

12 septembre 2006 / n° 34-35

Numéro thématique - Alcool et santé en France, état des lieux *Special issue - Alcohol and health in France, update*

p.251 **Éditorial - Alcool et santé : un bilan pour renforcer une politique de santé efficace**
Editorial - Alcohol and health: an assessment for a new efficient public health policy

p.252 **Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France**
Indicators of morbidity and mortality related to alcohol in France

p.255 **Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005**
Self-reported annual alcohol consumption, France, 2005

p.258 **Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003**
Alcohol and road safety: some results of the national population based SAM study, France, 2001-2003

p.261 **Consommation d'alcool parmi les jeunes en France et en Europe**
Alcohol consumption among young people in France and in Europe

p.264 **Premier état des lieux de l'application des règlements interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans, France, 2005**
Implementation of the rules prohibiting alcohol sales to minors under 16 years of age in France; first inventory, 2005

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue: Pascal Mélihan-Cheinin, Direction générale de la santé, Paris*

Editorial

Alcool et santé : un bilan pour renforcer une politique de santé efficace *Alcohol and health : an assessment for a new efficient public health policy*

Professeur Didier Houssin, Directeur général de la santé

Dans notre pays, si la consommation d'alcool diminue régulièrement depuis plusieurs décennies, son niveau global élevé demeure une caractéristique française [1]. L'impact de la consommation excessive d'alcool sur la santé en France demeure élevé, en termes de mortalité, de morbidité et de dommages sociaux. Avec 45 000 morts attribuables à l'alcool par an, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable de notre pays (après le tabac) [2]. C'est la population masculine qui paie le plus lourd tribut, avec une surmortalité liée à l'alcool de 30 % supérieure à la moyenne européenne.

L'alcool a également une responsabilité majeure dans les accidents de la route, avec un risque relatif de plus de 8 de provoquer un accident mortel d'après une étude française récente [3].

Réduire la consommation globale d'alcool reste le seul moyen de répondre avec efficacité aux enjeux de santé publique posés par la consommation d'alcool [2]. C'est aussi l'objectif de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. L'atteindre passe par l'augmentation du nombre d'abstinents et la réduction de la consommation des petits et moyens buveurs, les plus nombreux.

Des experts ont récemment publié une remarquable analyse comparative des stratégies de lutte contre le risque alcool, dans un travail établi à la demande de la Commission européenne [4]. Ce rapport confirme que les stratégies les plus efficaces sont celles qui réduisent l'accessibilité à l'alcool et qui impulsent une politique tarifaire et de taxation forte. L'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs présente un intérêt. Avant ce numéro du BEH, aucune évaluation n'en avait été faite en France [5]. Ce bilan montre pour le moins la nécessité de rappeler les termes de la législation, voire de poser la question de sa clarification.

Il est, en revanche, encourageant de souligner que notre pays s'illustre par une situation des plus jeunes plus favorable qu'ailleurs en Europe, avec moins de buveurs réguliers et une augmentation de quantités bues plus tardive [6]. La loi du 10 janvier 1991, qui vise à protéger les jeunes de la publicité et du parrainage des boissons alcooliques, a sans doute contribué à ce résultat.

Les perspectives prochaines pour la France sont aujourd'hui les suivantes :

- la promotion par le ministère de la Santé depuis 2002 du repérage systématique des usages d'alcool à risque et de l'intervention brève devrait aider les professionnels de première ligne à se sentir mieux armés pour aider leurs patients ;

- des états généraux de la thématique alcool s'organisent dans les régions. Ces forums citoyens ne porteront pas exclusivement sur la dimension santé de la consommation d'alcool. En tant que « débats citoyens », ils devraient améliorer la connaissance de la population sur le risque alcool, mobiliser des relais actifs au sein de la société civile et préparer une refonte de la politique de santé sur la thématique alcool en prenant en compte l'ensemble des positions exprimées¹.

Ces initiatives doivent permettre l'affirmation d'une politique de santé publique à la hauteur des enjeux posés par la consommation d'alcool dans notre pays.

Références

- [1] Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Etat des lieux, de la morbidité/mortalité liées à l'alcool en France. Bull Epidemiol Hebdo 2006, n°34-35:252-5.
- [2] Arwidson P, Léon C, Guillemont J. Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005. Bull Epidemiol Hebdo 2006, n°34-35:255-8.
- [3] Laumon B, Gadegbeku B, Martin J, Biecheler M et le Groupe SAM. L'enquête nationale Stupéfiants et Accidents Mortels (SAM) : une confirmation du rôle majeur de l'alcool dans la mortalité routière. Bull Epidemiol Hebdo 2006, n°34-35:258-61
- [4] Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK, Juin 2006. Accessible en ligne dans sa version courte à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf
- [5] Karsenty S, Mélihan-Cheinin P, Martin D, Larochette N, Maro D, Larabi M. Premier état des lieux de l'application des règlements interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans. Bull Epidemiol Hebdo 2006, n°34-35:264-6.
- [6] Choquet M. Alcoolisation des jeunes en France et en Europe. Bull Epidemiol Hebdo 2006, n°34-35:261-4.

¹Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le site suivant : www.etatsgenerauxalcool.fr

Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France

Tiphaine Canarelli (tican@ofdt.fr), Agnès Cadet-Tairou, Christophe Palle

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis

Résumé / Abstract

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France, même si sa consommation diminue depuis 40 ans. Avec 13 millions de consommateurs réguliers, la France est en 2003 le sixième pays le plus consommateur d'alcool selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), majoritairement sous forme de vin (60 %).

En plus de la dépendance qu'il peut engendrer, l'alcool peut être responsable de manifestations morbides aiguës (troubles du comportement à l'origine de prise de risques et d'accidents) ou chroniques (cirrhose, atteintes neurologiques, cancers des voies aérodigestives supérieures). L'impact d'une consommation d'alcool sur la mortalité est difficile à mesurer car il peut intervenir directement sur la mortalité ou indirectement en tant que facteur aggravant de nombreuses pathologies. Ainsi l'Inserm, en se fondant sur trois catégories de décès directement imputables à l'alcool (cirrhose, cancers des voies aéro digestives supérieures et psychose alcoolique) a recensé 22 200 décès en 2002 alors qu'en considérant l'ensemble des décès où l'alcool pourrait intervenir comme « cause associée », 45 000 décès avaient été comptabilisés en 1995.

La réactualisation de ces données de mortalité semble nécessaire, dans un contexte où la lutte contre une consommation excessive d'alcool est un objectif des politiques de santé publique actuelles. Les mesures qui seront envisagées devront aussi prendre en compte les représentations positives liées à l'alcool en France, encore souvent considéré davantage comme un produit de consommation que comme un psychotrope.

Mots clés / Key words

Alcool, consommation, consommation excessive, morbidité, mortalité, mortalité attribuable à l'alcool / Alcohol, consumption, excessive drinking, morbidity, mortality, alcohol-related deaths

Introduction

Les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la consommation d'alcool par habitant de 15 ans et plus plaçaient la France, au début des années 1960, très loin devant l'ensemble des autres pays du monde. La France a depuis perdu cette

position singulière. En près d'un demi-siècle, sa consommation d'alcool par habitant a ainsi été divisée par deux, cette diminution étant presque exclusivement liée à la réduction de l'usage du vin, les quantités des autres catégories de boissons (bières, spiritueux) étant aujourd'hui à peu près au même

niveau qu'au début des années 1960 [1]. Il reste qu'en 2004, avec un chiffre de 13,1 litres d'alcool pur par habitant, soit une moyenne d'un peu moins de trois verres par habitant et par jour, la France se situe encore en tête des pays les plus consommateurs d'alcool, au 6ème rang mondial.

Cet indicateur de quantité moyenne ne doit pas masquer l'existence de fortes différences de comportements de consommation dans la population française. Près de 10 millions de Français consomment de l'alcool au moins trois fois par semaine et 6,4 millions tous les jours. Parmi ces consommateurs quotidiens, on compte près de trois fois plus d'hommes que de femmes. La proportion d'usagers quotidiens d'alcool se différencie également suivant l'âge puisqu'elle concerne 56 % des hommes et 23 % des femmes entre 65 et 75 ans contre 5 % des hommes et moins de 1 % des femmes entre 20 et 25 ans [2]. S'ils sont peu nombreux à consommer de l'alcool quotidiennement, les jeunes adoptent quant à eux plus facilement des comportements d'ivresse que leurs aînés. Ainsi, si globalement 14,4 % des Français disent avoir été ivres au cours des 12 derniers mois, cette proportion culmine à 48,3 % parmi les hommes de 20 à 25 ans et 20 % des femmes du même âge [2].

Cet article tente de fournir les données les plus récentes sur la morbidité et la mortalité en lien avec l'alcool, qui reste la substance psychoactive la plus consommée sur le territoire.

La morbidité liée à l'alcool

La consommation d'alcool est responsable de manifestations morbides par son potentiel addictif à l'origine d'une dépendance physique et psychique mais aussi par sa toxicité organique, qu'elle soit aiguë ou chronique.

Les consommations problématiques d'alcool

Une consommation régulière ou quotidienne d'alcool n'étant pas, en soi, un indicateur de l'ampleur des problèmes en lien avec l'alcool dans la population française, on définit la notion de « consommation problématique » qui recouvre les concepts d'abus et de dépendance définis par le DSM IV¹ ; l'abus correspondant à une consommation potentiellement nocive. C'est principalement à travers la réalisation d'enquêtes de santé ou portant sur les usages de substances psychoactives en population générale que la prévalence des usages problématiques est mesurée.

Les consommations problématiques peuvent être tout d'abord appréciées à l'aide de « seuils », établis à partir d'études [3]. La plupart d'entre elles n'ont pas mis en évidence d'augmentation du risque de morbidité pour une consommation d'alcool comprise entre 0 et 20 g/lj (correspondant à une quantité inférieure à deux verres par jour). Une diminution de la mortalité due à certaines pathologies cardiovasculaires (liées à un risque thromboembolique) serait même observée pour des consommations inférieures à 20 g/lj bien que certaines recherches récentes tendent à nuancer cette idée [4]. Une augmentation modérée du risque de cancer du sein chez la femme existerait dans cette zone de consommation, et ce dès 10 g/lj.

De 20 à 50 g/lj, le risque de cirrhose est augmenté, comme celui cardiovasculaire (hypertension artérielle et risque d'accident vasculaire cérébral). Une augmentation faible du risque de cancer des voies

aérodigestives supérieures (VADS) existe également dans cette zone de consommation.

Ces risques sont amplifiés pour une consommation de plus de 50 g/lj avec, notamment, un risque de développer un cancer VADS doublé par rapport aux non-consommateurs d'alcool.

Une seconde approche consiste à utiliser des tests dépistant ces consommations problématiques. C'est le cas du test Deta (Diminuer-entourage-trop-alcool) ou de l'AUDIT-C² (*Alcohol Use Disorder Test*) permettant le dépistage de consommateurs abusifs ou dépendants.

Ainsi, en 2002, 18 % des hommes et 6 % des femmes ont consommé la veille un nombre de verres supérieur au seuil recommandé. Quatre millions de personnes (13 % des hommes et 4 % des femmes de 12 à 75 ans) présenteraient selon le test Deta, un risque d'usage problématique d'alcool la même année [1]. Avec le test AUDIT-C, 410 000 personnes (0,9 % de la population des 12-75 ans) auraient quant à elles un risque élevé de dépendance alcoolique, alors que 3,6 millions de personnes (13,5 % d'hommes et 2,5 % de femmes) présenteraient un risque élevé d'alcoolisation chronique, selon ce même test [2].

Enfin, les enquêtes d'épidémiologie psychiatrique, moins fréquentes, utilisent des outils diagnostics plus lourds tels que le module de questions CIDI³ qui tendent à mesurer la prévalence diagnostiquée des troubles psychiatriques liés à la consommations d'alcool.

Ainsi, l'étude ESEMED⁴ menée en 2001 et utilisant comme outil diagnostic le CIDI 2000 montre que près de 9 % des hommes et 2,5 % des femmes présenteraient, au cours de leur vie des troubles psychiatriques à type d'abus d'alcool ou de dépendance alcoolique [5].

Une consommation d'alcool peut également être problématique chez les personnes âgées, en raison d'une plus grande vulnérabilité physique, de l'association éventuelle à des médicaments psychotropes et d'une consommation prolongeant souvent des habitudes anciennes. Deux types de relations problématiques avec l'alcool se distinguent ainsi : une consommation à risque ancienne qui se pérennise (2/3 des cas) ou une entrée tardive dans ce comportement en réaction le plus souvent à des facteurs situationnels négatifs (isolement, maladie associée). La prévalence d'une consommation à risque chez les sujets de plus de 65 ans varie ainsi de 2 à 14 % dans la population générale jusque 20 à 25 % en institution [6].

La toxicité organique de l'alcool

A la phase aiguë, la consommation d'alcool peut être responsable de troubles du comportement, à l'origine d'une multiplication d'erreurs lors de l'exécution de tâches et d'un effet désinhibiteur pouvant induire des prises de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans des accidents (de la route, de la vie courante ou professionnels) et dans des actes agressifs contre soi ou contre les autres. Au plan chronique, la toxicité est majeure pour le foie (cirrhose, hépatocarcinome), le système nerveux périphérique (polynévrites des membres inférieurs, neuropathies optiques) et central (syndrome

cérébelleux, troubles des fonctions intellectuelles, psychose alcoolique) et pour les voies aérodigestives supérieures (cancers). Cette toxicité chronique peut également favoriser l'apparition de pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux) ou d'autres cancers comme celui du sein.

La consommation d'alcool pendant la grossesse expose l'enfant à divers risques dans le cadre d'un Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) [3], triade associant un retard de croissance intra-utérin, une dysmorphie crano-faciale caractéristique et des anomalies neurologiques (retard de développement intellectuel, troubles du comportement).

Le poids de l'alcool dans la morbidité française est assez mal documenté [7]. Deux approches permettent toutefois de l'appréhender : la prise en charge médicale -qu'elle soit hospitalière, ambulatoire ou en structure spécialisée- et les éventuelles données épidémiologiques des pathologies liées à l'alcool. Concernant la prise en charge sanitaire, 98 637 hospitalisations en rapport direct avec une consommation excessive d'alcool (diagnostic principal⁵) ont été recensées en 2004, dont près de 60 500 pour intoxication aiguë et 27 000 demandes de sevrage. Environ 100 000 personnes ont, quant à elles, été accueillies dans des structures spécialisées en alcoologie sur la même période. Ces données mesurent essentiellement le suivi de la dépendance et la morbidité aiguë liée à l'alcool.

La seule information épidémiologique disponible, relative à la morbidité chronique semble être la prévalence des cirrhoses alcooliques en France, estimée entre 1,5 et 2,5 pour mille habitants en 2000 [8].

La fréquence du SAF est difficilement estimable, notamment du fait de formes frustes ou non repérables à la naissance. Cependant, ce syndrome concernerait 5 pour 1 000 naissances pour les formes modérées et 1 à 2 naissances pour 1 000 pour les formes sévères pour la période 1986-1990, sachant que 1 000 enfants naîtraient avec une forme sévère chaque année en France [1].

L'impact de l'alcoolisation massive (rencontrée en particulier chez les jeunes le week-end) semble quant à lui plus complexe à appréhender.

L'impact sur la mortalité

L'impact de cette consommation d'alcool sur la mortalité est difficile à mesurer car il peut intervenir directement sur la mortalité mais aussi indirectement en tant que facteur aggravant dans un grand nombre de pathologies. Le tabac peut, en effet, aussi interagir dans l'apparition de certaines pathologies comme les cancers des VADS. L'alcool reste toutefois la deuxième cause de mortalité évitable en France.

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revision IV)*

² L'AUDIT-C recherche à la fois des seuils de consommation ainsi qu'une alcoolisation massive (*binge drinking*)

³ *Composite International Diagnostic Interview (OMS)* utilisé dans le cadre d'enquêtes dans le domaine de la santé mentale

⁴ *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*

⁵ « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool »

Seules des études épidémiologiques prospectives menées en populations représentatives permettent d'obtenir des informations sur les retentissements de la consommation alcoolique à long terme. La mortalité liée à l'alcool peut être appréhendée de deux manières :

- son évolution est habituellement observée à partir du suivi de trois catégories de décès liés totalement ou très majoritairement à la consommation d'alcool [3] : les décès par cirrhose -d'origine alcoolique ou sans précision-, par cancer VADS - lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx et œsophage – et les décès par psychose alcoolique ou pour lesquels la dépendance à l'alcool a été mentionnée comme cause principale de décès. La « psychose alcoolique » correspond, en fait, à l'ensemble des encéphalopathies et démences liées à l'alcool, souvent à l'origine de dégradations physiques rapides. Il faut aussi rappeler que tous les décès par cancers des VADS ne sont pas forcément liés à une consommation d'alcool.

Le calcul des chiffres de mortalité directement causés par l'alcool est établi par l'Inserm (CépiDC) à partir du diagnostic initial de décès indiqué sur le certificat médical d'un sujet.

Ainsi, en 2002, près de 22 200 décès ont été directement attribués à l'alcool (tableau 1), dont environ la moitié par cancers des VADS et 40 % par cirrhoses.

Tableau 1 Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique en France, 2002
Table 1 Deaths directly attributable to alcohol in France, 2002

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhoses	5 990	2 525	8 515
Cancers des VADS	8 802	1 679	10 481
Psychoses alcooliques	2 557	624	3 181
TOTAL	17 349	4 828	22 177

Sources : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) : base de données Score Santé, CépiDC

La dépendance à l'alcool qui sous-entend les cas de psychoses alcooliques, concerne 1 décès sur 7 dus à l'alcool ;

- son poids sur la mortalité générale s'estime à partir de l'ensemble des décès où l'alcool pourrait intervenir comme « cause associée ». Les chiffres sont dans ce cas plus élevés, comme le montrent les travaux de C Hill estimant le nombre de décès attribuables à l'alcool à 45 000 par an en 1995 [9]. Quatre-vingt pour cent des décès dus à l'imprégnation alcoolique chronique concernent des hommes qui en décèdent tôt puisque plus de la moitié des décès ont lieu avant l'âge de 65 ans [3]. Quant aux femmes, elles meurent proportionnellement plus que les hommes de cirrhoses. Au total, l'alcool est directement responsable de 14 % des décès masculins (1 homme sur 7) *versus* 3 % des décès féminins. La mortalité alcoolique est également fortement liée à la catégorie sociale puisqu'elle atteint davantage les ouvriers ou les employés que les cadres supérieurs.

Si le nombre de décès directement attribués à l'alcool décroît depuis 40 ans, ces dernières années, un infléchissement de cette baisse a été observé notamment pour les décès par cirrhoses, qui pourrait s'expliquer par la part croissante des cirrhoses d'origine virale. Cette augmentation expliquerait aussi pourquoi l'incidence du cancer du foie est croissante (doublement en 15 ans pour l'homme et 20 ans pour la femme), du fait de la dégénérescence possible des cirrhoses d'origine virale, celles-ci étant mieux traitées et pouvant donc évoluer plus facilement en cancer. Le taux de décès par psychose alcoolique semble lui aussi en légère augmentation (plus 15 % entre 1998 et 2002 en France métropolitaine). Enfin, en ce qui concerne la mortalité par cancers des VADS, elle continue à diminuer légèrement chez les hommes (du fait des régressions conjuguées des consommations d'alcool et de tabac), alors que chez les femmes les cancers dus à l'alcool diminuent, avec une augmentation en parallèle des cancers impliquant le tabac (figures 1 et 2).

Bien que la consommation d'alcool ait fortement diminué au cours des dernières décennies, le niveau de mortalité qui lui est lié reste en France l'un des plus élevés de l'Union européenne (surmortalité masculine liée à l'alcool de 30 % supérieure à la moyenne européenne). La comparaison des taux de mortalité par cirrhose alcoolique pour la période 1989-1995 place en effet la France en tête parmi les 15 pays européens comme pour les cancers du foie (2^{ème} place). Elle présente aussi le taux de mortalité le plus élevé en ce qui concerne les cancers des VADS.

Quant aux accidents de la route, l'alcool multiplie par 8,5 le risque d'être responsable d'un accident mortel. Au total, il serait responsable de 2 270 décès sur une base de 6 000 accidents mortels par an selon l'étude SAM [10].

Discussion

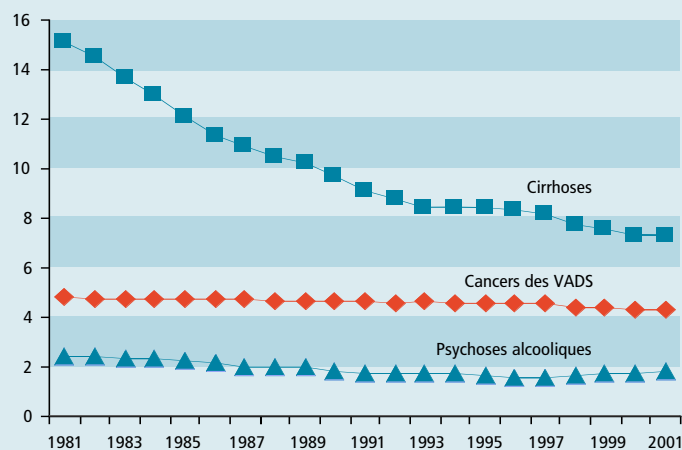
Des difficultés méthodologiques concernant le poids de l'alcool sur la mortalité

Les chiffres de décès directement liés à l'alcool fournis par l'Inserm ne tiennent pas compte des morts violentes ou des effets aggravants sur d'autres pathologies dont l'alcool peut être responsable.

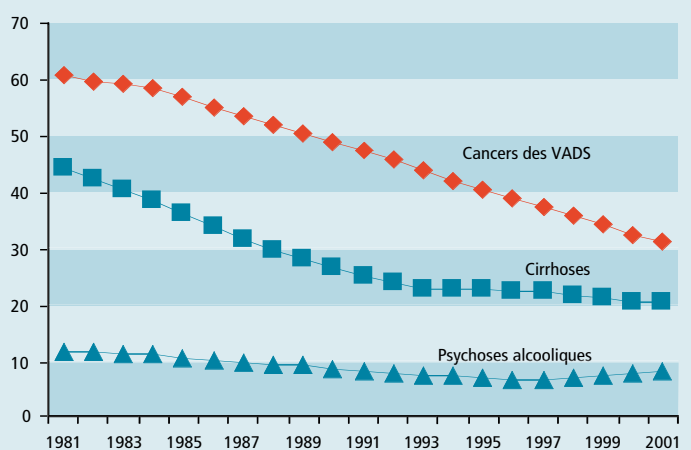
L'estimation de la mortalité attribuable à l'alcool par C. Hill en 1995 [9] repose sur le schéma suivant : à partir d'un échantillon représentatif de personnes enquêtées 20 ans plus tôt sur leur consommation d'alcool, et à partir des risques relatifs de décès de buveurs par rapport aux non-buveurs définis d'après une revue de la littérature pour différentes pathologies en lien avec l'alcool, ont été estimées des « fractions de décès attribuables » à l'alcool. Les pathologies retenues sont : les cancers des VADS, certaines atteintes digestives (cirrhose, pancréatite aiguë et chronique), des troubles mentaux (psychose et dépendance alcoolique), des maladies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémique ou alcoolique, maladies cérébro-vasculaires), des atteintes respiratoires ainsi que des traumatismes ou empoisonnements (accidents de la voie publique,

Figures 1-2 Évolution des taux de mortalité pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et les psychoses alcooliques, chez les femmes et chez les hommes, France, 1981-2001 / *Figures 1-2* Evolution of mortality rates for liver cirrhosis, cancers - oral cavity, pharynx, larynx, esophagus- and alcoholic psychosis by gender, France, 1981-2001

Taux pour 100 000 femmes



Taux pour 100 000 hommes



Note : Il est important de noter que les échelles des taux sont différentes selon le sexe

Sources : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) : base de données Score Santé, CépiDC

chutes, suicide et homicide). C'est ensuite à partir des statistiques nationales de décès de l'Inserm en 1995, qu'a été calculé le nombre de décès en lien avec l'alcool (« décès attribuables ») sur l'année et pour chaque pathologie incriminée. Ainsi, d'après ces calculs, sur les 45 000 décès estimés, les étiologies les plus fréquemment en cause sont les cancers des VADS (16 000 décès dont 14 000 chez l'homme), les affections digestives (8 200), les maladies cardio-vasculaires (7 600) et les accidents (7 100 décès dont 2 860 dans les accidents de la route) (tableau 2).

Tableau 2 Décès attribuables à l'alcool, par sexe, pour les principales maladies liées à l'alcool, France, 1995 / **Table 2** Number of deaths attributable to alcohol by gender and disease, France, 1995

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cancers des VADS	14 000	2 000	16 000
Troubles mentaux	2 000	500	2 500
Cardio vasculaire	7 000	600	7 600
Respiratoire	1 000	100	1 100
Digestive	6 000	2 200	8 200
Accidents, empoisonnements	6 000	1 100	7 100
Mal Spécifié	2 000	500	2 500
TOTAL	38 000	7 000	45 000

Source : Hill C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en Santé Publique, 2000. 30: p. 14-17

Il n'existe pas de données françaises de mortalité en lien avec l'alcool plus récentes. Or, compte tenu des évolutions récentes de la consommation d'alcool (diminution progressive des quantités, modification des modes de consommation), une nouvelle

évaluation de ces chiffres semble nécessaire. D'autant qu'ils présentent certaines limites, soulignées par l'auteur elle-même, comme le recours à des risques relatifs issus d'études épidémiologiques non françaises -voire même non européennes- l'ancienneté de certaines de ces études, la surestimation possible de cas attribuables à l'alcool (cohorte rétrospective avec un niveau de consommation plus élevé à l'époque) ou encore la sous-estimation d'autres cas (du fait de la seule prise en compte du diagnostic principal de décès et non pas des diagnostics associés).

Une réflexion est aujourd'hui en cours, notamment au sein de l'OFDT, pour actualiser ces modalités de calcul de la mortalité attribuable à l'alcool à partir de données plus récentes.

L'alcool au centre de débats publics

La réduction de la consommation en termes de litres d'alcool pur par habitant est un objectif stratégique de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 comme du plan quinquennal de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Le ministre de la Santé et des Solidarités a, également, annoncé la tenue en 2006 d'États généraux sur l'alcool sur la base des recommandations d'un rapport de ses services [11].

L'ensemble de ces éléments concourt à replacer le problème de l'alcool au centre des débats publics en amenant notamment les individus à prendre conscience des risques sanitaires et sociaux associés. La réactualisation des données de mortalité française inhérente à l'alcool s'impose donc dans ce contexte. En marge de la réduction actuelle des quantités consommées, les modes de consumma-

tion ont évolué en France, renforçant la notion de plaisir associée à l'alcool. C'est pourquoi les mesures de santé publique qui seront envisagées auront à prendre en compte les représentations sociales positives liées à l'alcool, encore souvent considéré comme un produit de consommation plutôt que comme un psychotrope.

Références

- [1] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Editions la Découverte. 2005, Paris.
- [2] Legleye S and al. Alcoolisation, un phénomène complexe, in Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Ed INPES. 2006, Paris.
- [3] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Alcool, effets sur la santé. Expertise collective. 2001, Paris: Inserm. 360 p.
- [4] Middleton Fillmore K, and al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction research and theory*, 2006: p. 1-31.
- [5] Lépine JP and al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 (ESEMeD). *Encéphale*; 2005, 31: 182-94.
- [6] Vigne C. Alcoolisme et addictions en gériatrie. *La revue de Gériatrie*, 2003. 28: p. 741-3.
- [7] Got C. Le poids de l'alcool dans la santé publique en France. *Gastroenterol Clin Biol*, 2002. 26(5 Suppl): p. 149-57.
- [8] Naveau S, G Perlemuter, and A. Balian. Epidémiologie et histoire naturelle de la cirrhose. *Rev Prat*, 2005. 55(14): p. 1527-32.
- [9] Hill C. Alcool et risque de cancer. Actualité et dossier en Santé publique, 2000. 30: p. 14-7.
- [10] Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Étude stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (SAM). Éléments de conclusion, 2005.
- [11] Bertrand X, Jeandet-Mengual E. Rapport sur la perspective d'organisation d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme. 2005, ministère de la Santé et des Solidarités: Paris. 51 p.

Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005

Pierre Arwidson (pierre.arwidson@inpes.sante.fr), Christophe Léon, Juliette Guillemont

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif du travail présenté est d'estimer la consommation totale annuelle d'alcool à partir des déclarations d'un échantillon représentatif de la population française et de mesurer la contribution à la consommation totale d'alcool selon l'âge et le niveau de consommation.

Méthode – Les données analysées sont issues du Baromètre santé 2005, une enquête téléphonique en population générale, avec une méthode aléatoire, réalisée auprès de 30 514 personnes de 12 à 75 ans de fin 2004 à début 2005. La quantité totale annuelle consommée a été établie à partir des réponses aux questions sur la fréquence de consommation d'alcool et sur la quantité consommée par unité de temps.

Résultats – Dix-sept pour cent de la population n'a pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois. Les buveurs d'alcool de 45-75 ans (44 % de l'échantillon) contribuent à 60 % de la consommation totale alors que les 12-44 ans (56 % de l'échantillon) n'y contribuent qu'à 40 %. Les hommes buveurs d'alcool contribuent à 73 % de la consommation totale. Soixante-dix pour cent des buveurs d'alcool consomment moins de 1 000 verres

Self-reported annual alcohol consumption, France, 2005

Background – The purpose of this paper is to evaluate the total annual alcohol consumption using the responses of a random sample of the French population and to assess the contribution to this total annual alcohol consumption by age and level of alcohol consumption groups.

Method – The analysed data come from the Health Barometer 2005, a random telephone survey carried out late 2004 and early 2005 in the general population, with a sample of 30,514 respondents aged from 12 to 75. The total annual alcohol consumption was calculated from the respondents' answers about the frequency of alcohol consumption and the quantity consumed by time unit.

Results – Seventeen per cent of the population has not used any alcohol during the past 12 months. Alcohol users aged 45 to 75 (44% of the sample) contribute to 60% of the total alcohol consumption, whereas the 12-44 age

par an (soit 2,7 verres par jour) et ils représentent 60 % de la consommation totale. Quarante-vingt-deux pour cent des buveurs d'alcool consomment moins de 2 000 verres par an (soit 5,5 verres par jour) et ils représentent 87 % de la consommation annuelle totale du pays.

Discussion – L'objectif de santé publique de réduire la consommation d'alcool globale ne s'obtiendra pas si les actions de prévention ne s'adressent qu'aux gros buveurs mais nécessite que les petits et moyens buveurs réduisent leur consommation (paradoxe de la prévention).

Mots clés / Key words

Consommation d'alcool, étude transversale, consommation annuelle déclarée, contribution à la consommation totale, sous-déclaration
Alcohol drinking, cross-sectional survey, self-reported annual consumption, contribution to total consumption, underreporting

group (56% of the sample) contribute only to 40%. Male alcohol consumers contribute to 73% of the total consumption. Seventy-seven per cent of alcohol users drink less than 1,000 glasses per year (equivalent to 2.7 glasses per day), which represents 60% of the total alcohol consumption of the sample. Eighty-two per cent of alcohol users drink less than 2,000 glasses per year (equivalent to 5.5 glasses per day), and they represent 87% of the total alcohol consumption of the country.

Discussion – *The public health objective to reduce the total alcohol consumption cannot be reached if prevention strategies are only targeted at heavy drinkers. Light and average drinkers need to reduce their consumption (prevention paradox).*

Introduction

Le premier objectif en annexe de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 est de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %. Cet objectif est justifié en raison de la corrélation positive entre la quantité totale consommée par une population et la quantité de problèmes sociaux et sanitaires liés à cette consommation [1,2]. Par ailleurs, les effets bénéfiques pour la santé de la consommation d'alcool restent controversés [3]. Et aucun bénéfice populationnel sur la santé cardiovasculaire n'a été observé dans les pays ayant vécu un accroissement de leur consommation d'alcool [2].

Pour atteindre l'objectif cité ci-dessus, la consommation doit passer de 10,7 litres d'alcool pur par an et par habitant en 1999 à 8,5 d'ici à 2008. Cet objectif est en bonne voie d'être atteint puisque la valeur pour l'année 2003 est de 9,3 litres d'alcool pur par an et par habitant [4].

Le suivi de la consommation d'alcool dans un pays se fait en général à partir de données agrégées des ventes (comptabilisées en tant que telles ou estimées à partir des taxes) [5] puis rapportées *per capita* (*World Drink Trends* [4]) ou à la population des 15 ans et plus (Insee).

Une autre source possible de données est la consommation déclarée par un échantillon de la population interrogé au cours d'une enquête. Même si ce type d'enquête comporte un certain nombre de problèmes, dont la sous-déclaration et la difficulté à interroger certaines catégories de personnes, sans domicile ou en difficulté, c'est le seul moyen d'obtenir une répartition sociodémographique de cette consommation.

Le premier objectif de notre travail est d'examiner la distribution de la consommation d'alcool annuelle déclarée en fonction du sexe, de l'âge et d'examiner la contribution de chaque segment de la population à la consommation globale. Le deuxième est de comparer la consommation annuelle obtenue à partir de cette enquête en population générale à celle issue des données économiques agrégées.

Méthodes

L'enquête téléphonique Baromètre santé 2005 a été réalisée entre le 14 octobre 2004 et le 12 février 2005 auprès d'un échantillon de 30 514 personnes de 12 à 75 ans, parlant le français, habitant en métropole et interrogées à leur domicile principal. L'échantillon a été constitué suivant un tirage aléatoire à deux degrés, le foyer puis la personne éligible au sein du foyer.

Afin de tenir compte de l'évolution du paysage téléphonique, cet échantillon a été constitué de 87,5 % de ménages équipés en lignes téléphoniques filaires et de 12,5 % de ménages uniquement équipés en téléphones portables. Pour les numéros filaires, la base de sondage a été construite à partir d'une liste tirée au sort de numéros de téléphone de foyers en liste blanche. Les nouveaux numéros (listes blanche, rouge, orange, entreprises ou non attribués) ont été obtenus en ajoutant 1 au dixième chiffre du numéro. Pour les numéros de téléphone portable, les numéros ont été obtenus en générant de façon aléatoire les 4 derniers chiffres des numéros après les préfixes spécifiques de chaque opérateur. Cette méthode permet d'interroger les foyers sur listes rouge et orange, sans que ces listes nous soient fournies. La personne éligible au sein du foyer était celle dont l'anniversaire à venir était le plus proche.

Dans ce travail, nous avons cherché à rassembler en un seul indicateur les quantités d'alcool consommées au cours des douze derniers mois. La première série de questions permet d'obtenir une fréquence déclarée de consommation d'alcool :

- au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu tous les jours, 4 fois par semaine ou plus, 2 à 3 fois par semaine, 1 fois par semaine, 2 à 4 fois par mois, une fois par mois ou moins souvent, jamais ?

Cette question était répétée pour chaque type d'alcool. Une deuxième question a permis d'obtenir la consommation d'alcool par unité de temps :

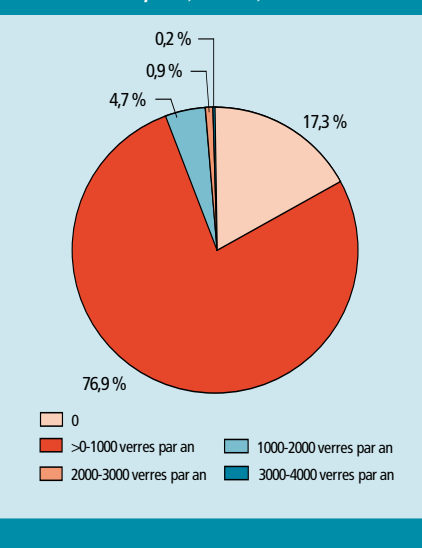
- au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool, combien de verres d'alcool buvez-vous, que ce soit de la bière, du vin ou tout autre type d'alcool ?

Un indicateur synthétique a été constitué en multipliant la fréquence de consommation ramenée à l'année par la quantité consommée par unité de temps.

Résultats

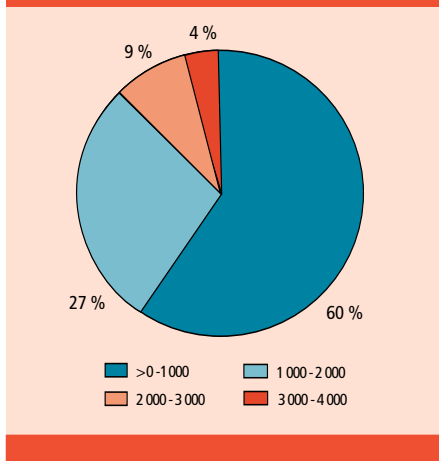
Dix-sept pour cent de la population interrogée déclarent ne pas avoir bu d'alcool au cours des 12 derniers mois (figure 1).

Figure 1 Répartition de la consommation totale annuelle déclarée d'alcool, France, 2005
Figure 1 Distribution of self-reported total annual alcohol consumption, France, 2005



Plus de trois quarts des 12-75 ans ont consommé moins de mille verres par an (arbitrairement petits buveurs). Moins de 5 % ont déclaré consommer entre mille et deux mille verres par an (buveurs moyens). Environ 1 % a déclaré consommer entre deux et trois mille verres par an (gros buveurs) et 0,2 % entre trois et quatre mille verres dans l'année (très gros buveurs). Sur la quantité totale d'alcool absorbé par l'échantillon, les petits buveurs auront consommé 60 %, les buveurs moyens 27 %, les gros buveurs 9 % et les très gros buveurs 4 % (figure 2).

Figure 2 Contribution de 4 niveaux de consommation annuelle d'alcool à la consommation globale, France, 2005 / **Figure 2** Contribution of 4 levels of annual alcohol consumption to total consumption, France, 2005



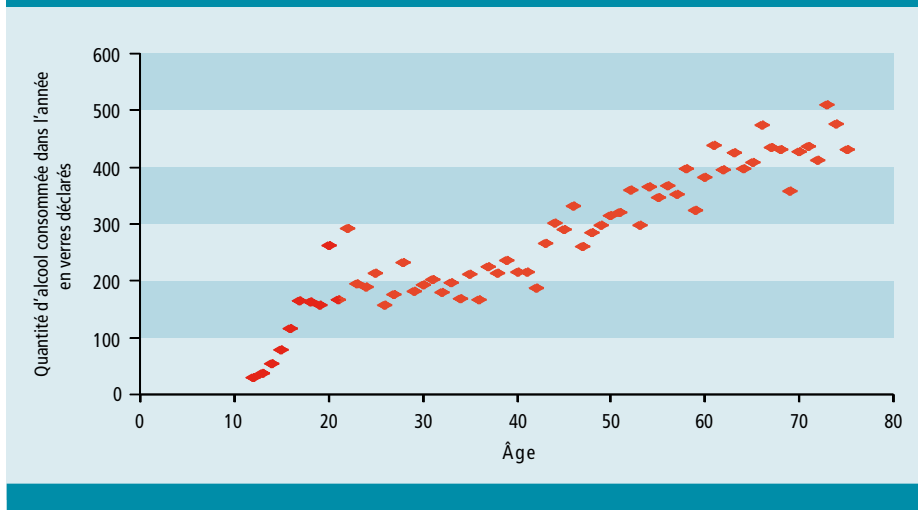
La consommation moyenne annuelle déclarée (CMAD) est de 268 verres par an [IC95 % 261 – 274] parmi ceux qui déclarent consommer de l'alcool.

La CMAD des hommes est de 385 verres par an [IC95 % 373 – 396] et celle des femmes de 146 [IC95 % 142 – 151]. Les hommes de 12 à 75 ans contribuent à 73 % de la consommation annuelle déclarée totale (CAD) dans cette tranche d'âges.

La CAD est plus importante pour les âges les plus élevés. Les 45-75 ans (42 % de l'échantillon) consomment 60 % de la CAD totale des 12-75 ans alors que les 12-44 ans (58 % de l'échantillon) en consomment 40 %. La CMAD des 65-75 ans est presque le double de celle des 20-25 ans (434 versus 221 verres par an ; $p < 0,001$).

Afin de comparer la consommation globale annuelle reconstituée à partir des déclarations avec les données agrégées d'origine économique, il a été nécessaire d'estimer la consommation des personnes non interrogées à savoir les plus de 75 ans. La figure 3 permet de constater que le nombre de verres consommés par an est très bien corrélé avec l'âge alors que la figure 4 indique qu'il y a un certain tassement de la prévalence de la consommation à partir de 70 ans. L'estimation de la

Figure 3 Corrélation entre l'âge et la consommation annuelle déclarée d'alcool (en verres) (coefficient de corrélation : 0,93), France, 2005 / **Figure 3** Correlation between age and self-reported annual alcohol consumption (in glasses) (correlation coefficient: 0.93), France, 2005



consommation globale a été faite en multipliant, pour chaque âge entre 12 et 75 ans [6], la moyenne annuelle de verres consommés par la prévalence de la consommation et l'effectif de la population. Pour les 76 ans et plus, le même calcul a été fait en maintenant constantes la moyenne consommée annuelle à 450 verres et la prévalence annuelle à 0,8. La distribution de cette consommation annuelle totale est donnée dans la figure 5. La quantité totale déclarée de consommation d'alcool a été estimée à près de 12 milliards de verres annuels ce qui fait 3,4 litres d'alcool pur par an et par habitant (en considérant qu'un verre fait 10 g d'alcool et en tenant compte du fait que l'alcool a une densité de 0,8).

Discussion

La reconstitution de la consommation globale d'alcool de la population française à partir des déclarations conduit à retrouver 3,4 litres d'alcool pur par habitant en 2005 qu'il faut comparer aux 9,3 litres d'alcool pur et par habitant en 2003 de *World Drink Trends* [4], soit environ un tiers. Cette différence a plusieurs origines possibles, certaines pourraient être liées à l'enquête et d'autres ne le sont pas. Il se peut que les gros buveurs soient

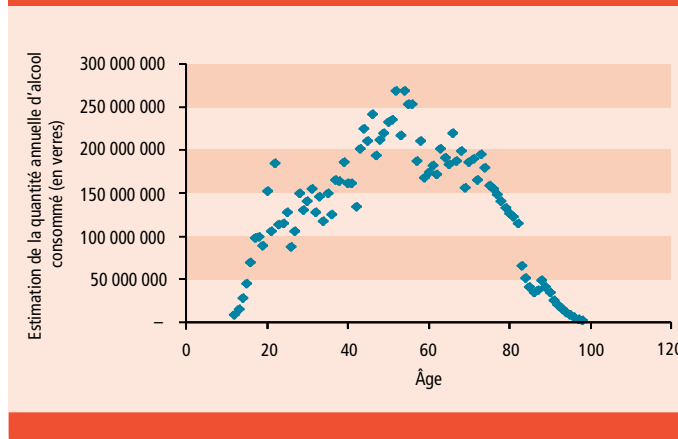
exclus de l'enquête soit du fait de leurs conditions de vie (sans domicile fixe), soit parce qu'ils ont refusé d'y répondre ou qu'il ait été impossible de les joindre malgré les 12 appels par foyer.

S'ils ont répondu à l'enquête, il se peut que les buveurs aient sous-déclaré volontairement ou involontairement leur consommation, la fréquence ou le nombre de verres par unité de temps. Il se peut également que la quantité d'alcool contenu par verre soit supérieure aux 10 grammes du verre-standard servi au « bistrot ». Les raisons non liées à l'enquête sont que l'alcool acheté n'a pas été consommé (mis en cave par exemple) ou a été consommé par des touristes ou des visiteurs qui ne sont pas enquêtés dans le cadre du Baromètre santé. Ainsi, en 2004, 75 millions de touristes ont passé 561 millions de nuitées [7] en France ce qui ne représente que 2,6 % des nuitées des 60 millions de Français mais peut-être un pourcentage supérieur de verres de bons vins français ! Les parts d'alcool produit à domicile (et non commercialisé) ou importé devraient en revanche avoir été captées par une enquête déclarative (qui ne s'intéresse pas à la provenance de l'alcool) alors qu'elles manquent dans les données économiques agrégées.

Figure 4 Distribution de la prévalence annuelle de consommation d'alcool selon l'âge, France, 2005 / **Figure 4** Distribution of annual prevalence of alcohol consumption by age, France, 2005



Figure 5 Distribution de la consommation annuelle déclarée d'alcool (ou estimée après 75 ans) selon l'âge, France, 2005 / **Figure 5** Distribution of self-reported annual alcohol consumption (or estimated after 75 years old) by age, France, 2005



Il peut être fait trois hypothèses quant à la sous-déclaration. La première est que la sous-déclaration est également répartie sur l'ensemble de la population des buveurs qui réduiraient volontairement ou involontairement la fréquence de la consommation et le nombre de verres par jour. Dans ce cas, la répartition sociodémographique de la quantité d'alcool consommée mise à jour dans ce travail est valide, seules les valeurs consommées sont sous-estimées. La deuxième hypothèse est que ce sont surtout les gros et très gros buveurs qui sous-déclarent et, dans ce cas la structure de la population reste valable mais ce sont les consommations annuelles des groupes des gros et très gros buveurs qui sont sous-estimées. La troisième hypothèse est que les gros buveurs se déclarent non buveurs et à ce moment, la répartition sociodémographique de la quantité consommée serait fautive. Si l'image générale observée est probablement une combinaison des deux premières hypothèses, la dernière ne nous semble que très peu probable. En effet, dans un pays dont la prévalence de consommation annuelle oscille entre 80 et 90 % (figure 4),

et reflétant une très large acceptation de la consommation d'alcool, il semble peu probable que des buveurs se déclarent non buveurs.

Si l'on souhaite avoir un impact sur la quantité totale d'alcool consommée il est nécessaire d'augmenter le nombre d'abstinents et de réduire la consommation des petits et moyens buveurs qui sont les plus nombreux. Nous sommes là face au paradoxe de la prévention proposé par l'épidémiologiste britannique Geoffrey Rose : une mesure préventive qui amène un grand bénéfice à une société offre peu à chaque individu qui y participe [8]. Dans cette étude, 77 % de la population consomment moins de 1 000 verres par an (équivalant à moins de 2,7 verres par jour) et ils représentent 60 % de la consommation déclarée. Tandis que 82 % de la population consomment moins de 2 000 verres par an (équivalant à environ 5,5 verres par jour) et ils représentent 87 % de la consommation annuelle totale déclarée. La réduction de la consommation d'alcool par les 1,1 % de consommateurs déclarant plus de 2 000 verres par an, est un objectif

hautement souhaitable pour la santé de ces personnes, mais ne produirait probablement qu'un impact limité sur la quantité globale consommée et donc sur la santé de la population française dans son ensemble qui lui est corrélée.

Références

- [1] Edwards G. Alcohol policy and the public good. WHO Europe. Oxford, Oxford University Press, 1994, 226 p.
- [2] European Comparative Study (ECAS). Alcohol in Postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Norström T. National Institute of Public Health, European Commission. Stockholm, 2002, 228 p.
- [3] Fillmore KM, Kerr WC, Stockwell T. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory* 2006; 12:101-32.
- [4] World Drink Trends 2005. World Advertising Research Center in association with Commission Gedistilled. Oxfordshire (UK) 184 p.
- [5] Besson D. Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation. *Insee Première* 2004; 966.
- [6] www.ined.fr
- [7] <http://www.tourisme.gouv.fr/fr/z2/stat/bilans/att00002162/chap2.pdf> (accédé le vendredi 19 mai 2006).
- [8] Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford. Oxford University Press 1992, 138 p.

Alcool et insécurité routière : quelques enseignements de l'étude nationale SAM, France, 2001-2003

Bernard Laumon (bernard.laumon@inrets.fr)¹, Blandine Gadegbeku¹, Jean-Louis Martin¹, Marie-Berthe Biecheler¹ et le Groupe SAM²

1 / INRETS/UCBL/InVS UMRESTTE 2 / CEESAR, INSERM, INRETS MA, LAB PSA Peugeot Citroën / RENAULT, OFDT

Résumé / Abstract

Objectifs – Évaluer le risque relatif d'être responsable d'un accident mortel (ou de décéder sans être responsable) pour un conducteur sous l'influence de stupéfiants (cannabis, amphétamines, cocaïne, opiacés) et/ou d'alcool, les prévalences en population de tels conducteurs, et le nombre de tués attribuables à ces conduites en France.

Méthode – Étude cas-témoins en population. Les sujets éligibles sont les 10 748 conducteurs, impliqués dans un accident mortel en France d'octobre 2001 à septembre 2003, dont les niveaux d'imprégnation stupéfiants et alcool sont connus. Les cas sont les 6 766 conducteurs responsables de leur accident, les témoins une sélection de 3 006 conducteurs parmi les 3 982 non-responsables.

Résultats – Une positivité à l'alcool et, seule parmi les quatre familles de stupéfiants, une positivité au cannabis sont significativement associées à une augmentation des risques de responsabilité et de décès après ajustement sur différents co-facteurs, dont l'âge du conducteur. Des effets-doses sont mis en évidence et ils restent significatifs après ajustement. La prévalence cannabique (3,3 %) estimée dans la population des conducteurs circulants est inférieure à celle d'une alcoolémie positive (5,3 %, dont 2,7 % au-delà de 0,5 g/l). De l'ordre de 230 tués sont estimés attribuables annuellement au cannabis et 2 270 à l'alcool.

Conclusions – Le nombre de décès sur les routes françaises, attribuables à l'alcool, est très supérieur à celui associé aux stupéfiants. Celui attribuable aux médicaments reste à inventorier.

Alcohol and road safety: some results of the national population based SAM study, France, 2001-2003

Objectives – To evaluate the relative risk of being responsible for a fatal crash (or to die without being responsible) while driving under the influence of illicit drugs (cannabis, amphetamines, cocaine, opiates) and/or alcohol, the prevalence of such drivers within the driving population, and the corresponding numbers of people killed in France.

Method – Population based case-control study. The participants were the 10,748 drivers, with known drug and alcohol concentrations, who were involved in fatal crashes in France from October 2001 to September 2003. The cases were the 6,766 drivers considered at fault in their crash; the controls were 3,006 drivers selected from the 3,982 non responsible drivers.

Results – Positive alcohol and cannabis detections (but not other drugs) were associated with increased risk of responsibility and of being killed after adjustment for different cofactors, including driver age. Significant dose effects were identified and they remain significant after adjustment. No statistical interaction was observed. The prevalence of cannabis (3.3%) estimated for the driving population is lower than that for alcohol (5.3%, among whom 2.7% above 0.5 g/l). About 230 people killed were estimated annually as being attributable to cannabis, compared with 2,270 for alcohol.

Conclusions – In France, the share of alcohol in fatal crashes is very much higher than that associated with illicit drugs. It remains to be evaluated for medical drugs.

Mots clés / Key words

Accident de la route, stupéfiants, cannabis, alcool, France, étude cas-témoins / Road crash, illicit drugs, cannabis, alcohol, France, case-control study

Introduction

Même si les usages d'alcool et de tabac s'inscrivent actuellement dans une tendance à la baisse, les substances psychoactives les plus consommées en France sont toujours des produits licites : 3 Français sur 10, âgés de 18 à 75 ans, consomment régulièrement (plus de 10 fois par mois) de l'alcool et du tabac ; ce sont aussi ceux qui provoquent les dommages sanitaires les plus importants au plan collectif. À titre de comparaison, le premier produit illicite consommé régulièrement, par 1 à 2 % des individus, est le cannabis. Cette consommation de cannabis a fortement augmenté au cours des années 1990. Ce produit tient aujourd'hui une place toute particulière dans les consommations des jeunes, en particulier chez les garçons. À la fin de l'adolescence, les jeunes Français figurent dans le groupe de tête des consommateurs européens. À 18 ans, un individu sur deux a déjà consommé du cannabis, et on dénombre autant de consommateurs réguliers de cannabis (13 %) que d'alcool (14 %) [1]. Si depuis l'étude cas-témoins de Borkenstein [2], le rôle de l'alcool dans la survenue des accidents n'a cessé d'être confirmé, il n'en est pas de même de l'influence des stupéfiants. Les premières études épidémiologiques ont produit des résultats inconstants sur l'augmentation, en lien avec une consommation de stupéfiants, du risque d'être responsable d'un accident de la circulation [3]. De plus, les enjeux respectifs des différentes substances psychoactives en termes de part d'accidents mortels qui leur sont attribuables restent à déterminer.

En 1999, avant d'envisager une évolution de la législation sur les stupéfiants, le gouvernement français a souhaité pouvoir disposer de données épidémiologiques fiables, en particulier sur le rôle du cannabis dans la survenue des accidents de la route. C'est pourquoi la loi du 18 juin 1999 et son décret d'application du 27 août 2001 ont instauré, en plus de celle de l'alcoolémie, une recherche systématique de stupéfiants chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel d'octobre 2001 à septembre 2003. Tous les accidents conduisant à un décès immédiat étaient éligibles pour l'étude SAM (Stupéfiants et accidents mortels). Chaque conducteur impliqué devait être soumis, en plus du dépistage de l'alcoolémie par éthylotest, à un dépistage urinaire de quatre familles de stupéfiants (cannabis, amphétamines, opiacés et cocaïne). En cas de dépistage positif, ou impossible à réaliser, des dosages sanguins étaient effectués (un éthylomètre pouvait être proposé pour l'alcoolémie). Les résultats de ces dosages ont été joints aux procès-verbaux d'accidents établis par les forces de l'ordre.

Méthode

Réalisée à partir de ces procès-verbaux, l'analyse a été structurée autour de trois dimensions : l'évaluation de la mise en œuvre de l'étude elle-même, l'analyse épidémiologique des risques associés à une conduite sous influence (alcool et/ou stupéfiants), et la recherche d'éventuelles spécificités accidentologiques. Seuls les principaux résultats épidémiologiques sont succinctement présentés ici.

Le premier objectif épidémiologique a été d'analyser le sur-risque d'être responsable d'un accident mortel associé à une conduite sous influence et d'évaluer la part correspondante des accidents mortels [4]. La responsabilité du conducteur a été déterminée en adaptant la méthode proposée par Robertson et Drummer, qui cumule les différents facteurs susceptibles d'atténuer cette responsabilité [5]. Les dosages sanguins étaient réglementairement considérés comme positifs à compter d'une concentration de 1 ng/ml de THC pour le cannabis, de 50 ng/ml pour les amphétamines et la cocaïne, et de 20 ng/ml pour les opiacés. Les conducteurs présentant des concentrations non nulles inférieures à ces seuils ont toutefois été distingués des conducteurs négatifs. Outre la positivité à l'une ou l'autre des quatre familles de stupéfiants et à l'alcool, les autres facteurs pris en compte étaient l'âge et le sexe du conducteur, le type de véhicule utilisé, et le moment de l'accident (jour et heure). Ainsi, parmi les 10 748 conducteurs ayant fait l'objet d'une recherche aboutie, tant des stupéfiants que de l'alcool, les 6 766 conducteurs considérés comme responsables de leur accident ont été comparés, par une analyse cas-témoins, à 3 006 conducteurs « témoins » sélectionnés parmi les 3 982 conducteurs non responsables, et ce de façon à représenter au mieux l'ensemble de la population des conducteurs en circulation sur le territoire national (conducteurs « circulants »). La représentativité de nos cas a été validée en les comparant aux 5 496 autres conducteurs responsables d'un accident mortel au cours de la même période, et celle de nos témoins en les

comparant aux 112 181 conducteurs non responsables impliqués dans un accident corporel léger (groupe supposé représenter au mieux, parmi les conducteurs recensés par les forces de l'ordre, l'ensemble des conducteurs circulants).

Le second objectif a été de compléter cette analyse du sur-risque d'être responsable d'un accident mortel par la recherche d'une éventuelle sur-mortalité du conducteur sous influence non responsable de son accident et d'évaluer la part correspondante des accidents mortels. Pour cela, parmi les 3 982 conducteurs non responsables, les 1 187 conducteurs décédés ont été comparés aux 2 795 conducteurs ayant survécu à leur accident.

Résultats

Comparés aux conducteurs témoins, les conducteurs responsables sont plus souvent positifs, avec des concentrations sanguines supérieures ou égales aux seuils réglementaires, au cannabis (8,8 % vs. 2,8 %), aux amphétamines (0,6 % vs. 0,2 %), à la cocaïne (0,3 % vs. 0,1 %), mais pas aux opiacés (0,8 % vs. 0,9 %). Ils présentent aussi plus fréquemment une alcoolémie au-delà du seuil légal de 0,5 g/l (29,8 % vs. 2,7 %).

Après prise en compte des différences, entre conducteurs positifs et conducteurs négatifs, sur les co-facteurs pertinents (tableau 1), seul le cannabis, parmi les quatre familles de stupéfiants, et l'alcool sont significativement liés à la responsabilité du conducteur. Un effet-dose est aussi mis en évidence tant pour le cannabis que pour l'alcool (tableau 2).

Tableau 1 Odds ratios ajustés de responsabilité associés avec les co-facteurs du Δ^9 tétrahydrocannabinol (THC) sanguin et de l'alcoolémie, qu'ils soient inclus dans le modèle final (âge, type de véhicule, moment de l'accident) ou non (amphétamines, cocaïne, sexe), France, 2001-2003

Table 1 Adjusted odds ratios of driver responsibility associated with the cofactors of blood concentrations of Δ^9 tetrahydrocannabinol (THC) and alcohol, either included in the final model (age, vehicle type, crash time) or not (amphetamines, cocaine, sex), France, 2001-2003

	Cas (n = 6 766)		Témoins (n = 3 006)		Odds ratio (intervalle de confiance 95%)	
	N	%	N	%	OR	IC95 %
Stupéfiants (sang)						
Amphétamines* \geq 50 ng/ml	42	0,6	5	0,2	1,96	[0,73 - 5,27]
Cocaïne* \geq 50 ng/ml	20	0,3	2	0,1	4,23	[0,91 - 19,6]
Sexe*						
Homme	5 780	85,4	2 518	83,8	1,00	
Femme	986	14,6	488	16,2	1,12	[0,98 - 1,27]
Âge (années)						
\leq 24	1 941	28,7	458	15,2	1,89	[1,65 - 2,16]
25-34	1 628	24,1	751	(25,0)	1,03	[0,91 - 1,16]
35-69	2 751	40,7	1 685	56,1	1,00	
\geq 70	446	6,6	112	3,7	2,56	[2,04 - 3,20]
Type de véhicule						
Cyclomoteur	255	3,8	21	0,7	3,09	[1,94 - 4,93]
Moto	761	11,2	55	1,8	5,94	[4,47 - 7,91]
Véhicule léger	4 995	73,8	1 992	66,3	1,00	
Véhicule utilitaire	183	2,7	146	4,9	0,67	[0,53 - 0,85]
Poids lourd	418	6,2	651	21,7	0,41	[0,36 - 0,47]
Autre	154	1,5	141	4,5	0,62	[0,49 - 0,80]
Moment de l'accident						
Jour lundi/vendredi	3 512	51,9	1 818	60,5	1,00	
Jour samedi	709	10,5	350	11,6	0,73	[0,62 - 0,85]
Jour dimanche	695	10,3	279	9,3	0,78	[0,66 - 0,92]
Nuit dimanche/jeudi	917	13,6	311	10,3	0,92	[0,78 - 1,08]
Nuit vendredi	410	6,1	122	4,1	0,74	[0,53 - 1,05]
Nuit samedi	523	7,7	126	4,2	0,75	[0,61 - 0,91]

* Odds ratio estimé par introduction de cette seule variable supplémentaire dans le modèle final

Tableau 2 Odds ratios de responsabilité associés au Δ^9 tétrahydrocannabinol (THC) sanguin et à l'alcoolémie, France, 2001-2003 / Table 2 Odds ratios of driver responsibility associated with blood concentrations of Δ^9 tetrahydrocannabinol (THC) and alcohol, France, 2001-2003

	Nombre de conducteurs	Odds ratio - intervalle de confiance 95 %		
		Non ajusté	Ajusté sur alcool ou THC	Modèle multivarié*
Concentration en THC (ng/ml)				
Négative	9 013	1,00	1,00	1,00
< 1	78	2,18 [1,22 - 3,89]	1,89 [1,03 - 3,47]	1,57 [0,84 - 2,95]
1-2	298	2,54 [1,86 - 3,48]	2,04 [1,47 - 2,84]	1,54 [1,09 - 2,18]
3-4	143	3,78 [2,24 - 6,37]	2,78 [1,61 - 4,78]	2,13 [1,22 - 3,73]
≥ 5	240	4,72 [3,04 - 7,33]	3,06 [1,93 - 4,84]	2,12 [1,32 - 3,38]
Toutes doses non nulles	759	3,17 [2,56 - 3,94]	2,37 [1,89 - 2,97]	1,78 [1,40 - 2,25]
Alcoolémie (g/l)				
Négative	7 181	1,00	1,00	1,00
< 0,5	495	3,41 [2,67 - 4,35]	3,30 [2,59 - 4,22]	2,70 [2,10 - 3,48]
0,5-0,8	211	8,00 [4,80 - 13,4]	7,74 [4,64 - 12,9]	6,29 [3,74 - 10,6]
0,8-1,2	304	9,32 [5,91 - 14,7]	8,73 [5,53 - 13,8]	7,56 [4,75 - 12,0]
1,2-2,0	739	15,0 [10,4 - 21,6]	14,1 [9,79 - 20,2]	13,2 [9,11 - 19,1]
≥ 2,0	842	41,8 [24,1 - 72,4]	40,0 [23,1 - 69,4]	39,6 [22,7 - 68,9]
Toutes doses non nulles	2 591	9,97 [8,44 - 11,8]	9,50 [8,04 - 11,2]	8,51 [7,15 - 10,1]

* Variables incluses : concentration sanguine en THC, alcoolémie, âge, type de véhicule, moment de l'accident

En d'autres termes :

- tant pour l'alcool que pour le cannabis, une conduite sous influence augmente le risque d'être responsable d'un accident ;
- un sur-risque existe même pour des concentrations sanguines en THC (le principe actif du cannabis) inférieures au seuil réglementaire de positivité de 1ng/ml de sang ou pour des alcoolémies positives inférieures au seuil de 0,5 g/l ;
- ce risque augmente avec la concentration sanguine en THC, mais cette augmentation est beaucoup plus marquée pour l'alcoolémie ;
- toutes positivités confondues (y compris à des doses inférieures à 1ng/ml de sang pour le THC et

- à 0,5 g/l pour l'alcool), le risque ajusté d'être responsable est multiplié par près de 2 pour le cannabis, et par plus de 8 pour l'alcool ;
 - une positivité simultanée au cannabis et à l'alcool induit un sur-risque qui est le produit des deux sur-risques précédents (soit de l'ordre de 15).
- Par ailleurs, après avoir vérifié que le groupe témoin pouvait être considéré comme représentatif de la population des conducteurs circulants, il est possible d'avancer les estimations suivantes :
- environ 3 % des conducteurs circuleraient sous influence cannabique (THC>0 ng/ml) et plus de 5 % sous influence de l'alcool, dont la moitié avec des alcoolémies au-delà du seuil de 0,5 g/l ;

- particulièrement les nuits de week-end, qu'il s'agisse de cannabis seul, d'alcool seul, ou de l'association des deux (figure 1) ;

- les hommes plus souvent que les femmes et les jeunes plus souvent que leurs aînés, tant pour le cannabis que pour l'alcool, les hommes présentant plus volontiers des alcoolémies élevées et semblant avoir l'apanage de l'association du cannabis avec l'alcool (figure 2).

Fort de ces résultats, on peut estimer la part des accidents mortels attribuable à une conduite sous influence : 2,5 % (IC95 % : 1,5 % - 3,5 %) des accidents mortels, survenus au cours de la période d'étude, seraient directement imputables à une conduite sous influence cannabique et 28,8 % (IC95 % : 26,8 % - 30,5 %) le seraient à l'alcool.

S'agissant de la sur-mortalité du conducteur non responsable, le sur-risque attaché à une conduite sous influence cannabique est de l'ordre de 1,5 (IC95 % : 1,0 - 2,3) et celui attaché à l'alcool de 4,0 (IC95 % : 3,1 - 5,3). De fait, le bilan, en termes de décès imputables à une conduite sous influence, doit cumuler les décès attribuables à la responsabilité des conducteurs sous influence et ceux attribuables à la plus grande vulnérabilité des conducteurs sous influence non responsables de leur accident.

Ainsi, sur la base de la mortalité routière constatée, en France, au cours des deux années de l'étude, le nombre annuel de victimes imputables au cannabis serait de l'ordre de 230 tués. Comparativement, le nombre annuel de victimes imputables à l'alcool serait 10 fois plus élevé (2 270 tués).

Discussion

Il n'a pas été possible de quantifier les effets propres des amphétamines, de la cocaïne ou des opiacés, essentiellement du fait du nombre limité de conducteurs positifs. On peut en retenir que ces familles de stupéfiants ne constituent pas, aujourd'hui en France, un enjeu majeur de sécurité routière. Les médicaments psychoactifs n'étaient dosés qu'en cas de positivité aux stupéfiants : aucune analyse de leurs éventuels effets n'était possible.

Figure 1 Prévalence estimée de la conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis selon le jour et l'heure (la journée est comptée de 7 à 22 heures), France, 2001-2003 / Figure 1 Estimated prevalence of driving under the influence of alcohol and/or cannabis according to driving period per day of the week and time (the daytime is considered from 7 a.m. to 10 p.m.), France, 2001-2003

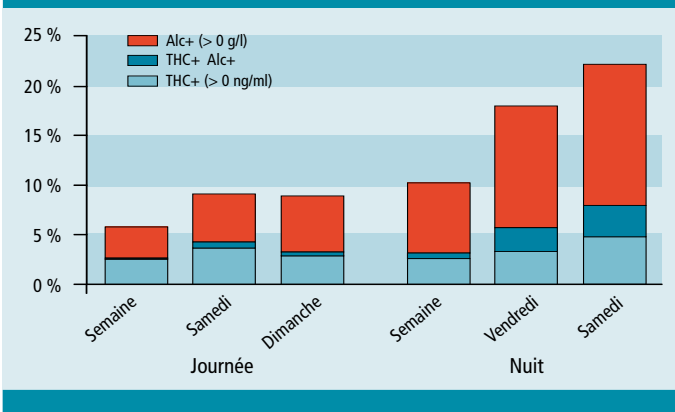
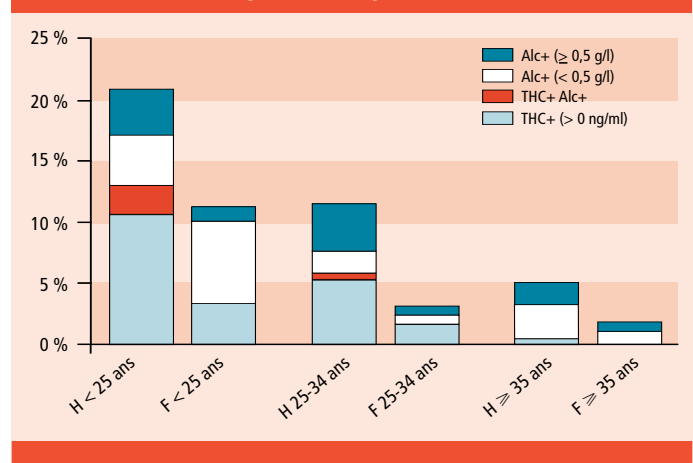


Figure 2 Prévalence estimée de la conduite sous l'influence de l'alcool et/ou du cannabis selon le sexe et l'âge, France, 2001-2003 / Figure 2 Estimated prevalence of driving under the influence of alcohol and/or cannabis according to sex and age, France, 2001-2003



Au-delà du nombre de décès liés à la responsabilité du conducteur, des études complémentaires devront estimer les conséquences d'une éventuelle plus grande vulnérabilité des usagers de la route sous influence. Ce phénomène a pu être quantifié pour les conducteurs. Il peut être en partie expliqué par une plus grande exposition au risque secondaire de décès, à travers des comportements plus à risque (comme le non port de la ceinture de sécurité) ou des spécificités socioéconomiques (comme l'ancienneté des véhicules), et en partie par un affaiblissement des capacités d'évitement de l'accident. Il reste à évaluer pour les autres usagers, qu'il s'agisse de passagers ou de piétons.

Conclusion

Par son ampleur exceptionnelle, cette étude a permis de consolider, au plan international, les résultats d'études antérieures plus ou moins fragmentaires ou contradictoires sur les stupéfiants [6] et de confirmer ceux sur l'alcool [7,8] en isolant son rôle propre, hors association avec des stupéfiants.

Ainsi, malgré une prévalence cannabique chez les conducteurs circulants très proche de celle d'une alcoolémie au-delà du seuil légal de 0,5 g/l, du fait de sur-risques plus modérés, les enjeux de sécurité routière du cannabis (et a fortiori ceux attachés aux autres familles de stupéfiants, beaucoup moins prévalentes) sont sans commune mesure avec ceux de l'alcoolémie qui reste, et de loin, la première cause de mortalité routière en France. De fait, le véritable enjeu du cannabis sur la route réside essentiellement dans son association avec l'alcool : si elle concerne moins de 0,5 % des conducteurs circulants (toutes doses non nulles confondues), elle est observée chez plus de 5 % des conducteurs responsables d'un accident mortel. Et l'enjeu de l'alcool réside d'abord dans l'intensité de son effet-dose, les risques attachés aux alcoolémies les plus faibles restant à affiner.

Références

[1] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Drogues et dépendances, données essentielles. 2005, Paris: La Découverte Ed, 202.

[2] Borkenstein FR, Crowther RF, Shumate RP, Zeil WB, Zylman R. The role of the drinking driver in traffic accidents. 1974, *Blutalkohol* 1.

[3] Bates MN, Blakely TA. Role of cannabis in motor vehicle crashes. *Epidemiol Rev* 1999; 21(2):222-32.

[4] Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB, and the SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road traffic crashes in France: population based case control study. *BMJ*, 2005; 331:1371-4 (full text on www.bmj.com).

[5] Robertson MD, Drummer OH. Responsibility analysis: a methodology to study the effect of drugs in driving. *Accid Anal Prev* 1994; 26(2):243-7.

[6] Longo MC, Hunter CE, Lokan RJ, White JM, White MA. The prevalence of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and stimulants amongst injured drivers and their role in driver culpability. Part II: The relationship between drug prevalence and drug concentration, and driver culpability. *Accid Anal Prev* 2000; 32:623-32.

[7] Dussault C, Brault M, Bouchard J, Lemire AM. The contribution of alcohol and other drugs among fatally injured drivers in Quebec; some preliminary results. *Alcohol, Drugs and Traffic safety. Quebec: SAAQ*, 2002:423-30.

[8] Verstraete A. Road traffic and psychoactive substances - results of CERTIFIED and ROSITA projects. Brussels: Council of Europe, 2004:155-64.

Consommation d'alcool parmi les jeunes en France et en Europe

Marie Choquet (choquet@cochin.inserm.fr)

Inserm U 669, Paris

Résumé / Abstract

Une comparaison de deux enquêtes Européennes effectuées auprès des adolescents après (ESPAD pour les élèves de 16 ans, HBSC pour les élèves 11-13-15 ans) permet d'avoir une meilleure connaissance de la consommation d'alcool de ces jeunes et de mieux situer la France par rapport aux autres pays. Cette comparaison permet de conclure que la France ne se situe pas en tête de l'Europe pour la consommation d'alcool et l'ivresse chez les jeunes et ce quel que soit le critère pris en compte (consommation ou ivresses durant la vie, les 12 derniers mois, les 30 derniers jours, régulièrement). Reste que partout la consommation augmente entre 11 et 15 ans, les boissons préférées sont la bière et les spiritueux, et que, dans la plupart des pays, les garçons sont plus nombreux à boire que les filles. Depuis 1999, la consommation d'alcool a surtout augmenté dans les pays de l'Est, alors qu'elle est restée stable (ou même a diminué) dans plus de 60 % de pays (dont la France). A 16 ans, les jeunes jugent que l'alcool est plutôt disponible (entre 72 % et 87 % selon le produit) et que les risques liés à l'ivresse répétée du week-end ne pas si importants (32 %).

Alcohol consumption among young people in France and in Europe

Different comparative surveys exist in Europe concerning alcohol consumption (ESPAD for schoolchildren of age 16, HBSC for school children of age 11, 13 and 15). The results of these surveys suggest that young people in France have, in comparison to other European countries, a low consumption rate of alcohol and drunkenness, whatever the criteria taken into account (during lifetime, last 12 months, last 30 days, regularly). But in most countries consumption increases dramatically between age 11 and age 15, beer and spirits are the most favourite beverages, and boys drink more than girls. Since 1999, there has been an increase of consumption in Eastern countries, but alcohol consumption remains stable in 60% of the countries. At age 16, most young people perceive alcohol as "easily available" (between 72% and 87% according to the type of beverage) and are not conscious of risks related to regular binge drinking (32%).

Mots clés / Key words

Adolescents, consommation d'alcool, ivresses, perception des risques, perception de la disponibilité, Europe / Adolescents, Alcohol consumption, drunkenness, risk perception, perception of availability, Europe

Introduction

Certes, l'alcool est « un nutriment non indispensable » mais il s'agit d'une « partie intégrante de notre culture, de notre patrimoine et de nos traditions [1,2] ». A ce titre, l'alcool occupe une place bien particulière parmi les substances psychoactives

dans notre pays, car il est à la fois consommé de façon modérée, de signe de distinction, de savoir vivre et d'hédonisme, et consommé de façon excessive, source de surmortalité et de surmorbidity. Dans cette perspective, la mise en lumière des « modes de consommation problématiques » prend

toute son importance, en particulier à l'adolescence où les troubles et conduites s'installent et se chronicisent.

Mais la mesure de la quantité d'alcool consommée par les adolescents s'avère plus complexe qu'il n'y paraît. En premier lieu parce que la consommation

est de plus en plus « situationnelle » (lors de rencontres, de fêtes, etc.) et de ce fait, irrégulière ; le type de boisson consommée et la quantité absorbée étant variables d'une occasion à l'autre. Ensuite, parce que la variété de l'offre est telle que quelques questions simples ne permettent pas de couvrir cette diversité. Enfin, parce que la mémoire n'est pas parfaite, non pour situer des contextes ou des modes de boire, mais pour préciser les quantités exactes absorbées. Quant à la définition d'une consommation « problématique », elle dépend de l'âge, du sexe et de la tolérance individuelle. On propose donc d'aborder l'alcoolisation des jeunes par une étude « factuelle », permettant d'avoir une mesure de la régularité de la consommation, du type de boisson consommée et des effets ressentis (ivresse). Force est de constater que, malgré la disponibilité de plusieurs sources d'information : Baromètre santé, Enquête santé et consommation au cours de l'appel de préparation à la défense (Escapad), *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), *European School survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), les deux premières étant limitées à la France, les deux dernières internationales, la synthèse des enquêtes n'est pas aisée, car les questions et surtout les références temporelles (consommation la veille, les 15 derniers jours, les 30 derniers jours, etc.) diffèrent d'une enquête à une autre, tout comme la méthodologie (enquêtes par téléphone, par questionnaire) et la pré-catégorisation des réponses. On propose donc de « juxtaposer » les tendances les plus marquantes observées en France et comparées à l'Europe, à partir des sources internationales disponibles.

Méthodologie

On dispose principalement de deux enquêtes quadriennales européennes faites auprès de larges échantillons représentatifs (au moins 1 000 sujets par âge et par sexe) et effectuées dans des conditions standardisées comparables :

- l'enquête HBSC concerne les élèves de 11, 13 et 15 ans. Elle est pilotée par l'OMS Europe. En France, elle est sous la responsabilité du Service médical du rectorat de Toulouse [3,4]. La dernière enquête date de 2002 ;
- l'enquête ESPAD concerne les élèves de 16 ans. Elle est pilotée par la Suède [5]. En France, elle est sous la responsabilité conjointe de l'Inserm et de l'OFDT et a la particularité d'inclure tous les élèves du second degré [5,6]. La dernière enquête date de 2003.

Figure 1 Consommation d'alcool (vie, dernière année, dernier mois, 10 fois et plus durant les 30 derniers jours) : garçons (16 ans) / Figure 1 Alcohol consumption (lifetime, last year, last month, 10 times or more during last 30 days): boys (16 years old)

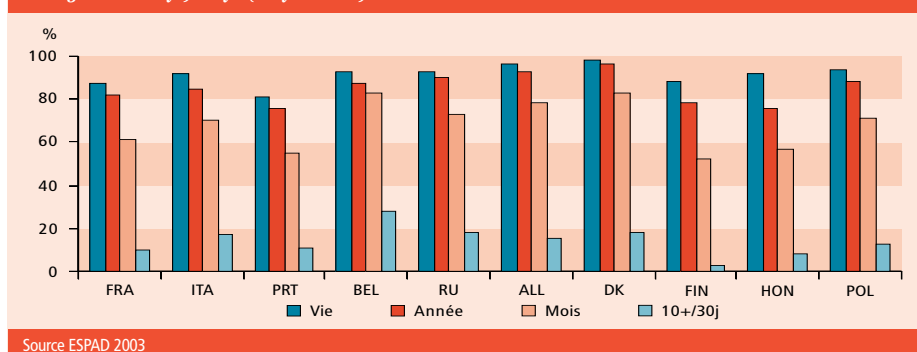


Figure 2 Consommation d'alcool (vie, dernière année, dernier mois, 10 fois et plus durant les 30 derniers jours) : filles (16 ans) / Figure 2 Alcohol consumption (lifetime, last year, last month, 10 times or more during last 30 days): girls (16 years old)

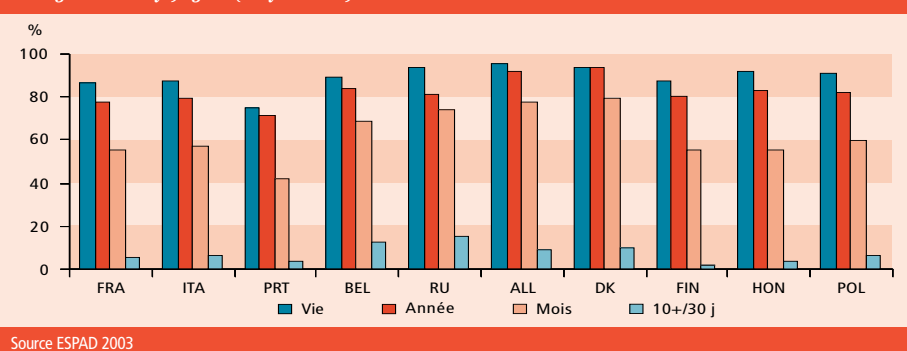
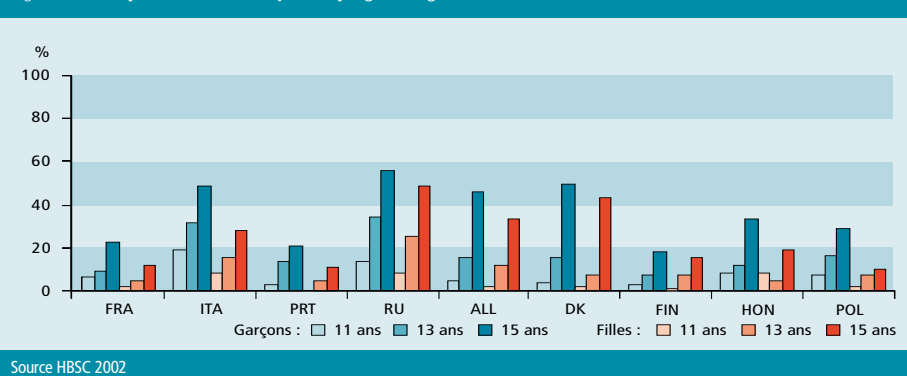


Figure 3 Consommation hebdomadaire d'alcool par sexe et par âge (en %) / Figure 3 Weekly alcohol consumption by age and gender (en %)



Afin de rendre les résultats plus aisément lisibles, on a sélectionné les pays en fonction de leur type de production de boissons alcooliques. France, Italie et Portugal sont des pays essentiellement vinicoles (même si certains produisent aussi de la bière) ; Belgique, Allemagne, Royaume-Uni et Danemark sont des pays producteurs de bière (même si certains produisent aussi du vin) ; Finlande, Hongrie et Pologne sont surtout producteurs de spiritueux. Rappelons que dans tous les pays sélectionnés, la scolarité est obligatoire jusqu'à l'âge 16 ans, les échantillons étudiés étant ainsi représentatifs de la population générale de cet âge.

Résultats

Consommation d'alcool (figures 1, 2, 3)

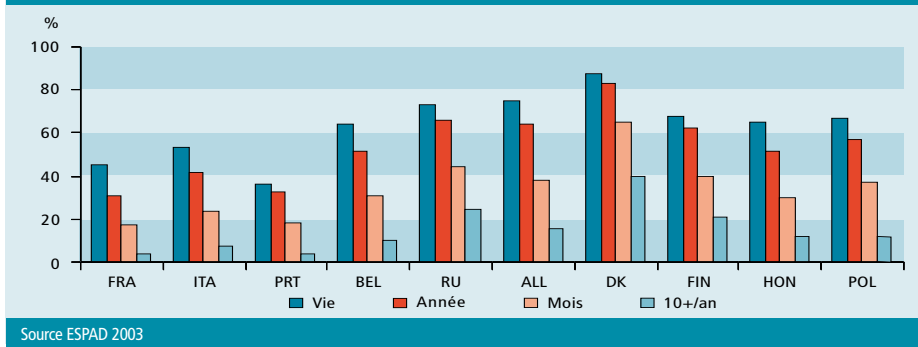
En Europe, la majorité (plus de 80 %) des jeunes de 16 ans ont déjà consommé de l'alcool durant leur vie ou durant les 12 derniers mois. La différence entre les pays est faible, tout comme la différence entre les sexes.

L'écart entre la proportion de « consommateurs durant l'année » et de « consommateurs durant le dernier mois » mesure la consommation exceptionnelle. Celle-ci est plus importante en Finlande et Hongrie qu'en Allemagne, Royaume-Uni ou Danemark et plus importante chez les filles que chez les garçons.

Une différence entre les pays apparaît dès que l'on considère la consommation récente (durant les 30 derniers jours) ou régulière (10 occasions et plus durant les 30 jours selon l'enquête ESPAD et au moins 1 fois par semaine selon l'enquête HBSC) :

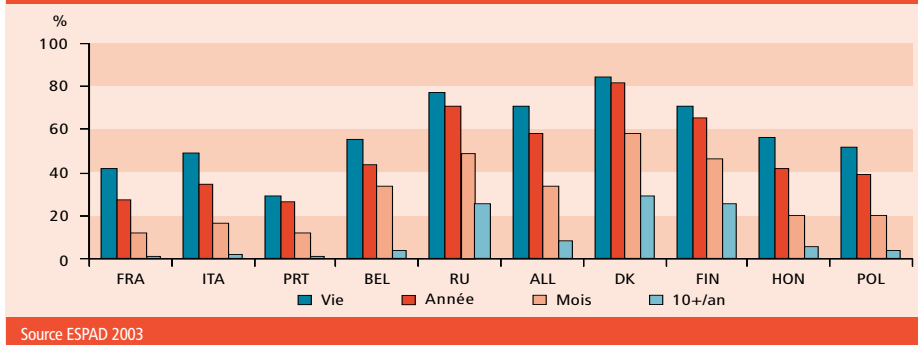
- Royaume-Uni, Allemagne, Danemark et Belgique viennent alors nettement en tête alors que Portugal, Finlande, Hongrie et France se situent en queue, cet ordre étant le même chez les garçons et chez les filles ;
- les garçons sont plus consommateurs que les filles en France, Italie, Portugal, Belgique et Pologne alors que cette différence garçons/filles est moindre en Allemagne et au Royaume-Uni ;
- entre 11 et 15 ans, la consommation augmente dans tous les pays, et cette augmentation est indépendante du niveau de consommation à 11 ans. Ainsi par exemple, en Allemagne le niveau de consommation à 15 ans est parmi les plus élevés, alors que la consommation était faible à l'âge de 11 ans ;
- l'augmentation avec l'âge est continuellement progressive au Royaume-Uni, en Italie et, dans une moindre mesure au Portugal, alors qu'ailleurs (dont en France) l'augmentation se situe entre l'âge de 13 et 15 ans ;
- certains pays connaissent une augmentation avec l'âge plus importante que d'autres, alors que leur niveau de consommation est comparable à 11 ans.

Figure 4 Ivresse (vie, dernière année, dernier mois et 10 fois et plus durant les 12 derniers mois) : garçons (16 ans) / Figure 4 Drunkenness (lifetime, last year, last month, 10 times or more during last 12 months): boys (16 years old)



Source ESPAD 2003

Figure 5 Ivresse (vie, dernière année, dernier mois et 10 fois et plus durant les 12 derniers mois) : filles (16 ans) / Figure 5 Drunkenness (lifetime, last year, last month, 10 times or more during last 12 months): girls (16 years old)



Source ESPAD 2003

Ainsi la France s'oppose à l'Allemagne et au Danemark ; dans ces deux derniers pays l'augmentation entre l'âge de 11 et 15 ans est bien plus forte qu'en France qui, pour les 15 ans, se situe au 31/34 rang (alors qu'elle était au 20/34 rang pour les 11 ans).

Ivresses (figures 4, 5)

Contrairement à la consommation, il existe d'importantes différences entre les pays dès qu'on aborde l'ivresse durant la vie, différences qui ont tendance à s'accroître quand on considère l'ivresse récente ou régulière :

- à propos des garçons de 16 ans, Danemark, Allemagne, Royaume-Uni, Finlande, Belgique, Hongrie et Pologne sont des pays où plus de 60 % ont été ivres durant la vie, plus de 50 % ont été ivres dans l'année, plus de 30 % ont été ivres dans le mois et plus de 10 % ont été ivres au moins 10 fois dans l'année. Parmi ces pays, le Danemark vient nettement en tête avec 87 % (ivresse/vie) 82 % (ivresse/année), 65 % (ivresses/mois), 40 % (10 fois et plus/année). A titre de comparaison, en France, les proportions sont respectivement de 45 % pour ivresse/vie (soit deux fois moins qu'au Danemark), 31 % pour ivresse/année (soit trois fois moins qu'au Danemark), 4 % pour 10 fois et plus/année (soit 10 fois moins que le Danemark) ;

- à propos des filles de 16 ans, Danemark, Royaume-Uni et Finlande sont les pays où plus de 60 % des filles ont été ivres durant la vie et dans l'année, plus de 40 % ivres dans le mois et plus de 20 % ivres au moins 10 fois dans l'année. A titre de comparaison, en France les proportions sont de 41 % (ivresse/vie), 27 % (ivresse/année), 12 % (ivresses/mois), 1 % (10 fois et plus/année) ;

- la différence entre garçons et filles est faible au Danemark et en Finlande et est même inversée au

Royaume-Uni (les filles sont plus nombreuses à s'y enivrer), alors que dans la majorité des pays les garçons viennent en tête. La différence garçons/filles est surtout importante pour les niveaux élevés de recherche d'ivresse ;

- l'augmentation avec l'âge existe ici encore dans tous les pays, mais comme pour la consommation régulière d'alcool, cette augmentation est continuellement progressive ou non. En France, selon l'enquête HBSC, l'augmentation se situe surtout entre l'âge de 13 et 15 ans et le fait d'avoir été ivre au moins deux fois (vie) passe de 3 % (11 ans) à 5 % (13 ans) puis atteint 22 % (15 ans) chez les garçons, et passe de 0,4 % (11 ans) à 3,1 % (13 ans) puis à 15 % (15 ans) chez les filles. Malgré cette forte augmentation, la France se situe en queue des pays Européens, la moyenne des 34 pays HBSC, étant respectivement de 4 % (11 ans) à 15 % (13 ans) et 40 % (15 ans) chez les garçons, et de 2 % (11 ans) à 10 % (13 ans) et 31 % (15 ans) chez les filles.

Évolution de l'alcoolisation entre 1999 et 2003

Vingt-huit pays ESPAD ont participé au moins à deux enquêtes successives (1995, 1999, 2003, la France ayant participé à part entière en 1999 et 2003). La consommation régulière, a augmenté dans 10/28 pays (dont 7 pays de l'Est) mais elle est restée stable ou a diminué dans 18/28 pays. Les ivresses régulières, ont augmenté dans 9/28 pays (dont 5 pays de l'Est), mais sont restées stables ou ont diminué dans 19/28 pays.

Au-delà des pays d'Europe de l'Est, il est intéressant de souligner que la consommation occasionnelle et régulière des 16 ans est restée stable en France

alors qu'elle est en augmentation en Norvège, au Danemark, en Irlande et au Royaume-Uni.

La boisson préférentielle

Dans l'ensemble de l'Europe, bière ou/et spiritueux sont les boissons préférentielles des adolescents, et entre 35 % (Portugal) et 69 % (Danemark) ont consommé de la bière durant les 30 derniers jours, entre 36 % (Pologne) et 61 % (Royaume-Uni) des spiritueux, entre 15 % (Portugal) et 49 % (Allemagne) du vin. En France, les proportions sont respectivement de 40 % (bière), 39 % (spiritueux) et 24 % (vin). Notons que dans les pays où la consommation d'alcool est élevée, la consommation de vin est plus élevée qu'en France ou au Portugal.

Les lieux de consommation

Dans l'enquête ESPAD, une question permet de cerner le ou les lieux de la dernière consommation l'alcool. D'importantes différences se dégagent entre les pays. En moyenne, 22 % ont bu chez eux, 27 % chez quelqu'un d'autre, 32 % ont bu dans un bar, un pub ou une discothèque et 14 % dans la rue, un parc ou la plage. Les jeunes Français sont moins enclins à boire dans les bars, pubs ou discothèques (8 %) que les Autrichiens (36 %), Tchèques (35 %), Italiens (36 %), Portugais (31 %) ou Grecs (26 %). Ils sont aussi moins enclins (9 %) à boire dans la rue (parc ou plage) que les Russes (33 %), Polonais (30 %) ou Finlandais (25 %).

Opinion des jeunes sur l'accessibilité de l'alcool

La bière est le produit le plus accessible pour les jeunes de 16 ans (en moyenne, selon ESPAD, 87 % le jugent facile à obtenir), suivi de près par le vin (82 %) et de plus loin par les spiritueux (72 %).

En France, comme dans quasiment tous les pays, cet ordre est respecté. Mais de façon peut-être inattendue, les pays où la bière est très accessible (en Allemagne, Belgique, Danemark plus de 90 % la jugent facile à obtenir) sont aussi les pays où l'ensemble des boissons alcooliques sont jugées disponibles. Ainsi, en Allemagne par exemple, 95 % des 16 ans jugent la bière aisément disponible, 92 % le vin et 75 % les spiritueux, alors qu'en France, les proportions sont respectivement de 79 % (bière), 74 % (vin) et 62 % (spiritueux).

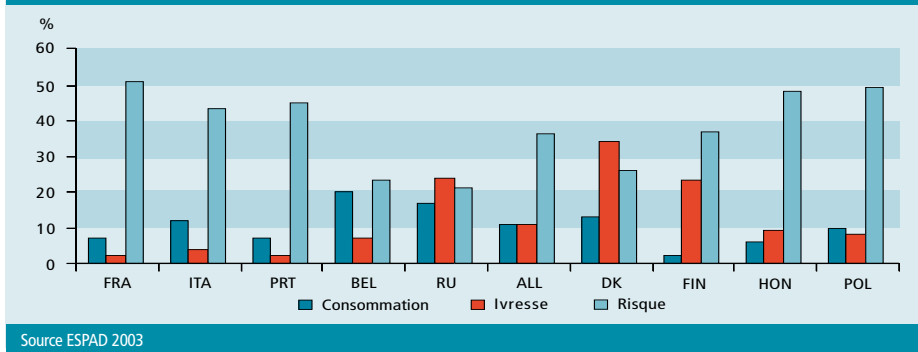
De toute évidence, cette disponibilité perçue ne se rapporte pas à une disponibilité économique.

Opinion des jeunes sur les risques liés à l'ivresse du week-end (figure 6)

Une seule question ESPAD concernait le risque « alcool » : celui lié à une consommation massive de fin de semaine.

En moyenne en Europe, 32 % des jeunes estiment qu'il existe un risque lié à ce type de consommation. Avec des différences importantes, puisque les trois pays où le risque est le mieux perçu sont (parmi les pays étudiés plus haut) la France (51 %), la Pologne (48 %) et la Hongrie (48 %), alors que les trois pays où le risque est le moins bien perçu sont le Danemark (26 %), la Belgique (23 %) et le Royaume-Uni (21 %). Il reste que, en France, Portugal, Pologne et Finlande, les filles sont plus sensibles aux risques que les garçons, alors qu'en Belgique, Danemark, Royaume-Uni, Allemagne et Italie, les différences garçons/filles sont faibles, voire nulles...

Figure 6 Consommation d'alcool 10 +/30 derniers jours, Ivresses 10+/ 12 derniers mois et perception du risque liée à une consommation de 5 « verres » ou plus chaque week-end. Élèves de 16 ans
 Figure 6 Alcohol consumption 10+/last 30 days, drunkenness 10+/last 12 month and perception risk of 5+ drinks every week-end. 16 years olds students



On note que dans les pays où la consommation est la plus élevée, la perception des risques est moindre qu'ailleurs.

Conclusion

La comparaison internationale concernant les jeunes de 16 ans et moins nous réserve quelques surprises. En effet, en France, la proportion de consommateurs réguliers est moindre qu'ailleurs

(21/35 rang selon l'enquête ESPAD, 30/34 rang selon l'enquête HBSC), et l'augmentation avec l'âge se situe plus tardivement dans l'adolescence que dans la majorité des pays. Comme pour les adultes, les garçons sont plus consommateurs que les filles (le sex ratio, garçons/filles est de 2,0 dans l'enquête ESPAD, entre 1,9 et 3,2 selon l'âge dans l'enquête HBSC). En France, comme partout en Europe, bière et spiritueux sont les boissons préfé-

rentielles des jeunes. Si les boissons alcooliques sont aisément disponibles pour les jeunes Européens, elles sont toutefois jugées moins disponibles en France qu'ailleurs. Quant à la perception du risque d'une consommation massive de fin de semaine, elle reste à améliorer, car seulement un tiers des jeunes sont conscients des risques, même si, en France, cette perception est meilleure qu'ailleurs.

Références

- [1] Expertise collective de l'Inserm. Alcool, Effets sur la santé. Paris, Inserm, 2001.
- [2] Expertise collective de l'Inserm. Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Paris, Inserm, 2003.
- [3] Currie C, Robbers C, Morgan A. Et al. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children study. Denmark, WHO, 2004, Health Policy for Children and Adolescents, n° 4.
- [4] Godeau E, Grandjean H, Navarro F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002. Paris, Editions Inpes, 2005.
- [5] Hibell B., Andersson B., Bjarnasson et al. The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drugs among students in 35 European countries. Sweden, CAN, 2004.
- [6] Choquet M, Beck F, Hassler C, Spilka S, Morin D, Legleye S. Les substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens : consommation en 2003 et évolution depuis 10 ans. Tendances, OFDT, 2004 (35).
- [7] Beck F, Legleye S, Spilka S. Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans. Escapad 2003. Paris, OFDT, 2004.

Premier état des lieux de l'application des règlements interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans, France, 2005

Serge Karsenty (serge.karsenty@univ-nantes.fr)¹, Pascal Mélihan-Cheinin², Dominique Martin², Nadège Larochette², Dorine Maro³, Malik Larabi³

1 / Centre national de la recherche scientifique, Nantes 2 / Direction générale de la santé, Paris 3 / LH2 - Louis Harris, Paris

Résumé / Abstract

Objectifs – En France, la DGS a tenté d'évaluer l'application de l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs par une enquête sur les connaissances, opinions et comportements des distributeurs.

Méthode – Parmi plusieurs règles complexes, l'interdiction générale de vente aux moins de 16 ans a été prioritairement explorée. L'enquête s'est déroulée au printemps 2005 par entretiens sur questionnaire quantitatif auprès d'un échantillon représentatif de débitants de boissons tirés au hasard dans la base stratifiée des commerces concernés. Les réponses provenant de 1 005 établissements ont été exploitées.

Résultats – La connaissance précise de la loi est très minoritaire. Les vendeurs de boissons à consommer sur place déclarent une meilleure connaissance que les débits de boissons à emporter. Mais seuls 25 % de ces derniers ont des pratiques incertaines ou contraires aux objectifs de la loi ; 39 % refusent même les ventes au-dessous de 18 ans. Environ un quart de l'ensemble de l'échantillon pense que la bière échappe à l'interdiction aux moins de 16 ans.

Discussion – Des difficultés méthodologiques propres aux enquêtes déclaratives sur des thèmes légaux ont été mentionnées.

Conclusion – La complexité des lois françaises pour l'accès des mineurs aux ventes d'alcool légitime un large éventail d'interprétations personnelles des débitants.

Implementation of the rules prohibiting alcohol sales to minors under 16 years of age in France: first inventory, 2005

Objectives – In France, the Direction Générale de la Santé attempted to evaluate the implementation of the ban on alcohol sales to minors and ordered a specific survey about vendors knowledge, opinions and behaviors.

Method – Among many complex rules, the general ban on sales to youths under 16 years of age was explored in priority. The survey was carried out during spring 2005 by means of questionnaire interviews of a representative sample of beverage vendors chosen randomly from a stratified list of related trades. Data from 1,005 business corporations have been processed.

Results – Only a minority of retailers and shopkeepers have a precise knowledge of the related law. On-premise sellers have reported a better knowledge than off-premise sellers. However, only 25% of off-premise sellers' practices are uncertain or contrary to the objectives of the law; 39% even refuse selling alcohol to those under 18 years of age. Around a quarter of the whole sample thinks that beer is eluded from prohibition for those under 16 years of age.

Discussion – Methodological difficulties specific to reporting surveys on legal matters have been mentioned.

Conclusion – The complexity of French laws on minors' access to alcohol sales legitimates the large range of personal interpretations among the various sellers.

Mots clés / Key words

Alcool, jeunes, mineurs, âge légal, prohibition
 Alcohol, youth, minors, legal age, prohibition

Introduction

Dans un contexte de diminution générale de la consommation d'alcool depuis l'après-guerre [2], la prévalence des consommations par les usagers mineurs décline également avec certitude depuis 1985, date de la première enquête focalisée sur ces tranches d'âge [3]. Cette constatation est cohérente avec la nature du phénomène : baisse générale des prévalences associée à des conduites plus sobres par chaque nouvelle génération, malgré une précocité insistante des expérimentations [4]. Des préoccupations subsistent néanmoins sur la minorité porteuse de conduites à risque et sur la diversification des modalités de la consommation alcoolique par les adolescents. La pratique régulière de consommations hebdomadaires en vue de parvenir à l'ivresse (binge drinking) a pu se substituer en partie à des consommations habituelles et modérées en milieu familial. Quoique également en baisse [5], ces pratiques mettent en scène de façon exclusive le groupe des pairs et nécessitent des actes d'achat autonomes. La littérature internationale a identifié les restrictions d'accès aux boissons alcooliques parmi les mesures efficaces pour les politiques de santé publiques [6]. Malgré l'ancienneté de l'interdiction de vente d'alcool, sous toutes ses formes, aux mineurs de moins de 16 ans dans notre pays, aucune évaluation n'avait été conduite. De là est né l'intérêt de la Direction générale de la santé (DGS) pour une meilleure connaissance de l'efficacité du dispositif français. Elle a, dans cette perspective, chargé l'Institut Louis Harris de réaliser en 2005 un sondage auprès des débiteurs de boissons. L'objectif de l'étude a été d'obtenir une première évaluation de l'application des règles à l'égard des jeunes de moins de 16 ans. Il s'agissait de mieux connaître les comportements, les savoirs et les attitudes des divers débiteurs en relation avec l'interdiction et avec le système de contrôle et de sanctions.

Méthode

Le dispositif réglementaire français sur l'accès des mineurs aux boissons alcooliques est relativement compliqué, mettant en jeu deux limites d'âge (16 et 18 ans), deux modalités d'achat (consommation sur place ou « à emporter ») et deux catégories de produits visés par la prohibition (boissons du 2^{ème} groupe, d'une part, boissons des 3^{ème} au 5^{ème} groupe, d'autre part). Les mineurs de moins de 16 ans sont visés par l'interdiction la plus large et la plus complète qui soit. Conformément aux dispositions de l'article L. 3342-1 du code de la santé publique : « Dans les débits de boisson et tous commerces ou lieux publics, il est interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter. »

Pour les mineurs âgés entre 16 et 18 ans, l'interdiction s'applique également aux boissons alcooliques des groupes 3, 4 et 5 à consommer sur place (article L. 3342-2). Aucune restriction n'est prévue

par la loi en ce qui concerne les boissons alcooliques à emporter dès lors que l'acheteur a 16 ans ou plus.

L'étude s'est concentrée sur l'interdit le plus général qui concerne les mineurs de moins de 16 ans.

La population visée par l'enquête était constituée par l'ensemble des débiteurs de boissons alcooliques ou alcoolisées : grandes et moyennes surfaces, supérettes et épiceries, stations-services, cafés-bar et brasseries, lieux de loisir travaillant essentiellement en soirée et la nuit (discothèques, boîtes de nuit). Les commerces à usage exclusif de restauration n'ont pas été inclus en raison de leur moindre utilisation par des mineurs isolés.

L'échantillon a été constitué par tirage au sort sur la base du fichier entreprises de l'Insee, selon une stratification par type de commerce, zone géographique (8 ZEAT¹), et catégories d'agglomération. Dans l'échantillon, le poids de chaque zone géographique et de chaque type de commerce a été équilibré, mais le poids de chaque catégorie d'agglomération correspondait aux proportions réelles par région et pour chaque type de commerce. Les résultats ont ensuite été redressés pour correspondre à la réalité régionale des lieux de vente d'alcool en France métropolitaine continentale.

Mis à part les établissements sollicités à tort ou inclus par erreur dans la base, les refus ont concerné 335 établissements pour un échantillon final de 1 005 établissements, soit un taux d'acceptation de 75 %.

L'enquête s'est déroulée du 23 mars au 12 mai 2005 par entretiens en face à face sur un question-

naire de type quantitatif avec une personne de l'établissement habituellement en contact avec la clientèle.

Résultats

Connaissance de la loi

Les lieux de consommation sur place présentent une meilleure assurance dans leurs déclarations sur la connaissance de la loi régissant la vente d'alcool aux mineurs âgés de moins de 16 ans. Les stations-service, structures mixtes pratiquant la consommation sur place et/ou à emporter, révèlent une situation particulièrement défavorisée (tableau 1).

Un test plus objectif d'évaluation de ces connaissances est donné par la réponse à la question : « Lorsque vous vendez des boissons alcoolisées à des jeunes, diriez-vous que, d'une manière générale, vous faites une distinction entre les mineurs de moins de 16 ans et les mineurs qui ont entre 16 ans et 18 ans ? » (tableau 2).

A l'exception des boîtes de nuit, moins de la moitié des débiteurs de boissons alcooliques prennent en compte la différence entre jeunes de moins de 16 ans et jeunes de moins de 18 ans, les stations-service et les grandes surfaces se distinguant par la proportion élevée de méconnaissance ou d'absence de considération pour le cas des 16-18 ans.

Les pratiques habituelles des débits de vente à emporter

Les débits de vente exclusivement à emporter sont constitués de deux catégories de commerce : les supérettes et épiceries d'une part, les supermarchés et hypermarchés de l'autre. Leurs pratiques

Tableau 1 Connaissance de la loi sur les ventes d'alcool aux mineurs selon le type de commerce, France, 2005 / *Table 1* Knowledge on the legal device on alcohol sales to minors according to the type of trade, France, 2005

Degré de connaissance	Boîtes de nuit N=161	Cafés, bar N=171	Stations service N=169	Épiceries supérettes N=178	Super, hyper marchés N=325
Déclarent la connaître précisément	33	27	11	8	13
Déclarent la connaître, mais pas précisément	54	59	47	58	52
Déclarent ne pas la connaître	13	14	42	34	35

Tableau 2 Prise en compte des deux limites d'âge pour les ventes d'alcool aux mineurs selon le type de commerce, France, 2005 / *Table 2* Awareness of two different age limitations for alcohol sales to minors according to the type of trade, France, 2005

Font la distinction entre les deux catégories de mineurs	Boîtes de nuit N=161	Cafés, bar N=171	Stations service N=169	Épiceries supérettes N=178	Super, hyper marchés N=326
Plutôt oui	50	47	39	46	39
Plutôt non	41	45	53	45	55
Non-réponses	9	8	8	9	6

* Cet article synthétise les résultats d'un rapport d'enquête [1].

¹ http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/definitions/html/zone-etude-amenagement-territ.htm

habituelles déclarées par les répondants au contact avec la clientèle mettent en évidence une structure de comportements globalement similaire (tableau 3). La plus grande sévérité des commerces de moyennes et grandes surfaces s'observe à la fois sur le refus de vente aux moins de 18 ans et sur la faible proportion de ceux qui déclarent ne jamais refuser de ventes lorsqu'il y a un doute sur l'âge du jeune client. Cette différence apparaît de façon cohérente en réponse à la question présentée en tableau 2. Les grandes surfaces sont 55 % à répondre « plutôt non » contre 45 % des petits commerces. Le sous-total d'inapplication ou de méconnaissance de la loi s'élève à 66 % des débiteurs, mais seuls 25 % d'entre eux ont un comportement contraire aux objectifs de la loi. En effet, 41 % vont au-delà des prescriptions légales en refusant les ventes à emporter aux mineurs de plus de 16 ans. L'enquête révèle également l'étendue de l'interprétation erronée des boissons qui font l'objet d'un interdit, car 37 % des épiceries et 38 % des grandes surfaces (hors non-réponses de 2 à 3 % de la base totale) pensent que la bière et le cidre sont autorisés à la vente aux moins de 16 ans.

Les pratiques habituelles des débiteurs de consommations sur place

Les comportements et attitudes des débiteurs de consommation sur place, incluant la catégorie mixte des stations-service, montrent globalement une plus

grande préoccupation à l'égard de la limite de 18 ans, une pratique plus fréquente du refus de vente aux mineurs, l'absence totale de débiteurs situant la limite d'âge avant 16 ans. Relativement aux entreprises de ventes à emporter, dans ces commerces, les personnes interrogées considèrent qu'il est plutôt facile d'appliquer la loi, connaissent davantage les sanctions prévues en cas d'infraction et, à l'exception des cafés-bars, trouvent qu'il est plutôt facile de contrôler l'âge des jeunes clients. Quoique la fréquence des mauvaises interprétations concernant la nature des boissons prohibées soit inférieure à celle des commerces de vente à emporter, 17 % des boîtes de nuit, 22 % des cafés-bars et 24 % des stations-service (hors non-réponses de 2 à 3 % de la base totale) pensent que la bière et le cidre sont autorisés à la vente aux moins de 16 ans.

Discussion

Un recueil de déclarations librement consenties auprès des responsables ou des salariés des entreprises concernées par la vente de boissons alcooliques ne peut constituer qu'une première approche évaluative dans le cas de toute investigation susceptible de révéler des pratiques illégales. Dès lors que l'enquête est diligentée par la DGS et annoncée comme telle, les sous-déclarations de pratiques tombant potentiellement sous le coup de la loi sont attendues. Des observations directes ou des enquêtes en population de jeunes consommateurs pour-

ront utilement compléter ce premier état des lieux. L'enquête ayant été délibérément focalisée sur la limite d'âge d'interdiction absolue et non sur celle des interdictions partielles en consommations sur place, il était malaisé d'élaborer un questionnaire unique pour les différents types de commerce. Ainsi, les réponses aux questions ne distinguant pas les types d'alcool sont peu interprétables lorsqu'elles sont posées aux débiteurs de boissons sur place. Dans le cas des discothèques et boîtes de nuit, la fréquente interdiction d'entrée dans les établissements pour les mineurs de moins de 18 ans a pu brouiller l'interprétation des questions portant sur les ventes d'alcool à l'ensemble des mineurs.

Il est difficile de se prononcer sur le volume réel des infractions imputables à la proportion non négligeable d'entreprises (15 à 35 % selon les types de commerce) qui déclarent ne jamais refuser de vente en cas de doute sur l'âge d'un mineur, car la fréquence des sollicitations de cette clientèle ne pouvait qu'être grossièrement approchée par l'enquête. L'enquête a, en revanche, fait la preuve des effets aléatoires et parfois néfastes de la complexité de la réglementation. L'interdiction multiforme de vente d'alcool aux mineurs a manifestement généré une « culture commune » de bas niveau de précision pour l'ensemble des débiteurs. Elle a parfois des effets surprenants mais favorables à la santé publique lorsqu'on constate la proportion élevée de débiteurs de boissons à emporter refusant ce droit aux jeunes âgés de 16 à 18 ans, de même qu'une proportion non négligeable des cafés-bars refuse toute consommation d'alcool aux mineurs de plus de 16 ans. Elle a des effets défavorables lorsque la distinction des boissons du 2^e groupe accordée en consommation sur place pour les mineurs de plus de 16 ans suscite, à l'égard de la bière et du cidre, une permissivité qui, pour certains débiteurs, concerne également les mineurs de moins de 16 ans.

Références

- [1] Larabi M, Maro D. Etat des lieux de l'application de la loi interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans. Louis Harris, juin 2005. rapport 1932, 51 p.
- [2] Besson D. Boissons alcoolisées : quarante ans de baisse de consommation. Insee Première, 2004; 966:1-4.
- [3] Choquet M, Ledoux S, Marechal C. L'alcool et les jeunes en France. Bull HCEIA 1986; 2:101-34.
- [4] Deugnier D. Les jeunes et l'alcool à travers les enquêtes. Actualité et dossier en santé publique 1997; 20:19-22.
- [5] Choquet M, Com-Ruelle L, Leymarie N, Lesrel J. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001 ; comportements et contextes en France. Rapport IREB 2003, 126 p. ann.
- [6] Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Osterberg E, Rehm J, Room R, Rossow I. Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy. Oxford, Oxford University Press. 2003. 301 p.

Tableau 3 Âge au-dessous duquel la vente est généralement refusée dans les débiteurs de vente d'alcool à emporter selon le type de commerce, France, 2005 / Table 3 Age under which alcohol sales are commonly refused in off-premise shops according to the type of trade, France, 2005

Pratiques habituelles des débiteurs Base total échantillon	Supérettes et épiceries N=178	Super et hypermarchés N=326	Ensemble N= 504
Refusent de vendre au-dessous de 15 ans ou moins	5	3	4
Refusent de vendre au-dessous de 16 ans	32	34	34
Refusent de vendre au-dessous de 17 ans	3	2	2
Refusent de vendre au-dessous de 18 ans	32	43	39
Ne refusent jamais de vendre, même en cas de doute sur l'âge du client	24	16	19
Refus de répondre	4	2	2

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directeur de la publication : Pr Gilles Brückner, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Juliette Bloch, InVS ; Dr Marie-Christine Delmas, InVS ; Dr Patrick Flores, médecin généraliste ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Dr Loïc Jossier, InVS ; Eric Jouglà, Inserm CépiDc ; Laurence Mandereau-Bruno, InVS ; Dr Najoua Mlika-Cabanne, HAS ; Josiane Pillonel, InVS ; Hélène Therre, InVS.
 N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 -ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements
 12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
 Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr
 Tarifs 2006 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC
 Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique, hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT
 Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)

Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr