. De manière générale, l'alcool nuit au système immunitaire, dans une mesure proportionnelle à la quantité^{96,109,115,127}. Cela signifie qu'une consommation excessive est susceptible d'aggraver un problème de santé par ses effets sur le système immunitaire. L'alcool contribue également au développement et à la progression de la stéatose hépatique non alcoolique, qui est causée en grande partie par l'obésité⁴⁶⁷. L'alcool accélère aussi la progression du VIH et de l'hépatite C⁴⁶⁸⁻⁴⁷³. Il peut altérer l'efficacité de divers médicaments, dont ceux pour l'arthrite, le diabète, les cardiopathies, les maladies cardiovasculaires, l'hypertrophie de la prostate, un taux élevé de cholestérol, les brûlures gastriques, l'indigestion, l'hypertension artérielle, les infections, la dépression, l'anxiété, l'épilepsie, les crises épileptiques, le trouble de déficit de l'attention et l'hyperactivité, les caillots sanguins, la nausée, l'insomnie et les allergies. Les antidouleurs, les sirops contre la toux, les médicaments anticancéreux et les antirétroviraux font également partie de la liste⁴⁷⁴⁻⁴⁷⁶.

- **Statut socio-économique.** Le statut socio-économique est un facteur fondé largement sur le revenu, le niveau de scolarité et l'emploi⁴⁷⁷. Le lien entre le statut socio-économique en tant que facteur de risque associé aux problèmes attribuables à l'alcool et l'alcool lui-même est complexe et influencé par d'autres facteurs, comme les habitudes de consommation, l'âge, le sexe, le statut socio-économique des parents ou durant l'enfance, les caractéristiques du quartier de résidence et le pays de résidence⁴⁷⁸⁻⁴⁹³. Au Canada, les hommes et les femmes à statut socio-économique élevé sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et d'avoir une consommation à risque que ceux à statut socio-économique faible³⁴². Les personnes ayant un statut socio-économique faible sont de manière générale plus susceptibles de subir les effets néfastes de la consommation d'alcool^{490,492,493}.
- **Emploi.** Outre son rôle dans la définition du statut socio-économique, l'emploi peut modifier les effets de l'alcool sur la santé. Au Canada, aucun lien n'a été établi entre les divers types d'emploi et une consommation d'alcool à risque⁴⁹⁴. Ce sont les caractéristiques du travail ou du marché du travail plutôt que les fonctions comme telles qui seraient le plus susceptibles d'influer sur les habitudes de consommation. Par exemple, le soutien social, la motivation au travail et la satisfaction au travail ont été associés à une faible consommation d'alcool. Le stress, une surcharge de travail, de longues journées, le harcèlement et l'insécurité liée à l'emploi ont été associés à une consommation à risque. Le contrôle sur ses décisions a été associé autant à une consommation élevée d'alcool qu'à une faible consommation⁴⁹⁵⁻⁵⁰⁶. Les facteurs externes au milieu de travail semblent avoir des répercussions plus marquées sur les habitudes de consommation que les facteurs liés au travail⁴⁹⁴.
- Certains types d'emploi ou d'activité alimentent une sous-culture caractérisée par la consommation d'alcool. Par exemple, l'alcool fait partie intégrante de la vie des musiciens, et l'insécurité d'emploi, le stress et la nécessité de socialiser dans le cadre du travail contribuent à une consommation d'alcool à risque^{507,508}. L'alcool fait aussi partie de la culture sportive. Les étudiants athlètes sont davantage susceptibles de boire que les non-athlètes, quoique cela dépende dans certains cas de la période de l'année (en saison ou hors saison), du sexe, du niveau de compétition et du type de sport⁵⁰⁹⁻⁵¹⁹. De plus, on a constaté que les étudiants de niveau collégial amateurs de sport étaient davantage susceptibles de consommer de l'alcool, et ce, de façon excessive⁵²⁰. Certaines données montrent que l'intérêt pour le sport chez les adolescents pourrait entraîner plus tard une consommation d'alcool plus élevée^{521,522}.

- **Alcool et autres drogues.** Les drogues sont souvent analysées séparément, alors que certaines sont fréquemment utilisées en combinaison. Les risques de préjudice augmentent en cas de consommation de drogues multiples^{97,318,324,326,523}.
- **L'alcool combiné à la caféine** constitue une préoccupation en matière de santé publique, surtout chez les jeunes et avec des boissons énergisantes^{524,525}. L'association de la caféine et de l'alcool peut amplifier le risque d'effets néfastes causés par l'alcool. Les personnes qui combinent alcool et caféine augmentent souvent leur consommation d'alcool et se disent à la fois moins fatiguées et plus alertes et se sentent moins intoxiquées qu'elles ne le sont en réalité⁵²⁵⁻⁵³². Le mélange alcool-caféine est également souvent associé à une augmentation des comportements à risque^{533,534}.
- Combinés, **l'alcool et la marijuana** peuvent amplifier les troubles locomoteurs, créant un risque d'accident au volant plus élevé qu'avec l'un ou l'autre⁵³⁵. C'est fort probablement car l'alcool fait augmenter la concentration de métabolites de la marijuana dans le sang, ce qui accentue les effets de la marijuana sur le comportement^{536,537}.
- **L'alcool et le tabac** pris séparément peuvent avoir de graves conséquences sur la santé à long terme. Lorsqu'ils sont consommés ensemble, ces conséquences peuvent être plus graves encore. Par exemple, le risque de développer un cancer buccal ou pharyngien est 300 fois plus élevé chez les personnes qui boivent et fument beaucoup que chez celles qui ne fument pas et ne boivent pas⁵³⁸.

FACTEURS DE PROTECTION

Certains facteurs peuvent protéger des effets néfastes de l'alcool en entraînant une baisse notable de la consommation. Beaucoup se retrouvent chez les adolescents comme chez les jeunes adultes⁵³⁹. La participation à des activités ou services religieux, un attachement plus fort aux parents, un degré élevé de soutien familial, une gestion familiale serrée (règles, surveillance, discipline cohérente, renforcement des bons comportements), de bonnes aptitudes sociales, un bon sens de la moralité et de la conformité sociale et une attitude sociable (travailler fort à l'école, aider à la maison, participer à des activités communautaires, etc.) sont des facteurs qui sont tous associés à une consommation d'alcool moindre chez les jeunes adultes^{539,540}.

Les facteurs de risque et les facteurs de protection ne sont pas les mêmes partout, leurs différences contribuant aux taux et aux habitudes de consommation⁵⁴¹. Certains traits de personnalité, comme l'estime de soi, peuvent aussi avoir une influence sur la consommation d'alcool, bien que le phénomène soit complexe et puisse dépendre des motivations et du contexte de la consommation^{542,543}.

Certaines stratégies peuvent également contribuer à protéger des effets néfastes de l'alcool, notamment établir des limites, ajuster les limites aux facteurs de risque (comme l'âge et le poids), boire lentement, alterner boissons alcoolisées et non alcoolisées et manger avant et pendant la consommation d'alcool⁵⁴⁴.



PERSPECTIVES DE SANTÉ DE LA POPULATION

Selon l'information existante, il est question de la consommation d'alcool chez trois populations précises : les jeunes, les femmes et les populations autochtones.

CHEZ LES JEUNES

L'alcool constitue une préoccupation en matière de santé publique en ce qui concerne les jeunes.

- Les habitudes de consommation qui s'établissent durant l'adolescence sont des facteurs prédictifs importants des habitudes à l'âge adulte et de leurs répercussions. Plus quelqu'un commence à consommer de l'alcool à un jeune âge, plus son risque est élevé de développer des problèmes de santé et des problèmes liés à l'alcool plus tard dans sa vie⁵⁴⁵⁻⁵⁵⁵.
- Le cerveau des filles pourrait subir davantage d'effets néfastes causés par l'alcool que celui des garçons⁵⁵⁶. En effet, les taux d'intoxication sont similaires chez les filles et chez les garçons alors que les taux de consommation d'alcool sont plus faibles chez les filles⁵⁵⁵.
- Le cerveau adolescent, en particulier celui des filles, est plus vulnérable aux effets de l'alcool, ce qui peut entraîner diverses répercussions sur leurs facultés cognitives en développement et sur leur comportement^{281,555-567}. La façon dont le cerveau influe sur les comportements de consommation d'alcool pourrait différer chez les garçons et chez les filles^{556,558}.
- Les jeunes qui consomment de l'alcool de façon excessive peuvent avoir des problèmes d'attention, de mémoire et de prise de décision ainsi que des problèmes sociaux, émotionnels et comportementaux^{559,565}. Les problèmes en lien avec l'alcool peuvent mener à de mauvais résultats scolaires, au décrochage, à de piètres perspectives d'emploi et à l'isolement social^{93,105,299,342,569-572}.
- Les jeunes sont fortement influencés par leurs amis et leur famille. Par exemple, lorsqu'un jeune croit que ses amis boivent beaucoup, il boit beaucoup aussi. De plus, lorsque ses amis et ses parents approuvent la consommation d'alcool, un jeune est plus susceptible de s'y adonner et d'en subir les effets néfastes⁵⁷¹.

POURQUOI LES JEUNES GOÛTENT-ILS À L'ALCOOL?^{431,467,560-564,568,573-576}

- Les jeunes ont tendance à être plus impulsifs, à être en quête de nouvelles expériences et à prendre plus de risques.
- Les jeunes tendent également à manquer d'autocontrôle et à gérer le stress différemment des adultes.
- Les zones du cerveau associées à la prise de décisions, à la motivation, aux émotions et aux récompenses sont encore en développement. En fait, le développement du cerveau se poursuit encore au début de la vie adulte.

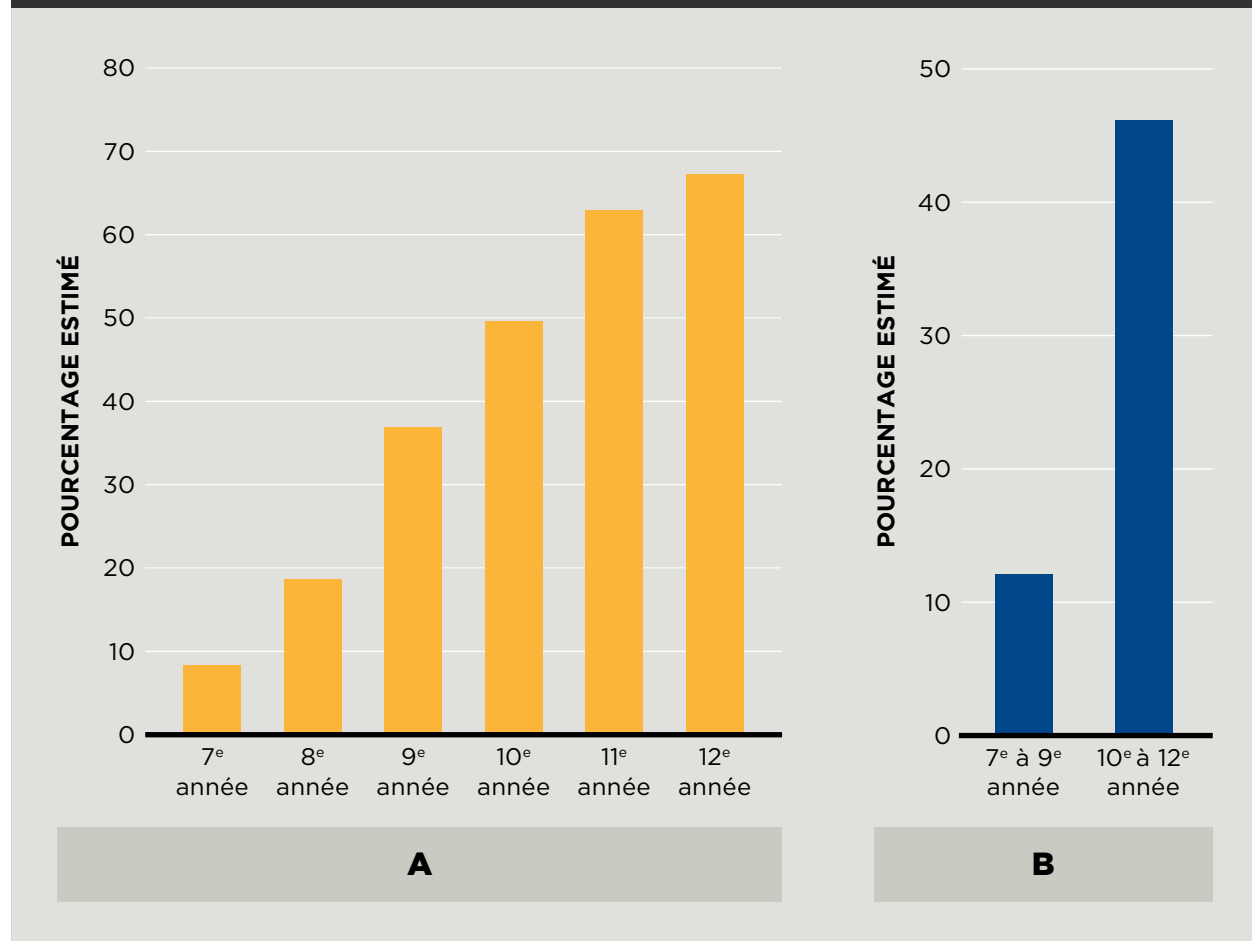
Données sur les jeunes et la consommation d'alcool au Canada. L'âge auquel les jeunes prennent leur premier verre a augmenté au Canada⁵⁹⁹. On estime à 60 % le pourcentage de Canadiens de 15 à 19 ans qui ont consommé de l'alcool en 2013, et 15 % de ces jeunes ont consommé suffisamment pour dépasser les lignes directrices de consommation d'alcool à faible risque relatives aux effets immédiats pour les adultes, tandis que près de 20% ont dépassé les lignes directrices relatives aux effets chroniques, toujours pour les adultes¹.

De nombreux Canadiens commencent à consommer de l'alcool avant l'âge de 15 ans. Le phénomène d'excès occasionnel (beuverie), où les jeunes sont

« saouls », est peu fréquent aux degrés scolaires inférieurs, mais est de plus en plus répandu aux degrés supérieurs (voir figure 7)^{555,599}. Chez les élèves de la 10^e à la 12^e année, près de 60 % disent avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, et environ 46 % disent avoir participé à une beuverie en 2012-2013. Il s'agit là d'une diminution par rapport aux années précédentes. Par exemple, en 2008-2009, plus de 70 % des élèves de la 10^e à la 12^e année avaient déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente et près de 60 % avaient déclaré avoir participé à des beuveries⁵⁹⁹⁻⁶⁰¹. En 2012-2013, environ 50 % des jeunes ont déclaré avoir consommé leur premier verre d'alcool entre 12 et 14 ans⁶⁰².

Figure 7 :

DANS QUELLES PROPORTIONS DES ÉLÈVES ONT-ILS CONSOMMÉ A) DE L'ALCOOL OU B) OCCASIONNELLEMENT AVEC EXCÈS EN 2012-2013?



Pourcentage estimé de Canadiens de la 7^e à la 12^e année ayant consommé a) de l'alcool ou b) occasionnellement avec excès (5 verres ou plus en une occasion) pendant l'année précédente l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2012-2013.⁵⁹⁹

Le pourcentage d'élèves de 6^e, de 8^e et de 10^e année qui consomment de l'alcool au moins une fois par semaine a diminué au fil du temps, en particulier en ce qui concerne la bière, mais le pourcentage de jeunes qui s'intoxiquent est relativement stable depuis 1994⁵⁵⁵.

À tous les degrés scolaires, les garçons consomment systématiquement plus de bière que les filles, alors que la consommation de vin, de liqueurs et de panachés (*coolers*) est similaire chez les deux sexes. La consommation de bière augmente avec le degré scolaire, tandis que la consommation de vin et de liqueurs est plus stable⁵⁵⁵.

Environ 60 % des élèves de la 6^e à la 10^e année pensent que boire « de temps en temps » est peu ou pas risqué. La consommation régulière d'alcool est considérée comme risquée par environ 80 % des garçons et 87 % des filles de la 6^e à la 10^e année⁶⁰². Le fait de s'être livré à un excès occasionnel d'alcool (c.-à-d. avoir consommé 5 verres ou plus en une seule occasion chez les garçons ou 4 verres ou plus chez les filles) au cours de l'année précédente a été associé à davantage de problèmes émotionnels et comportementaux, en particulier chez ceux qui s'y étaient adonnés le plus souvent⁶⁰².

QUEL RÔLE LES PARENTS JOUENT-ILS?

- Les parents peuvent avoir une influence négative sur la consommation d'alcool, la santé et le bien-être futurs des enfants du fait de maltraitance, de négligence et de stress^{94,99,101, 305, 575-582}.
- La consommation d'alcool des parents est un facteur prédictif de la consommation d'alcool des jeunes⁵⁸³⁻⁵⁸⁵. Les motivations des parents, leurs règles et leur attitude ont également une influence sur la consommation des enfants⁵⁸⁵⁻⁵⁹⁰.
- Des relations familiales et des méthodes parentales positives sont associées à une consommation d'alcool réduite chez les adolescents, alors que des relations familiales négatives, dont le divorce et la violence familiale, sont associées à une consommation d'alcool accrue et précoce⁵⁹¹⁻⁵⁹⁸.

PRINCIPAUX FAITS CONCERNANT LES ÉTUDIANTS ET L'ALCOOL^{11, 555, 599, 603-611} :

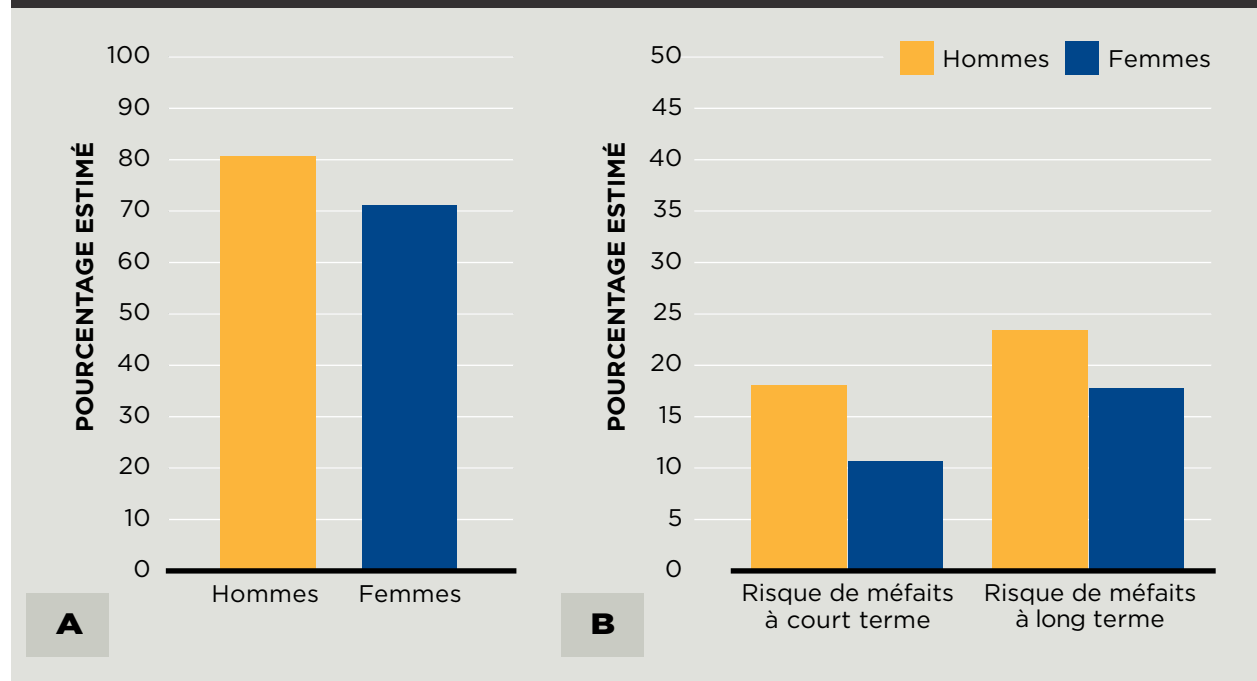
- Les taux de consommation d'alcool augmentent considérablement au fil des degrés scolaires, et de façon encore plus marquée après la transition vers le collège et l'université.
- Bon nombre d'étudiants de niveau collégial et universitaire subissent les conséquences négatives de leur consommation d'alcool, comme la gueule de bois, les bagarres et de mauvais résultats scolaires.
- Certains étudiants qualifient des conséquences négatives comme la gueule de bois et les pertes de conscience comme étant neutres ou positifs, ce qui peut les amener à consommer davantage et à en subir les effets néfastes pour la santé.
- Pour certains étudiants, l'alcool peut avoir des effets positifs, comme rendre les événements ou les célébrations plus agréables. Les effets positifs ont davantage d'influence sur la consommation ultérieure que les effets négatifs.
- Les jeux pour boire, populaires au secondaire, au collège et à l'université, peuvent entraîner beaucoup de conséquences négatives
- Les congés et les événements spéciaux, comme le fait d'atteindre l'âge légal pour consommer de l'alcool, la semaine de relâche et les événements sportifs, peuvent faire augmenter la consommation d'alcool, même chez les étudiants qui ont tendance à boire en moins grande quantité.

CHEZ LES FEMMES

L'alcool est une préoccupation en matière de santé publique en ce qui concerne les femmes.

- En tant que population, les femmes sont moins exposées au risque de subir les effets néfastes de l'alcool parce qu'elles ont tendance à consommer moins que les hommes, quoique l'écart pourrait aller en rétrécissant. En tant qu'individus, les femmes sont davantage exposées au risque de subir les effets néfastes de l'alcool en raison de facteurs biologiques et sociaux^{1,2,45,100,342}.
- Étant donné que de plus en plus de femmes ont une consommation d'alcool à risque, le risque est plus grand que, avec le temps, les répercussions négatives soient plus importantes chez les femmes^{1,2,342}.
- Les femmes peuvent être plus vulnérables aux agressions sexuelles ou à d'autres formes de violence lorsque leur consommation d'alcool est trop importante^{298,299}.
- La consommation d'alcool peut avoir des effets sur la fertilité. Bien qu'une consommation modérée d'alcool soit associée à une activité sexuelle accrue, elle peut aussi réduire la capacité des ovaires à libérer des ovules sains (fonction essentielle à la conception) chez les femmes en préménopause^{108,612}.
- Les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse sont bien connus. Pourtant, en 2006-2007, plus de 10 % des femmes ayant accouché ont déclaré avoir bu de l'alcool pendant leur grossesse⁶¹³. La consommation d'alcool avant la conception peut également avoir des effets néfastes sur le développement de l'enfant^{450,451}. On estime que 50 % des grossesses sont non planifiées, ce qui signifie que de nombreuses femmes consomment vraisemblablement de l'alcool avant d'apprendre qu'elles sont enceintes¹⁷¹.
- Les effets de l'alcool chez les femmes pourraient être modérés par l'action de l'alcool sur les hormones. Par exemple, les concentrations d'œstrogène augmentent chez les femmes à chaque verre bu, quoique le lien entre l'alcool et cette hormone soit complexe^{112,117,614}. Ces modifications de la concentration d'œstrogène sont à relier à l'incidence de l'alcool sur le cancer du sein et la fertilité^{102,111, 615-617}.

Figure 8 :
DANS QUELLES PROPORTIONS LES CANADIENS ONT-ILS
A) CONSOMMÉ DE L'ALCOOL AU COURS DE L'ANNÉE
PRÉCÉDENTE OU B) EU UNE CONSOMMATION À RISQUE?



Pourcentage estimé de Canadiens de 15 ans ou plus ayant a) consommé de l'alcool au cours de l'année précédente et b) consommé **au cours de la semaine précédente** un sondage en 2013 une quantité d'alcool dépassant les seuils préconisés par les directives de consommation d'alcool à faible risque¹.

Données sur la consommation d'alcool selon les sexes au Canada. Au Canada, le pourcentage des hommes qui consomment l'alcool est plus élevé que celui des femmes, tant en général que sur le plan de la consommation à risque (voir figure 8)¹. La consommation d'alcool à risque chez les femmes a cependant augmenté au Canada^{1,131,132,342}, surtout chez les plus de 35 ans^{1,132}.

Les hommes ont tendance à commencer à boire et à avoir une consommation d'alcool à risque à un plus jeune âge que les femmes^{1,618}, bien que les femmes passent plus rapidement que les hommes de l'excès d'alcool à la dépendance physique et au traitement pour consommation problématique⁶¹⁹. Les hommes ont également tendance à boire davantage que les femmes pour les effets positifs et les aspects sociaux de l'alcool⁶²⁰.

CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES

L'alcool est une préoccupation en matière de santé publique en ce qui concerne certaines populations autochtones au Canada.

- De nombreuses populations autochtones sont aux prises avec des difficultés majeures ayant des répercussions sur leur santé et leur bien-être, telles qu'un taux de chômage élevé, la pauvreté, un piètre accès à l'éducation, de mauvaises conditions de logement, l'éloignement des services de santé, le déclin de la langue et de la culture autochtones ainsi qu'une marginalisation sociale et économique⁶²¹⁻⁶²⁹.
- Pour résoudre ces questions de santé, il est nécessaire de comprendre l'incidence des déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones d'un point de vue holistique, ainsi que leur contribution à celle-ci. Chez les populations autochtones, certains facteurs de nature historique et culturelle occupent une place particulièrement importante^{621,622,625}.

Données sur les populations autochtones et la consommation d'alcool au Canada. Les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (2008-2010) indiquent que le taux de consommation d'alcool déclaré par les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves est plus faible que celui de la population canadienne en général, mais le taux déclaré de consommation excessive est quant à lui plus élevé que le taux canadien⁶³¹. Environ 35 % des adultes des Premières Nations qui vivent dans des communautés des Premières Nations n'ont pas bu d'alcool au cours de la dernière année, mais parmi ceux qui en ont bu,

plus de 60 % l'ont fait avec excès. Les jeunes des Premières Nations qui vivent dans des communautés des Premières Nations sont moins susceptibles de boire. Environ 60 % de ces jeunes ont déclaré n'avoir pas bu d'alcool au cours de l'année précédente. Parmi ceux qui en ont bu, environ 50 % l'ont fait avec excès⁶³¹. De plus, la consommation et l'abus d'alcool et de drogue ont été placés par les membres des Premières Nations qui vivent dans des réserves au premier rang des difficultés liées au bien-être des communautés⁶³¹.

Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, 33 % des Inuits de 15 ans ou plus ont déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours de l'année précédente, mais 26 % ont bu avec excès⁶³². Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2007-2010), 27 % des Métis de 12 ans ou plus ont déclaré avoir consommé de l'alcool avec excès au cours de l'année précédente⁶³³.

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ DES POPULATIONS AUTOCHTONES ^{621-623, 625, 627, 630}

- Préparation de la collectivité
- Développement économique
- Emploi
- Gestion environnementale
- Genre
- Conditions historiques et colonialisme
- Logement
- Terres et ressources
- Langue, patrimoine et forte identité culturelle
- Équité juridique et politique
- Apprentissage continu
- Vie sur ou hors réserve
- Racisme et discrimination
- Autodétermination et non-domination
- Services sociaux et soutien
- Vie en milieu urbain ou rural

RÉDUIRE LES EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ

La consommation d'alcool est enracinée dans la culture canadienne. Étant donné que de nombreux degrés et types d'influence agissent sur les habitudes de consommation d'alcool (voir figure 9), nombreux sont les acteurs qui peuvent contribuer à promouvoir une consommation responsable et des comportements sains. Si de nombreuses stratégies de prévention primaire visent à réduire les effets néfastes de l'alcool sur les individus et les populations, aucune n'est universellement efficace. L'ampleur de la variabilité chez les individus, les communautés et les sociétés signifie qu'il n'y a pas une seule et unique façon de réduire les conséquences associées à la consommation d'alcool chez les individus et au sein des populations^{5, 342}.

AGIR SUR LES FACTEURS INDIVIDUELS

On ne peut pas agir sur les facteurs qui influent sur la consommation d'alcool uniquement à l'échelle de l'individu. Cependant, un individu peut réduire sa consommation d'alcool en prenant conscience des facteurs qui l'influent et l'exposent davantage au risque d'effets néfastes causés par l'alcool.

Réduire sa consommation. La quantité d'alcool consommé contribue largement au risque d'effets néfastes, tant à court terme qu'à long terme⁴². Après avoir mesuré sa quantité d'alcool consommé, on peut utiliser les [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#) afin de déterminer si cette consommation est dangereuse pour soi-même, pour sa famille et pour ses amis. Quelques pays, dont le Royaume-Uni, révisent actuellement leurs lignes directrices sur la consommation à faible risque⁶³⁴.

Interventions brèves. Les interventions brèves à la suite d'un processus de dépistage ont pour but de cibler les personnes à risque en leur offrant de la rétroaction et des conseils personnalisés afin qu'elles se fixent des objectifs et qu'elles trouvent des stratégies efficaces pour modifier leur comportement et afin de leur fournir des renseignements et de les orienter. En fonction des besoins de la personne, ces interventions prennent diverses formes, allant d'une courte séance unique aux séances multiples. Ce processus permet de repérer les personnes pouvant bénéficier d'un traitement et de les aiguiller vers des services adaptés⁶³⁵.

- Le site Internet de l'Organisation mondiale de la santé propose diverses ressources dans la section sur les interventions brèves [[Brief interventions](#) (en anglais)].
- Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et le Collège des médecins de famille du Canada ont créé un guide de [dépistage de l'abus d'alcool, d'intervention rapide et d'orientation](#).

L'intervention brève a été considérée comme une composante importante dans la lutte contre les répercussions de l'alcool sur les individus et comme un pont entre la prévention et le traitement⁶³⁵⁻⁶³⁷. Un certain nombre d'études randomisées menées dans plusieurs pays ont démontré que l'intervention brève était efficace dans de nombreux contextes⁶³⁶. Les interventions brèves peuvent faire diminuer la consommation d'alcool et le taux de mortalité et améliorer la santé⁶³⁸⁻⁶⁴⁰.

Bien que les interventions brèves soient efficaces, celles axées sur les normes sociales (renseignant sur la quantité d'alcool consommée par les autres) sont dans une large mesure inefficaces^{641,642}.

Reconnaître le risque et intervenir. Agir sur les facteurs de risque qui influent sur la consommation d'alcool est une étape importante vers l'atténuation des répercussions négatives. Par exemple, les raisons pour lesquelles une personne boit constitue un facteur important permettant de déterminer la méthode qui fonctionnera le mieux auprès d'elle⁶⁴³. Pour ceux qui utilisent l'alcool pour gérer leur stress,

l'adoption de saines pratiques de gestion du stress et d'un mode de vie sain peut contribuer à réduire la consommation d'alcool et ses effets⁶⁴⁴⁻⁶⁴⁶. L'adoption de comportements protecteurs, par exemple manger avant de boire de l'alcool, alterner les boissons non alcoolisées et alcoolisées et espacer les verres peut réduire les effets néfastes de l'alcool⁶⁴⁷.

Figure 9 : TYPES DE FACTEURS ET NIVEAUX D'INFLUENCE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL

INDIVIDU

Réaction à l'alcool :

- Stimulation
- Métabolisme
- Génétique
- Attentes

Personnalité :

- Impulsivité
- Recherche de sensations

Transitions de la vie :

- Départ aux études
- Obtention ou perte d'un emploi
- Mariage
- Divorce
- Nouveau rôle de parent
- Retraite

Stress :

- Gestion
- Effet plus gratifiant de l'alcool

FAMILLE ET AMIS

Amis :

- Habitudes de consommation
- Pression de conformité
- Comportement
- Soutien social

Famille :

- Modèles de comportement
- Méthodes parentales
- Maltraitance, stress, violence familiale
- Croyance et attitudes relatives à l'alcool
- Permission donnée aux enfant de goûter à l'alcool

COMMUNAUTÉ ET SOCIÉTÉ

Accessibilité :

- Coût
- Facilité d'accès
- Points de vente au détail

Exposition :

- Commercialisation à grande échelle
- À la télévision, à la radio, dans les films, dans la littérature
- Dans les médias sociaux et sur les sites Web

Acceptabilité sociale :

- Attentes sociales
- Acceptabilité dans certaines situations (p. ex., les fêtes, les célébrations, à l'université ou au collège)
- Non-acceptabilité dans d'autres situations (p. ex., pendant la grossesse, avant ou pendant la conduite, avant l'âge légal, si cela mène à la violence)
- Stigmatisation des personnes qui ne boivent pas



Les attitudes et les croyances sont également importantes. Par exemple, les compétences qui aident les jeunes à dire non à l'alcool semblent être utiles uniquement à ceux qui désapprouvent déjà la consommation d'alcool⁶⁴⁸. Certaines données suggèrent également qu'un changement d'attitude des parents envers la consommation d'alcool avant l'âge légal en adoptant une position plus stricte peut faire diminuer la consommation excessive chez les adolescents⁶⁴⁹⁻⁶⁵¹. Le changement de comportement des parents semble être une composante nécessaire à la réduction de la consommation d'alcool chez les jeunes à long terme, en particulier chez les jeunes fortement à risque⁶⁵²⁻⁶⁵⁵.

Les autres facteurs de risque sont plus difficiles à atténuer. Par exemple, les effets des interventions ciblant les traits de personnalité sont variables : certaines semblent efficaces, tandis que d'autres sont dans une large mesure inefficaces⁶⁵⁶⁻⁶⁵⁸.

Les professionnels de la santé peuvent également amener les individus à prendre conscience des risques d'effets néfastes attribuables à l'alcool auxquels ils s'exposent. Par exemple, il est important d'informer les femmes en âge de procréer des risques que peut représenter l'alcool pour leur santé et pour la santé de leur bébé en croissance⁶⁵⁹.

AGIR SUR L'ACCESSIBILITÉ ET L'EXPOSITION

Les lois, règlements et politiques visent à protéger les Canadiens contre les dangers associés à l'alcool et à atténuer les risques en contribuant à la modification des comportements. Bien qu'elles soient efficaces, ces mesures ne sont pas entièrement ou uniformément mises en œuvre au Canada⁵. Cette situation contribue aux écarts entre les tendances de consommation des différentes administrations, y compris les provinces⁵. La plupart de ces écarts sont liés au contrôle de la disponibilité. Par exemple :

- **La fixation des prix et la taxation** sont des outils qui peuvent décourager l'achat d'alcool et par conséquent réduire les répercussions sociales et sanitaires associées à l'alcool, en particulier la conduite avec facultés affaiblies et les crimes associés à l'alcool⁶⁶⁰⁻⁶⁶³. L'augmentation du prix minimal est l'une des méthodes les plus efficaces, capable de faire diminuer la consommation, les décès liés à l'alcool et les admissions en centre hospitalier^{660,662-665}. La plupart des provinces ont instauré des prix minimaux, mais les politiques sur l'indexation et la fixation de prix en fonction de la teneur en alcool ne sont pas systématiquement implantées dans toutes les provinces canadiennes (les données concernant les territoires n'ont pas été analysées)⁵.

- **Le contrôle des ventes et de l'accessibilité** réduit les répercussions de l'alcool en restreignant le droit d'en acheter et d'en vendre ainsi que le nombre de points de vente et les jours et heures d'ouverture⁶⁶⁶. Lorsque les ventes d'alcool ne sont pas contrôlées, on constate une tendance à une plus grande accessibilité, à une plus forte consommation, à plus de problèmes associés à l'alcool et à une acceptabilité accrue de la consommation d'alcool^{5,128,666-673}. À l'heure actuelle, l'alcool est facilement accessible partout au Canada⁵. Le nombre d'établissements autorisés à vendre de l'alcool dans une région est fixé en grande partie à l'échelon municipal, mais les provinces mettent en place diverses autres mesures pour contrôler la vente et l'accessibilité⁵.

Changer son comportement. Réduire une consommation d'alcool à risque nécessite un changement de comportement. Pour cela, il est important de savoir :

- ce qu'est une consommation d'alcool à risque;
- comment réduire sa consommation d'alcool.

Le [Centre canadien de lutte contre les toxicomanies](#) et [Educalcool](#) offrent divers outils pour aider à utiliser les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada ainsi que des conseils et des ressources pour boire de façon responsable.

Des stratégies et des outils ont été élaborés pour aider les personnes à réduire leur consommation d'alcool. Par exemple :

- Le Collège des médecins de famille du Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies : [Boire intelligemment](#).
- L'Organisation mondiale de la santé : [Self-help strategies for cutting down or stopping substance use](#).
- Le Centre de toxicomanie et de santé mentale : [Saying When: How to quit drinking or cut down](#).

Les programmes qui visent à améliorer la sécurité dans les débits de boissons (p. ex. le programme [Sécuri Bars](#) en Ontario) sont prometteurs en ce qui concerne la réduction de la violence et des agressions physiques^{674,675}.

La formation sur le service responsable de boissons alcoolisées est également efficace pour réduire la consommation d'alcool à risque^{676,677}. Parmi les exemples, notons les programmes [SmartServe](#) en Ontario et [Serving it Right](#) en Colombie-Britannique.

- **Les lois sur l'âge minimal** ont également pour effet de restreindre l'accessibilité de l'alcool en fixant un âge légal à l'achat et à la consommation d'alcool. Leur application constitue le moyen le plus efficace de réduire la consommation d'alcool chez les mineurs⁶⁷⁸. L'incidence de l'alcool sur la mortalité, les surdoses, les blessures, les accidents de véhicule et l'utilisation du système de soins de santé est de ce fait même également réduite⁶⁷⁹⁻⁶⁸⁴. Au Canada, les taux de décès, y compris d'accidents routiers, augmentent à l'âge légal pour consommer de l'alcool et augmentent davantage chez les hommes que chez les femmes⁶⁸¹. L'âge légal de consommation d'alcool est fixé à 19 ans au Canada, sauf au Québec, au Manitoba et en Alberta, où il est de 18 ans⁶⁸⁵.

- **Publicité sur l'alcool.** Au Canada, la publicité sur l'alcool est régie par divers lois et règlements fédéraux et provinciaux, notamment la [Loi sur les aliments et drogues](#) le [Règlement sur la télédiffusion](#) et le [Règlement des radiocommunications](#). Les messages commerciaux doivent également respecter les exigences du [Code de la publicité radiodiffusée en faveur de boissons alcoolisées](#).

Il n'existe qu'un nombre limité de recherches sur les effets sur les Canadiens de la publicité sur l'alcool. Des études menées aux États-Unis ont révélé que le marketing de l'alcool touchait un vaste auditoire, dont les jeunes d'âge mineur⁶⁸⁶⁻⁶⁸⁸. Certaines composantes des publicités sur l'alcool sont particulièrement séduisantes pour un jeune auditoire et l'exposition à une marque donnée augmente effectivement la probabilité que les jeunes consomment cette marque^{687,689-691}. Les études sont partagées sur l'existence et les modalités d'une influence de la publicité à propos de l'alcool sur les habitudes de consommation. Certains résultats laissent penser que la publicité contribue à faire augmenter la consommation des jeunes déjà plus réceptifs à ce type de publicité ou plus susceptibles de se livrer à un comportement à risque⁶⁹²⁻⁶⁹⁴. Certaines études suggèrent l'existence d'une dose-réponse à la publicité : plus l'exposition à la publicité sur l'alcool est forte, plus la consommation des jeunes est importante⁶⁹⁵. La promotion de l'alcool se fait également par d'autres moyens. Par exemple, aux États-Unis, l'industrie de l'alcool parraine plusieurs grands événements sportifs ou musicaux. Les marques populaires auprès des jeunes sont plus susceptibles de parrainer de tels événements⁶⁹⁶.

Stigmatisation. Il est important d'agir sur la stigmatisation vécue tant par les personnes qui ne boivent pas que par celles qui sont en traitement. Pour des renseignements sur les mesures visant la stigmatisation, voir le site Web de la Commission de la santé mentale du Canada.

Alcool sécuritaire, consommation sécuritaire.

Les régies et les sociétés des alcools et l'industrie de l'alcool, que ce soient les fabricants, les restaurants ou les bars et les clubs de nuit, jouent un rôle important dans la réduction des risques liés à la consommation d'alcool. La sûreté de l'alcool est réglementée par différents documents législatifs, en particulier la *Loi sur les aliments et drogues*.⁶⁹⁷

De plus, l'industrie de l'alcool au Canada travaille en collaboration avec le gouvernement, des organismes non gouvernementaux et d'autres groupes afin de promouvoir une consommation d'alcool responsable.

- Les régies ou les sociétés des alcools provinciales et territoriales soutiennent un large éventail d'initiatives, comme les campagnes d'éducation et de sensibilisation du public. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les activités des régies et des sociétés des alcools du Canada, consultez le site de l'[Association canadienne des sociétés des alcools](#).
- Plusieurs représentants de l'industrie sont membres du [Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool](#).
- Bière Canada, l'Association des vignerons du Canada et Spirits Canada ont offert leur soutien à l'élaboration des [outils de dépistage, d'intervention brève et d'aiguillage](#) du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) et du Collège des médecins de famille du Canada.
- Bière Canada agit à titre de partenaire dans divers [programmes de consommation responsable](#) et appuie [diverses activités de recherche et d'échange de connaissances](#).
- L'Association des vignerons du Canada fait [activement la promotion](#) des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada.
- Les Brasseries Labatt du Canada et Anheuser-Busch InBev ont collaboré pour élaborer [Discutons en famille](#), une ressource pour les familles visant à éviter la consommation d'alcool par des mineurs.

AGIR SUR L'ACCEPTABILITÉ SOCIALE

L'acceptabilité sociale constitue peut-être l'aspect le plus difficile à gérer à propos de la réduction des effets néfastes de la consommation d'alcool. Pour agir sur l'acceptabilité sociale, il faut agir à la fois à l'échelle de l'individu, à celle de la collectivité et à celle de la société.

Stratégies relatives à l'alcool. L'alcool constitue une préoccupation en matière de santé publique, à la fois au Canada et à l'échelle mondiale.

- L'Organisation mondiale de la santé a élaboré une *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, qui décrit dix champs d'action nationale : leadership, prise de conscience et engagement; action des services de santé; action communautaire; politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant; offre d'alcool; marketing des boissons alcoolisées; politiques de prix; réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique; réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite ou produit par le secteur informel; suivi et surveillance.
- Élaboré en 2007 en collaboration avec de nombreux intervenants de l'industrie des alcools, *Réduire les méfaits liés à l'alcool : vers une culture de modération au Canada* propose une gamme de recommandations visant à former la base d'une Stratégie nationale sur l'alcool.

Campagnes de sensibilisation. La création de messages à propos de l'alcool atteignant leur cible est difficile, ce qui complique l'élaboration de campagnes de sensibilisation efficaces³⁴². Curieusement, l'alcool est l'un des rares enjeux liés à la santé au sujet duquel les campagnes médiatiques restent souvent sans écho⁶⁹⁸. Les campagnes portant sur la conduite avec facultés affaiblies sont celles qui ont connu le plus de succès⁶⁹⁸⁻⁷⁰¹, ce qui laisse penser que les enjeux concrets et précis, traités par des messages et des mesures clairs, feraient les meilleurs sujets de campagnes de sensibilisation.

Les campagnes de sensibilisation permettent d'enrichir les connaissances du public et de changer les comportements, mais elles ne modifient pas toujours les comportements de consommation d'alcool ou l'intention de boire^{342,699}. Toutefois, il faut sensibiliser les Canadiens au sujet de l'incidence générale de l'alcool sur la santé. Par exemple, en 2008, près de 70 % des Canadiens ignoraient que l'alcool était lié au cancer alors que la moitié ignorait ses liens avec les maladies cardiaques et le diabète⁷⁰².

L'amélioration des connaissances et la modification des attitudes représentent une étape cruciale dans ce processus ardu qu'est le changement des points de vue sociétaux sur la consommation d'alcool. Les campagnes de sensibilisation sont une composante importante d'une approche à volets multiples visant à réduire les effets néfastes de la consommation d'alcool.

Stratégie nationale sur l'alcool du Canada.

Formé en 2008, le Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool (GCSNA) dirige la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de la Stratégie nationale sur l'alcool. Le Comité est coprésidé par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Les mères contre l'alcool au volant (MADD Canada), et le ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse et comprend des experts de partout au Canada, y compris des représentants des gouvernements fédéral et provinciaux, des organisations non gouvernementales, de la santé publique incluant des médecins hygiénistes, des fournisseurs de services des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et de l'industrie des alcools.

Un certain progrès a été réalisés dans un certain nombre de ces recommandations, en particulier l'élaboration des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, lancées en 2011; les programmes de formation pour le personnel et les serveurs; les politiques et les programmes pour lutter contre la consommation d'alcool chez les mineurs et les campagnes de sensibilisation communautaires relatives à la consommation d'alcool.

En plus des progrès réalisés dans la Stratégie, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada ont également fait avancer la question des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

Les campagnes de sensibilisation à la santé publique qui exploitent la peur ou qui font la promotion d'une consommation d'alcool responsable peuvent, dans les deux cas, faire augmenter la consommation d'alcool, et le fait de connaître les directives en matière de consommation n'entraîne pas toujours une baisse de la consommation à risque⁷⁰³⁻⁷⁰⁵.



MOT DE LA FIN

Mon rôle, en tant qu'administrateur en chef de la santé publique du Canada, est de mobiliser les Canadiens. Ce rapport vise à soutenir le dialogue en santé publique à propos de la consommation d'alcool et de ses risques. Les données présentées dans ce rapport offrent un aperçu de ses répercussions sur la santé publique, alors que la culture canadienne normalise la consommation d'alcool. Elles sont organisées de manière ce que l'on puisse choisir de ne lire que certaines sections, dans la mesure où le rapport est disponible en ligne.

Comme l'a souligné l'Association canadienne de santé publique dans son exposé de position de 2011 sur l'alcool, lutter contre une consommation problématique d'alcool nécessite une combinaison de facteurs, dont le leadership et un vaste soutien à tous les niveaux.

Depuis l'élaboration de notre Stratégie nationale sur l'alcool, en 2007, les données montrant un lien entre le risque accru de cancer et une faible consommation d'alcool sont en hausse et les avantages de l'alcool suscitent de plus en plus de scepticisme. Notre connaissance et notre compréhension de la consommation d'alcool, des habitudes de consommation et des conséquences de l'alcool pour la santé au Canada sont inadéquates.

Je propose aux Canadiens et à nos institutions d'examiner de façon approfondie notre stratégie actuelle et de s'interroger quant à savoir si nous en faisons suffisamment pour réduire les blessures associées à la consommation d'alcool.

RÉFÉRENCES

Les données et les renseignements utilisés pour ce rapport ont été recueillis au moyen de différentes méthodes, en particulier des recherches par mots clés dans PubMed et Google Scholar, ainsi que des consultations avec des experts en santé publique du Canada. Les données et les renseignements les plus récents ont été utilisés et l'ensemble des recherches et des données citées ici proviennent d'articles scientifiques évalués par les pairs et de sources de données fiables, comme Statistique Canada. La terminologie sur la consommation d'alcool, comme la consommation excessive d'alcool, l'abus d'alcool, la dépendance à l'alcool et les troubles liés à la consommation d'alcool, a été utilisée comme il convient et correspond à la terminologie utilisée dans les recherches et les données citées. On a pris soin de ne pas utiliser les termes abus d'alcool, dépendance à l'alcool et troubles liés à la consommation d'alcool quand ils ne décrivaient pas ces états, qui doivent être diagnostiqués médicalement.

POURQUOI CE RAPPORT

1. Santé Canada (2015). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues, 2013. Tous les calculs effectués à l'aide de ces données sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs.
2. Statistique Canada. (2015-09-28). Tableau 051-0001 - Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire [Fichier de données]. Extrait le 2 décembre, 2015, de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&p2=33&id=0510001>.
3. Organisation mondiale de la Santé: définition des substances psychoactives. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/.
4. Rehm, J., Mather, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 2223-2233.
5. Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., April, N., Asbridge, M., Cukier, S., Mann, R., McAllister, J., Murie, A., Plamondon, L., Stockwell, T., Thomas, G., Thompson, K., Vallance, K. (2013). Strategies to reduce alcohol-related harms and costs in Canada: a comparison of provincial policies. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.
6. Rehm, J., Ballunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A., Taylor, B. (2006). The costs of substance abuse in Canada 2002. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
7. Statistique Canada (2015). Contrôle et vente des boissons alcoolisées, pour l'exercice se terminant le 31 mars 2014. Ottawa ON : Statistique Canada.
8. Perreault, S. (2013). La conduite avec facultés affaiblies au Canada, 2011. Ottawa ON : Statistique Canada.
9. Young, M.M., Jesseman, R. (2014). Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers: Rapport technique. Ottawa ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

10. Anderson, P. De Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 229-243.
11. Borsari, B., Read, J.P., Neighbors, C., White, H.R. (2013). An update of research examining college student alcohol-related consequences: new perspectives and implications for interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(5), 709-716.
12. Drapkin, M.L., Eddie, D., Buffington, A.J., McCrady, B.S. (2015). Alcohol-specific coping styles of adult children of individuals with alcohol use disorders and association with psychosocial functioning. *Alcohol and Alcoholism*, epub.
13. Engels, R.C., Hermans, R., van Baaren, R.B., Hollenstein, T., Bot, S.M. (2009). Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 244-249.
14. Gommans, R., Stevens, G.W., Finne, E., Cillessen, A.H., Boniel-Nissim, M., ter Bogt, T.F. (2015). Frequent electronic media communication with friends is associated with higher adolescent substance use. *International Journal of Public Health*, 60(2), 167-177.
15. Gordon, R., Harris, F., Marie Mackintosh, A., Moodie, C. (2011). Assessing the cumulative impact of alcohol marketing on young people's drinking: cross-sectional data findings. *Addiction Research and Therapy*, 19(1), 66-75.
16. Heath, D. (2000). *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
17. Jennings, J.M., Milam, A.J., Greiner, A., Furr-Holden, C.D., Curriero, F.C., Thornton, R.J. (2014). Neighborhood alcohol outlets and the association with violent crime in one mid-Atlantic City: the implications for zoning policy. *Journal of Urban Health*, 91(1), 62-71.
18. Jernigan, D.H., Ostroff, J., Ross, C.S., Naimi, T.B., Brewer, R.D. (2007). Youth exposure to alcohol advertising in magazines – United States, 2001-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(30), 763-766.
19. Klostermann, K., Chen, R., Kelley, M.L., Schroeder, V.M., Braitman, A.L., Mignone, T. (2011). Coping behavior and depressive symptoms in adult children of alcoholics. *Substance Use and Misuse*, 46(9), 1162-1168.
20. Koordeman, R., Anschutz, D. J., Engels, R. C. (2011). Exposure to alcohol commercials in movie theaters affects actual alcohol consumption in young adult high weekly drinkers: an experimental study. *The American Journal on Addictions*, 20(3), 285-291.
21. Koordeman, R., Anschutz, D. J., van Baaren, R. B., Engels, R. C. (2011). Effects of alcohol portrayals in movies on actual alcohol consumption: an observational experimental study. *Addiction*, 106(3), 547-554.
22. Koordeman, R., Kuntsche, E., Anschutz, D. J., van Baaren, R. B., Engels, R.C. (2011). Do we act upon what we see? Direct effects of alcohol cues in movies on young adults' alcohol drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 46(4), 393-398.
23. Koordeman, R., Anschutz, D. J., Engels, R. C. (2012). The effect of alcohol advertising on immediate alcohol consumption in college students: an experimental study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 36(5), 874-880.
24. Koordeman, R., Anschutz, D. J., Engels, R. C. (2015). Self-control and the effects of movie alcohol portrayals on immediate alcohol consumption in male college students. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 187.
25. Martinic, M., Meashams, F. (eds.) (2008). *Swimming with crocodiles: the culture of extreme drinking*. New York: Routledge.
26. McCutcheon, V.V., Lessov-Schalgger, C.N., Steinley, D., Bucolz, K.K. (2014). Social network drinking and family history contribute equally to first-onset dependence in high risk adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 141, 145-148.
27. Milam, A., Furr-Holden, C., Bradshaw, C., Webster, D., Cooley-Strickland, M., Leaf P. (2013). Alcohol environment, perceived safety and exposure to alcohol, tobacco and other drugs in early adolescence. *Journal of Community Psychology*, 41(7), 867-883.
28. Milam, A.J., Furr-Holden, C.D., Cooley-Strickland, M.C., Bradshaw, C.P., Leaf, P.J. (2014). Risk for exposure to alcohol, tobacco, and other drugs on the route to and from school: the role of alcohol outlets. *Prevention Science*, 15(1), 12-21.
29. Pasch, K.E., Komro, K.A., Perry, C.L., Hearst, M.O., Farbakhsh, K. (2007). Outdoor alcohol advertising near schools: what does it advertise and how is it related to intentions and use of alcohol among young adolescents? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(4), 587-596.
30. Scull, T.M., Kupersmidt, J.B., Erausquin, J.T. (2014). The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(5), 717-728.
31. Smith, L.A., Foxcroft, D.R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9, 51.

32. Snyder, L.B., Milici, F.F., Slater, M., Sun, H., Strizhakova, Y. (2006) Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(1) 18-24.
33. Stacy, A.W., Zogg, J.B., Unger, J.B., Dent, C.W. (2004). Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 28(6), 498-509.
34. Stoolmiller, M., Wills, T.A., McClure, A.C. (2012). Media and family predictors of drinking onset and binge drinking among US adolescents. *BMJ Open*, 2.
35. Treno, A.J., Grube, J.W., Martin, S.E. (2003). Alcohol availability as a predictor of youth drinking and driving: a hierarchical analysis of survey and archival data. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27(5), 835-840.
36. Vermeulen-Smit, E., Koning, I.M., Verdurmen, J.E., Van der Vorst, H., Engels, R.C., Vollebbergh, W.A. (2012). The influence of paternal and maternal drinking patterns within two-partner families on the initiation and development of adolescent drinking. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1248-1256.
37. Boniface, S., Shelton, N. (2013). How is alcohol consumption affected if we account for under-reporting? A hypothetical scenario. *European Journal of Public Health*, 23(6), 1076-1081.
38. Caetano, R. (2001). Non-response in alcohol and drug surveys: a research topic in need of further attention. *Addiction*, 96, 1541-1545.
39. Stockwell, T., Donath, S., Cooper-Stanbury, M., Chikritzhs, T., Catalano, P., Mateo, C. (2004). Under-reporting alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduated-frequency and recent recall. *Addiction*, 99(8), 1024-1033.
40. Garriguet, D. (2008). Beverage consumption of Canadian adults. *Health Reports*, 19(4).
41. Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Amann, M., Anderson, H.R., Andrews, K.G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L.J., Bahalim, A.N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M.L., Blore, J.D., Blyth, F., Bonner, C., Borges, G., Bourne, R., Boussinesq, M., Brauer, M., Brooks, P., Bruce, N.G., Brunekreef, B., Bryan-Hancock, C., Bucello, C., Buchbinder, R., Bull, F., Burnett, R.T., Byers, T.E., Calabria, B., Carapetis, J., Carnahan, E., Chafe, Z., Charlson, F., Chen, H., Chen, J.S., Cheng, A.T., Child, J.C., Cohen, A., Colson, K.E., Cowie, B.C., Darby, S., Darling, S., Davis, A., Degenhardt, L., Dentener, F., Des Jarlais, D.C., Devries, K., Dherani, M., Ding, E.L., Dorsey, E.R., Driscoll, T., Edmond, K., Ali, S.E., Engell, R.E., Erwin, P.J., Fahimi, S., Falder, G., Farzadfar, F., Ferrari, A., Finucane, M.M., Flaxman, S., Fowkes, F.G., Freedman, G., Freeman, M.K., Gakidou, E., Ghosh, S., Giovannucci, E., Gmel, G., Graham, K., Grainger, R., Grant, B., Gunnell, D., Gutierrez, H.R., Hall, W., Hoek, H.W., Hogan, A., Hosgood, H.D. 3rd, Hoy, D., Hu, H., Hubbell, B.J., Hutchings, S.J., Ibeanusi, S.E., Jacklyn, G.L., Jasrasaria, R., Jonas, J.B., Kan, H., Kanis, J.A., Kassebaum, N., Kawakami, N., Khang, Y.H., Khatibzadeh, S., Khoo, J.P., Kok, C., Laden, F., Lalloo, R., Lan, Q., Lathlean, T., Leasher, J.L., Leigh, J., Li, Y., Lin, J.K., Lipshultz, S.E., London, S., Lozano, R., Lu, Y., Mak, J., Malekzadeh, R., Mallinger, L., Marcenes, W., March, L., Marks, R., Martin, R., McGale, P., McGrath, J., Mehta, S., Mensah, G.A., Merriman, T.R., Micha, R., Michaud, C., Mishra, V., MohdHanafiah, K., Mokdad, A.A., Morawska, L., Mozaffarian, D., Murphy, T., Naghavi, M., Neal, B., Nelson, P.K., Nolla, J.M., Norman, R., Olives, C., Omer, S.B., Orchard, J., Osborne, R., Ostro, B., Page, A., Pandey, K.D., Parry, C.D., Passmore, E., Patra, J., Pearce, N., Pelizzari, P.M., Petzold, M., Phillips, M.R., Pope, D., Pope, C.A. 3rd, Powles, J., Rao, M., Razavi, H., Rehfuss, E.A., Rehm, J.T., Ritz, B., Rivara, F.P., Roberts, T., Robinson, C., Rodriguez-Portales, J.A., Romieu, I., Room, R., Rosenfeld, L.C., Roy, A., Rushton, L., Salomon, J.A., Sampson, U., Sanchez-Riera, L., Sanman, E., Sapkota, A., Seedat, S., Shi, P., Shield, K., Shivakoti, R., Singh, G.M., Sleet, D.A., Smith, E., Smith, K.R., Stapelberg, N.J., Steenland, K., Stöckl, H., Stovner, L.J., Straif, K., Straney, L., Thurston, G.D., Tran, J.H., Van Dingenen, R., van Donkelaar, A., Veerman, J.L., Vijayakumar, L., Weintraub, R., Weissman, M.M., White, R.A., Whiteford, H., Wiersma, S.T., Wilkinson, J.D., Williams, H.C., Williams, W., Wilson, N., Woolf, A.D., Yip, P., Zielinski, J.M., Lopez, A.D., Murray, C.J., Ezzati, M., AlMazroa, M.A., Memish, Z.A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224-2260.
42. Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., Stockwell, T. (2011). Alcohol and health in Canada: a summary of evidence and guidelines for low-risk drinking. Ottawa ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
43. Foran, H.M., O'Leary, K.D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222-1234.
44. Hughes, K., Anderson, Z., Morleo, M., Bellis, M.A. (2008). Alcohol, nightlife and violence: the relative contribution of drinking before and during nights out to negative health and criminal justice outcomes. *Addiction*, 103(1), 60-65.
45. McKim, W.A., Hancock, S.D. (2013). *Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology*. New Jersey: Pearson.

46. Nace, E. (2005). Alcohol. In R.J. Frances, S.I. Miller, A.H. Mack (eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders*, third edition (p. 72-104). New York: Guilford Press.
47. Salom, C.L., Williams, G.M., Najman, J.M., Alati, R. (2015). Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug and Alcohol Dependence*, 151, 121-127.
48. Organisation mondiale de la Santé (2014). *Global status report of alcohol and health - 2014 edition*. Switzerland: WHO Press.
49. Organisation mondiale de la Santé (2015). *Consommation d'alcool. Aide-memoire*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>.
50. Organisation mondiale de la Santé (2014). *Principales causes de mortalité dans le monde*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/>.
51. Centre international de Recherche sur le Cancer, (2015). <http://monographs.iarc.fr/FR/Classification/index.php>.
52. Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., Scotti, L., Jenab, M., Turati, F., Pasquali, E., Pulcchi, C., Bellocco, R., Negri, E., Corrao, G., Rehm, J., Boffetta, P., La Vecchi, C. (2013). Light alcohol drinking and cancer : a meta-analysis. *Annals of Oncology*, 24(2), 301-308.
53. Bagnardi, V., Zatonski, W., Scotti, L., La Vecchia, C., Corrao, G. (2008). Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(7), 615-619.
54. Biagi, M., Bertelli, A.A. (2015). Wine, alcohol and pills: what future for the French paradox? *Life Sciences*, 131, 19-22.
55. Boden, J.M., Fergusson, D.M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914.
56. Briasoulis, A., Agarwal, V., Messerli, F.H. (2012). Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 14(11), 792-798.
57. Chikritzhs, T., Stockwell, T., Naimi, T., Andreasson, S., Dangardt, F., Liang, W. (2015). Has the leaning tower of presumed health benefits from 'moderate' alcohol use finally collapsed? *Addiction*, 110(5), 726-727.
58. Chiva-Blanch, G., Arranz, S., Lamuela-Raventos, R.M., Estruch, R. (2013). Effects of wine, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease risk factors: evidences from human studies. *Alcohol*, 48(3), 270-277.
59. Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V., Donati, M.B., Iacoviello, L., de Gaetano, G. (2006). Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of Internal Medicine*, 166(22), 2437-2445.
60. Djousse, L., Gaziano, J.M. (2008). Alcohol consumption and heart failure: a systematic review. *Current Atherosclerosis Reports*, 10(2), 117-120.
61. Dorn, J.M., Hovey, K., Williams, B.A., Freudenheim, J.L., Russell, M., Nochajski, T.H., Trevisan, M. (2007). Alcohol drinking pattern and non-fatal myocardial infarction in women. *Addiction*, 102(5), 730-739.
62. Esper, L.H., Furtado, E.F. (2014). Identifying maternal risk factors associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(10), 877-889.
63. Fernandez-Sola, J. (2015). Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. *Nature Reviews. Cardiology*, epub.
64. Goncalves, A., Claggett, B., Jhund, P.S., Rosamond, W., Deswal, A., Aguilar, D., Shah, A.M., Cheng, S., Solomon, S.D. (2015). Alcohol consumption and risk of heart failure: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *European Heart Journal*, 36(15), 939-945.
65. Goncalves, A., Jhund, P.S., Claggett, B., Shah, A.M., Butler, K., Kitzman, D.W., Rosamond, W., Fuchs, F.D., Solomon, S.D. (2015). Relationship between alcohol consumption and cardiac structure and function in the elderly: the atherosclerosis risk in communities study. *Circulation. Cardiovascular Imaging*, 8(6), epub.
66. Grant, B.F., Goldstein, R.B., Saha, T.D., Chou, S.P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R.P., Ruan, W.J., Smith, S.M., Huang, B., Hasin, D.S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Condition III. *JAMA Psychiatry*, epub.
67. Griffin, J.A., Umstattd, M.R., Usdan, S.L. (2010). Alcohol use and high-risk sexual behavior among collegiate women: a review of research on alcohol myopia theory. *Journal of American College Health*, 58(6), 523-532.
68. Harper, C. (2009). The neuropathology of alcohol-related brain damage. *Alcohol*, 44(2), 136-140.
69. Horvat, P., Richards, M., Kubinova, R., Pajak, A., Malyutina, S., Shishkin, S., Pikhart, H., Peasey, A., Marmot, M.G., Singh-Manoux, A., Bobak, M. (2015). Alcohol consumption, drinking patterns and cognitive function in older Eastern European adults. *Neurology*, 84(3), 287-295.
70. Jane-Llopis, E., Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 515-536.

71. Jordaan, G.P., Emsley, R. (2014). Alcohol-induced psychotic disorder: a review. *Metabolic Brain Disease*, 29(2), 231-243.
72. Lee, Y.C., Hashibe, M. (2014). Tobacco, alcohol and cancer in low and high income countries. *Annals of Global Health*, 80(5), 378-383.
73. Lee, S.J., Sudore, R.L., Williams, B.A., Lindquist, K., Chen, H.L., Covinsky, K.E. (2009). Functional limitations, socioeconomic status, and all-cause mortality in moderate alcohol drinkers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(6), 955-962.
74. Liu, S.W., Lien, M.H., Fenske, N.A. (2010). The effects of alcohol and drug abuse on the skin. *Clinics in Dermatology*, 28(4), 391-399.
75. Matsumoto, C., Miedema, M.D., Ofman, P., Gaziano, J.M., Sesso, H.D. (2014). An expanding knowledge of the mechanisms and effects of alcohol consumption on cardiovascular disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 34(3), 159-171.
76. Moussa, M.N., Simpson, S.L., Mayhugh, R.E., Grata, M.E., Burdette, J.H., Porrino, L.J., Laurienti, P.J. (2015). Long-term moderate alcohol consumption does not exacerbate age-related cognitive decline in healthy, community-dwelling older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, 341.
77. Murray, R.P., Connett, J.E., Tyas, S.L., Bond, R., Ekuma, O., Silversides, C.J., Barnes, G.E. (2002). Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function? *American Journal of Epidemiology*, 155(3), 242-248.
78. Neafsey, E.J., Collins, M.A. (2011). Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 465-484.
79. O'Keefe, J.H., Bhatti, S.K., Bajwa, A., DiNicolantonio, J.J., Lavie, C.J. (2014). Alcohol and cardiovascular health: the dose makes the poison... or the remedy. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(3), 382-393.
80. Padilla, H., Michael Gaziano, J., Djousse, L., (2010). Alcohol consumption and risk of heart failure: a meta-analysis. *The Physician and Sportsmedicine*, 38(3), 84-89.
81. Palmstierna, T. (2001). A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatric Services*, 52(6), 820-823.
82. Parry, C.D., Patra, J., Rehm, J. (2011). Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction*, 106(10), 1718-1724.
83. Pelucchi, C., Tramacere, I., Boffeta, P., Negri, E., La Vecchia, C. (2011). Alcohol consumption and cancer risk. *Nutrition and Cancer*, 63(7), 983-990.
84. Pietraszek, A., Gregersen, S., Hermansen, K. (2010). Alcohol and type 2 diabetes: a review. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases*, 20(5), 366-375.
85. Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G.D., Serra, G., Girardi, P., Janiri, L., Tatarelli, R., Sher, L., Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4), 1392-1431.
86. Rehm, J., Room, R., Taylor, B. (2008). Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(3), 141-151.
87. Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J., Roerecke, M. (2010). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29(4), 437-445.
88. Rehm, J., Taylor, B., Room, R. (2006). Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 503-513.
89. Ronskley, P.E., Brien, S.E., Turner, B.J., Mukamal, K.J., Ghali, W.A. (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 342, d671.
90. Standridge, J.B., Zylstra, R.G., Adams, S.M. (2004). Alcohol consumption: an overview of benefits and risks. *Southern Medical Journal*, 97(7), 664-672.
91. Stock, A.K., Riegler, L., Chmielewski, W.X., Beste, C. (2015). Paradox effects of binge drinking on response inhibition processes depending on mental workload. *Archives of Toxicology*, epub.
92. Vasanthi, H.R., Parameswari, R.P., DeLeiris, J., Das, D.K. (2012). Health benefits of wine and alcohol from neuroprotection to heart health. *Frontiers in Bioscience (Elite Edition)*, 4, 1505-1512.
93. Aertgeerts, B., Buntinx, F. (2002). The relation between alcohol abuse or dependence on academic performance in first-year college students. *The Journal of Adolescent Health*, 31(3), 223-225.
94. Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents and alter risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
95. Breese, G.R., Sinha, R., Heilig, M. (2011). Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacology and Therapeutics*, 129(2), 149-171.

96. Cook, R.T. (1998). Alcohol abuse, alcoholism, and damage to the immune system - a review. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(9), 1927-1942.
97. Connor, J.P., Gullo, M.J., White, A., Kelly, A.B. (2014). Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 269-275.
98. Dick, D.M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S.H., Leeman, R.F., O'Malley, S.S., Sher, K. (2010). Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction Biology*, 15(2), 217-226.
99. Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Croft, J.B., Edwards, V.J., Giles, W.H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 25(12), 1627-1640.
100. Eckardt, M.J., File, S.E., Gessa, G.L., Grant, K.A., Guerri, C., Hoffman, P.L., Kalant, H., Koob, G.F., Li, T.K., Tabakoff, B. (1998). Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(5), 998-1040.
101. Enoch, M.A. (2011) The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology (Berl)*, 214, 17-31.
102. Ginsburg, E.S. (1999). Estrogen, alcohol and breast cancer risk. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 69(1-6), 299-306.
103. Gliksman, L., Newton-Taylor, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N. (1997). Alcohol and other drug use by Ontario University students: the roles of gender, age, year of study, academic grades, place of residence and programme of study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 4(2), 117-129.
104. Gullo, M.J., Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: rashly dismissed as 'all-bad'? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(8), 1507-1518.
105. Jaynes, W.H. (2002). The relationship between the consumption of various drugs by adolescents and their academic achievement. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(1), 15-35.
106. Klug, T.L., Bageman, E., Ingvar, C., Rose, C., Jernstrom, H. (2006). Moderate coffee and alcohol consumption improves the estrogen metabolite profile in adjuvant treated breast cancer patients: a pilot study comparing pre- and post-operative levels. *Molecular Genetics and Metabolism*, 89(4), 381-389.
107. LaBrie, J.W., Kenney, S.R., Napper, L.E., Miller, K. (2014). Impulsivity and alcohol-related risk among college students: examining urgency, sensation seeking and the moderating influence of beliefs about alcohol's role in the college experience. *Addictive Behaviors*, 39(1), 159-164.
108. Li, N., Fu, S., Zhu, F., Deng, X., Shi, X. (2013). Alcohol intake induces diminished ovarian reserve in childbearing age women. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(2), 516-521.
109. Mayfield, J., Ferguson, L., Harris, R.A. (2013). Neuroimmune signalling: a key component of alcohol abuse. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 513-520.
110. Nicolau, P., Miralpeix, E., Sola, I., Carreras, R., Checa, M.A. (2014). Alcohol consumption and in vitro fertilization: a review of the literature. *Gynecological Endocrinology*, 30(11), 759-763.
111. Pascarella, E.T., Goodman, K.M., Seifert, T.A., Tagliapietra-Nicoli, G., Park, S., Whitt, E.J. (2007). College student binge drinking and academic achievement: a longitudinal replication and extension. *Journal of College Student Development*, 48(6), 715-727.
112. Purohit, V. (1998). Moderate alcohol consumption and estrogen levels in postmenopausal women: a review. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(5), 994-997.
113. Rehm, J., Shield, K.D., Joharchi, N., Shuper, P.A. (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*, 107(1), 51-59.
114. Roerecke, M., Rehm, J. (2014). Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Medicine*, 12, 182.
115. Romeo, J., Warnberg, J., Nova, E., Diaz, L.E., Gomez-Martinez, S., Marcos, A. (2007). Moderate alcohol consumption and the immune system: a review. *The British Journal of Nutrition*, 98 Suppl 1, S111-115.
116. Sanchez-Roige, S., Baro, V., Trick, L., Pena-Oliver, Y., Stephens, D.N., Duka, T. (2014). Exaggerated waiting impulsivity associated with human binge drinking, and high alcohol consumption in mice. *Neuropsychopharmacology*, 39, 2919-2927.
117. Schliep, K.C., Zarek, S.M., Schisterman, E.F., Wactawski-Wende, J., Trevisan, M., Sjaarda, L.A., Perkins, N.J., Mumford, S.L. (2015). Alcohol intake, reproductive hormones and menstrual cycle function : a prospective cohort study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, epub
118. Schneier, F.R., Foose, T.E., Hasin, D.S., Heimberg, R.G., Liu, S.M., Grant, B.F., Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 40(6), 977-988.

119. Scoccianti, C., Straif, K., Romieu, I. (2013). Recent evidence on alcohol and cancer epidemiology. *Future Oncology*, 9(9), 1315-1322.
120. Seth, P., Wingood, G.M., DiClemente, R.J., Robinson, L.S. (2011). Alcohol use as a marker for risky sexual behaviours and biologically confirmed sexually-transmitted infections among young adult African American women. *Womens Health Issue*, 21(2), 130-135.
121. Shield, K.D., Parry, C., Rehm, J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 155-173.
122. Shield, K.D., Rehm, J. (2015). Global risk factor rankings: the importance of age-based health loss inequities caused by alcohol and other risk factors. *BMC Research Notes*, 8, epub.
123. Singleton, R.A. (2007). Collegiate Alcohol Consumption and Academic Performance. 68(4), 548-555.
124. Spencer, R.L., Hutchinson, K.E. (1999). Alcohol, aging and the stress response. *Alcohol Research and Health*, 23(4), 272-283.
125. Taylor, B., Rehm, J., Room, R., Patra, J., Bondy, S. (2008). Determination of lifetime injury mortality risk in Canada in 2002 by drinking amount per occasion and number of occasions. *American Journal of Epidemiology*, 168, 1119-1125.
126. Taylor, B., Irving, H.M., Kanteres, F., Room, R., Borges, G., Cherpitel, C., Greenfield, T., Rehm, J. (2010). The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 108-116.
127. Ward, R.J., Lallemand, F., de Witte, P. (2014). Influence of adolescent heavy session drinking on the systemic and brain innate immune system. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 193-197.
128. Stockwell, T., Zhao, J.H., Thomas, G. (2009). Should alcohol policies aim to reduce total alcohol consumption? New analyses of Canadian drinking patterns. *Addiction Research and Theory*, 17, 135-151.
129. Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S. (2014). Who under-reports their alcohol consumption in telephone surveys and by how much? An application of the 'yesterday method' in a national Canadian substance use survey. *Addiction*, 109(10), 1657-1666.
130. Zhao, J., Stockwell, T., Macdonald, S. (2009). Non-response bias in alcohol and drug population surveys. *Drug and Alcohol Review*, 28(6), 648-657.

EFFETS SUR LES CANADIENS

131. Thomas, G. (2012). Niveaux et profils de consommation d'alcool au Canada. Ottawa ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
132. Santé Canada (2008). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Tous les calculs effectués à l'aide de ces données sont la responsabilité de l'Agence de la santé publique du Canada, tandis que l'utilisation et l'interprétation de ces données sont uniquement la responsabilité des auteurs. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/-2008/summary-sommative-fra.php>.
133. Monk, R.L., Heim, D., Qureshi, A., Price, A. (2015). "I have no clue what I drunk last night" using Smartphone technology to compare in-vivo and retrospective self-reports of alcohol consumption. *PLoS One*, 10(5).
134. Arbour-Nicitopoulos, K.P., Kwan, M.Y., Lowe, D., Taman, S., Faulkner, G.E. (2010). Social norms of alcohol, smoking and marijuana use within a Canadian setting. *Journal of American College Health*, 59(3), 191-196.
135. Bertholet, N., Faouzi, M., Studer, J., Daeppen, J.B., Gmel, G. (2013). Perception of tobacco, cannabis, and alcohol use of others is associated with one's own use. *Addiction Science and Clinical Practice*, 8, 15.
136. Cunningham, J.A., Neighbors, C., Wild, T.C., Humphreys, K. (2012). Normative misperceptions about alcohol use in a general population sample of problem drinkers from a large metropolitan city. *Alcohol and Alcoholism*, 47(1), 63-66.
137. Devos-Comby, L., Lange, J.E. (2008). "My drink is larger than yours?" A literature review of self-defined drink sizes and standard drinks. *Current Drug Abuse Reviews*, 1(2), 162-176.
138. Gold, G.J., Nguyen, A.T. (2009). Comparing entering freshman's perceptions of campus marijuana and alcohol use to reported use. *Journal of Drug Education*, 39(2), 133-148.
139. Grant, S., LaBrie, J.W., Hummer, J.F., Lac, A. (2012). How drunk am I? Misperceiving one's level of intoxication in the college drinking environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(1), 51-58.
140. Lee, C.M., Geisner, I.M., Patrick, M.E., Neighbors, C. (2010). The social norms of alcohol-related negative consequences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(2), 342-348.
141. Mallett, K.A., Lee, C.M., Neighbors, C., Larimer, M.E., Turrissi, R. (2006). Do we learn from our mistakes? An examination of the impact of negative alcohol-related consequences on college students' drinking patterns and perceptions. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(2), 269-276.

142. Mallett, K.A., Turrisi, R., Larimer, M.E., Mastroleo, N.R. (2009). Have I had one drink too many? Assessing gender differences in misperceptions of intoxication among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(6), 964-970.
143. Perkins, H.W. (2007). Misperceptions of peer drinking norms in Canada: another look at the "reign of error" and its consequences among college students. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2645-2656.
144. Thornton, L.K., Baker, A.L., Johnson, M.P., Lewin, T. (2013). Perceived risk associated with tobacco, alcohol and cannabis use among people with and without psychotic disorders. *Addictive Behaviors*, 38(6) 2246-2251.
145. Turrisi, R., Jaccard J., Kelly S.Q., O'Malley C.M. (1993). Social psychological factors involved in adolescents' efforts to prevent their friends from driving while intoxicated. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 147-169.
146. Turrisi, R., Wiersma K. (1999) Examination of judgments of drunkenness, binge drinking and drunk driving tendencies in teens with and without a family history of alcohol abuse. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 1191-1198.
147. White, A.M., Kraus, C.L., Flom, J.D., Kestenbaum, L.A., Mitchell, J.R., Shah, K., Swartzwelder, H.S. (2005). College students lack knowledge of standard drink volumes: Implications for definitions of risky drinking based on survey data. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(4) 631-638.
148. Woodyard, C.D., Hallam, J.S., Bentley, J.P. (2013). Drinking norms: predictors of misperceptions among college students. *American Journal of Health Behavior*, 37(1), 14-24.
149. Bellis, M.A., Hughes, K., Jones, L., Morleo, M., Nicholls, J., McCoy, E., Webster, J., Sumnall, H. (2015). Holidays, celebrations, and commiserations: measuring drinking during feasting and fasting to improve national and individual estimates of alcohol consumption. *BMC Medicine*, epub.
150. MacDonald, S., Pakula, B., Zhao, J., Stockwell, T. (2007). Per adult consumption of alcohol in British Columbia: 2002 to 2005. In *Mapping Substance Use in BC and Canada: A report of the BC Pilot Alcohol and Other Drug Monitoring Project*, 2007.
151. MacDonald, S. (1999). Unrecorded alcohol consumption in Ontario, Canada: estimation procedures and research implications. *Drug and Alcohol Review*, 18(1), 21-29.
152. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2008). Home brewing and winemaking in Alberta. Alberta Health Services.
153. Stahre, M., Naimi, T., Brewer, R., Holt, J. (2006). Measuring average alcohol consumption: the impact of including binge drinks in quantity-frequency calculations. *Addiction*, 101(120) 1711-1718.
154. Stockwell, T., Zhao, J., Chikirtzhs, T., Greenfield, T.K. (2008). What did you drink yesterday? Public health relevance of a recent recall method used in the 2004 Australian National Drug Strategy Household Survey. *Addiction*, 103(6), 919-928.
155. Zhao, J., Stockwell, T., Thomas, G. (2015). An adaptation of the yesterday method to correct for under-reporting of alcohol consumption and estimate compliance with Canadian low-risk drinking guidelines. *Canadian Journal of Public Health*, 106(4), e204-209.
156. Thomas, G. (2012). Analyse des ventes de boissons alcoolisées au Canada. Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool, rapport 2 de 3. Ottawa ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
157. Pitel, S., Solomon, R. (2013). Estimating the number and cost of impairment-related traffic crashes in Canada: 1999 to 2010. Les mères contre l'alcool au Volant (MADD Canada).
158. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2015). GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington.
159. Statistique Canada. (2014-01-27). Tableau 102-0531 - Décès, selon la cause, Chapitre XI: Maladies de l'appareil digestif (K00 à K93), le group d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre) [Fichier de données]. Extrait le 13 janvier 2015 de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&id=1020531>.
160. Mann, R.E., Smart, R.G., Govoni, R. (2003). The epidemiology of alcoholic liver disease. *Alcohol Research and Health*, 27(3), 209-219.
161. Reuben, A. (2006). Alcohol and the liver. *Current Opinion in Gastroenterology*, 22, 263-271.
162. Reuben, A. (2007). Alcohol and the liver. *Current Opinion in Gastroenterology*, 23(3), 283-291.
163. Popova, S., Lange, S., Burd, L., Rehm, J. (2015). The burden and economic impact of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. Toronto ON: Centre de toxicomanie et de santé mentale.
164. Rasmussen, C., Andrew, G., Zwaigenbaum, L., Tough, S. (2008). Neurobehavioural outcomes of children with fetal alcohol spectrum disorders: A Canadian perspective. *Paediatrics and Child Health*, 13(3), 185-191.

165. Cook, J.L., Green, C.R., Liley, C.M., Anderson, S.M., Baldwin, M.E., Chudley, A.E., Conry, J.L., LeBlanc, N., Loock, C.A., Lutke, J., Mallon, B.F., McFarlane, A.A., Temple, V.K., Rosales, T., Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network (2015). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *Canadian Medical Association Journal*, epub.
166. Agence de la santé publique du Canada (2014). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale (ETCAF): <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/fasd-etcaf/index-fra.php>.
167. May, P.A., Gossage, J.P., Kalberg, W.O., Robinson, L.K., Manning, M., Hoyme, H.E. (2009). Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15(3), 176-192.
168. Tait, C.L. (2003). Fetal alcohol syndrome among Aboriginal People in Canada: Review and analysis of the intergenerational links to residential schools. Aboriginal Health Foundation.
169. Riley, E.P., Infante, M.A., Warren, K.R. (2011). Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychology Review*, 21(2), 73-80.
170. Streissguth, A.P., Barr, H.M., Kogan, J., Bookstein, F. L. (1996). Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE). Final Report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), August, 1996. Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit, Tech. Rep. No. 96-06.
171. Singh, S., Sedgh, G., Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: worldwide levels, trends and outcomes. *Studies in Family Planning*, 41(4), 241-250.
172. Santé Canada. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : recommandations de la naissance à six mois. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourrisson/recom/index-fra.php>.
173. Koren, G. (2002). Drinking alcohol while breast-feeding: Will it harm the baby? The Hospital for Sick Children. http://www.motherrisk.org/women/updatesDetail.jsp?content_id=347
174. Comité consultative de la Société canadienne du cancer (2015). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015*. Toronto ON: Société canadienne du cancer.
175. Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secertan, B., El Ghissassi, F., Bouvard, V., Altieri, A., Cogliano, V., (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncology*, 8, 292-293.
176. de Menezes, R.F., Bergmann, A., Thuler, L.C. (2013). Alcohol consumption and risk of cancer: a systematic literature review. *Asian Pacific journal of Cancer Prevention*, 14(9), 4965-4972.
177. Islami, F., Tramacere, I., Rota, M., Bagnardi, V., Fedirko, V., Scotti, L., Garavello, W., Jenab, M., Carrao, G., Straif, K., Negri, E., Boffetta, P., La Vecchia, C. (2010). Alcohol drinking and laryngeal cancer: overall and dose-risk relation – a systematic review and meta-analysis. *Oral Oncology*, 46(11), 802-810.
178. Li, Y., Mao, Y., Zhang, Y., Cai, S., Chen, G., Ding, Y., Guo, J., Chen, K., Jin, M. (2014). Alcohol drinking and upper aerodigestive tract cancer mortality: a systematic review and meta-analysis. *Oral Oncology*, 50(4), 269-275.
179. Scoccianti, C., Straif, K., Romieu, I. (2013). Recent evidence on alcohol and cancer epidemiology. *Future Oncology*, 9(9), 1315-1322.
180. Singletary, K.W., Gapstur, S.M. (2001). Alcohol and breast cancer: a review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. *JAMA*, 286(17), 2143-2151.
181. Turati, F., Galeone, C., Rota, M., Pelucchi, C., Negri, E., Bagnardi, V., Carrao, G., Boffetta, P., La Vecchia, C. (2014). Alcohol and liver cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Annals of Oncology*, 25(8), 1526-1535.
182. Pelucchi, C., Tramacere, I., Boffeta, P., Negri, E., La Vecchia, C. (2011). Alcohol consumption and cancer risk. *Nutrition and Cancer*, 63(7), 983-990.
183. Seitz, H.K., Pelucchi, C., Bagnardi, V., La Vecchia, C. (2012). Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer : Update 2012. *Alcohol and Alcoholism*, 47(3), 204-212.
184. Cao, Y., Willett, W.C., Rimm, E.B., Stampfer, M.J., Giovannucci, E.L. (2015). Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*, 351, epub.
185. Fedirko, V., Tramacere, I., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L., Islami, F., Negri, E., Straif, K., Romieu, I., La Vecchia, C., Boffetta, P., Jenab, M. (2011). Alcohol drinking and colorectal cancer risk : an overall and dose-response meta-analysis of published studies. *Annals of Oncology*, 22(9), 1958-1972.
186. Romieu, I., Scoccianti, C., Chajes, V., de Batlle, J., Biessy, C., Dossus, L., Baglietto, L., Clavel-Chapelon, F., Overvad, K., Olsen, A., Tjonneland, A., Kaaks, R., Lukanova, A., Boeing, H., Trichopoulou, A., Lagiou, P., Trichopoulos, D., Palli, D., Sieri, S., Tumino, R., Vineis, P., Panico, S., Bueno-de-Mesquita, H.B., van Gils, C.H.,

- Peeters, P.H., Lund, E., Skeie, G., Weiderpass, E., Quiros Garcia, J.R., Chirlaque, M.D., Ardanaz, E., Sanchez, M.J., Duell, E.J., Amiano, P., Borgquist, S., Wirfalt, E., Hallmans, G., Johansson, I., Nilsson, L.M., Khaw, K.T., Wareham, N., Key, T.J., Travis, R.C., Murphy, N., Wark, P.A., Ferrari, P., Riboli, E. (2015). Alcohol intake and breast cancer in European prospective investigation into cancer and nutrition. *International Journal of Cancer*, 137(8), 1921-1930.
187. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2014). *Le cancer et l'alcool*. Ottawa ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
188. Chen, W.Y., Rosner, B., Hankinson, S.E., Colditz, G.A., Willett, W.C. (2011). Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA*, 306(17), 1884-1890.
189. Llerena, S., Arias-Loste, M.T., Puente, A., Cabezas, J., Crespo, J., Fabrega, E. (2015). Binge drinking: burden of liver disease and beyond. *World Journal of Hepatology*, 7(27), 2703-2715.
190. Puddey, I.B., Rakic, V., Dimmitt, S.B., Beilin, L.J. (1999). Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors – a review. *Addiction*, 94(5), 649-663.
191. Rehm, J., Ashley, M.J., Room, R., Single, E., Bondy, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N. (1996). On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences. *Addiction*, 91(11), 1615-1621.
192. Sundell, L., Salomaa, V., Vartiainen, E., Poikolainen, K., Laatikainen, T. (2008). Increased stroke risk is related to a binge-drinking habit. *Stroke*, 39(12), 3179-3184.
193. Miller, P., Plant, M., Plant, M. (2005). Spreading out or concentrating weekly consumption: alcohol problems and other consequences within a UK population sample. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 461-468.
194. Skov-Ettrup, L.S., Eliason, M., Ekholm, O., Gronbaek, M., Tolstrup, J.S. (2011). Binge drinking, drinking frequency and risk of ischaemic heart disease: a population-based cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(8), 880-887.
195. Bondy, S.J. (1996). Overview of studies on drinking patterns and consequences. *Addiction*, 91(11), 1663-1674.
196. Druesne-Pecollo, N., Tehard, B., Mallet, Y., Gerber, M., Norat, T., Hercberg, S., Latino-Martel, P. (2009). Alcohol and genetic polymorphisms: effect on risk of alcohol-related cancer. *The Lancet. Oncology*, 10(2), 173-180.
197. Li, W., Li, J., Liu, W., Altura, B.T., Altura, B.M. (2004). Alcohol-induced apoptosis of canine cerebral vascular smooth muscle cells: role of extracellular and intracellular calcium ions. *Neuroscience Letters*, 354(3), 221-224.
198. Rogdriguez, A., Chawla, K., Umoh, N.A., Cousins, V.M., Keteqou, A., Reddy, M.G., Al Rubaiee, M., Haddad, G.E., Burke, M.W. (2015). Alcohol and apoptosis: friends or foes? *Biomolecules*, 5(4), 3193-3203.
199. Seitz, H.K., Becker, P. (2007). Alcohol metabolism and cancer risk. *Alcohol Research and Health*, 30(1), 38-41.
200. Bergmann, M.M., Rehm, J., Klipstein-Grobusch, K., Boeing, H., Schutze, M., Drogan, D., Overvad, K., Tjonneland, A., Halkjaer, J., Fagherazzi, G., Boutron-Ruault, M.C., Clavel-Chapelon, F., Teucher, B., Kaaks, R., Trichopoulou, A., Benetou, V., Trichopoulos, D., Palli, D., Pala, V., Tumino, R., Vneis, P., Beulens, J.W., Redondo, M.L., Duell, E.J., Molina-Montes, E., Navarro, C., Barricarte, A., Arriola, L., Allen, N.E., Crowe, F.L., Khaw, K.T., Wareham, N., Romquera, D., Wark, P.A., Romieu, I., Nunes, L., Riboli, E., Ferrari, P. (2013). The association of pattern of lifetime alcohol use and cause of death in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC) study. *International Journal of Epidemiology*, 42(6), 1772-1790.
201. Brien, S.E., Ronksley, P.E., Turner, B.J., Mukamal, K.J., Ghali, W.A. (2011). Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ*, 342, d636.
202. Fekjaer, H.O. (2013). Alcohol – a universal preventive agent? A critical analysis. *Addiction*, 108(12), 2051-2057.
203. Stockwell, T., Zhao, J., Panwar, S., Roemer, A., Naimi, T., Chikritzhs, T. (in press). Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*.
204. Klatsky, A.L., Gunderson, E. (2008). Alcohol and hypertension : a review. *Journal of the American Society of Hypertension*, 2(5), 307-317.
205. Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S., Rehm, J. (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types – a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10, 258.
206. Rehm, J., Sempos, C.T., Trevisan, M. (2003). Alcohol and cardiovascular disease – more than one paradox to consider. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease – a review. *Journal of Cardiovascular Risk*, 10(1), 15-20.
207. Mazzaglia, G., Britton, A.R., Altmann, D.R., Chenet, L. (2001). Exploring the relationship between alcohol consumption and non-fatal or fatal stroke: a systematic review. *Addiction*, 96(12), 1743-1756.

208. de la Monte, S.M., Kril, J.J. (2014). Human alcohol-related neuropathology. *Acta Neuropathologica*, 127(1), 71-90.
209. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015). Alcohol overdose: the dangers of drinking too much. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholOverdoseFactsheet/Overdosefact.htm>.
210. Statistique Canada. (2014-01-27). Tableau 102-0540 - Décès, selon la cause, Chapitre XX: Causes externes de morbidité et de mortalité (V01 à Y89), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre) [Fichier de données]. Extrait le 13 janvier 2015 de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&p2=33&id=1020540>.
211. Cotter, A. (2014). L'homicide au Canada, 2013. Ottawa ON: Statistique Canada.
212. La Fondation de Recherches sur les Blessures de la Route. (2015). Sondage sur la sécurité routière de 2015 : L'alcool au volant au Canada. Ottawa ON: La Fondation de Recherches sur les Blessures de la Route.
213. La Fondation de Recherches sur les Blessures de la Route. (2014). Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada: 2010. (Préparé pour Conseil Canadien des administrateurs en transport motorisé et Transports Canada).
214. Compton, R.P., Berning, A. (2015). Drug and alcohol crash risk. Traffic Safety Facts Research Note, February 2015. Washington DC: US Department of Transportation.
215. Statistique Canada. (2015-07-21). Tableau 252-0051 - Statistiques des crimes fondés sur l'affaire, par infractions détaillées, annuel (nombre sauf indication contraire) [Fichier de données]. Extrait le 2 décembre, 2015, de <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&p2=33&id=2520051>.
216. Borges, G., Loera, C.R. (2010). Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(3), 195-204.
217. Carrigan, M.H., Randall, C.L. (2003). Self-medication in social phobia: a review of the alcohol literature. *Addictive Behaviors*, 28(2), 269-284.
218. Davis, L., Uezato, A., Newell, J.M., Frazier, E. (2008). Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 14-18.
219. Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., Cronkite, R.C., Randall, P.K. (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: a 10-year model. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 159-165.
220. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2009). Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants. Ottawa, ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
221. Ramstedt, M. (2005). Alcohol and suicide at the population level - the Canadian experience. *Drug and Alcohol Review*, 24(3), 230-208.
222. Briere, F.N., Rohde, P., Seeley, J.R., Klein, D., Lewinsohn, P.M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 526-533.
223. Grant, B.F., Harford, T.C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression : results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(3), 197-206.
224. Graham, K. Masak, A., Demers, A., Rehm, J. (2007). Dose the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured? *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(1), 78-88.
225. Fergusson, D.M., Boden, J.M., Horwood, L.J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 260-266.
226. Sullivan, L.E., Fiellin, D.A., O'Connor, P.G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression : a systematic review. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 330-341.
227. Bremner, J.D., Southwick, S.M., Darnell, A., Charney, D.S. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 369-375.
228. Breslau, N., Davis, G.C., Schultz, L.R. (2003). Post-traumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 289-294.
229. Gaher, R.M., Simons, J.S., Hahn, A.M., Hofman, N.L., Hansen, J., Buchkoski, J. (2014). An experience sampling study of PTSD and alcohol-related problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1013-1025.
230. Kline, A., Weiner, M.D., Ciccone, D.S., Interian, A., St Hill, L., Losonczy, M. (2014). Increased risk of alcohol dependency in a cohort of National Guard troops with PTSD: a longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 18-25.
231. Lipschitz, D.S., Rasmusson, A.M., Anyan, W., Gueorguieva, R., Billingslea, E.M., Cromwell, P.F., Southwick, S.M. (2003). Posttraumatic stress disorder and substance use in inner-city adolescent girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 714-721.

232. Walsh, K., Elliott, J.C., Shmulewitz, D., Aharonovich, E., Strous, R., Frisch, A., Weizman, A., Spivak, B., Grant, B.F., Hasin, D. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and risk for alcohol, nicotine and marijuana dependence in Israel. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 621-630.
233. Simpson, T.L., Stappenbeck, C.A., Luterek, J.A., Lehavot, K., Kaysen, D.L. (2014). Drinking motives moderate daily relationships between PTSD symptoms and alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 237-247.
234. Cosci, F., Schruers, K.R., Abrams, K.R., Griez, E.J. (2007). Alcohol use disorders and panic disorder: a review of the evidence of a direct relationship. *The Journal of Clinical Psychiatry-disorders*, 68(6), 874-880.
235. Kushner, M.G., Abrams, K., Borchardt, C. (2000). The relationships between anxiety disorder and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149-171.
236. Kushner, M.G., Sher, K.J., Beitman, B.D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147(6), 3462-3468.
237. Morris, E.P., Stewart, S.H., Ham, L.S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 734-760.
238. Merikanagas, K.R., Angst, J. (1995). Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic and genetic studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(6), 297-303.
239. Schry, A.R., White, S.W. (2013). Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students : a meta-analysis. *Addictive Behavior*, 38(11), 2690-2706.
240. Norberg, M.M., Norton, A.R., Olivier, J., Zvolensky, M.J. (2010). Social anxiety, reasons for drinking, and college students. *Behavior Therapy*, 41(4), 555-566.
241. Bahlmann, M., Preuss, U.W., Syoka, M. (2002). Chronological relationship between antisocial personality disorder and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 8(4), 195-200.
242. Fu, Q., Health, A.C., Bucholz, K.K., Nelson, E., Goldberg, J., Lyons, M.J., True, W.R., Jacob, T., Tsuang, M.T., Eisen, S.A. (2002). Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men. *Archives of General Psychiatry*, 59(12), 1125-1132.
243. Kovac, I., Merette, C., Legault, L., Doniger, M., Plamour, R.M., WHO/ISBRA Study of State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence Investigators (2002). Evidence in an international sample of alcohol-dependent subjects of subgroups with specific symptom patterns of antisocial personality disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26(7), 1088-1096.
244. Moeller, F.G., Dougherty, D.M. (2001). Antisocial personality disorder, alcohol and aggression. *Alcohol Research and Health*, 25(1), 5-11.
245. Stinson, F.S., Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Chou, S.P., Huang, B., Smith, S.M., Ruan, W.J., Pulay, A.J., Saha, T.D., Pickering, R.P., Grant, B.F. (2008). Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1033-1045.
246. Agrawal, A., Sartor, C.E., Lynskey, M.T., Grant, J.D., Pergadia, M.L., Grucza, R., Bucholz, K.K., Nelson, E.C., Madden, P.A., Martin, N.G., Heath, A.C. (2009). Evidence for an interaction between age at first drink and genetic influences on DSM-IV alcohol dependence symptoms. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(12), 2047-2056.
247. LaBrie, J.W., Migliuri, S., Kenney, S.R., Lac, A. (2010). Family history of alcohol abuse associated with problematic drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 35(7), 721-725.
248. Friesthler, B., Gruenewald, P.J. (2013). Where the individual meets the ecological: a study of parent drinking patterns, alcohol outlets and child physical abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(6), 993-1000.
249. Elliott, J.C., Carey, K.B., Bonafide, K.E. (2012). Does family history of alcohol problems influence college and university drinking or substance use? *Addiction*, 107(10), 1774-1785.
250. Chassin, L., Lee, M.R., Cho, Y.I., Wang, F.L., Agrawal, A., Sher, K.J., Lynskey, M.T. (2012). Testing multiple levels of influence in the intergenerational transmission of alcohol disorders from a developmental perspective: the example of alcohol use promoting peers and Q-opioid receptor M1 variation. *Development and Psychopathology*, 24(3), 953-967.
251. Gronbaek, M., Deis, A., Sorensen, T.I., Becker, U., Schnohr, P., Jensen, G. (1995). Mortality associated with moderate intakes of wine, beer or spirits. *BMJ*, 310(6988), 1165-1169.
252. Gronbaek, M., Becker, U., Johansen, D., Gottschau, A., Schnohr, P., Hein, H.O., Sorensen, T.I. (2000). Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease and cancer. *Annals of Internal Medicine*, 133(6), 411-419.

253. Rimm, E.B., Moats, C. (2007). Alcohol and coronary heart disease: drinking patterns and mediators of effect. *Annals of Epidemiology*, 17(5S), S3-S7.
254. Strandberg, T.E., Strandberg, A.Y., Salomaa, V.V., Pitkala, K., Tilvis, R.S., Miettinen, T.A. (2007). Alcoholic beverage preference, 29-year mortality, and quality of life in men in old age. *The Journals of Gerontology, Series A. Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(2), 213-218.
255. Takkouche, B., Regueira-Mendez, C., Garcia-Closas, R., Figuieras, A., Gestal-Otero, J.J., Hernan, M.A. (2002). Intake of wine, beer and spirits and the risk of clinical common cold. *American Journal of Epidemiology*, 155(9), 853-858.
256. Thompson, P.L. (2013). J-curve revisited: cardiovascular benefits of moderate alcohol use cannot be dismissed. *MJA*, 198(8), 419-422.
257. Britton, A., Marmot, M.G., Shipley, M. (2008). Who benefits from the cardioprotective properties of alcohol consumption: health freaks or couch potatoes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(10), 905-908.
258. Holmes, M.V., Dale, C.E., Zuccolo, L., Silverwood, R.J., Guo, Y., Ye, Z., Prieto-Merino, D., Dehghan, A., Trompet, S., Wong, A., Cavadino, A., Drogan, D., Padmanabhan, S., Li, S., Yesupriya, A., Leusink, M., Sundstrom, J., Hubacek, J.A., Pikhart, H., Swerdlow, D.I., Panayiotou, A.G., Borinskaya, S.A., Finan, C., Shah, S., Kuchenbaecker, K.B., Shah, T., Engmann, J., Folkersen, L., Eriksson, P., Ricceri, F., Melander, O., Sacerdote, C., Gamble, D.M., Rayaprolu, S., Ross, O.A., McLachlan, S., Vikhireva, O., Sluijs, I., Scott, R.A., Adamkova, V., Flicker, L., Bockxmeer, F.M., Power, C., Marques-Vidal, P., Meade, T., Marmot, M.G., Ferro, J.M., Paulos-Pinheiro, S., Humphries, S.E., Talmud, P.J., Mateo Leach, I., Verweij, N., Linneberg, A., Skaaby, T., Doevendans, P.A., Cramer, M.J., van der Harst, P., Klungel, O.H., Dowling, N.F., Dominiczak, A.F., Kumari, M., Nicolaidis, A.N., Weikert, C., Boeing, H., Ebrahim, S., Gaunt, T.R., Price, J.F., Lannfelt, L., Peasey, A., Kubinova, R., Pajak, A., Malyutina, S., Voevoda, M.I., Tamosiunas, A., Maitland-van der Zee, A.H., Norman, P.E., Hankey, G.J., Bergmann, M.M., Hofman, A., Franco, O.H., Cooper, J., Palmén, J., Spiering, W., de Jong, P.A., Kuh, D., Hardy, R., Uitterlinden, A.G., Ikram, M.A., Ford, I., Hyppönen, E., Almeida, O.P., Wareham, N.J., Khaw, K.T., Hamsten, A., Husemoen, L.L., Tjønneland, A., Tolstrup, J.S., Rimm, E., Beulens, J.W., Verschuren, W.M., Onland-Moret, N.C., Hofker, M.H., Wannamethee, S.G., Whincup, P.H., Morris, R., Vicente, A.M., Watkins, H., Farrall, M., Jukema, J.W., Meschia, J., Cupples, L.A., Sharp, S.J., Fornage, M., Kooperberg, C., LaCroix, A.Z., Dai, J.Y., Lanktree, M.B., Siscovick, D.S., Jorgenson, E., Spring, B., Coresh, J., Li, Y.R., Buxbaum, S.G., Schreiner, P.J., Ellison, R.C., Tsai, M.Y., Patel, S.R., Redline, S., Johnson, A.D., Hoogeveen, R.C., Hakonarson, H., Rotter, J.I., Boerwinkle, E., de Bakker, P.I., Kivimaki, M., Asselbergs, F.W., Sattar, N., Lawlor, D.A., Whittaker, J., Davey Smith, G., Mukamal, K., Psaty, B.M., Wilson, J.G., Lange, L.A., Hamidovic, A., Hingorani, A.D., Nordestgaard, B.G., Bobak, M., Leon, D.A., Langenberg, C., Palmer, T.M., Reiner, A.P., Keating, B.J., Dudbridge, F., Casas, J.P.; InterAct Consortium (2014). Association between alcohol and cardiovascular disease : Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ* 10, 349.
259. Knott, C.S., Coombs, N., Stamatski, E., Biddulph, J.P. (2015). All cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts. *BMJ*, epub.
260. Nielsen, N.R., Schnohr, P., Jensen, G., Gronbaek, M. (2004). Is the relationship between type of alcohol and mortality influenced by socio-economic status? *Journal of Internal Medicine*, 255(2), 280-288.
261. White, I.R., Altmann, D.R., Nanchahal, K. (2002). Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ*, 325(7357), 191.
262. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2014). *Maladies chronique et alcool*. Ottawa ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
263. Balk, E.M., Earley, A., Raman, G., Avendano, E.A., Pittas, A.G., Remington, P.L. (2015). Combined diet and physical activity promotion programs to prevent type 2 diabetes among persons at increased risk: a systematic review for the Community Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163(6), 437-451.
264. Dunkley, A.J., Charles, K., Gray, L.J., Camosso-Stefinovic, J., Davies, M.J., Khunti, K. (2012). Effectiveness of interventions for reducing diabetes and cardiovascular disease risk in people with metabolic syndrome: systematic review and mixed treatment comparison meta-analysis. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 14(7), 616-625.
265. Lin, J.S., O'Connor, E., Evans, C.V., Senger, C.A., Rowland, M.G., Groom, H.C. (2014). Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review of the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 161(8), 567-578.
266. Mann, J. (2000). *Murder, Magic and Medicine*. New York: Oxford University Press, Inc.
267. Niland, P., Lyons, A.C., Goodwin, I., Hutton, F. (2013). "Everyone can loosen up and get a bit of a buzz on": Young adults, alcohol and friendship practices. *International Journal of Drug Policy*, 24, 530-537.

268. Vander Ven, T. (2011). *Getting wasted: Why college students drink too much and party so hard*. New York: New York University Press.
269. El-Guebaly, N. (2007). Investigating the association between moderate drinking and mental health. *Annals of Epidemiology*, 17(supplement 5), S55-S62.
270. Peele, S., Brodsky, A. (2000). Exploring the psychological benefits associated with moderate alcohol use: a necessary corrective to assessments of drinking outcomes? *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 221-247.
271. Room, R. (2000). The more drinking, the more fun: but is there a calculus of fun, and should it drive policy? *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 249-250.
282. Bates, M.E., Bowden, S.C., Barry, D. (2002). Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 193-212.
283. McEwen, B.S., Gianaros, P.J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 190-222.
284. Badrick, E., Bobak, M., Britton, A., Kirschbaum, C., Marmot, M., Kumari, M. (2008). The relationships between alcohol consumption and cortisol secretion in an aging cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93(3), 750-757.
285. Becker, H.C. (2012). Effects of alcohol dependence and withdrawal on stress responsiveness and alcohol consumption. *Alcohol Research*, 34(4), 448-458.

COMMENT L'ALCOOL AGIT DU CERVEAU AU COMPORTEMENT

272. Aguilera, M.T., de la Sierra, A., Coca, A., Estruch, R., Fernandez-Sola, J., Urbano-Marquez, A. (1999). Effect of alcohol abstinence on blood pressure: assessment by 24-hour ambulatory blood pressure. *Hypertension*, 33(2), 653-657.
273. Mili, F., Flanders, W.D., Boring, J.R., Annett, J.L., DeStefano, F. (1992). The associations of alcohol drinking and drinking cessation to measures of the immune system in middle-aged men. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 16(4), 688-694.
274. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) (2013).
275. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) (2000).
276. Pearson, C., Janz, T., Ali, J. (2013). *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*. Ottawa ON: Statistique Canada.
277. Holdstock, L., de Wit, H. (1998). Individual differences in the biphasic effects of ethanol. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(9), 1903-1911.
278. Clark, R., Adermark, L. (2015). Dopaminergic regulation of striatal interneurons in reward and addiction: focus on alcohol. *Neural Plasticity*, epub.
279. Soderpalm, B., Ericson, M. (2013). Neurocircuitry involved in the development of alcohol addiction: the dopamine system and its access points. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 13, 127-161.
280. Trigo, J.M., Martin-Garcia, E., Berrendero, F., Robeldo, P., Maldonado, R. (2010). The endogenous opioid system: a common structure in drug addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(3), 183-194.
281. Alfonso-Loeches, S., Guerri, C. (2011). Molecular and behavioral aspects of the actions of alcohol on the adult and developing brain. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 48(1), 19-47.
286. Beresford, T.P., Arciniegas, D.B., Alfors, J., Clapp, L., Martin, B., Beresford, H.F., Du, Y., Liu, D., Shen, D., Davatzikos, C., Laudenslager, M.L. (2006). Hypercortisolism in alcohol dependence and its relation to hippocampal volume loss. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(6), 861-867.
287. Brown, S.A., Vik, P.W., Patterson, T.L., Grant, I., Schuckit, M.A. (1995). Stress, vulnerability and adult alcohol relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(5), 538-545.
288. Breese, G.R., Chu, K., Dayas, C.V., Funk, D., Knapp, D.J., Koob, G.F., Le, D.A., O'Dell, L.E., Overstreet, D.H., Roberts, A.J., Sinha, R., Valdez, G.R., Weiss, F. (2005). Stress enhancement of craving during sobriety: a risk for relapse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(2), 185-195.
289. Sinha, R. (2011). How does stress increase risk for drug abuse and relapse? *Psychopharmacology (Berlin)*, 158(4), 343-359.
290. Spencer, R.L., Hutchinson, K.E. (1999). Alcohol, aging and the stress response. *Alcohol Research and Health*, 23(4), 272-283.
291. Zhou, Y., Kreek, M.J. (2014). Alcohol: a stimulant activating brain stress response systems with persistent neuroadaptation. *Neuropharmacology*, 87, 51-58.
292. McCarthy, D.M., Niculete, M.E., Treloar, H.R., Morris, D.H., Bartholow, B.D. (2012). Acute alcohol effects on impulsivity: associations with drinking and drinking behavior. *Addiction*, 107(12), 2109-2114.
293. Townshend, J.M., Kambouropoulos, N., Griffin, A., Hunt, F.J., Milani, R.M. (2014). Binge drinking, reflection impulsivity and unplanned sexual behavior: impaired decision-making in young social drinkers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(4), 1143-1150.

294. Weafer, J., Fillmore, M.T. (2012). Acute tolerance to alcohol impairment of behavioral and cognitive mechanisms related to driving: drinking and driving on the descending limb. *Psychopharmacology*, 220, 679-706.
295. Cashell-Smith, M.L., Connor, J.L., Kypri, K. (2007). Harmful effects of alcohol on sexual behaviour in a New Zealand university community. *Drug and Alcohol Review*, 26(6), 645-651.
296. Girard, A.L., Senn, C.Y. (2008). The role of the new "date rape drugs" in attributions about date rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(1), 3-20.
297. McCauley, J.L., Calhoun, K.S., Gidycz, C.A. (2010). Binge drinking and rape: a prospective examination of college women with a history of previous sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), 1655-1668.
298. Testa, M., Livingston, J.A. (2009). Alcohol consumption and women's vulnerability to sexual victimization: can reducing women's drinking prevent rape? *Substance Use and Misuse*, 44(9-10), 1349-1376.
299. Lindgren, K.P., Pantalone, D.W., Lewis, M.A., George, W.H. (2009). College students' perceptions about alcohol and consensual sexual behavior: alcohol leads to sex. *Journal of Drug Education*, 39(1), 1-21.
300. Brevers, D., Noel, X., Hanak, C., Verbanck, P., Kornreich, C. (2015). On the relationship between emotional state and abnormal unfairness sensitivity in alcohol dependence. *Frontiers in Psychology*, 6, 983.
301. Townshend, J.M., Duka, T. (2003). Mixed emotions: alcoholics' impairments in the recognition of specific emotional facial expressions. *Neuropsychologia*, 41(7), 773-782.
302. Uekermann, J., Daum, I. (2008). Social cognition in alcoholism: a link to prefrontal cortex dysfunction? *Addiction*, 103(5), 726-735.
303. Mowbray, O., Quinn, A., Cranford, J.A. (2014). Social networks and alcohol use disorders: findings from a nationally representative sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(3), 181-186.
304. Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G., Angermeyer, M.C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112.
305. Leonard, K.E., Eiden, R.D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285-310.
306. Homish, G.G., Leonard, K.E., Kozlowski, L.T., Cornelius, J.R. (2009). The longitudinal association between multiple substance use discrepancies and marital satisfaction. *Addiction*, 104(7), 1201-1209.
307. Leonard, K.E., Smith, P.H., Homish, G.G. (2014). Concordant and discordant alcohol, tobacco and marijuana use as predictors of marital dissolution. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 780-89.
308. Salom, C.L., Williams, G.M., Najman, J.M., Alati, R. (2015). Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug and Alcohol Dependence*, 151, 121-127.
309. Cooper, M.L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 101-117.
310. Giancola, P.R., Josephs, R.A., Parrott, D.J., Duke, A.A. (2010). Alcohol myopia revisited: clarifying aggression and other acts of disinhibition through a distorted lens. *Perspectives on Psychological Science*, 5(3), 265-278.
311. Kiss, L., Schraiber, L.B., Hossain, M., Watts, C., Zimmerman, C. (2015). The link between community-based violence and intimate partner violence: the effect of crime and male aggression on intimate partner violence against women. *Prevention Science*, 16(6), 881-889.
312. Leonard, K.E. (2005). Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction*, 100(4), 422-425.
313. Sayette, M.A., Wilson, G.T., Elias, M.J. (1993). Alcohol and aggression: a social information processing analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(4), 399-407.
314. Crane, C.A., Godleski, S.A., Przybyla, S.M., Schlauch, R.C., Testa, M. (2015). The proximal effects of acute alcohol consumption on male-to-female aggression: a meta-analytic review of the experimental literature. *Trauma, Violence and Abuse*, epub.
315. Charlton, S.G., Starkey, N.J. (2015). Driving while drinking: performance impairments resulting from social drinking. *Accident Analysis and Prevention*, 74, 210-217.
316. Agius, P., Taft, A., Hemphill, S., Toumbourou, J., McMorris, B. (2013). Excessive alcohol use and its association with risky sexual behaviour: a cross-sectional analysis of data from Victorian secondary school students. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 37(1), 76-82.

317. Devries, K.M., Child, J.C., Bacchus, L.J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C., Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379-391.
318. Coffin, P.O., Galea, S., Ahern, J., Leon, A.C., Vlahov, D., Tardiff, K. (2003). Opiates, cocaine and alcohol combinations in accidental drug overdose deaths in New York City, 1990-1998. *Addiction*, 98(6), 739-747.
319. Fillmore, M.T., Vogel-Sprott, M. (1995). Behavioral effects of alcohol in novice and experienced drinkers: alcohol expectancies and impairment. *Psychopharmacology (Berlin)*, 122(2), 175-181.
320. Flack Jr, W.F., Daubman, K.A., Caron, M.L., Asadorian, J.A., D'Aureli, N.R., Gigliotti, S.N., Hall, A.T., Kiser, S., Stine, E.R. (2007). Risk factors and consequences of unwanted sex among university students: hooking up, alcohol and stress response. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(2), 139-157.
321. Harrison, E.L.R., Fillmore, M.T. (2011). Alcohol and distraction interact to impair driving performance. *Drug and Alcohol Dependence*, 117, 31-37.
322. Lewis, B., Hoffman, L.A., Nixon, S.J. (2014). Sex differences in drug use among polysubstance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 145(1), 127-133.
323. Livingston, J.A., Testa, M., Windle, M., Bay-Cheng, L.Y. (2015). Sexual risk at first coitus: does alcohol make a difference? *Journal of Adolescence*, 43, 145-158.
324. Moss, H.B., Chen, C.M., Yi, H. (2014). Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 136(1), 51-62.
325. Shuper, P.A., Neumann, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., Rehm, J. (2010). Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS – a systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 45(2), 159-166.
326. Trenz, R.C., Schere, M., Harrell, P., Zur, J., Sinha, A., Latimer, W. (2012). Early onset drug and polysubstance use as predictors of injection drug use among adult drug users. *Addictive Behaviors*, 37(4), 367-372.
327. Vester, J., Roth, T. (2012). Drivers can poorly predict their own driving impairment: a comparison between measurements of subjective and objective driving quality. *Psychopharmacology*, 219, 775-781.

FACTEURS D'INFLUENCE

328. Agence de la santé publique du Canada (2011). Qu'est-ce qui détermine la santé? <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>.
329. L'organisation mondiale de la Santé. Health Impact Assessment: The determinants of health. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.
330. McGovern, P.E. (2010). *Uncorking the past: the quest for wine, beer and other alcoholic beverages*. Oakland, California: University of California Press.
331. Room, R. (1997). Alcohol, the individual and society: what history teaches us. *Addiction*, 92 (suppl 1), S7-11.
332. Miron, J.A., Zweibel, J. (1991). Alcohol consumption during prohibition. *The American Economic Review*, 81(2), 242-247.
333. Doll, R. (1998). The benefit of alcohol in moderation. *Drug and Alcohol Review*, 17, 353-63.
334. Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., Booth, B.M. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31(4), 418-429.
335. Keyes, K.M., Hatzenbuehler, M.L., McLaughlin, K.A., Link, B., Olfson, M., Grant, B.F., Hasin, D. (2010). Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 172(12), 1364-1372.
336. Romo, L.K. (2012). 'Above the influence': how college students communicate about the healthy deviance of alcohol abstinence. *Health Communication*, 27(7), 672-681.
337. Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155.
338. Romo, L.K., Dinsmore, D.R., Watterson, T.C. (2015). 'Coming out' as an alcoholic: how former problem drinkers negotiate disclosure of their nondrinking identity. *Health Communication*, epub.
339. Kerridge, B.T., Khan, M.R., Rehm, J., Sapkota, A. (2014). Terrorism, civil war and related violence and substance use disorder morbidity and mortality: a global analysis. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 4(1), 61-72.
340. Pacula, R.L. (2011). Substance use and recessions: what can be learned from economic analyses of alcohol? *The International Journal on Drug Policy*, 22(5), 326-334.

341. Vlahov, D., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Boscarino, J.A., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D. (2004). Consumption of cigarettes, alcohol and marijuana among New York City residents six months after the September 11 terrorist attacks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 385-407.
342. OECD (2015). *Lutter contre la consommation nocive d'alcool: Politiques économiques et de santé publique*. OECD Publishing.
343. Batel, P. (2011). Evolution des modes d'alcoolisation. *La Revue du praticien*, 61(10), 1364-1368.
344. Beck, F., Richard, J.B. (2014). La consommation d'alcool en France.. *La Presse Médicale*, 43(10 pt 1), 1067-1079.
345. Office for National Statistics (2015). *Adult Drinking Habits in Great Britain, 2013*.
346. Paradis, C., Demers, A., Picard, E. (2010). Alcohol consumption: a different kind of Canadian mosaic. *Canadian Journal of Public Health*, 101(4), 275-280.
347. Statistique Canada. (2015). *Tableau 105-0501 – Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues (occasionnel)*. Fichier de données]. Extrait le 4 janvier, 2016, <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&retr-Lang=eng&id=1050501&pattern=&csid>.
348. Cooper, M.L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
349. Foster, D.W. (2014). Drinking identity as a mediator of the relationship between drinking motives and weekly alcohol consumption among heavy drinking undergraduate students. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1811-1815.
350. Foster, D.W., Neighbors, C., Prokhorov, A. (2014). Drinking motives as moderators of the effect of ambivalence on drinking and alcohol-related problems. *Addictive Behaviors*, 39(1), 133-139.
351. Carpenter, K.M., Hassin, D.S. (1999). Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: a test of three alternative explanations. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60(5), 694-704.
352. Beirness, D.J. (1987). Self-estimates of blood alcohol concentration in drink-driving context. *Drug and Alcohol Dependence*, 19, 79-90.
353. Cromer, J.R., Cromer, J.A., Maruff, P., Snyder, P.J. (2010). Perception of alcohol intoxication shows acute tolerance while executive functions remain impaired. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18, 329-359.
354. Northcote, J. (2011). Young adults' decision making surrounding heavy drinking: a multi-staged model of planned behaviour. *Social Science and Medicine*, 72(12), 2020-2025.
355. Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J.M., Debrabant, R., Auriacombe, M., Swendsen, J. (2015) Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction : a comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction*, epub.
356. Wells, S., Mihic, L., Tremblay, P.F., Graham, K., Demers, A. (2008). Where, with whom, and how much alcohol is consumed on drinking events involving aggression? Event-level associations in a Canadian national survey of university students. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(9), 522-533.
357. King, A.C., Houle, T., de Wit, H., Holdstock, L., Schuster, A. (2002). Biphasic alcohol response differs in heavy versus light drinkers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26(6), 827-835.
358. King, A.C., de Wit, H., McNamara, P.J., Cao, D. (2011). Rewarding, stimulant and sedative alcohol responses and relationship to future binge drinking. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 389-399.
359. King, A.C., McNamara, P.J., Hasin, D.S., Cao, D. (2014). Alcohol challenge responses predict future alcohol use disorder symptoms: a 6-year prospective study. *Biological Psychiatry*, 75(10), 798-806.
360. Clapp, J., Reed, M., Holmes, M., Lange, J., Voas, R. (2006). Drunk in public, drunk in private: The relationship between college students, drinking environments and alcohol consumption. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 32, 275-285.
361. Cospser, R., Okraru, I., Neuman, B. (1987). Tavern going in Canada: A national survey of regulars at public drinking establishments. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 252-259.
362. Paradis, C., Demers, A., Nadeau, L., Pircard, E. (2011). Parenthood, alcohol intake and drinking contexts: *occario furem facit*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(2), 259-269.
363. Single, E., Wortley, S. (1993). Drinking in various settings as it relates to demographic variables and level of consumption: Findings from a national survey in Canada. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 54, 590-599.
364. Paradis, C. (2011). Parenthood, drinking locations and heavy drinking. *Social Science and Medicine*, 72(8), 1258-1265.

365. Kypri, K., Paschall, M.J., Langley, J.D., Baxter, J., Bourdeau, B. (2010). The role of drinking locations in university student drinking: findings from a national web-based survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(1-2), 38-43.
366. Demers, A., Kairouz, S., Adlaf, E.M., Gliksman, L., Newton-Taylor, B., Marchand, A. (2002). Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates. *Social Science and Medicine*, 55(3), 415-424.
367. Kairouz, S., Greenfield, T.K. (2007). A comparative multi-level analysis of contextual drinking in American and Canadian adults. *Addiction*, 102(1), 71-80.
368. Delucchi, K.L., Matzger, H., Weisner, C. (2008). Alcohol in emerging adulthood: 7-year study of problem and dependent drinkers. *Addictive Behaviors*, 33(1), 134-142.
369. Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(9), WE01-4.
370. Hagihara, A., Tarumi, K., Nobutomo, K. (2003). Positive and negative effects of social support on the relationship between work stress and alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(6), 874-883.
371. Hussong, A.M. (2003). Further refining the stress-coping model of alcohol involvement. *Addictive Behaviors*, 28, 1515-1522.
372. Peirce, R.S., Frone, M.R., Russell, M., Cooper, M.L. (1996). Financial stress, social support and alcohol involvement: a longitudinal test of the buffering hypothesis in a general population survey. *Health Psychology*, 15, 38-47.
373. Steptoe, A., Wardle, J., Pollard, T.M., Canaan, L., Davies, G.J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(2), 171-180.
374. Liu, X.C., Keyes, K.M., Li, G. (2014). Work stress and alcohol consumption among adolescents: moderation by family and peer influences. *BMC Public Health*, 14, 1303.
375. Bacharach, S.B., Bamberger, P.A., Sonnenstuhl, W.J., Vashdi, D. (2004). Retirement, risky alcohol consumption and drinking problems among blue-collar workers. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(4), 537-545.
376. Bamberger, P.A. (2014). Winding down and boozing up: the complex link between retirement and alcohol misuse. *Working, Aging and Retirement*, 1(1), 92-111.
377. Bergen, H.A., Martin, G., Roeger, L., Allison, S. (2005). Perceived academic performance and alcohol, tobacco and marijuana use: longitudinal relationships in young community adolescents. *Addictive Behaviors*, 30(8), 1563-1573.
378. Cox, R.G., Zhang, L., Johnson, W.D., Bender, D.R. (2007). Academic performance and substance use: findings from a state survey of public high school students. *The Journal of School Health*, 77(3), 109-115.
379. Crum, R.M., Anthony, J.C. (2000). Educational level and risk for alcohol abuse and dependence: differences by race-ethnicity. *Ethnicity and Disease*, 10(1), 39-52.
380. Crum, R.M., Bucholz, K.K., Helzer, J.E., Anthony, J.C. (1992). The risk of alcohol abuse and dependence in adulthood: the association with educational level. *American Journal of Epidemiology*, 135(9), 989-999.
381. Crum, R.M., Helzer, J.E., Anthony, J.C. (1993). Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. *American Journal of Public Health*, 83(6), 830-837.
382. Crum R.M., Juon, H.S., Green, K.M., Roberston, J., Fothergill, K., Ensminger, M. (2006). Educational achievement and early school behavior as predictors of alcohol use early 35 year follow-up of the Woodlawn Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 75-85.
383. De Goeij, M.C., Suhrcke, M., Toffolutti, V., van de Mheen, D., Shoenmakers, T.M., Kunst, A.E. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Social Science and Medicine*, 131, 131-146.
384. Dewey, J. (1999). Reviewing the relationship between school factors and substance use for elementary, middle and high school students. *The Journal of Primary Prevention*, 19, 177-225.
385. Diego, M.A., Field, T.M., Sanders, C.E., (2003). Academic performance, popularity and depression predict adolescent substance use. *Adolescence*, 38(149), 35-42.
386. Ferreira, M.P., Weems, M.K. (2008). Alcohol consumption by aging adults in the United States: health benefits and detriments. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(10), 1668-1676.
387. Hallfors, D., Cho, H., Brodish, P.H., Fleweeling, R., Khatapoush, S. (2006). Identifying high school students 'at risk' for substance use and other behavioral problems: implications for prevention. *Substance Use and Misuse*, 41(1), 1-15.

388. Kalousova, L., Burgard, S.A. (2014). Unemployment, measured and perceived decline of economic resources: contrasting three measures of recessionary hardships and their implications for adopting negative health behaviors. *Social Science and Medicine*, 106, 28-34.
389. Lee, M.R., Chassin, L., MacKinnon, D.P. (2015). Role transitions and young adult maturing out of heavy drinking: evidence for larger effects of marriage among more severe premarriage problem drinkers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(6), 1064-1074.
390. Keyes, K.M., Hatzenbuehler, M.L. Hasin, M.S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology (Berlin)*, 218(1), 1-17.
391. Marchand, A. (2008). Alcohol use and misuse: what are the contribution of occupation and work organization conditions? *BMC Public Health*, 9, 333.
392. Marchand, A., Blanc, M.E. (2011). Occupation, work organization conditions, and alcohol misuse in Canada : an 8-year longitudinal study. *Substance Use and Misuse*, 46(8), 1003-1014.
393. Marchand, A., Parent-Lamarch, A., Blanc, M.E. (2011). Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(7), 2692-2705.
394. Midanik, L.T., Soghikian, K., Ransom, L.J., Tekawa, I.S. (1995). The effect of retirement on mental health and health behaviours: the Kaiser Permanente Retirement Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(1), S59-S61.
395. Power, C., Rodgers, B., Hope, S. (1999). Heavy alcohol consumption and marital status: disentangling the relationship in a national study of young adults. *Addiction*, 94(1), 1477-1487.
396. Richman, J.A., Zlatoper, K.W., Zackula Ehmke, J.L., Rospenda, K.M. (2006). Retirement and drinking outcomes: lingering effects of workplace stress? *Addictive Behaviors*, 31(5), 767-776.
397. Saade, S.L., Marchand, A. (2013). Work organisation conditions, alcohol misuse: the moderating role of personality traits. *Work*, 44(2), 191-200.
398. Sanders, C.E., Field, T.M., Diego, M.A. (2001). Adolescents' academic expectations and achievement. *Adolescence*, 36(144), 795-802.
399. Sutherland, I., Shepherd, J.P. (2001). Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction*, 96(3), 445-458.
400. Townsend, L., Flisher, A.J., King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychology*, 10(4), 295-317.
401. Wang, X., Steier, J.B., Gallo, W.T. (2014). The effect of retirement on alcohol consumption: results from the US Health and Retirement Study. *European Journal of Public Health*, 24(3), 485-489.
402. Kumar, V., Kinsella, L.J. (2010). Health brain aging: effect of head injury, alcohol and environmental toxins. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(1), 29-44.
403. Zins, M., Gueguen, A., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A., Leclerc, A., Vahtera, J., Westerlund, H., Ferrie, J.E., Goldberg, M. (2011). Effect of retirement on alcohol consumption: longitudinal evidence from the French GAZEL cohort study. *PLoS One*, 6(10), e26531.
404. Aldridge-Gerry, A.A., Roesch, S.C., Villodas, F., McCabe, C., Leung, Q.K., DaCosta, M. (2011). Daily stress and alcohol consumption: Modeling between-person and within-person ethnic variation in coping behavior. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72 (2011), pp. 125-134.
405. Britton, P.C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research and Theory*, 12, 103-114.
406. Brkic, S., Soderpalm, B., Soderpalm, G.A. (2015). A family history of Type 1 alcoholism differentiates alcohol consumption in high cortisol responders to stress. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 130, 59-66.
407. Cho, S.B., Llana, D.C., Adkins, A.E., Cooke, M., Kendler, K.S., Clark, S.L., Dick, D.M. (2015). Patterns of substance use across the first year of college and associated risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 27(6), 152.
408. Cooper, M.L., Russell, M., George, W.H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 218-230.
409. Cooper, M.L., Russell, M., Skinner, J.B., Frone, R., Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139-152.
410. Corbin, W.R., Farmer, N.M., Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: a mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912-1919.
411. Debell, F., Fear, N.T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S., Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1401-1425.

412. De Bellis, M.D. (2002). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substances use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 155-170.
413. Kuerbis, A., Sacco, P. (2012). The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: a review. *Addictive Behaviors*, 37(5), 587-595.
414. Evans, D.M., Dunn, N.J. (1995). Alcohol expectancies, coping responses, and self-efficacy judgments: A replication and extension of Cooper et al.'s 1988 study in a college sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 186-193.
415. Gaher, R.M., Simons, J.S., Hahn, A.M., Hofman, N.L., Hansen, J., Buchkoski, J. (2014). An experience sampling study of PTSD and alcohol-related problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1013-1025.
416. Karwacki, S.B., Bradley, J.R. (1996). Coping, drinking motives, goal attainment expectancies and family models in relation to alcohol use among college students. *Journal of Drug Education*, 26, 243-255.
417. Keyes, K.M., Hatzenbuehler, M.L., Grant, B.F., Hasin, D.S. (2012). Stress and alcohol: epidemiologic evidence. *Alcohol Research*, 34(4), 391-400.
418. Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H.S., Best, C.L., Schnurr, P.P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19-30.
419. Laurent, J., Catanzaro, S.J., Callan, M.K. (1997). Stress, alcohol-related expectancies and coping preferences: A replication with adolescents of the Cooper et al. (1992) model. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 644-651.
420. Leonard, K.E., Rothbard, J.C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol*. Supplement. 13, 139-146.
421. Rohrbach, L.A., Grana, R., Vernberg, E., Sussman, S., Sun, P. (2009). Impact of Hurricane Rita on adolescent substance use. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72, 222-237.
422. Spanagel, R., Noori, H.R., Heilig, M. (2014). Stress and alcohol interactions: animal studies and clinical significance. *Trends in Neuroscience*, 37(4), 219-227.
423. Veenstra, M.Y., Lemmens, P.H.H.M., Friesema, I.H.M., Tan, F.E.S., Garretsen, H.F.L., Knottnerus, J.A., Zwietering, P.J. (2007). Coping style mediates impact of stress on alcohol use: A prospective population-based study. *Addiction*, 102, 1890-1898.
424. Virtanen, M., Jokela, M., Nyberg, S.T., Madsen, I.E., Lallukka, T., Ahola, K., Alfredsson, L., Batty, G.D., Bjorner, J.B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Erbel, R., Ferrie, J.E., Fransson, E.I., Hamer, M., Heikkilä, K., Jöckel, K.H., Kittel, F., Knutsson, A., Koskenvuo, M., Ladwig, K.H., Lunau, T., Nielsen, M.L., Nordin, M., Oksanen, T., Pejtersen, J.H., Pentti, J., Rugulies, R., Salo, P., Schupp, J., Siegrist, J., Singh-Manoux, A., Steptoe, A., Suominen, S.B., Theorell, T., Vahtera, J., Wagner, G.G., Westerholm, P.J., Westerlund, H., Kivimäki, M. (2015). Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ*, epub.
425. De Wit, H., Soderpalm, A.H., Nikolayev, L., Young, E. (2003). Effects of acute social stress on alcohol consumption in healthy subjects. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27, 1270-1277.
426. Miller, P.M., Hersen, M., Eisler, R.M., Hilsman, G. (1974). Effects of social stress on operant drinking of alcoholics and social drinkers. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 67-72.
427. Thomas, S.E., Bacon, A.K., Randall, P.K., Brady, K.T., See, R.E. (2011). An acute psychosocial stressor increases drinking in non-treatment-seeking alcoholics. *Psychopharmacology*, 218, 19-28.
428. Stranges, S., Wu, T., Dorn, J.M., Freudenheim, J.L., Muti P., Farinero, E., Russell, M., Nochajski, T.H., Trevisan, M. (2004). Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. *Hypertension*, 44(6), 813-819.
429. Trevisan, M., Schisterman, E., Mennotti, A., Farchi, G., Conti, S., Risk Factor and Life Expectancy Research Group (2001). Drinking pattern and mortality: the Italian Risk Factor and Life Expectancy pooling project. *Annals of Epidemiology*, 11(5), 312-319.
430. Adams, Z.W., Kaiser, A.J., Lynam, D.R., Charnigo, R.J., Milich, R. (2012). Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addictive Behaviors*, 37(7), 848-855.
431. Andrucci, G.L., Archer, R.P., Pancoast, D.L., Gordon, R.A. (1989). The relationship of MMPI and Sensation Seeking Scales to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*, 53(2), 253-266.
432. Jaffe, L.T., Archer, R.P. (1987). The prediction of drug use among college students from MMPI, MCMI, and sensation seeking scales. *Journal of Personality Assessment*, 51(2), 243-253.
433. Pedersen, W. (1991). Mental health, sensation seeking and drug use patterns: a longitudinal study. *British Journal of Addiction*, 86(2), 195-204.
434. Puente, C.P., Gonzalez Gutierrez, J.L., Abellan, I.C., Lopez, A.L. (2008). Sensation seeking, attitudes toward drug use, and actual use among adolescents: testing a model for alcohol and ecstasy use. *Substance Use and Misuse*, 43(11), 1615-1627.

435. Yanovitzky, I. (2006). Sensation seeking and alcohol use by college students: examining multiple pathways of effects. *Journal of Health Communication*, 11(3), 269-280.
436. Vlahov, D., Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Boscarino, J.A., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D., (2002). Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 155:988-996.
437. Edenberg, H.J., Foroud, T. (2014). Genetics of Alcoholism. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, 561-571.
438. Enoch, M.A. (2012). The influence of gene-environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence. *Current Psychiatry Reports*, 14(2), 150-158.
439. Foroud, T., Edenberg, H.J., Crabbe, J.C. (2010). Genetic research: who is at risk for alcoholism? *Alcohol Research and Health*, 33(1/2), 64-75.
440. Goldman, D., Oroszi, G., Ducci, F. (2005). The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nature Reviews. Genetics*, 6(7), 521-532.
441. Hagele, C, Friedel, E., Kienast, T., Kiefer, F. (2014). How do we 'learn' addiction? Risk factors and mechanisms getting addicted to alcohol. *Neuropsychobiology*, 70(2), 67-76.
442. Iyer-Eimerbrink, P.A., Nurnberger Jr, J.I. (2014). Genetics of alcoholism. *Current Psychiatry Reports*, 16(12), 518.
443. Edenberg, H.J. (2007). The genetics of alcohol metabolism: role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase variants. *Alcohol Research and Health*, 30(1), 5-13.
444. Freudenheim, J.L., Ambrosone, C.B., Moysich, K.B., Vena, J.E., Graham, S., Marshall, J.R., Muti, P., Laughlin, R., Nemoto, T., Harty, L.C., Crist, G.A., Chan, A.W., Shields, P.G. (1999). Alcohol dehydrogenase 3 genotype modification of the association of alcohol consumption with breast cancer risk. *Cancer Causes Control*, 10(5), 369-377.
445. Slutske, W.S., Heath, A.C., Madden, P.A., Bucholz, K.K., Statham, D.J., Martin, N.G. (2002). Personality and genetic risk for alcohol dependence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 124-133.
446. Riddihough, G., Zhan, L.M. (2010). What is epigenetics? *Science*, 330 (6004), 611.
447. Krishnan, H.R., Sakharkar, A.J., Teppen, T.L., Berkel, T.D., Pandey, S.C. (2014). The epigenetic landscape of alcoholism. *International Review of Neurobiology*, 115, 75-116.
448. Massart, R., Barnea, R., Dikshtein, Y., Suderman, M., Meir, O., Hallett, M., Kennedy, P., Nestler, E.J., Szyf, M., Yadid, G. (2015) Role of DNA Methylation in the Nucleus Accumbens in Incubation of Cocaine Craving. *Journal of Neuroscience*, epub.
449. Wong, C.C.Y., Mill, J., Fernandes, C. (2011). Drugs and addiction: an introduction to epigenetics. *Addiction*, 106, 480-489.
450. Little, R.E., Streissguth, A.P., Barr, H.M., Herman, C.S. (1980). Decreased birth weight in infants of alcoholic women who abstained during pregnancy. *The Journal of Pediatrics*, 96, 974-977.
451. Ramsay, M. (2010). Genetic and epigenetic insights into fetal alcohol spectrum disorders. *Genome Medicine*, 2, 27.
452. Blaze, J., Asok, A., Roth, T.L. (2015). The long-term impacts of adverse caregiving environments on epigenetic modifications and telomeres. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, epub.
453. Gudsruk, K., Champagne, F.A. (2011). Epigenetic effects of early developmental experiences. *Clinics in Perinatology*, 38(4), 703-717.
454. Gudsruk, K., Champagne, F.A. (2012). Epigenetic influence of stress and the social environment. *ILAR Journal*, 53(34), 279-288.
455. Klengel, T., Binder, E.B. (2015). Epigenetics of stress-related psychiatric disorders and gene x environment interactions. *Neuron*, 86(6), 1343-1357.
456. Vaiserman, A.M. (2015). Epigenetic programming by early-life stress: evidence from human populations. *Developmental Dynamics*, 244(3), 254-265.
457. Vickers, M.H. (2014). Early life nutrition, epigenetics and programming of later life disease. *Nutrients*, 6(6), 2165-2178.
458. Dowling, G.J., Weiss, S.R.N., Condon, T.P. (2008). Drugs of abuse and the aging brain. *Neuropsychopharmacology*, 33, 209-218.
459. Meier, P., Seitz, H.K. (2008). Age, alcohol metabolism and liver disease. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 11(1), 21-26.
460. Novier, A., Diaz-Granados, J.L., Matthews, D.B. (2015). Alcohol use across the lifespan: An analysis of adolescent and aged rodent and humans. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 133, 65-82.
461. Oneta, C.M., Pedrosa, M., Ruttimann, S., Russell, R.M., Seitz, H.K. (2001). Age and bioavailability of alcohol. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 39(9), 783-788.
462. Seitz, H.K., Stickel, F. (2007). Alcohol liver disease in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 23(4), 905-921.

463. Smith, J.W. (1995). Medical manifestations of alcoholism in the elderly. *The International Journal of the Addictions*, 30(13-14), 1749-1798.
464. Vestal, R.E., McGuire, E.A., Tobin, J.D., Andres, R., Norris, A.H., Mezey, E. (1977). Aging and ethanol metabolism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 21(3), 343-354.
465. Moore, A.A., Gould R., Reuben, D.B., Greendale, G.A., Carter, M.K., Zhou, K., Karlamangla, A. (2005). Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. *American Journal of Public Health*, 95(3), 458-465.
466. Rogers, J., Wiese, B.S. (2011). Geriatric drinkers: evaluation and treatment for alcohol overuse. *BC Medical Journal*, 53(7), 353-356.
467. Ekstedt, M. Franzen, L.E., Holmqvist, M., Bendtsen, P., Mathiesen, U.L., Bodemar, G., Kechagias, S. (2009). Alcohol consumption is associated with progression of hepatic fibrosis in non-alcohol fatty liver disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 44(3), 366-374.
468. Baum, M.K., Rafie, C., Lai, S., Sales, S., Page, J.B., Campa, A. (2010). Alcohol use accelerates HIV disease progression. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 26(5), 511-518.
469. Bhattacharya, R., Shuhart, M.C. (2003). Hepatitis C and alcohol: interactions, outcomes and implications. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 36(3), 242-252.
470. Hahn, J.A., Samet, J.H. (2010). Alcohol and HIV disease progression: weighing the evidence. *Current HIV/AIDS Reports*, 7(4), 226-233.
471. Hutchinson, S.J., Bird, S.M., Goldberg, D.J. (2005). Influence of alcohol on the progression of hepatitis C virus infection: a meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 3(11), 1150-1159.
472. Samet, J.H., Cheng, D.M., Libman, H., Nunes, D.P., Alperen, J.K., Saitz, R. (2007). Alcohol consumption and HIV disease progression. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46(2), 194-199.
473. Wiley, T.E., McCarthy, M., Breidi, L., McCarthy, M., Layden, T.J. (1998). Impact of alcohol on the histological and clinical progression of hepatitis C infection. *Hepatology*, 28(3), 805-809.
474. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Harmful interactions: mixing alcohol with medicines: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Medicine/Harmful_Interactions.pdf
475. De Jong, F.A., Sparreboom, A., Verweij, J., Mathijssen, R.H. (2008). Lifestyle habits as a contributor to anti-cancer treatment failure. *European Journal of Cancer*, 44(3), 374-382.
476. Kumar, S., Rao, P.S., Earla, R., Kumar, A. (2015). Drug-drug interactions between anti-retroviral therapies and drugs of abuse in HIV systems. *Expert Opinion on Drug Metabolism and Toxicology*, 11(3), 343-355.
477. Statistique Canada (2008). Statut socioéconomique. <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/def/4068719-fra.htm>.
478. Bonevski, B., Regan, T., Paul, C., Baker, A.L., Bisquera, A. (2014). Associations between alcohol, smoking, socioeconomic status and comorbidities: evidence from 45 and Up Study. *Drug and Alcohol Review*, 33(2), 169-176.
479. Casswell, S., Pledger, M., Hooper, R. (2003). Socio-economic status and drinking patterns in young adults. *Addiction*, 98(5), 601-610.
480. Castillo-Carniglia, Á., Kaufman, J.S., Pino, P. (2014). Small area associations between social context and alcohol-attributable mortality in a middle income country. *Drug and Alcohol Dependence*, 137, 129-36.
481. Connolly, S., O'Reilly, D., Rosato, M., Cardwell, C. (2011). Area of residence and alcohol-related mortality risk: a five-year follow-up study. *Addiction*, 106(1):84-92.
482. Erskine, S., Maheswaran, R., Pearson, T., Gleeson, D. (2010). Socioeconomic deprivation, urban-rural location and alcohol-related mortality in England and Wales. *BMC Public Health*, 10, 99.
483. Fothergill, K.E., Ensminger, M.E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 61-76.
484. Hanson, M.D., Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence : a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 363-385.
485. Huerta, M.C., Borgonovi, F. (2010). Education, alcohol use and abuse among young adults in Britain. *Social Science and Medicine*, 71(1), 143-151
486. Kendler, K.S., Gardner, C.O., Hickman, M., Heron, J., Macleod, J., Lewis, G., Dick, D.M. (2014). Socio-economic status and alcohol-related behaviors in mid- to late adolescence in the Avon Longitudinal Study of parents and children. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(4), 541-545.
487. Lemstra, M., Bennett, N.R., Neudorf, C., Kunst, A., Nannapaneni, U., Warren, L.M., Kershaw, T., Scott, C.R. (2008). A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Canadian Journal of Public Health*, 99(3), 172-177.

488. Mulia, N., Karriker-Jaffe, K.J. (2012). Interactive influence of neighbourhood and individual socio-economic status on alcohol consumption and problems. *Alcohol and Alcoholism*, 47(2), 178-186.
489. Redonnet, B., Chollet, A., Fombonne, E., Bowes, L., Melchior, M. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults : the socioeconomic context. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 213-239.
490. van Oers JA, Bongers IM, van de Goor LA, Garretsen HF. (1999). Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 78-88.
491. Grittner, U., Kuntsche, S., Gmel, G., Bloomfield, K. (2013). Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels – results from an international study. *European Journal of Public Health*, 23(2), 332-339.
492. Mäkelä P. (1999). Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*, 94(6), 867-86.
493. Mäkelä P, Paljärvi T. (2008). Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 728-33.
494. Marchand, A., Parent-Lamarche, A., Blanc, M.E. (2011). Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(7), 2692-2705.
495. Crum, R.M., Muntaner, C., Eaton, W.W., Anthony, J.C. (1995). Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 19:647-655
496. Head, J., Stansfeld, S.A., Siegrist, J. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 219-224
497. Hemmingsson, T., Lundberg, I. (1998). Work control, work demands, and work social support in relation to alcoholism among young men. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 921-927
498. Joensuu, M., Vaananen, A., Koskinen, A., Kivimaki, M., Virtanen, M., Vahtera, J. (2010). Psychosocial work environment and hospital admissions due to mental disorders: a 15-year prospective study of industrial employees. *Journal of Affective Disorders*, 124, 118-125.
499. Moore, S., Grunberg, L., Greenberg, E. (2003). A longitudinal exploration of alcohol use and problems comparing managerial and nonmanagerial men and women. *Addictive Behaviors*, 28:687-703.
500. Ribet, C., Zins, M., Gueguen, A., Bingham, A., Goldberg, M., Ducimetiere, P., Lang, T. (2003). Occupational mobility and risk factors in working men: selection, causality or both? Results from the GAZEL study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 901-906.
501. Rospenda, K.M., Richman, J.A., Wislar, J.S., Flaherty, J.A. (2000). Chronicity of sexual harassment and generalized work-place abuse: effects on drinking outcomes. *Addiction*, 95, 1805-1820.
502. Richman, J.A., Rospenda, K.M., Flaherty, J.A., Freels, S., Zlatoper, K. (2004). Perceived organizational tolerance for workplace harassment and distress and drinking over time [harassment and mental health]. *Women and Health*, 40, 1-23.
503. Rospenda, K.M., Fujishiro, K., Shannon, C.A., Richman, J.A. (2008). Workplace harassment, stress, and drinking behavior over time: gender differences in a national sample. *Addictive Behaviors*, 33, 964-967.
504. Shields, M. (1999). Les longues heures de travail et la santé. *Health Reports*. Ottawa ON: Statistique Canada.
505. Sikora, P., Moore, S., Greenberg, E., Grunberg, L. (2008). Downsizing and alcohol use: a cross-lagged longitudinal examination of the spillover hypothesis. *Work Stress*, 22, 51-68.
506. Zins, M., Carle, F., Bugel, I., Leclerc, A., Orio, D.F., Goldberg, M. (1999). Predictors of change in alcohol consumption among Frenchmen of the GAZEL study cohort. *Addiction*, 94, 385-395.
507. Dobson, M.C. (2011). Insecurity, professional sociability and alcohol: Young freelance musicians' perspectives on work and life in the music profession. *Psychology of Music*, 39(2), 240-260.
508. Gronnerod, J.S. (2002). The use of alcohol and cannabis in non-professional rock bands in Finland. *Contemporary Drug Problems*, 29(2), 417-443.
509. Barry, A.E., Howell, S.M., Riplinger, A., Piazza-Gardner, A.K. (2015). Alcohol use among college athletes: do intercollegiate, club, or intramural student athletes drink differently? *Substance Use and Misuse*, 50(3), 302-307.
510. Cadigan, J.M., Littlefield, A.K., Martens, M.P., Sher, K.J. (2013). Transitions into and out of intercollegiate athletic involvement and risky drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(1), 21-29.
511. Ford, J.A. (2007). Alcohol use among college students: a comparison of athletes and nonathletes. *Substance Use and Misuse*, 42(9), 1367-1377
512. Leichliter, J.S., Meilman, P.W., Presley, C.A., Cashin, J.R. (1998). Alcohol use and related consequences among students with varying levels of involvement in college athletics. *Journal of American College Health*, 46(6), 257-262.

513. Nelson, T.F., Weschler, H. (2001). Alcohol and college athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(1), 43-47.
514. O'Brien, K.S., Ali, A., Cotter, J.D., O'Shea, R.P., Stannard, S. (2007). Hazardous drinking in New Zealand sportspeople : level of sporting participation and drinking motives. *Alcohol and Alcoholism*, 42(4), 376-382.
515. Zhou, J., O'Brien, K.S., Heim, D. (2014). Alcohol consumption in sportspeople : the role of social cohesion, identity and happiness. *International Review for the Sociology of Sport*, 49(3-4), 278-293.
516. Wechsler, H., Davenport, A.E., Dowdall, G.W., Grossman, S.J., Zanakos, S.I. (1997). Binge drinking, tobacco, and illicit drug use and involvement in college athletics : a survey of students at 140 American colleges. *Journal of American College Health*, 45(5), 195-200.
517. Peretti-Watel, P., Guagliardo, V., Verger, P., Pruvost, J., Mignon, P., Obadia, Y. (2003). Sporting activity and drug use : Alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. *Addiction*, 98(9), 1249-1256.
518. Yusko, D.A., Buckman, J.F., White, H.R., Pandina, R.J. (2008). Alcohol, tobacco, illicit drugs, and performance enhancers : a comparison of use by college student athletes and nonathletes. *Journal of American College Health*, 57(3), 281-290.
519. Zhou, J., Heim, D. (2014). Sports and spirits: a systematic qualitative review of emergent theories for student-athlete drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 49(6), 604-617.
520. Nelson, T.F., Wechsler, H. (2003). School spirits: alcohol and collegiate sports fans. *Addictive Behaviors*, 28(1), 1-11.
521. Mays, D., Depadilla, L., Thompson, N.J., Kushner, H.I., Windle, M. (2010). Sports participation and problem alcohol use: a multi-wave national sample of adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(5), 491-498.
522. Wichstrom, T., Wichstrom, L. (2009). Does sports participation during adolescence prevent later alcohol, tobacco and cannabis use? *Addiction*, 104(1), 138-149.
523. Leri, F., Bruneau, J., Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98(1), 7-22.
524. Brache, K., Thomas, G., Stockwell, T. (2012). Caffeinated alcoholic beverages in Canada: Prevalence of use, risks and recommended policy responses. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
525. Marczynski, C.A. (2015). Can energy drinks increase the desire for more alcohol? *Advances in Nutrition*, 6(1), 96-101.
526. Brache, K., Stockwell, T. (2011). Drinking patterns and risk behaviors associated with combined alcohol and energy drink consumption in college drinkers. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1133-1140.
527. Marczynski, C.A., Fillmore, M.T., Henges, A.L., Ramsey, M.A., Young, C.R. (2013). Mixing an energy drink with an alcoholic beverage increases motivation for more alcohol in college students. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 37(2), 276-283.
528. O'Brien, M.C., McCoy, T.P., Rhodes, S.D., Wagoner, A., Wolfson, M. (2008). Caffeinated cocktails: energy drink consumption, high-risk drinking, and alcohol-related consequences among college students. *Academic Emergency Medicine*, 15(5), 453-460.
529. Price, R., Hilchey, C., Darredeau, C., Fulton, H., Barrett, S. (2010). Brief communication: Energy drink co-administration is associated with increased reported alcohol ingestion. *Drug and Alcohol Review*, 29(3), 331-333.
530. Thombs, D., O'Mara, R., Tsukamoto, M., Rossheim, M., Weiler, R., Merves, M., Goldberder, B. (2010). Event-level analyses of energy drink consumption and alcohol intoxication in bar patrons. *Addictive Behaviours*, 35(4), 325-330.
531. Ferreira, S., de Mello, M., Pompeia, S., de Souza-Formigoni, M. (2006). Effects of energy drink ingestion on alcohol intoxication. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(4), 598-605.
532. Marczynski, C.A. (2011). Alcohol mixed with energy drinks: consumption patterns and motivations for use in US college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3232-3245.
533. Marczynski, C.A., Fillmore, M.T. (2014). Energy drinks mixed with alcohol: what are the risks? *Nutrition Reviews*, 72 (suppl 1), 98-107.
534. McKetin, R., Coen, A., Kaye, S. (2015). A comprehensive review of the effects of mixing caffeinated energy drinks with alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, epub.
535. Hartman, R.L., Huestis, M.A. (2013). Cannabis effects on driving skills. *Clinical Chemistry*, 5(3), 478-492.
536. Hartman, R.L., Brown, T.L., Milavetz, G., Spurgin, A., Gorelick, D.A., Gaffney, G., Huestis, M.A. (2015). Controlled cannabis vaporizer administration: blood and plasma cannabinoids with and without alcohol. *Clinical Chemistry*, 61(6), 850-869.
537. Hartman, R.L., Brown, T.L., Milavetz, G., Spurgin, A., Pierce, R.S., Gorelick, D.A., Gaffney, G., Huestis, M.A. (2015). Cannabis effects on driving lateral control with and without alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, epub.

538. Pelucchi, C., Gallus, S., Garavello, W., Bosetti, C., La Vecchia, C. (2006). Cancer risk associated with alcohol and tobacco use : focus on upper aero-digestive tract and liver. *Alcohol Research and Health*, 29(3), 193-198.
539. Stone, A.L., Becker, L.G., Huber, A.M., Catalano, R.F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747-775.
540. Monahan, K.C., Oesterle, S., Rhew, I., Hawkins, J.D. (2014). The relation between risk and protective factors for problem behaviors and depressive symptoms, antisocial behavior and alcohol use in adolescence. *Journal of Community Psychology*, 42(5), 621-638.
541. Hemphill, S.A., Heerde, J.A., Herrenkohl, T.I., Patton, G.C., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F. (2011). Risk and protective factors for adolescent substance use in Washington State, the United States and Victoria, Australia : a longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 49(3), 312-320.
542. DeHart, T., Tennen, H., Aremlı, S., Todd, M., Mohr, C. (2009). A diary study of implicit self-esteem, interpersonal interactions and alcohol consumption in college students. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(4), 720-730.
543. DeHart, T., Tennen, H., Aremlı, S., Todd, M., Affleck, G. (2008). Drinking to regulate negative romantic relationship interactions: the moderating role of self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(3), 527-538.
544. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Les Directives de consommation d'alcool à faible risque. Ottawa ON: Canadian Center on Substance Abuse.
545. DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R., Ogborne, A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 745-750.
546. Hersh, M.A., Hussong, A.M. (2006). High school drinker typologies predict alcohol involvement and psychosocial adjustment during acclimation to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(5), 741-754.
547. Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Chou, S.P., Ruan, W.J., Grant, B.F. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2149-2160.
548. Grant, B.F., Dawson, D.A. (1997). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 10(2), 163-173.
549. Gruber, E., DiClemente, R.J., Anderson, M.M., Lodico, M. (1996). Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescence. *Preventive Medicine*, 25(3), 293-300.
550. Hawkins, J.D., Graham, J.W., Maguin, E., Abbott, R., Hill, K.G., Catalano, R.F. (1997). Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 280-290.
551. Hingson, R.W., Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking and unintentionally injuring oneself and other after drinking. *Pediatrics*, 123(6), 1477-1484.
552. Maggs, J.L., Schulenberg, J.E. (2005). Initiation and course of alcohol consumption among adolescents and young adults. *Recent Developments in Alcoholism*, 17(1), 29-47.
553. Spear, L.P. (2015). Adolescent alcohol exposure: Are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiology and Behaviour*, epub.
554. Leatherdale, S.T., Burkhalter, R. (2012). The substance use profile of Canadian youth: Exploring the prevalence of alcohol, drug and tobacco use by gender and grade. *Addictive Behaviors*, 37(3), 318-322.
555. Freeman, J., Coe, H., King, M. (2014). Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire: rapport sur les tendances 1990-2010. Ottawa ON: Agence de la santé publique du Canada.
556. Caldwell, L.C., Schweinsburg, A.D., Nagel, B.J., Barlett, V.C., Brown, S.A., Tapert, S.F. (2005). Gender and adolescent alcohol use disorders on BOLD (blood oxygen level dependent) response to spatial working memory. *Alcohol and Alcoholism*, 40(3), 194-200.
557. Bava, S., Tapert, S.F. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review*, 20(4), 398-413.
558. Squeglia, L.M., Tapert, S.F., Sullivan, E.V., Jacobus, J., Meloy, M.J., Rohlfing, T., Pfefferbaum, A. (2015). Brain development in heavy-drinking adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 172, 531-542.
559. Blakemore, S.J., Robbins, T.W. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience*, 15(9), 1184-1191.

PERSPECTIVE DE SANTÉ DE LA POPULATION

560. Chambers, R.A., Taylor, J.R., Potenza, M.N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 26(6), 1041-1052
561. Clark, D.B., Thatcher, D.L., Tapert, S.F. (2008). Alcohol, psychological dysregulation and adolescent brain development. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(3), 375-385.
562. Galvan, A., Hare, T., Voss, H., Glover, G., Casey, B.J. (2007). Risk-taking and the Adolescent Brain: Who is at risk? *Developmental Science*, 10 (2), F8-F14.
563. Guerri, C., Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44(1), 15-26.
564. Lisdahl, K.M., Gilbert, E.R., Wright, N.E., Shollenbarger, S. (2013). Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure and function. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 53.
565. Peeters, M., Vollebergh, W.A.M., Reinout, W.W., Field, M. (2014). Psychological changes and cognitive impairments in adolescent heavy drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 182-186.
566. Petit, G., Maurage, P., Kornreich, C. Verbanck, P., Campanella, S. (2014). Binge drinking in adolescents: a review of neurophysiological and neuroimaging research. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 198-206.
567. Witt, E.D. (2010). Research on alcohol and adolescent brain development: opportunities and future directions. *Alcohol*, 44(1), 119-124.
568. Peters, S., Jolles, D.J., Van Duijvenvoorde, A.C., Crone, E.A., Peper, J.S. (2015). The link between testosterone and amygdala-orbitofrontal cortex connectivity in adolescent alcohol use. *Psychoneuroendocrinology*, 53, 117-126.
569. Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4, 4-27.
570. Wolaver, A.M. (2002). Effects of heavy drinking in college on study effort, grade point average and major choice. *Contemporary Economic Policy*, 20(4), 415-428.
571. Neighbors, C., Lee, C.M., Lewis, M.A., Fossos, N., Larimer, M.E. (2007). Are social norms the best predictor of outcomes among heavy-drinking college students? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(4), 556-565.
572. Noel, Z. (2014) Why adolescents are at risk of misusing alcohol and gambling. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 165-172.
573. Blakemore, S.J., Choudhury, S. (2006). Brain development during puberty: state of the science. *Developmental Science*, 9(1), 11-14.
574. Crone, E.A. (2009). Executive functions in adolescence: inferences from brain and behavior. *Developmental Science*, 12(6), 825-830.
575. Eiland, L., Romeo, R.D. (2013). Stress and the developing adolescent brain. *Neuroscience*, 249, 162-171.
576. Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Croft, J.B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713-725.
577. Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., Anda, R.F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
578. Dube, S.R., Miller, J.W., Brown, D.W., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dong, M., Anda, R.F. (2006) Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *The Journal of Adolescent Health*, 38, 444, e1-10.
579. Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
580. Kaplow, J.B., Widom, C.S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 176-87.
581. Keiley, M.K., Howe, T.R., Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S. (2001). The timing of child physical maltreatment: a cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and Psychopathology*, 13, 891-912.
582. Lansford, J.E., Miller-Johnson, S., Berlin, L.J., Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S. (2007). Early physical abuse and later violent delinquency: a prospective longitudinal study. *Child Maltreatment*, 12, 233-45.
583. Rossow, I., Keating, P., Felix, L., McCambridge, J. (2015). Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*, epub.

584. Van der Vorst, H., Krank, M., Engels, R.C., Pieters, S., Burk, W.J., Mares, S.H. (2013). The mediating role of alcohol-related memory associations on the relation between perceived parental drinking and the onset of adolescents' alcohol use. *Addiction*, 108(3), 526-533.
585. Latendress, S.J., Rose, R.J., Viken, R.J., Pulkkinen, L., Kaprio, J., Dick, D.M. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(2), 322-330.
586. Jackson, M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Abar, C.C. (2015). Prevalence and correlates of sipping alcohol in a prospective middle school sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, epub.
587. Ennett, S.T., Jackson, C., Bowling, J.M., Dickinson, D.M. (2013). Parental socialization and children's susceptibility to alcohol use initiation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(5), 694-702.
588. Livingston, J.A., Testa, M., Hoffman, J.H., Windle, M. (2010). Can parents prevent heavy episodic drinking by allowing teens to drink at home? *Addictive Behaviors*, 35(12), 1105-1112.
589. Mares, S.H., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R.C. (2013). Intergenerational transmission of drinking motives and how they relate to young adults' alcohol use. *Alcohol and Alcoholism*, 48(4), 445-451.
590. Yu, J. (2003). The association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(3), 253-262.
591. King, K.M., Chassin, L. (2004) Mediating and moderated effects of adolescent behavioral under-control and parenting in the prediction of drug use disorders in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 18, 239-249.
592. Mason, W.A., Windle, M. (2001). Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: a longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(1), 44-53.
593. Miles, D.R., Silberg, J.L., Pickens, R.W., Eaves, L.J. (2005) Familial influences on alcohol use in adolescent female twins: testing for genetic and environmental interactions. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 445-451.
594. Moore, G.F., Rothwell, H., Segrott, J. (2010). An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 6.
595. Simons-Morton, B., Chen, R. (2005). Latent growth curve analyses of parent influences on drinking progression among early adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(1), 5-13.
596. Waldron, M., Grant, J.D., Bucholz, K.K., Lynskey, M.T., Slutske, W.S., Glowinski, A.L., Henders, A., Statham, D.J., Martin, N.G., Heath, A.C. (2014a). Parental separation and early substance involvement: results from children of alcoholics and cannabis dependent twins. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 78-84.
597. Waldron, M., Vaughan, E.L. Bucholz, K.K., Lynskey, M.T., Sartor, C.E., Duncan, A.E., Madden, P.A., Heath, A.C. (2014b). Risks for early substance involvement associated with parental alcoholism and parental separation in an adolescent female cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 130-136.
598. Van Ryzin, M.J., Fosco, G.M., Dishion, T.J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: an 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1314-1324.
599. Santé Canada (2014). Enquête de 2012-2013 sur la tabagisme chez les jeunes. Ottawa ON: Santé Canada.
600. Santé Canada (2012). Enquête de 2010-2011 sur la tabagisme chez les jeunes. Ottawa ON: Santé Canada.
601. Santé Canada (2010). Enquête de 2008-2009 sur la tabagisme chez les jeunes. Ottawa ON: Santé Canada.
602. Freeman, J.G., King, M., Pickett, W. (2011). La santé de jeunes Canadiens: un accent sur la santé mentale. Ottawa ON: Agence de la santé publique du Canada.
603. Borsari, B., Murphy, J.G., Barnett, N.P. (2007). Predictors of alcohol use during the first year of college: implications for prevention. *Addictive Behaviors*, 32, 2062-2086.
604. Park, C.L. (2004). Positive and negative consequences of alcohol consumption in college students. *Addictive Behaviors*, 29, 311-321.
605. Mallett, K.A., Bachrach, R.L., Turrisi, R. (2008). Are all negative consequences truly negative? Assessing variations among college students' perceptions of alcohol related consequences. *Addictive Behaviors*, 33, 1375-1381.
606. Patrick, M.E., Maggs, J.L. (2011). College students' evaluations of alcohol consequences as positive or negative. *Addictive Behaviors*, 36, 1148-1153.
607. Borsari, B., Bergen-Cico, D., Carey, K.B. (2003). Self-reported drinking-game participation of incoming college students. *Journal of American College Health*, 51(4), 149-154.
608. Cameron, J.M., Heidelberg, N., Simmons, L., Lyle, S.B., Mitra-Varma, K., Correia, C. (2010). Drinking game participation among undergraduate students attending National Alcohol Screening Day. *Journal of American College Health*, 58(5), 499-506.

609. Johnson, T.J., Stahl, C. (2004). Sexual experiences associated with participation in drinking games. *The Journal of General Psychology*, 131(3), 304-320.
610. Perdersen, E.R., Labrie, J. (2008). Normative misperceptions of drinking among college students: a look at the specific contexts of prepartying and drinking games. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(3), 406-411.
611. Zamboanga, B.L., Leitkowski, L.K., Rodriguez, L., Cascio, K.A. (2006). Drinking games in female college students: more than just a game? *Addictive Behaviors*, 31(8), 1485-1489.
612. Battaglia, C., Battaglia, B., Mancini, F., Nappi, R.E., Paradisi, R., Venuroli, S. (2011). Moderate alcohol intake, genital vascularization and sexuality in young, healthy eumenorrheic women. A pilot study. *The Journal of Experimental Medicine*, 8(8), 2334-2343.
613. Agence de la santé publique du Canada (2009). L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa ON: Agence de la santé publique du Canada.
614. Rohwer, R.D., Liu, S., You, N.C., Buring, J.E., Manson, J.E., Song, Y. (2015). Interrelationship between alcohol intake and endogenous sex-steroid hormones on diabetes risk in postmenopausal women. *Journal of the American College of Nutrition*, 34(4), 273-280.
615. Augustynska, B., Ziolkowski, M., Odrowaz-Sypniewska, G., Kielpinski, A., Gruszka, M., Kosmowski, W. (2007). Menstrual cycle in women addicted to alcohol during the first week following drinking cessation – changes in sex hormones levels in relation to selected clinical features. *Alcohol and Alcoholism*, 42(2), 80-83.
616. Suzuki, R., Ye, W., Rylander-Rudqvist, T., Saji, S., Golditz, G.A., Wolk, A. (2005). Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a prospective cohort study. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(21), 1601-1608.
617. Suzuki, R., Orsini, N., Mignone, L., Saji, S., Wolk, A. (2008). Alcohol intake and risk of breast cancer defined by estrogen and progesterone receptor status – a meta-analysis of epidemiological studies. *International Journal of Cancer*, 122(8), 1832-1841.
618. Randall, C.L., Roberts, J.S., Del Boca, F.K., Carroll, K.M., Connors, G.J., Mattson, M.E. (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2), 252-260.
619. Lewis, B., Nixon, S.J. (2014). Characterizing gender differences in treatment seekers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38, 275-284.
620. Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, Engels., R. (2006). Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive Behaviours*, 31(10), 1844-1857.
621. Assemblée des Premières Nations (2006). Santé publique pour les Premières Nations: Un cadre pour l'amélioration de la santé de nos peuples et de nos collectivités. Ottawa ON: Assemblée des Premières Nations.
622. Assemblée des Premières Nations (2013). First Nations Wholistic Policy and Planning: a transitional discussion document on the social determinants of health. Ottawa ON: Assemblée des Premières Nations.
623. Dion Tout, M., Kipling, G. (2003) Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats. Ottawa ON: Fondation autochtone de guérison.
624. Greenwood, M.L., de Leeuw, S.N. (2012). Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada. *Paediatrics and Child Health*, 17(7), 381-384.
625. Health Canada, Assembly of First Nations, National Native Addiction Partnership Foundation (2011). Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues Among First Nations People in Canada. Ottawa ON: Health Canada, Assembly of First Nations and National Native Addiction Partnership Foundation.
626. Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations (2015). Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Ottawa ON: Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations.
627. Inuit Tapiriit Kanatami (2014). Social Determinants of Inuit Health in Canada. Ottawa ON: Inuit Tapiriit Kanatami.
628. Kumar, M.B., Wesche, S., McGuire, C. (2012). Trends in Metis-related health research (1980-2009): identification of research gaps. *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), 23-28.
629. Sheppard, A.J., Hetherington, R. (2012). A decade of research in Inuit children, youth, and maternal health in Canada: areas of concentrations and scarcities. *International Journal of Circumpolar Health*, 71.
630. Young, T.K. (2003). Review of research on Aboriginal populations in Canada: relevance to their health needs. *BMJ*, 327(7412), 419-422.

631. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) (2012). Phase 2 (2008-2010) de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations (ERS), Rapport national sur les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans des collectivités des Premières nations. Ottawa ON: FNIGC.
632. Wallace, S. (2014). Santé des Inuit: certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. Ottawa ON: Statistique Canada.
633. Gionet, L., Roshanafshar, S. (2013). Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits. Ottawa, ON: Statistique Canada.

RÉDUIRE LES EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ

634. The Government of the United Kingdom (2012). The Government's Alcohol Strategy. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/224075/alcohol-strategy.pdf.
635. Moyer, A., Finney, J.W. (2015). Brief interventions for alcohol misuse. *Canadian Medical Association Journal*, 187(7), 502-506.
636. Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001). Brief intervention: for hazardous and harmful drinking. World Health Organization.
637. Berger, D., Bradley, K.A. (2015). Primary care management of alcohol misuse. *The Medical Clinics of North America*, 99(5), 989-1016.
638. Cuijpers, P., Riper, H., Lemmers, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 99(7), 938-945.
639. USPSTF (2004). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 554-56.
640. Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A., Orleans, T., Klein, J., US Preventive Services Task Force (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 557-568.
641. Foxcroft, D.R., Moreira, M.T., Almeida Santimano, N.M., Smith, L.A. (2015). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, epub.
642. Moreira, M.T., Smith, L.A., Foxcroft, D. (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(3).
643. Linden, A.N., Kite, B.A., Braitman, A.L., Henson, J.M. (2014). Protective behavioral strategy use and motivations for drinking: exploring alternatives to drinking strategies. *Addictive Behaviors*, 39, 469-472.
644. Mason, A.E., Boden, M.T., Cucciare, M.A. (2014). Prospective associations among approach coping, alcohol misuse and psychiatric symptoms among veterans receiving a brief alcohol intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(5), 553-560.
645. Melnyk, B.M., Jacobson, D., Kelly, S., Belyea, M., Shaibi, G., Small, L., O'Haver, J., Marisglia, F.F. (2013). Promoting healthy lifestyles in high school adolescents: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(4), 407-415.
646. Stappenbeck, C.A., Luterek, J.A., Kaysen, J.A., Rosenthal, C.F., Gurrad, B., Simpson, T.L. (2015). A controlled examination of two coping skills for daily alcohol use and PTSD symptom severity among dually diagnosed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 8-17.
647. Ray, A.E., Turrisi, R., Abar, B., Peters, K.E. (2009). Social-cognitive correlates of protective drinking behaviors and alcohol-related consequences in college students. *Addictive Behaviors*, 34(11), 911-917.
648. Stephens, P.C., Sloboda, Z., Stephens, R.C., Teasdale, T., Grey, S.F., Hawthorne, R.D., Williams, J. (2009). Universal school-based substance abuse prevention programs: modelling targeted mediators and outcomes for adolescent cigarette, alcohol and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1-3), 19-29.
649. Koutakis, N., Stattin, H., Kerr, M. (2008). Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Orebro Prevention Program. *Addiction*, 103(10), 1629-1637.
650. Ozdemir, M., Koutaski, N. (2015). Does promoting parents' negative attitudes to underage drinking reduce adolescents' drinking? The mediating process and moderators of the effects of the Orebro Prevention Program. *Addiction*, epub.
651. Pettersson, C., Ozdemir, M., Eriksson, C. (2011). Effects of a parental program for preventing underage drinking - the NGO program strong and clear. *BMC Public Health*, 11, 251.

652. Koning, I.M., Verdurmen, J.E., Engels, R.C., van den Eijnden, R.J., Vollebergh, W.A. (2012). Differential impact of a Dutch alcohol prevention program targeting adolescents and parents separately and simultaneously: low self-control and lenient parenting at baseline predict effectiveness. *Prevention Science*, 13(3), 278-287.
653. Koning, I.M., van den Eijnden, R.J., Verdurmen, J.E., Engels, R.C., Vollebergh, W.A. (2013). A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addictive Behaviors*, 38(4), 2032-2039.
654. Koning, I.M., Maric, M., MacKinnon, D., Vollebergh, W.A. (2015). Effects of combined parent-student alcohol prevention program on intermediate factors and adolescents' drinking behavior: a sequential mediation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 719-727.
655. Verdurmen, J.E., Koning, I.M., Vollebergh, W.A., van den Eijnden, R.J., Engels, R.C. (2014). Risk moderation of a parent and student preventive alcohol intervention by adolescent and family factors: a cluster randomized trial. *Preventive Medicine*, 60, 88-94.
656. Conrod, P.J., O'Leary-Barrett, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., Girard, A. (2013). Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 334-342.
657. O'Leary-Barrett, M., Mackie, C.J., Castellanos-Ryan, N., Al-Khudhairy, N., Conrod, P.J. (2010). Personality-targeted interventions delay uptake of drinking and decrease risk of alcohol-related problems when delivered by teachers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(9), 954-963.
658. Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R., Wiers, R.W., Kleinjan, M. (2015). Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction* 110(7), 1101-1109.
659. La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (2010). Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 32(8), S1-S32.
660. Stockwell, T., Zhao, J., Giesbrecht, N., Macdonald, S., Thomas, G., Wettlaufer, A. (2012). The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *American Journal of Public Health*, 201(12), 103-110.
661. Stockwell, T., Zhao, J., Marzell, M., Gruenewald, P.J., Macdonald, S., Ponicki, W.R., Martin, G. (2015). Relationships between minimum alcohol pricing and crime during the partial privatization of a Canadian Government alcohol monopoly. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(4), 628-634.
662. Wagenaar, A.C., Salois, M.J., Kmoró, K.A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179-190.
663. Xu, X., Chaloupka, F.J. (2011). The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol Research and Health*, 34(2), 236, 245.
664. Stockwell, T., Zhao, J., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W., Tu, A., Buxton, J. (2013). Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2014-2020.
665. Zhao, J., Stockwell, T., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W.R., Tu, A., Buxton, J. (2013). The relationships between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002-2009. *Addiction*, 108(6), 1059-1069.
666. Barbor, T.F. (2004). *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford: Oxford University Press.
667. Abbey, A., Scott, R.O., Smith, M.J. (1993). Physical, subjective and social availability: their relationship to alcohol consumption in rural and urban areas. *Addiction*, 88(4), 489-499.
668. Adrian, M., Ferguson, B.S., Her, M. (1996). Does allowing the sale of wine in Quebec grocery stores increase consumption? *Journal of Studies on Alcohol*, 57(4), 434-448.
669. Callaghan, R.C., Sanches, M., Gatley, J.M. (2013). Impacts of the minimum legal drinking age legislation on in-patient morbidity in Canada, 1997-2007: a regression-discontinuity approach. *Addiction*, 108(09), 1590-1600.
670. Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts of alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 44(5), 500-516.
671. Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, Pakula, B., Gruenewald, P., Holder, H. (2009). Changes in per capita alcohol sales during the partial privatization of British Columbia's retail alcohol monopoly 2003-2008: a multi-level local area analysis. *Addiction*, 104(11), 1827-1836.

672. Stockwell, T., Zhao, J., Macdonald, S., Vallance, K., Gruenewald, P., Ponicki, W., Holder, H. Treno, A. (2011). Impact on alcohol-related mortality of a rapid rise in the density of private liquor outlets in British Columbia: a local are multi-level analysis. *Addiction*, 106(4), 768-776.
673. Trollidal, B. (2005). An investigation of the effect of privatization of retail sales of alcohol on consumption and traffic accidents in Alberta, Canada. *Addiction*, 100, 662-671.
674. Graham, K., Osgood, D.W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L., Leonard, K., Parnanen, K., Saltz, R.F., Toomey, T.L. (2004). The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Review*, 23(1), 31-41.
675. Patra J., Rehm, J., Popova, S. (2011). Avoidable alcohol-attributable criminality and its costs due to selected interventions in Canada. *The International Journal on Drug Policy*, 22(2), 109-119.
676. Howard-Pitney, B., Johnson, M.D., Altman, D.G., Hopkins, R., Hammond, N. (1991). Responsible alcohol service: a study of server, manager and environmental impact. *American Journal of Public Health*, 81, 197-199.
677. Lang, E., Stockwell, T., Rydon, P., Beel, A. (1998). Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm? *Drug and Alcohol Review*, 17, 39-50.
678. Wagenaar, A.C., Toomey, T.L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 206-225.
679. Callaghan, R.C., Sanches, M., Gatley, J.M. (2013). Impacts of the minimum legal drinking age legislation on in-patient morbidity in Canada, 1997-2007: a regression-discontinuity approach. *Addiction*, 108(09), 1590-1600.
680. Callaghan, R.C., Sanches, M., Gatley, J.M., Cunningham, J.K. (2013). Effects of the minimum legal drinking age on alcohol-related health service use in hospital settings in Ontario: a regression-discontinuity approach. *American Journal of Public Health*, 130(12), 2284-2291.
681. Callaghan, R.C., Gatley, J.M., Sanches, M., Asbridge, M. (2016). Impacts of drinking-age legislation on alcohol-impaired driving crimes among young people in Canada, 2009-2013. *Addiction*, epub.
682. Callaghan, R.C., Sanches, M., Gatley, J.M., Stockwell, T. (2014). Impacts of drinking-age laws on mortality in Canada, 1980-2009. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 137-145.
683. Fell, J.C., Fisher, D.A., Voas, R.B., Blackman, K., Tippetts, A.S. (2009). The impact of underage drinking laws on alcohol-related fatal crashes of young drivers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 33(7), 1208-1219.
684. Green, R., Jason, H., Ganz, D. (2015). Underage drinking: does the minimum age drinking law offer enough protection? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(2), 117-128.
685. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Âge legal de consommation d'alcool au Canada. <http://www.ccsa.ca/fra/topics/alcohol/pages/legal-drinking-age-for-alcohol-in-canada.aspx>.
686. Barry, A.E., Johnson, E., Rabre, A., Darville, G., Donovan, K.M., Efunbumi, O. (2015). Underage access to online alcohol marketing content: a YouTube case study. *Alcohol and Alcoholism*, 50(1), 89-94.
687. Jernigan, D., O'Hara, J. (2004). Alcohol advertising and promotion. In Bonnie, R.J., O'Connell, M.E. (eds). *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington D.C. : The National Academies Press.
688. Ross, C.S., Ostroff, J., Siegel, M.B., DeJong, W., Naimi, T.S., Jernigan, D.H. (2014). Youth alcohol brand consumption and exposure to brand advertising in magazines. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(4), 615-622.
689. Ross, C.S., Maple, E., Siegel, M., DeJong, W., Naimi, T.S., Ostroff, J., Padon, A.A., Borzekowski, D.L., Jernigan, D.H. (2014). The relationship between brand-specific alcohol advertising on television and brand-specific consumption among underage youth. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(8), 2234-2242.
690. Ross, C.S., Maple, E., Siegel, M., DeJong, W., Naimi, T.S., Padon, A.A., Borzekowski, D.L., Jernigan, D.H. (2015). The relationship between population-level exposure to alcohol advertising on television and brand-specific consumption among underage youth in the US. *Alcohol and Alcoholism*, 50(3), 358-364.
691. Tanski, S.E., McClure, A.C., Li, Z., Jackson, K., Morgenstern, M., Li, Z., Sargent, J.D. (2015). Cued recall of alcohol advertising on television and underage drinking behavior. *JAMA Pediatrics*, 169(3), 264-271.
692. Siegel, M., DeJong, W., Cioffi, D., Leon-Chi, L., Naimi, T.S. Padon, A.A., Jernigan, D.H., Xuan, Z. (2015). Do alcohol advertisements for brands popular among underage drinkers have greater appeal among youth and young adults? *Substance Abuse: Research and Treatment*, epub.

693. Henriksen, L., Feighery, E.C., Schleicher, N.C., Fortmann, S.P. (2008). Receptivity to alcohol marketing predicts initiative of alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 42, 28-35.
694. McClure, A.C., Stoolmiller, M., Tanksi, S.E., Worth, K.A., Sargent, J.D. (2009). Alcohol-branded merchandise and its association with drinking attitudes and outcomes in US adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 211-217.
695. Morgenstern, M., Sargent, J.D., Sweeting, H., Fagiano, F., Mathis, F., Hanewinkel, R. (2014). Favourite alcohol advertisements and binge drinking among adolescents: a cross-cultural cohort study. *Addiction*, 109(12), 2005-2015.
696. Belt, O., Stamatakos, K., Ayers, A.J., Fryer, V.A., Jernigan, D.H., Siegel, M. (2014). Vested interests in addiction research and policy. Alcohol brand sponsorship of events, organizations and causes in the United States, 2010-2013. *Addiction*, 109(12), 1977-1985.
697. Règlement sur les aliments et drogues: http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.%2C_ch._870/.
698. Wakefield, M.A., Loken, B., Hornick, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behavior. *Lancet*, 376 (9748), 1261-1271.
699. Glock, S., Klapproth, F., Muller, B.C. (2015). Promoting responsible drinking? A mass media campaign affects implicit but not explicit alcohol-related cognitions and attitudes. *British Journal of Health Psychology*, 20(3), 482-497.
700. Elder, R.W., Shults, R.A., Sleet, D.A., Nichols, J.L., Thompson, R.S., Rajab, W., Task Force on Community Preventive Services (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 57-65.
701. Tay, R. (2005). Drink driving enforcement and publicity campaigns: are the policy recommendations sensitive to model specification? *Accident; Analysis and Prevention*, 37(2), 259-266.
702. Canadian Partnership Against Cancer (2011). Alcohol Use and Cancer in Canada. *Cancer Control Snapshot 5*: http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl_crc_snapshot_5.pdf.
703. Jessop, D.C., Wade, J. (2008). Fear appeals and binge drinking: a terror management theory perspective. *British Journal of Health Psychology*, 13(4), 773-788.
704. Moss, A.C., Dyer, K.R., Albery, I.P. (2009). Knowledge of drinking guidelines does not equal sensible drinking. *The Lancet*, 347 (9697), 1242.
705. Moss, A.C., Albery, I.P., Dyer, K.R., Frings, D., Humphreys, K., Inkelaar, T., Harding, E., Speller, A. (2015). The effects of responsible drinking messages on attentional allocation and drinking behaviour. *Addictive Behavior*, 44, 94-101.