

# COÛTS ÉVITABLES LIÉS À L'ABUS D'ALCOOL AU CANADA EN 2002

## POINTS SAILLANTS

Jürgen Rehm

William H. Gnam

Svetlana Popova

Jayadeep Patra

Anna Sarnocinska-Hart

en collaboration avec Benedikt Fischer

et les membres du comité directeur

(voir remerciements)

Centre de toxicomanie et de santé mentale

février 2008

### ***But de l'étude***

Cette étude vise à évaluer le fardeau et les coûts évitables liés à l'abus d'alcool au Canada en 2002. Il s'agit de la première tentative d'évaluer systématiquement les coûts évitables de l'abus d'alcool. Il s'agit également d'une des premières études à appliquer la méthodologie des toutes premières *Lignes directrices internationales pour l'estimation des coûts évitables de l'abus de substances* (Collins et al., 2006).

### ***Méthodologie***

Afin d'évaluer le fardeau et les coûts – attribuables à l'alcool – associés aux soins de santé, aux problèmes de criminalité et à la perte de productivité en raison d'une invalidité ou d'une mortalité précoce, nous avons employé l'une des méthodes recommandées par les Lignes directrices. Cette méthode est fondée sur le résultat d'interventions majeures éprouvées. Nous avons modélisé l'impact des six interventions suivantes en matière de politique sur l'alcool en fonction des coûts de base obtenus dans l'étude intitulée *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002* (Rehm et al., 2006) : augmenter l'imposition, faire passer la limite légale d'alcoolémie de 0,08 % à 0,05 %, fixer la limite d'alcoolémie à zéro pour tous les conducteurs de moins de 21 ans, faire passer l'âge minimum légal pour boire (AMLB) de 19 à 21 ans, réaliser une intervention « *Safer Bars* » et réaliser des interventions de courte durée. Par ailleurs, en plus de ces six interventions visant à réduire la consommation d'alcool, nous avons modélisé une intervention, souvent abordée au Canada, qui, en fait, entraînerait une hausse de la consommation d'alcool et des coûts afférents : passer d'une monopolisation gouvernementale à la privatisation de la vente d'alcool. L'impact de ces interventions a été modélisé pour la population canadienne âgée de plus de 15 ans, à l'exception de la limite d'alcoolémie fixée à zéro et de l'AMLB<sup>1</sup>, dont l'impact a été modélisé pour le groupe les 19 à 21 ans.

---

<sup>1</sup> En Alberta, au Manitoba et au Québec, l'âge légal pour boire est de 18 ans.

## ***Résultats***

En s'appuyant sur des hypothèses prudentes, nous avons estimé que la combinaison des six interventions en matière de politique sur l'alcool entraînerait des économies d'environ un milliard de dollars par année au Canada. Si l'on procédait aux six interventions, les économies les plus importantes seraient réalisées grâce à la diminution des pertes de productivité (plus de 561 millions de dollars, soit 58 % du total des coûts évitables), des coûts associés aux soins de santé (presque 230 millions de dollars, soit 24 % des coûts évitables) et de la criminalité (presque 178 millions de dollars, soit 18 % des coûts évitables).

Il se pourrait que les gains potentiels pour la population canadienne soient encore plus élevés, puisque les analyses de sensibilité de trois des six interventions sélectionnées ont mené au doublement des économies en matière de fardeau et de coûts évitables liés à l'alcool. Les mesures qui auraient le plus d'impact sur le fardeau et les coûts évitables seraient des interventions influant sur la consommation d'alcool en général comme les interventions de courte durée (de 5 à 12 %) et l'augmentation de l'imposition sur l'alcool (2 %). Des augmentations importantes du fardeau (de 8 à 16 %) et des coûts (de 6 à 12 %) surviendraient si les provinces canadiennes privatisaient la vente d'alcool.

## ***Conclusion***

L'alcool dépose un fardeau considérable sur les épaules des Canadiens en matière de santé et de criminalité. La présente étude fournit des données qui suggèrent que la mise en œuvre d'interventions éprouvées à l'échelle de la population mènerait à une diminution considérable du fardeau et des coûts liés à la consommation d'alcool au Canada.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs aimeraient remercier Santé Canada pour l'appui financier qui a permis la réalisation de l'étude.

Les auteurs aimeraient également remercier les membres du comité directeur de partout au Canada qui ont consacré temps et expertise à chaque étape du projet. Les voici, en ordre alphabétique :

Wendy Atkinson – HEPSUC - Program Support Unit C (alcool et drogue, santé mentale, jeunes à risque élevé, projet Hope, sécurité au volant), ministère de la Santé de la Saskatchewan

Richard Brière, Instituts de recherche en santé du Canada

Carolyn Davison, Addiction Services, ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse

Louise Déry, Santé Canada

Suzanne Desjardins, Santé Canada

Vincente Gannam, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Michel Germain, Centre québécois de lutte aux dépendances

Louis Gliksman, Centre de toxicomanie et de santé mentale du Canada

Terry Gryschuk, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances

Rebecca Jesseman, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Perry Kendall, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Barry MacKillop, Sécurité publique Canada

John McCallum, HEPSUC - Program Support Unit C (alcool et drogue, santé mentale, jeunes à risque élevé, projet Hope, sécurité au volant), ministère de la Santé de la Saskatchewan

Rafe E. Mooney, Communicable Disease and Addictions Prevention, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Stephanie Phare, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Ed Sawka, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Les auteurs tiennent également à remercier David Collins, Helen Lapsley, Bernard Choi et Dolly Baliunas pour leur examen du document et leurs précieux commentaires. Cependant, toute erreur ou omission est la responsabilité exclusive des auteurs.

|   |    |
|---|----|
| Résumé .....  | 2  |
| Remerciements.....  | 4  |
| Table des matières.....   | 5  |
| Introduction.....   | 7  |
| Mécanisme et effets des interventions choisies.....                                       | 12 |
| Fixation des prix et taxation.....  | 12 |
| Baisse de la limite d'alcoolémie.....   | 12 |
| Tolérance zéro pour les conducteurs de moins de 21 ans .....                              | 12 |
| Faire passer l'âge minimum légal pour boire (AMLB) de 19 à 21 ans.....                    | 13 |
| « <i>Safer Bars</i> ».....  | 13 |
| Interventions de courte durée.....  | 14 |
| Privatisation de la vente d'alcool.....   | 14 |
| Autres interventions envisagées .....   | 15 |
| Mécanismes sous-jacents.....  | 15 |
| Fardeau évitable : Mortalité, années de vie perdues et Morbidité.....                     | 16 |
| Portion évitable des crimes attribuables à l'alcool .....                                 | 19 |
| Coûts évitables.....  | 19 |
| Analyses de sensibilité .....   | 23 |
| Baisse de la limite d'alcoolémie.....   | 23 |
| « <i>Safer bars</i> ».....  | 23 |
| Interventions de courte durée.....  | 23 |
| Privatisation de la vente d'alcool.....   | 24 |
| Analyse de sensibilité sur les résultats en matière de fardeau et de coûts évitables..... | 24 |
| Limites de l'étude.....   | 24 |
| Conclusion.....   | 29 |
| Références bibliographiques .....   | 30 |

## INTRODUCTION

L'étude intitulée *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002* (Rehm et al. 2006), publiée récemment, a estimé le **fardeau et les coûts attribuables** à l'alcool et aux autres substances psychoactives, au Canada, en 2002. La façon dont les fractions attribuables ont été calculées dans le cadre de cette étude a permis aux auteurs d'estimer le nombre de décès, d'hospitalisations et de problèmes juridiques, en 2002, attribuables à un ancien abus d'alcool (c.-à-d. remontant à 2002 ou avant). S'il n'y avait pas eu d'abus d'alcool, ces décès, hospitalisations et problèmes juridiques, de même que les dépenses connexes, n'auraient pas eu lieu. Autrement dit, cette étude sur le coût de la maladie a permis de calculer tous les coûts externes liés à l'abus de substances et de les confronter avec une situation hypothétique dans laquelle aucun abus de substance n'aurait eu lieu.

Même si ces estimations du fardeau et des coûts constituent un bon indicateur du fardeau économique global attribuable à l'abus de substances au Canada, elles n'indiquent ni la proportion évitable de ces coûts ni la nature des politiques qui permettraient de les éviter. Cependant, sans une estimation préalable des coûts totaux de l'abus de substances, sur laquelle se fondent d'autres types d'estimation des coûts, il serait impossible d'estimer les coûts évitables. Nous avons donc tenté, pour donner suite à cette étude, d'estimer le fardeau et les coûts évitables qui indiquent les avantages pouvant être obtenus par les programmes de minimisation des méfaits au Canada en 2002. Jusqu'à présent, aucune étude du genre n'a été réalisée, ni au Canada ni ailleurs, pour estimer les coûts évitables de l'abus d'alcool.

Quelle est la nature des coûts évitables, et pourquoi les mesurons-nous? Les estimations de coûts évitables indiquent les avantages que l'ensemble de la collectivité peut tirer des fonds publics consacrés à des politiques, stratégies et programmes spécifiques (Collins et al. 2006). Non seulement ces estimations fournissent des données économiques utiles à partir desquelles il serait possible de répartir judicieusement les ressources productives, mais elles aident également à déceler des

lacunes en matière d'information, à s'attaquer à des problèmes et à trouver des solutions possibles ainsi qu'à élaborer des stratégies, des politiques et des programmes efficaces.

Pour pouvoir calculer les coûts évitables, il nous faut trouver un scénario hypothético-déductif, c'est-à-dire une situation à laquelle la situation actuelle peut être comparée. Ce scénario devrait représenter la situation où l'abus d'alcool est au niveau le moins élevé possible pour notre société, que l'on appelle le **seuil minimal réalisable**. Nous avons fondé le scénario hypothético-déductif des coûts évitables sur les toutes premières *Lignes directrices internationales pour l'estimation des coûts évitables de l'abus de substances*, élaborées par des experts du domaine à l'échelle mondiale (Collins et al., 2006). Ces lignes directrices, rédigées à la demande de Santé Canada dans le cadre d'une initiative internationale pour l'élaboration de méthodologies et d'approches permettant à des études pilotes – qu'elles soient menées dans des pays développés ou des pays en développement – d'évaluer les coûts socioéconomiques évitables liés à l'abus d'alcool. Les auteurs du présent document avancent que viser une situation de non-abus n'est ni réaliste ni réalisable pour un pays comme le Canada. C'est pourquoi il faut opter pour un seuil minimal réalisable en matière de consommation d'alcool, différent de zéro.

Les lignes directrices proposent différentes approches pour estimer le fardeau et les coûts évitables liés à l'abus d'alcool. En partenariat avec le comité directeur de l'étude, nous avons adopté l'une des approches recommandées en nous inspirant des résultats d'**interventions majeures éprouvées**. Selon nous, cette approche s'avère plus pertinente sur le plan politique, car elle permet d'évaluer l'impact des interventions efficaces qui peuvent être réalisées pour diminuer le fardeau et les coûts attribuables à l'alcool. Elle est donc particulièrement utile du point de vue de la mise en œuvre de politiques. Cette approche, qui repose sur des preuves de l'efficacité d'interventions conçues pour diminuer ou atténuer les effets de l'abus de substances, peut être considérée comme une façon d'opérationnaliser le **minimum réalisable**, c'est-à-dire la réduction maximale du fardeau pouvant être réalisée à l'aide des interventions. Une comparaison entre les politiques existantes et les interventions prouvées efficaces pour

réduire la consommation d'alcool et les méfaits attribuables à l'alcool au Canada et dans des sociétés semblables pourrait indiquer la portion des coûts totaux qui est évitable.

Les interventions fondées sur des données probantes les plus courantes, et qui visent spécifiquement à diminuer la consommation d'alcool et les méfaits connexes, ont été cernées à partir d'une monographie intitulée « Alcohol: No Ordinary Commodity; Research and Public Policy », préparée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (Babor et al., 2003). Le comité directeur a aidé l'équipe de recherche à choisir les interventions – réalisables au Canada – les plus efficaces et les plus économiques en matière de réglementation de l'alcool. La plupart des interventions sélectionnées sont très économiques (coût de mise en œuvre peu élevé) et apportent des bienfaits importants sur les plans sanitaire et social, selon des données scientifiques provenant de différentes administrations. Le choix de la combinaison d'interventions était fondé sur des données probantes selon lesquelles l'approche la plus efficace serait de mettre en œuvre diverses politiques relatives aux stratégies suivantes : augmentation du prix de l'alcool, réduction de la disponibilité de l'alcool et mesures contre l'alcool au volant et la consommation d'alcool par les mineurs (OMS, 2004). Le tableau 1, élaboré à l'aide de l'étude de Babor et al. (2003), présente des cotes sur l'efficacité, le niveau de la preuve et le coût de mise en œuvre ainsi que les groupes ciblés par les interventions sélectionnées.

Afin que l'on puisse estimer le fardeau et les coûts – attribuables à l'alcool – associés aux soins de santé, aux problèmes de criminalité et à la perte de productivité en raison d'une invalidité ou d'une mortalité précoce, les effets des six interventions en matière de politique sélectionnées ont été modélisés : augmenter l'imposition, faire passer la limite légale d'alcoolémie de 0,08 % à 0,05 %, fixer la limite d'alcoolémie à zéro pour tous les conducteurs de moins de 21 ans, faire passer l'âge minimum légal pour boire (AMLB) de 19 à 21 ans, réaliser une intervention « *Safer Bars* » et réaliser des interventions de courte durée. Par ailleurs, en plus des six interventions visant à réduire la consommation d'alcool, nous avons modélisé une intervention, qui fait souvent l'objet de discussions au Canada, mais qui, en fait, entraînerait une hausse de la consommation d'alcool et des coûts afférents, à savoir l'abandon du monopole gouvernemental pour la privatisation de

la vente d'alcool. Selon nous, il était important de montrer ce qui arriverait au fardeau et aux coûts liés à l'alcool si les provinces et les territoires du Canada renonçaient tous à leur monopole sur la vente d'alcool.

**Tableau 1** : Cotes des stratégies et des interventions pertinentes en matière de politique (adaptées de Babor et al., 2003)

| Stratégie ou intervention   | Efficacité | Niveau de la preuve | Essais inter-culturels | Coût de mise en œuvre | Groupe cible <sup>a</sup> (GC) et commentaires   |
|---|------------|---------------------|------------------------|-----------------------|--|
| <b>Réglementation sur la disponibilité physique de l'alcool</b>                     |            |                     |                        |                       |  |
| Âge légal pour boire  | +++        | +++                 | ++                     | Bas                   | GC = BRE; Cette mesure diminue le taux de consommation dangereuse, mais n'élimine pas la consommation. Cette mesure est efficace avec un minimum de contrôle de l'exécution, mais ce contrôle augmente de beaucoup l'efficacité.                     |
| Monopole du gouvernement sur la vente au détail (par opposition à la privatisation) | +++        | +++                 | ++                     | Bas                   | GC = PGB; Cette mesure n'est efficace que si elle est appliquée à des fins de santé publique et d'ordre public.  |
| <b>Fixation des prix et taxation</b>  |            |                     |                        |                       |  |
| Taxes sur l'alcool  | +++        | +++                 | +++                    | Bas                   | GC = PGB; L'efficacité de cette mesure dépend de la surveillance et du contrôle gouvernemental de la production et de la distribution d'alcool. Des taxes élevées peuvent engendrer une augmentation de la contrebande et de la production illicite. |
| <b>Modification du contexte de consommation</b>                                     |            |                     |                        |                       |  |
| Programme « <i>Safer Bars</i> »: formation du personnel et des                      | +          | +                   | +                      | Modéré                | GC = BRE   |

| Stratégie ou intervention  | Efficacité | Niveau de la preuve | Essais inter-culturels | Coût de mise en œuvre | Groupe cible <sup>a</sup> (GC) et commentaires   |
|--|------------|---------------------|------------------------|-----------------------|--|
| gérants pour qu'ils puissent prévenir et mieux gérer l'agression           |            |                     |                        |                       |  |
| <b>Mesures de prévention contre l'alcool au volant</b>                     |            |                     |                        |                       |  |
| Diminution des limites d'alcoolémie  | +++        | +++                 | ++                     | Bas                   | GC = PGB; diminution des économies à des niveaux plus bas (p. ex. de 0,05 à 0,02 %), mais résultats quand même significatifs                           |
| Limite d'alcoolémie basse pour les jeunes conducteurs (« tolérance zéro ») | +++        | ++                  | +                      | Bas                   | GC = BRE   |
| <b>Traitement et intervention précoce</b>                                  |            |                     |                        |                       |  |
| Interventions de courte durée pour les buveurs à risque élevé              | ++         | +++                 | +++                    | Modéré                | GC = BRE; Les fournisseurs de soins primaires manquent de temps et de formation pour faire du dépistage et réaliser des interventions de courte durée. |

<sup>a</sup> Chaque stratégie s'applique à l'un des trois groupes cibles (GC) suivants : PGB, population générale de buveurs; BRE, buveurs à risque élevé ou groupes jugés particulièrement vulnérables aux effets indésirables de l'alcool (p. ex. adolescents); CAD, personnes faisant déjà preuve de consommation d'alcool dangereuse et de dépendance à l'alcool.

## MÉCANISME ET EFFETS DES INTERVENTIONS CHOISIES

### FIXATION DES PRIX ET TAXATION

Les études établissent un lien étroit entre le prix de l'alcool et sa consommation. En effet, une augmentation du prix de l'alcool baisserait les taux de consommation et, de ce fait, l'incidence des problèmes liés à l'alcool. C'est pourquoi cette intervention touche toutes les maladies, les blessures et les catégories de criminalité (voir section sur la criminalité) attribuables à l'alcool qui sont examinées dans le cadre de l'étude. L'effet de cette mesure a été modélisé selon l'impact de la taxation sur le prix spécifique de chaque type de boisson (pour des détails, consulter Chisholm et al., 2004). Nous avons utilisé une hausse hypothétique des taxes de 25 %, ce qui a causé une hausse de prix de 1,7 % pour la bière, de 6,8 % pour les spiritueux et de 7,5 % pour le vin. Au total, cela se traduirait par une diminution de la consommation d'alcool au Canada de 4,1 %.

### BAISSE DE LA LIMITE D'ALCOOLÉMIE

Plusieurs études ont montré que faire passer la limite d'alcoolémie permise de 0,08 % à 0,05 % a une incidence sur l'alcool au volant et diminue le nombre d'accidents automobiles liés à l'alcool. Une diminution de 12 % des accidents mortels liés à l'alcool par suite de la mise en œuvre de cette mesure, telle qu'elle a été estimée par Mann et ses collègues (1998) dans différentes administrations, a été utilisée pour le calcul du fardeau et des coûts évitables liés aux catégories de blessures de la route attribuables à l'alcool (morbidité et mortalité) et liés à la criminalité relative à l'alcool au volant.

### TOLÉRANCE ZÉRO POUR LES CONDUCTEURS DE MOINS DE 21 ANS

Les jeunes conducteurs sont plus vulnérables aux risques d'avoir un accident lié à l'alcool à cause de leur manque d'expérience en tant que conducteurs ainsi qu'en tant que consommateurs d'alcool. Les études sur le sujet appuient clairement l'adoption de la tolérance zéro pour les conducteurs de moins de 21 ans. Cette mesure a principalement une incidence sur l'alcool au volant. Une diminution des accidents liés à l'alcool de 12 % par suite de la mise en œuvre de cette mesure, telle qu'elle a été rapportée dans l'étude américaine (Villaveces et al., 2003), a été utilisée pour le calcul

du fardeau et des coûts évitables liés aux catégories de blessures de la route attribuables à l'alcool (morbidité et mortalité) et liés à la criminalité relative à l'alcool au volant.

Afin de calculer le nombre total d'incidents liés à la conduite en état d'ébriété chez les jeunes adultes de 19 à 21 ans, nous avons utilisé le pourcentage de cas d'alcool au volant (soit 13,3 %) établi selon l'enquête de surveillance de l'Ontario effectuée par le Centre de toxicomanie et de santé mentale, de 2001 à 2006 (données non publiées).

#### FAIRE PASSER L'ÂGE MINIMUM LÉGAL POUR BOIRE (AMLB) DE 19 À 21 ANS

Selon de nombreuses études, cette mesure diminuerait la consommation d'alcool. Plus particulièrement, les jeunes ont moins tendance à conduire en état d'ébriété, ce qui diminue le nombre de problèmes liés à l'alcool comme des accidents de la route, des hospitalisations pour blessures liées à l'alcool et des blessures mortelles. Nous avons utilisé les pourcentages de réduction des blessures de la route mortelles (8 %) et non mortelles (6 %) chez les jeunes adultes à la suite de la mise en œuvre de cette mesure, tels qu'ils figurent dans l'étude américaine (Shults et al., 2001), pour estimer le fardeau et les coûts évitables liés aux catégories de blessures de la route attribuables à l'alcool (morbidité et mortalité) et liés à la criminalité relative à l'alcool au volant.

#### « SAFER BARS »

Dans bien des pays, le comportement agressif, la violence et le meurtre sont des problèmes majeurs associés à la consommation d'alcool dans les établissements licenciés. Une stratégie visant à réduire ces problèmes consiste à modifier le contexte de consommation en réduisant la consommation excessive d'alcool.. Pour ce faire, les employés de bar doivent être formés pour servir la boisson de façon raisonnable. Le but premier d'un tel service est de prévenir l'intoxication et d'éviter de servir de l'alcool aux mineurs. Les ouvrages consultés montrent que la modification du contexte de consommation constitue une façon efficace de réduire la forte consommation d'alcool et, du même coup, de réduire les problèmes liés à l'alcool comme la violence et l'agression physique. Un essai contrôlé aléatoire mené dans des bars canadiens par Graham et ses collègues

(2004) a indiqué une baisse de comportements violents et agressifs de 34 % après la mise en œuvre d'un programme de service raisonnable de boisson (« Safer Bars »). En supposant que 10 % de tous les crimes attribuables à l'alcool au Canada sont liés aux bars (opinion d'expert; Graham, 2007), nous avons modélisé l'impact du programme « Safer Bars » sur le fardeau et les coûts évitables liés à l'homicide (morbidité et mortalité), au meurtre et à d'autres crimes violents attribuables à l'alcool.

## INTERVENTIONS DE COURTE DURÉE

Plusieurs études ont montré que le dépistage systématique du mauvais usage de l'alcool et la prestation de séances de counselling comportemental de courte durée à des buveurs à risque élevé, par des médecins de famille, ont le potentiel de réduire la prévalence de la consommation dangereuse grâce à l'augmentation des taux de rémission et à la diminution des invalidités. Des examens de l'efficacité des interventions de courte durée ont montré que celles-ci mènent, dans des conditions idéales, à une baisse nette de la consommation de 22 % chez les buveurs à risque élevé (Chisholm et al., 2004). Cependant, si cette intervention était réalisée en communauté, son efficacité serait réduite en raison de la non-observation et de l'incapacité de cibler complètement la population de buveurs à risque élevé. En supposant que l'observation du traitement était de 70 % et que seulement 50 % des buveurs ciblés ont reçu ce traitement, nous avons estimé que, dans la réalité, l'efficacité de ces interventions serait de 7,7 %. Ce pourcentage a été utilisé pour faire des estimations sur les catégories de maladies et blessures évitables attribuables à l'alcool ainsi que les trois catégories de crimes attribuables à l'alcool faisant l'objet de notre étude.

## PRIVATISATION DE LA VENTE D'ALCOOL

Dans plusieurs administrations ayant mis en application la privatisation (ou démonopolisation) du système de distribution d'alcool, il a été montré que cette mesure menait à une hausse du nombre et de la diversité de points de vente, de jours et d'heures de vente, de promotions des ventes, de publicités et des changements des prix de l'alcool. Par conséquent, cette augmentation de la disponibilité physique de l'alcool mène à une hausse de la consommation d'alcool et des torts qui en découlent (Her et al., 1999).

Ainsi, contrairement aux interventions susmentionnées, la privatisation de la vente d'alcool causerait une hausse plutôt qu'une baisse des coûts liés à l'alcool. Ces coûts additionnels occasionnés par la privatisation ont également été modélisés.

Compte tenu des données selon lesquelles un monopole limite à la fois la consommation d'alcool et les problèmes connexes, cette politique aurait une incidence sur l'ensemble des catégories de maladies, de blessures et de crimes attribuables à l'alcool faisant l'objet de notre étude. L'impact de cette politique a été modélisé à partir de la recherche de Her et de ses collègues (1998), qui avançait que si la vente d'alcool, régie par le gouvernement de l'Ontario, passait entièrement au secteur privé, la consommation d'alcool connaîtrait une hausse d'environ 10 % (une estimation prudente).

## AUTRES INTERVENTIONS ENVISAGÉES

En plus des six interventions sélectionnées, les interventions qui suivent ont été envisagées, mais n'ont pas été retenues pour la modélisation pour diverses raisons. Les voici :

- 1) restriction des heures et des journées de vente au détail (aucune donnée ne permettant la modélisation pour le Canada);
- 2) limite du nombre de points de vente (aucune donnée ne permettant la modélisation pour le Canada);
- 3) campagnes de sensibilisation, p. ex. initiatives en matière d'éducation (aucune preuve que cette intervention diminue efficacement les torts attribuables à l'alcool, donc aucun coût évitable attendu);
- 4) étiquette de mise en garde (faible preuve que cette intervention serait efficace pour réduire les torts attribuables à l'alcool, et aucune donnée ne permettant de modéliser son impact au Canada);
- 5) lignes directrices sur la consommation à faible risque (manque d'études d'évaluation sur l'efficacité de cette intervention).

## MÉCANISMES SOUS-JACENTS

Le tableau 2 présente les mécanismes des interventions choisies de même que leur impact sur la morbidité et la mortalité ainsi que la criminalité.

## FARDEAU ÉVITABLE : MORTALITÉ, ANNÉES DE VIE PERDUES ET MORBIDITÉ

La mise en œuvre de six interventions liées aux politiques en matière d'alcool sauverait environ 800 vies et 26 000 années de vie perdues (AVP), et entraînerait une baisse de plus de 88 000 jours en soins actifs à l'hôpital, au Canada, par année (tableau 3).

La réalisation d'interventions de courte durée constitue la mesure la plus efficace pour faire diminuer le fardeau évitable lié à la mortalité, aux AVP et à la morbidité (déterminée par le nombre de jours en soins actifs à l'hôpital). La baisse de la limite d'alcoolémie constitue la deuxième meilleure mesure pour faire diminuer le fardeau lié à la mortalité et aux AVP, tandis que la hausse des taxes constitue la deuxième meilleure mesure pour faire diminuer le fardeau lié à la morbidité.

Les résultats ont également montré que la privatisation de la vente d'alcool dans les provinces canadiennes entraînerait une **hausse** importante de la mortalité, du nombre d'AVP et de la morbidité.

**Tableau 2.** Mécanisme des interventions choisies et leur effet sur la morbidité et la mortalité ainsi que la criminalité

| INTERVENTION  | MÉCANISME   | EFFET SUR LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ   | EFFET SUR LA CRIMINALITÉ   |
|---|---|--|--|
| Hausse des taxes  | Principe d'économie : impact sur les ventes, et donc sur le niveau de consommation d'alcool                                       | Effet sur toutes les catégories de maladies et de blessures attribuables à l'alcool                | Effet sur les trois catégories de criminalité attribuable à l'alcool   |
| Baisse de la limite d'alcoolémie  | Effet sur la probabilité de la conduite en état d'ébriété, et donc sur le risque de blessures de la route attribuables à l'alcool | Effet sur les catégories de blessures de la route attribuables à l'alcool (morbidity et mortalité) | Effet sur seulement une catégorie de criminalité attribuable à l'alcool, soit l'alcool au volant                   |
| Tolérance zéro pour les moins de 21 ans                                 | Effet sur la probabilité de la conduite en état d'ébriété, et donc sur le risque de blessures de la route attribuables à l'alcool | Effet sur les catégories de blessures de la route attribuables à l'alcool (morbidity et mortalité) | Effet sur seulement une catégorie de criminalité attribuable à l'alcool, soit l'alcool au volant                   |
| Faire passer l'AMLB de 19 à 21 ans                                      | Effet sur la probabilité de la conduite en état d'ébriété, et donc sur le risque de blessures de la route attribuables à l'alcool | Effet sur les catégories de blessures de la route attribuables à l'alcool (morbidity et mortalité) | Effet sur seulement une catégorie de criminalité attribuable à l'alcool, soit l'alcool au volant                   |
| Programme « <i>Safer Bars</i> »   | Effet sur la forte consommation d'alcool, et donc diminution de la violence et de l'agression physique dans les bars              | Effet sur les meurtres attribuables à l'alcool (morbidity et mortalité)                            | Effet sur seulement une catégorie de criminalité attribuable à l'alcool, soit l'homicide et autres crimes violents |
| Interventions de courte durée   | Effet sur la prévalence de la consommation dangereuse   | Effet sur toutes les catégories de maladies et de blessures attribuables à l'alcool                | Effet sur les trois catégories de criminalité attribuable à l'alcool   |
| Privatisation (plutôt que le monopole de l'État sur la vente d'alcool)* | Effet sur le niveau de consommation d'alcool  | Effet sur toutes les catégories de maladies et de blessures attribuables à l'alcool                | Effet sur les trois catégories de criminalité attribuable à l'alcool   |

AMLB – Âge minimum légal pour boire

\*L'effet de la privatisation de la vente d'alcool a été modélisé, et on constate qu'il se dirige dans le sens inverse, c'est-à-dire une augmentation de la morbidité et de la mortalité ainsi que des trois catégories de criminalité (a, b et c)

**Tableau 3.** Économies nettes en matière de mortalité, d'années de vie perdues et de morbidité attribuables à l'alcool après la mise en œuvre des interventions choisies au Canada (selon les données de 2002)

| <b>Interventions choisies</b>   | <b>Mortalité</b> | <b>AVP</b>    | <b>Jours en soins actifs à l'hôpital</b> |
|---|------------------|---------------|--|
| <b>Hausse des taxes de 25 %</b>   | 4,143            | 144,833       | 1,217,872                                |
| Valeur de référence   | 4,258            | 147,571       | 1,246,945                                |
| Différence entre les deux valeurs*  | 115              | 2,737         | 29,073                                   |
| Différence relative   | 2.7%             | 1.9%          | 2.3%                                     |
| <b>Faire passer la limite d'alcoolémie de 0,08 % à 0,05 % (baisse du taux de collision mortelles de 12 %)</b> | 4,085            | 140,234       | 1,245,064                                |
| Valeur de référence   | 4,258            | 147,571       | 1,246,945                                |
| Différence entre les deux valeurs*  | 173              | 7,337         | 1,881                                    |
| Différence relative   | 4.1%             | 5.0%          | 0.2%                                     |
| <b>Tolérance zéro pour les moins de 21 ans</b>  | 4,228            | 145,925       | 1,246,130                                |
| Valeur de référence   | 4,258            | 147,571       | 1,246,945                                |
| Différence entre les deux valeurs*  | 30               | 1,646         | 814                                      |
| Différence relative   | 0.7%             | 1.1%          | 0.1%                                     |
| <b>Faire passer l'AMLB de 19 à 21 ans</b>   | 4,140            | 142,597       | 1,246,004                                |
| Valeur de référence   | 4,258            | 147,571       | 1,246,945                                |
| Différence entre les deux valeurs*  | 117              | 4,974         | 940                                      |
| Différence relative   | 2.7%             | 3.4%          | 0.1%                                     |
| <b>Programme Safer Bars (15 % des crimes liés au bar)</b>   | 4,257            | 147,546       | 1,246,927                                |
| Valeur de référence   | 4,258            | 147,571       | 1,246,945                                |
| Différence entre les deux valeurs*  | 1                | 25            | 17                                       |
| Différence relative   | 0.0%             | 0.0%          | 0.0%                                     |
| <b>Interventions de courte durée (diminution de 7,7 % de la consommation d'alcool)</b>                        | 3,896            | 138,589       | 1,191,186                                |
| Valeur de référence   | 4,258            | 147,571       | 1,246,945                                |
| Différence entre les deux valeurs*  | 362              | 8,982         | 55,759                                   |
| Différence relative   | 8.5%             | 6.1%          | 4.5%                                     |
| <b>Privatisation (augmentation de 10 % de la</b>  | 4,962            | 159,959       | 1,349,208                                |
| Valeur de référence   | 4,258            | 147,571       | 1,246,945                                |
| Différence entre les deux valeurs*  | -704             | -12,389       | -102,264                                 |
| Différence relative   | -16.5%           | -8.4%         | -8.2%                                    |
| <b>Différence totale entre valeurs de référence et valeurs après interventions †</b>                          | <b>798</b>       | <b>25,701</b> | <b>88,484</b>                            |
| <b>Différence relative totale entre valeurs de référence et valeurs après interventions †</b>                 | <b>18.7%</b>     | <b>17.4%</b>  | <b>7.1%</b>                              |

Valeur de référence : coût total (Rehm et al., 2006)

\*Coût évitable

†Les données relatives à la privatisation ont été exclues parce que les estimations ajoutent, et non suppriment, un fardeau additionnel.

## PORTION ÉVITABLE DES CRIMES ATTRIBUABLES À L'ALCOOL

Notre étude a permis d'estimer la portion des crimes attribuables à l'alcool, notamment a) l'alcool au volant, b) l'homicide et les autres crimes violents, et c) les autres activités criminelles attribuables à l'alcool (p. ex. crime contre les biens) ayant pu être évités au Canada en 2002 avec la mise en œuvre d'interventions efficaces auprès de la population.

Les résultats ont révélé que la façon la plus efficace de prévenir les incidents liés à l'alcool au volant au Canada est de baisser la limite d'alcoolémie, ce qui a entraîné une diminution du taux de ce crime lié à l'alcool de 19,1 % par rapport à la valeur de référence (Rehm et al., 2006).

De son côté, le programme « *Safer Bars* » constitue la mesure la plus efficace pour prévenir l'homicide et d'autres crimes violents (réduction de 3,4 %), tandis que les interventions de courte durée constituent la mesure la plus efficace pour prévenir les activités criminelles attribuables à l'alcool (réduction de 2,6 %).

Les résultats ont également révélé qu'une **hausse** importante de tous les types de criminalité examinés dans le cadre de l'étude surviendrait si les provinces canadiennes privatisaient la vente d'alcool.

## COÛTS ÉVITABLES

L'impact des six interventions sélectionnées a été évalué en fonction des coûts directs liés aux soins de santé et aux problèmes de criminalité, de même que des coûts indirects déterminés en matière de mortalité prématurée et de pertes de productivité causées par de l'invalidité de courte et de longue durée.

Les coûts directs relatifs aux soins de santé attribuables à l'alcool comprennent ceux liés aux jours d'hospitalisation dans des établissements de soins actifs, aux jours d'hospitalisation dans des établissements psychiatriques, aux traitements spécialisés pour les patients externes ou hospitalisés, aux services de soins ambulatoires, aux services du médecin et aux médicaments sur ordonnance. Les coûts directs relatifs à la criminalité attribuable à l'alcool comprennent ceux liés aux services de police, aux procédures judiciaires et au système correctionnel (coûts de prison).

Les résultats révèlent que la combinaison des six interventions en matière de politiques sur l'alcool entraînerait des économies d'environ un milliard de dollars par année au Canada (tableau 4). Si l'on recourait à toutes les six interventions, les économies les plus importantes seraient réalisées grâce à la diminution des pertes de productivité (plus de 561 millions de dollars, soit 58 % du total des coûts évitables), aux soins de santé (presque 230 millions de dollars, soit 24 % des coûts évitables) et à la criminalité (presque 178 millions de dollars, soit 18 % des coûts évitables) (figure 1).

La mesure qui s'est révélée la plus efficace pour diminuer les coûts évitables relatifs aux soins de santé, à la criminalité et aux pertes de productivité était la réalisation d'interventions de courte durée (économies de presque 602 millions de dollars par année, soit 62 % des économies totales), suivie de la hausse des taxes sur l'alcool (économies de plus de 211 millions de dollars par année, soit 22 % des économies totales) (figure 2).

Les résultats ont également révélé qu'une **hausse** importante des coûts directs et indirects surviendrait si les provinces canadiennes privatisaient la vente d'alcool. En effet, les coûts liés aux pertes de productivité augmenteraient de plus de 468 millions de dollars (soit 6,6 %), les coûts liés aux soins de santé, de plus de 258 millions de dollars (soit 7,8 %) et les coûts liés à la criminalité, d'environ 102 millions de dollars (soit 3,3 %).

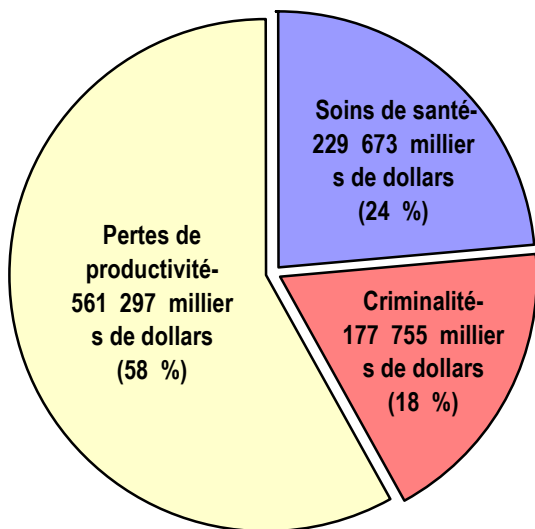
**Tableau 4.** Économies nettes quant aux coûts attribuables à l'alcool (selon les données de 2002, en milliers de dollars) réalisées au Canada grâce à la mise en œuvre des interventions choisies.

| <b>Interventions choisies</b>  | <b>Soins de santé</b> | <b>Criminalité</b> | <b>Perte de productivité</b> | <b>TOTAL</b>      |
|--|-----------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>Hausse des taxes de 25 %</b>  | 3,237,096             | 3,030,023          | 7,026,371                    | <b>13,293,490</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 69,104                | 42,177             | 100,029                      | <b>211,310</b>    |
| Différence relative  | 2.1%                  | 1.4%               | 1.4%                         | <b>1.6%</b>       |
| <b>Faire passer la limite d'alcoolémie de 0,08 % à 0,05 % (baisse du taux de collisions mortelles de 12 %)</b> | 3,302,461             | 3,049,468          | 7,083,212                    | <b>13,435,141</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 3,739                 | 22,732             | 43,188                       | <b>69,659</b>     |
| Différence relative  | 0.1%                  | 0.7%               | 0.6%                         | <b>0.5%</b>       |
| <b>Tolérance zéro pour les moins de 21 ans</b>   | 3,304,581             | 3,068,925          | 7,108,137                    | <b>13,481,643</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 1,619                 | 3,275              | 18,263                       | <b>23,157</b>     |
| Différence relative  | 0.0%                  | 0.1%               | 0.3%                         | <b>0.2%</b>       |
| <b>Faire passer l'AMLB de 19 à 21 ans</b>  | 3,304,330             | 3,059,253          | 7,097,124                    | <b>13,460,707</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 1,870                 | 12,947             | 29,276                       | <b>44,093</b>     |
| Différence relative  | 0.1%                  | 0.4%               | 0.4%                         | <b>0.3%</b>       |
| <b>Safer bars (15 % des crimes liés aux bars)</b>  | 3,306,166             | 3,053,861          | 7,126,249                    | <b>13,486,275</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 34                    | 18,339             | 151                          | <b>18,525</b>     |
| Différence relative  | 0.0%                  | 0.6%               | 0.0%                         | <b>0.1%</b>       |
| <b>Interventions de courte durée (diminution de 7,7 % de la consommation d'alcool)</b>                         | 3,152,893             | 2,993,916          | 6,756,009                    | <b>12,902,818</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 153,307               | 78,284             | 370,391                      | <b>601,982</b>    |
| Différence relative  | 4.6%                  | 2.5%               | 5.2%                         | <b>4.5%</b>       |
| <b>Privatisation (augmentation de 10 % de la</b>   | 3,564,648             | 3,173,775          | 7,594,435                    | <b>14,332,857</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | -258,448              | -101,575           | -468,035                     | <b>-828,057</b>   |
| Différence relative  | -7.8%                 | -3.3%              | -6.6%                        | <b>-6.1%</b>      |
| <b>Différence totale entre valeurs de référence et valeurs après interventions<sup>†</sup></b>                 | <b>229,673</b>        | <b>177,755</b>     | <b>561,297</b>               | <b>968,725</b>    |
| <b>Différence relative totale entre valeurs de référence et valeurs après interventions<sup>†</sup></b>        | <b>6.9%</b>           | <b>5.8%</b>        | <b>7.9%</b>                  | <b>7.2%</b>       |

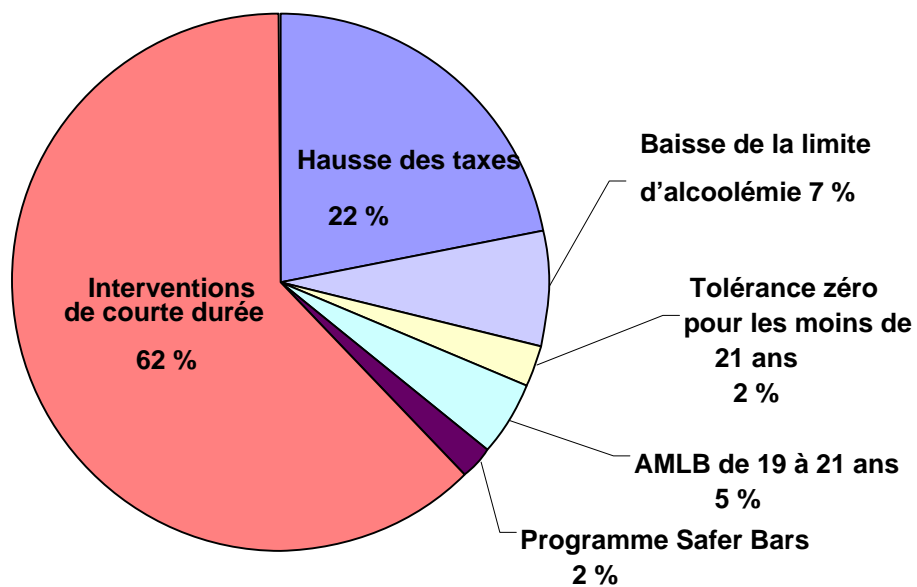
Valeur de référence – coût total (Rehm et al., 2006)

\*Coût évitable

† Les données relatives à la privatisation ont été exclues parce que les estimations ajoutent, et non suppriment, un fardeau additionnel.



**Figure 1.** Coûts évitables attribuables à l'alcool à la suite de la réalisation des six interventions sélectionnées au Canada



AMLB – âge minimum légal pour boire

**Figure 2.** Pourcentage des coûts évitables attribuables à l'alcool à la suite de la réalisation des six interventions sélectionnées au Canada, 2002

## ANALYSES DE SENSIBILITÉ

Même si seules les suppositions les plus prudentes ont été faites lors de l'estimation du fardeau et des coûts évitables, nous avons effectué plusieurs analyses de sensibilité pour calculer les coûts potentiellement évitables à l'aide de suppositions moins réservées.

## BAISSE DE LA LIMITE D'ALCOOLÉMIE

Nous avons modélisé trois scénarios dans lesquels la baisse d'accidents de la route mortels et non mortels était de 6 % (pour voir les résultats, consulter le rapport détaillé), de 12 % (chiffre utilisé comme valeur médiane) et de 18 %, respectivement, selon des estimations d'une baisse en collisions mortelles de 6 à 18 % dans diverses administrations (Mann et al., 1998).

## « SAFER BARS »

Pour modéliser l'impact des interventions visant à rendre les bars plus sécuritaires, nous avons utilisé une baisse de comportement violent et agressif de 34 % après la mise en œuvre du programme « *Safer Bars* » (chiffre obtenu par Graham et ses collègues, 2004), et ce, en supposant que les crimes liés aux bars constituent a) 10 % (opinion d'expert) ou b) 15 % (analyse de sensibilité) de tous les crimes attribuables à l'alcool au Canada.

## INTERVENTIONS DE COURTE DURÉE

Nous avons modélisé l'impact des interventions de courte durée de deux différentes façons, supposant une baisse de la consommation chez les buveurs à risque élevé de 22 % (conditions idéales, Chisholm et al., 2004) et de 7,7 % (estimations tenant compte de conditions du monde réel).

## PRIVATISATION DE LA VENTE D'ALCOOL

Nous avons utilisé deux scénarios, soit une hausse de 10 % et une autre de 20 % (estimées pour l'Ontario par Her et al. [1998]) dans l'éventualité où la vente d'alcool, régie par le gouvernement, passait entièrement au secteur privé.

## ANALYSE DE SENSIBILITÉ SUR LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE FARDEAU ET DE COÛTS ÉVITABLES

À la suite d'analyses de sensibilité, les économies estimées en matière de fardeau et de coûts évitables liés à la mortalité et à la morbidité ont presque doublé (tableau 5).

De façon similaire, les économies estimées liées aux soins de santé, à la criminalité et aux pertes de productivité ont doublé, s'élevant à presque deux milliards de dollars (tableau 6).

## LIMITES DE L'ÉTUDE

Même si nous avons fait de notre mieux pour estimer les coûts évitables, notre étude comporte certaines limites. La composante temporelle des changements entraînés par la mise en œuvre des interventions n'a pas bien été déterminée. En combien de temps ressentirions-nous les bienfaits en matière de fardeau et de coûts? Dans le cadre de notre étude, tous les effets ont été modélisés comme s'ils survenaient instantanément. Bien que cette approche convienne pour la plupart des effets sur les maladies aiguës et la criminalité, elle surestime l'impact sur les maladies chroniques attribuables à l'alcool (à l'exception de la cirrhose du foie). Si, par exemple, une mesure draconienne permettait d'éliminer complètement la consommation d'alcool à un moment donné, le fardeau lié aux maladies attribuables à l'alcool ne passerait pas immédiatement à zéro, mais une partie de ce fardeau persisterait en raison de la consommation d'alcool antérieure. Par exemple, certaines personnes souffriraient déjà d'un cancer de la bouche lié à la consommation d'alcool, et d'autres pourraient développer a posteriori un nouveau cancer de la bouche ou un autre type de cancer en raison de leur consommation d'alcool antérieure.

Dans notre estimation des coûts totaux (valeurs de référence, Rehm et al., 2006), nous avons tenu compte de l'effet protecteur d'une consommation d'alcool faible à modérée contre les maladies cardiovasculaires et le diabète, et l'avons donc incorporé dans l'estimation actuelle des coûts évitables. Cependant, certaines politiques qui visent à minimiser les coûts attribuables à l'abus d'alcool (p. ex. hausse des taxes sur l'alcool) risquent de réduire le nombre de personnes qui consomment de l'alcool en quantités faibles à modérées, ce qui diminuerait l'effet protecteur de ce genre de consommation. L'effet des interventions sur la réduction potentielle de l'effet protecteur à long terme de l'alcool n'a pas été pris en compte dans les estimations du fardeau et des coûts évitables.

**Table 5.** Économies nettes en matière de mortalité, d'années de vie perdues et de morbidité attribuables à l'alcool après la mise en œuvre des interventions choisies au Canada (fondé sur l'analyse de sensibilité des données de 2002)

| Interventions choisies  | Mortalité    | AVP           | Jours en soins actifs à l'hôpital |
|---|--------------|---------------|-----------------------------------|
| <b>Hausse des taxes de 25 %</b>   | 4,143        | 144,833       | 1,217,872                         |
| Valeur de référence   | 4,258        | 147,571       | 1,246,945                         |
| Différence entre les deux valeurs*  | 115          | 2,737         | 29,073                            |
| Différence relative   | 2.7%         | 1.9%          | 2.3%                              |
| <b>Faire passer la limite d'alcoolémie de 0,08 % à 0,05 %</b><br>(baisse du taux de collisions mortelles de 18 %) | 4,005        | 136,843       | 1,244,124                         |
| Valeur de référence   | 4,258        | 147,571       | 1,246,945                         |
| Différence entre les deux valeurs*  | 253          | 10,728        | 2,821                             |
| Différence relative   | 5.9%         | 7.3%          | 0.2%                              |
| <b>Tolérance zéro pour les moins de 21 ans</b>  | 4,228        | 145,925       | 1,246,130                         |
| Valeur de référence   | 4,258        | 147,571       | 1,246,945                         |
| Différence entre les deux valeurs*  | 30           | 1,646         | 814                               |
| Différence relative   | 0.7%         | 1.1%          | 0.1%                              |
| <b>Faire passer l'AMLB de 19 à 21 ans</b>   | 4,140        | 142,597       | 1,246,004                         |
| Valeur de référence   | 4,258        | 147,571       | 1,246,945                         |
| Différence entre les deux valeurs*  | 117          | 4,974         | 940                               |
| Différence relative   | 2.8%         | 3.4%          | 0.1%                              |
| <b>Safer bars</b> (10 % des crimes liés aux bars)   | 4,252        | 147,331       | 1,246,778                         |
| Valeur de référence   | 4,258        | 147,571       | 1,246,945                         |
| Différence entre les deux valeurs*  | 6            | 239           | 166                               |
| Différence relative   | 0.1%         | 0.2%          | 0.0%                              |
| <b>Brief interventions</b> (diminution de 22 % de la consommation d'alcool)                                       | 3,273        | 127,476       | 1,103,269                         |
| Valeur de référence   | 4,258        | 147,571       | 1,246,945                         |
| Différence entre les deux valeurs*  | 984          | 20,094        | 143,675                           |
| Différence relative   | 23.1%        | 13.6%         | 11.5%                             |
| <b>Privatisation</b> (augmentation de 20 % de la consommation d'alcool)   | 5,404        | 164,529       | 1,450,599                         |
| Valeur de référence   | 4,258        | 147,571       | 1,246,945                         |
| Différence entre les deux valeurs*  | -1,146       | -16,958       | -203,654                          |
| Différence relative   | -26.9%       | -11.5%        | -16.3%                            |
| <b>Différence totale entre valeurs de référence et valeurs après interventions<sup>†</sup></b>                    | <b>1,505</b> | <b>40,418</b> | <b>177,489</b>                    |
| <b>Différence relative totale entre valeurs de référence et valeurs après interventions<sup>†</sup></b>           | <b>35.3%</b> | <b>27.4%</b>  | <b>14.2%</b>                      |

Valeur de référence : coût total (Rehm et al., 2006)

L'analyse de sensibilité n'a pas été faite sur les données relatives à la hausse des taxes, à la tolérance zéro et à la hausse de l'AMLB.

\*Coût évitable

† Les données relatives à la privatisation ont été exclues parce que les estimations ajoutent, et non suppriment, un fardeau additionnel.

**Table 6.** Économies nettes quant aux coûts attribuables à l'alcool (selon les données de 2002, en milliers de dollars) réalisées au Canada grâce à la mise en œuvre des interventions choisies (analyses de sensibilité)

| <b>Interventions choisies</b>  | <b>Soins de santé</b> | <b>Criminalité</b> | <b>Perte de productivité</b> | <b>TOTAL</b>      |
|--|-----------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>Hausse des taxes de 25 %</b>  | 3,237,096             | 3,030,023          | 7,026,371                    | <b>13,293,490</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 69,104                | 42,177             | 100,029                      | <b>211,310</b>    |
| Différence relative  | 2.1%                  | 1.4%               | 1.4%                         | <b>1.6%</b>       |
| <b>Faire passer la limite d'alcoolémie de 0,08 % à 0,05 % (baisse du taux de collisions mortelles de 18 %)</b> | 3,300,591             | 3,038,991          | 7,063,252                    | 13,402,834        |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 5,609                 | 33,209             | 63,148                       | <b>101,966</b>    |
| Différence relative  | 0.2%                  | 1.1%               | 0.9%                         | <b>0.8%</b>       |
| <b>Tolérance zéro pour les moins de 21 ans</b>   | 3,304,581             | 3,068,925          | 7,108,137                    | <b>13,481,643</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 1,619                 | 3,275              | 18,263                       | <b>23,157</b>     |
| Différence relative  | 0.0%                  | 0.1%               | 0.3%                         | <b>0.2%</b>       |
| <b>Faire passer l'AMLB de 19 à 21 ans</b>  | 3,304,330             | 3,059,253          | 7,097,124                    | <b>13,460,707</b> |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 1,870                 | 12,947             | 29,276                       | <b>44,093</b>     |
| Différence relative  | 0.1%                  | 0.4%               | 0.4%                         | <b>0.3%</b>       |
| <b>Safer bars (10 % des crimes liés aux bars )</b>   | 3,305,870             | 3,052,782          | 7,124,957                    | 13,483,609        |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 330                   | 19,418             | 1,443                        | <b>21,191</b>     |
| Différence relative  | 0.0%                  | 0.6%               | 0.0%                         | <b>0.2%</b>       |
| <b>Interventions de courte durée (diminution de 22 % de la consommation d'alcool)</b>                          | 2,899,270             | 2,904,686          | 6,115,363                    | 11,919,319        |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | 406,930               | 167,514            | 1,011,037                    | <b>1,585,481</b>  |
| Différence relative  | 12.3%                 | 5.5%               | 14.2%                        | <b>11.7%</b>      |
| <b>Privatisation (augmentation de 20 % de la consommation d'alcool)</b>  | 3,821,359             | 3,275,290          | 8,018,356                    | 15,115,005        |
| <i>Valeur de référence</i>   | 3,306,200             | 3,072,200          | 7,126,400                    | <b>13,504,800</b> |
| Différence entre les deux valeurs*   | -515,159              | -203,090           | -891,956                     | <b>-1,610,205</b> |
| Différence relative  | -15.6%                | -6.6%              | -12.5%                       | <b>-11.9%</b>     |
| <b>Différence totale entre valeurs de référence et valeurs après interventions<sup>†</sup></b>                 | <b>485,462</b>        | <b>278,542</b>     | <b>1,223,196</b>             | <b>1,987,199</b>  |
| <b>Différence relative totale entre valeurs de référence et valeurs après interventions<sup>†</sup></b>        | <b>14.7%</b>          | <b>9.1%</b>        | <b>17.2%</b>                 | <b>14.7%</b>      |

Valeur de référence : coût total (Rehm et al., 2006)

L'analyse de sensibilité n'a pas été faite sur les données relatives à la hausse des taxes, à la tolérance zéro et à la hausse de l'AMLB.

\*Coût évitable

† Les données relatives à la privatisation ont été exclues parce que les estimations ajoutent, et non suppriment, un fardeau additionnel.

En raison de données non disponibles, nous avons supposé que l'impact des interventions choisies sur les médicaments d'ordonnance, les soins ambulatoires et les services de médecin était le même que sur les soins actifs à l'hôpital.

Par ailleurs, l'impact de certaines interventions n'a pas été stratifié selon l'âge et le sexe. Par exemple, selon la théorie économique, l'impact de la taxation influencerait davantage les personnes dont le revenu disponible est moindre, comme les jeunes adultes.

Les coûts évitables liés à la productivité, sur lesquels influeraient les interventions, ont été calculés à l'aide d'une version modifiée de l'approche axée sur le capital humain, utilisée pour la première fois dans le cadre de l'étude sur les coûts de l'abus de substances au Canada réalisée par Rehm et ses associés en 2006-2007. Cependant, pour faciliter les comparaisons avec d'autres recherches, nous avons également calculé les coûts de la perte de productivité à l'aide de l'approche (non modifiée) axée sur le capital humain et de la méthode axée sur le coût associé à la période de friction. L'estimation des coûts indirects évitables varie beaucoup selon la méthode employée et les suppositions sous-jacentes sur le marché du travail. La méthode axée sur le coût associé à la période de friction a généré les chiffres les moins élevés. Cela s'explique par le fait que cette méthode est plus sensible aux changements du nombre de décès, alors que la méthode axée sur le capital humain est plutôt sensible aux changements du nombre d'années potentielles de vie perdues.

Ces estimations des coûts évitables liés à l'abus d'alcool ne reflètent pas le taux de rendement que la population pourrait atteindre. Pour que ces taux potentiels soient calculés, il faudrait faire une analyse coût-avantage. Nos premières estimations des coûts évitables de l'abus d'alcool au Canada peuvent servir de base à cette fin, ce qui faciliterait l'évaluation et la comparaison approfondie des interventions les plus efficaces et rentables.

## CONCLUSION

L'alcool constitue un lourd fardeau pour les Canadiens en matière de santé et de criminalité. La mise en œuvre de politiques rentables aiderait cependant à éviter une partie de ce fardeau et des coûts connexes. Les interventions cernées, qui sont en général appuyées par le public, permettraient d'économiser un milliard de dollars par année au Canada, et ce, même selon des suppositions prudentes.

Il se peut même que les gains potentiels pour les Canadiens soient encore plus élevés, puisque l'estimation du fardeau et des coûts évitables attribuables à l'alcool a doublé à la suite d'analyses de sensibilité effectuées sur trois des six interventions.

L'impact le plus important découlerait d'interventions de grande portée, qui auraient une incidence sur le taux global de consommation d'alcool, comme les interventions de courte durée et la hausse des taxes sur l'alcool. Cependant, les plus grandes économies seraient réalisées grâce à l'application simultanée de diverses politiques efficaces et rentables plutôt que d'une seule. Les résultats montrent donc clairement qu'une baisse importante des méfaits et des coûts attribuables à l'alcool dans notre société ne peut être réalisée que si une stratégie comportant plusieurs politiques en matière de consommation d'alcool est mise en œuvre. Les recommandations faites en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale sur l'alcool, telle qu'elles ont été présentées il y a un an par le Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool

(<http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/AB35A74F-2491-4CD0-8CD7>

[31F3897BDBBD/0/ccsa0238762007.pdf](http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/AB35A74F-2491-4CD0-8CD7/31F3897BDBBD/0/ccsa0238762007.pdf)), tracerait le bon chemin à suivre. Toutefois, une baisse importante des coûts attribuables à l'alcool ne peut être réalisée que si une telle stratégie s'avère une priorité et qu'elle renferme plusieurs champs d'action de grande ampleur, y compris des mesures visant à réduire la disponibilité de l'alcool.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. et Rossow, I. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford and London: Oxford University Press.
- Chisholm, D., Rehm, J., van Ommeren, M. et Monteiro, M. (2004). Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 782-793.
- Collins, D., Lapsley, H., Brochu, S., Easton, B., Perez-Gomez, A., Rehm, J. et Single E. (2006). *Lignes directrices internationales pour l'estimation des coûts évitables de l'abus de substances*. Ottawa : Santé Canada.
- Graham, K., PhD, Senior Scientist and Section Head, CAMH, London, Ontario, Canada (14 mars 2007). Opinion d'expert, courriel à l'intention de Patra, J et Popova, S.
- Graham, K., Osgood, D. W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L., Leonard, K., Parnanen, K., Saltz, R. et Toomey T. (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.
- Her, M., Giesbrecht N., Room, R. et Rehm, J. (1998). Implications of privatizing/deregulating alcohol retail sales: A projection of alcohol consumption in Ontario. *Journal of Substance Abuse*, 10(4), 355-373.
- Her, M., Giesbrecht, N., Room, R. et Rehm, J. (1999). Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: Evidence and implication. *Addiction*, 94(18), 1125-1139.
- Mann, R. E., Macdonald, S., Stoduto, G., Shaikh, A. et Bondy, S. (1998). *Assessing the potential impact of lowering the legal blood alcohol limit to 50 mg% in Canada*. Transport Canada Publication N° TR 13321 E. Ottawa, Ontario : Transport Canada.
- OMS (2004). *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?* Genève : WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A. et Taylor, B. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*. Ottawa, Canada : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Rehm, J., Gnam, W., Popova, S., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B. Patra, J., SarnocinskaHart, A. et Taylor, B. (2007). The social costs of alcohol, illegal drugs and tobacco in Canada 2002. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 886-895.

Shults, R. A., Elder, R. W., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Alao, M. O., Carande-Kulis, V. G., Zaza, S., Sosin, D.M. et Thompson, R.S. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4) (suppl 1), 66-88.

Villaveces, A., Cummings, P., Koepsell, T. D., Rivara, F. P., Lumley, T. et Moffat, J (2003). Association of alcohol-related laws with deaths due to motor vehicle and motorcycle crashes in the United States, 1980–1997. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 131–140.