



HAL
open science

L'alcool et les jeunes: disparités européennes

Hubert Obellianne

► **To cite this version:**

Hubert Obellianne. L'alcool et les jeunes: disparités européennes. Sciences pharmaceutiques. 2003.
hal-01734125

HAL Id: hal-01734125

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734125>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

T/PH/N/ Ph N 2003/51
Double /51

UNIVERSITE HENRI POINCARRE-NANCY I

2003

FACULTE DE PHARMACIE

**L'ALCOOL ET LES JEUNES : DISPARITES
EUROPEENNES**

THESE



Présentée et soutenue publiquement

Le 19 Septembre 2003

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par Hubert OBELLIANNE

Né le 12 avril 1976

js 94034

Membres du Jury

Président : M. Alain BAGREL, Professeur

Juges : M. Pascal PIROLLET, Médecin des Hôpitaux- Hôpital Villemin
M. Alain MOREAU, Pharmacien- Champigneulle

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ-NANCY I

2003

FACULTE DE PHARMACIE

**L'ALCOOL ET LES JEUNES : DISPARITES
EUROPEENNES**

THESE



Présentée et soutenue publiquement

Le 19 Septembre 2003

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par Hubert OBELLIANNE

Né le 12 avril 1976

13 2939

Membres du Jury

Président : M. Alain BAGREL, Professeur

Juges : M. Pascal PIROLLET, Médecin des Hôpitaux- Hôpital Villemin
M. Alain MOREAU, Pharmacien- Champigneulle



Membres du personnel enseignant 2002/2003

Doyen

Chantal FINANCE

Vice Doyen

Anne ROVEL

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Responsable de la Filière officine

Gérald CATAU

Responsable de la Filière industrie

Jeffrey ATKINSON

DOYEN HONORAIRE

M. VIGNERON Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

Mlle BESSON Suzanne

Mlle GIRARD Thérèse

M. JACQUE Michel

M. LECTARD Pierre

M. MARTIN Jean-Armand

M. MIRJOLET Marcel

M. PIERFITTE Maurice

PROFESSEURS EMERITES

M. BONALY Roger

M. HOFFMAN Maurice

M. LOPPINET Vincent

PROFESSEURS

M.	ASTIER Alain	Pharmacie clinique
M.	ATKINSON Jeffrey	Pharmacologie cardiovasculaire
M.	AULAGNER Gilles	Pharmacie clinique
M.	BAGREL Alain	Biochimie
Mlle	BATT Anne-Marie	Toxicologie
M.	BLOCK Jean-Claude	Santé publique
Mme	CAPDEVILLE-ATKINSON Christine	Pharmacologie cardiovasculaire
Mme	FINANCE Chantal	Bactériologie -Immunologie
Mme	FRIANT-MICHEL Pascale	Mathématiques, physique, audioprothèse
Mlle	GALTEAU Marie-Madeleine	Biochimie clinique
M.	HENRY Max	Botanique, mycologie
M.	LABRUDE Pierre	Physiologie, orthopédie, maintien à domicile
M.	LALLOZ Lucien	Chimie organique
M.	LEROY Pierre	Chimie physique générale
M.	MAINCENT Philippe	Pharmacie galénique
M.	MARSURA Alain	Chimie thérapeutique
M.	MORTIER François	Pharmacognosie
M.	NICOLAS Alain	Chimie analytique
M.	REGNOUF de VAINS Jean-Bernard	Chimie Thérapeutique
M.	RIHN Bertrand (Professeur associé)	Biochimie
Mme	SCHWARTZBROD Janine	Bactériologie, parasitologie
M.	SCHWARTZBROD Louis	Virologie, immunologie
M.	SIEST Gérard	Biologie, pharmacologie moléculaire
M.	SIMON Jean-Michel	Droit officinal, législation pharmaceutique
M.	VIGNERON Claude	Hématologie, physiologie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme GRISON Geneviève

Pratique officinale

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ALBERT Monique	Bactériologie - virologie
Mme	BANAS Sandrine	Parasitologie
M.	BOISBRUN Michel	Chimie Thérapeutique
M.	BONNEAUX François	Chimie thérapeutique
M.	CATAU Gérald	Pharmacologie
M.	CHEVIN Jean-Claude	Chimie générale et minérale
M.	CHILLON Jean-Marc	Pharmacologie
M	CLAROT Igor	Chimie analytique
M.	COLLIN Jean-François	Santé publique
Mme	COLLOMB Jocelyne	Parasitologie, conseils vétérinaires
M.	COULON Joël	Biochimie
M.	DECOLIN Dominique	Chimie analytique
M.	DUCOURNEAU Joël	Biophysique, audioprothèse, acoustique
Mme	FAIVRE-FIORINA Béatrice	Hématologie
M.	FERRARI Luc	Toxicologie
Mle	FONS Françoise	Biologie végétale, mycologie
M.	GANTZER Christophe	Virologie
M.	GIBAUD Stéphane	Pharmacie clinique
Mle	HINZELIN Françoise	Mycologie, botanique
M.	HUMBERT Thierry	Chimie organique
Mle	IMBS Marie Andrée	Bactériologie, virologie, parasitologie
M.	JORAND Frédéric	Santé, environnement
Mme	KEDZIEREWICZ Francine	Pharmacie galénique
Mle	LAMBERT Alexandrine	Biophysique, biomathématiques
Mme	LARTAUD-IDJOUADIENE Isabelle	Pharmacologie
Mme	LEININGER-MULLER Brigitte	Biochimie
Mme	LIVERTOUX Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	MARCHAL-HEUSSLER Emmanuelle	Communication et santé
Mme	MARCHAND-ARVIER Monique	Hématologie
M.	MENU Patrick	Physiologie
M.	MONAL Jean-Louis	Chimie thérapeutique
M.	NOTTER Dominique	Biologie cellulaire
Mme	PAULUS Francine	Informatique
Mme	PERDIAKIS Christine	Chimie organique
Mme	PICHON Virginie	Biophysique
Mme	POCHON Marie-France	Chimie physique générale
Mme	ROVEL Anne	Histologie, physiologie
Mme	SAUDER Marie-Paule	Mycologie, botanique
M.	TROCKLE Gabriel	Pharmacologie
M.	VISVIKIS Athanase	Biologie moléculaire
Mme	WELLMAN-ROUSSEAU Maria-Monika	Biochimie
Mme	ZINUTTI Colette	Pharmacie galénique

PROFESSEUR AGREGE

M. COCHAUD Christophe

Anglais

ASSISTANTS

Mme	BEAUD Mariette	Biologie cellulaire
Mme	BERTHE Marie-Catherine	Biochimie
M.	DANGIEN Bernard	Mycologie
Mme	MOREAU Blandine	Pharmacognosie, phytothérapie
Mme	PAVIS Annie	Bactériologie

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,
NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES
THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur Alain BAGREL

Professeur de Biochimie

Nous le remercions vivement pour tout ce qu'il nous a appris.

Il a accepté avec gentillesse de juger notre travail et nous a accueilli avec beaucoup de bienveillance.

Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur Pascal PIROLLET
Médecin des Hôpitaux
Hôpital Villemin-Service d'alcoologie

Il nous a guidé et accompagné dans ce travail
avec beaucoup de bienveillance.

Nous gardons un souvenir très vif de la qualité
de ses conseils et de ses valeurs humaines.

Qu'il trouve dans ce modeste travail, le
témoignage de notre reconnaissance et de notre
respectueux attachement.

A NOS JUGES

Monsieur Alain MOREAU

Pharmacien

Champigneulle

Malgré ses nombreuses occupations, il a examiné ce travail avec beaucoup d'attention.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie du Jury de cette thèse.

A MES PARENTS

Pour leur soutien et leur amour.

Je leur dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRERE

En gage d'affection.

A JULIETTE

Avec tout mon amour.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

Dont certain m'ont inspiré le sujet de cet ouvrage.

**L'ALCOOL ET LES JEUNES :
DISPARITES EUROPEENNES**

Sommaire

Introduction	1
Première Partie : Comportements et attitudes des adolescents à l'égard des boissons alcoolisées	4
1.1 <u>Adolescents et expériences</u>	5
1.2 <u>Consommation de boissons alcoolisées</u>	6
1.2.1 Tendances actuelles	6
1.2.2 Nombre de verres de boissons alcoolisées bus par mois	6
1.2.3 Moyenne de consommation d'alcool	9
1.3 <u>Pratiques de consommation</u>	10
1.3.1 Types de boissons consommées	10
1.3.2 Consommation en fonction du lieu	10
1.3.3 Consommation en fonction de l'entourage	11
1.3.4 Age du premier contact avec l'alcool	12
1.4 <u>Ivresses</u>	13
1.4.1 Age de la première ivresse	13
1.4.2 Boissons bues à l'occasion de la première ivresse	14
1.4.3 Circonstances de la première ivresse	15
1.5 <u>Attitudes des jeunes à l'égard de l'alcool</u>	15
1.5.1 Perception de son comportement par rapport à l'alcool	15
1.5.2 Demande d'information sur l'alcool	17
Deuxième Partie : Modes de consommation des jeunes en Europe	18
2.1 <u>Introduction</u>	19
2.2 <u>Consommation des jeunes français</u>	20
2.2.1 Situation actuelle	20
2.2.2 Evolution des dernières décennies	21



2.2.3	Particularité française	23
2.3	<u>Consommation des jeunes italiens</u>	23
2.3.1	Chiffres de la consommation	23
2.3.2	Etat actuel de cette consommation	25
2.3.3	Evolution de cette consommation	26
2.4	<u>Consommation des jeunes anglais</u>	28
2.4.1	La consommation en chiffres	28
2.4.2	La façon de boire des anglais	29
2.5	<u>Consommation des jeunes norvégiens</u>	31
2.5.1	Constat de la consommation actuelle	31
2.5.2	Variations de cette consommation	33
2.6	<u>Conclusion</u>	35
Troisième Partie : Cadre légal dans les différents pays étudiés		37
3.1	<u>Introduction</u>	38
3.2	<u>La répression de l'ivresse publique</u>	38
3.2.1	Mesures prises en France	38
3.2.2	Différences dans les autres pays de l'étude	40
3.2.3	Variation du concept de l'ivresse et de « verre standard »	41
3.3	<u>Législation concernant la conduite sous l'influence de l'alcool</u>	42
3.3.1	Lois anti-alcooliques relatives à la circulation en France	42
3.3.2	Comparaison avec les autres pays de l'étude	44
3.3.3	Impact de ces mesures	48
3.4	<u>Publicité des boissons alcoolisées</u>	49
3.4.1	Introduction	49
3.4.2	Réglementation de la publicité pour l'alcool en France	50
3.4.3	Rapports entre les jeunes et la publicité pour les boissons alcoolisées	52
3.4.4	Le cas de l'Angleterre	53

3.4.5	Réglementation de la publicité pour l'alcool en Italie	55
3.4.6	Réglementation de la publicité pour l'alcool en Norvège	56
3.4.7	Conclusion	58
3.5	<u>Vente et distribution des boissons alcoolisées</u>	58
3.5.1	Introduction	58
3.5.2	Réglementation des points de vente de boissons alcoolisées	59
3.5.3	Restrictions des ventes d'alcool	60
3.5.4	Prix et taxation des produits alcoolisés	64
3.6	<u>Conclusion</u>	66
Quatrième Partie : Types de prévention de l'alcoolisation des jeunes		68
4.1	<u>Définition : les trois niveaux de la prévention</u>	69
4.2	<u>Prévention primaire</u>	70
4.2.1	Structures spécialisées	70
4.2.2	Prévention en milieu scolaire	74
4.2.3	Le rôle des parents	76
4.2.4	Campagnes de prévention du risque alcool dans les médias	78
4.2.5	Alcool et prévention routière	80
4.3	<u>Prévention secondaire</u>	82
4.3.1	Structures spécialisées	82
4.3.2	Intervenants en soins primaires	84
4.3.3	Avenir de la prévention	88
Conclusion		91
Bibliographie		94
Annexes		107



Introduction

Le recours à la drogue, dans le sens de substances psychotropes, est vieux comme le monde. On le retrouve toujours et partout sous les formes les plus variées, longtemps ritualisées et aujourd'hui de plus en plus banalisées. On peut dire, compte tenu des particularismes culturels, sociaux et individuels : « à chacun sa drogue ». Il ne faut pourtant pas oublier que le terme de drogue désigne une substance psychoactive qui agit sur le cerveau, modifie l'activité mentale, les sensations et le comportement (1). De plus l'usage de drogues expose à des risques et des dangers pour la santé, peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne et leur usage peut en outre engendrer une dépendance. On ne peut donc pas tout qualifier de drogue même si une simple tasse de café modifie notre psychisme, ne serait-ce que discrètement. Pour autant, il ne s'agit pas de nier que certaines drogues sont plus dangereuses que d'autres.

En ce qui concerne le monde judéo-chrétien, on sait que la drogue traditionnelle, fortement dominante depuis la haute antiquité, est la drogue alcool sous forme, surtout, de jus de raisin fermenté ou vin au sud, et de grains d'orge fermentés ou bière au Nord. Les boissons distillées ne se sont répandues que tardivement, c'est-à-dire depuis deux ou trois siècles seulement. (2)

Quelques définitions s'imposent pour éviter les confusions : L'alcoolisme est la perte de la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool. Cela est différent de l'alcoolisation qui est la consommation d'alcool par un individu ou une collectivité sans indications sur la quantité ou la manière de boire. Enfin, on parle de boisson alcoolique quand celle-ci contient d'emblée de l'alcool, obtenue par distillation ou fermentation, et de boisson alcoolisée pour une boisson à laquelle on a rajouté de l'alcool. Par convention nous avons choisi le terme de boissons alcoolisées pour désigner ces produits.

Nous savons aujourd'hui que pour évaluer la dangerosité d'une situation, les comportements et les contextes de consommation sont au moins aussi déterminants que les produits eux-mêmes. D'ailleurs, l'étude des comportements déclarés, en matière d'alcoolisation, aboutit à des données intéressantes sur certains groupes particuliers de population, et notamment les adolescents et les jeunes. Leur comportement face à l'alcool est de plus en plus préoccupant. L'alcoolisation débute plus précocement et une proportion de jeunes sont des buveurs excessifs. Leur mode de consommation est

différent de celui de leurs aînés. L'alcoolisation se fait souvent en groupe, durant les week-ends et les sorties. Il est alors important de faire la différence entre l'usage, l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance. L'usage est une consommation qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives sur les autres (1). Contrairement aux usages à risques qui peuvent concerner : des situations à risques (femmes enceintes, conduite automobile), des modalités de consommation à risque (précocité, répétition des ivresses) ou des quantités consommées excessives, supérieures aux seuils qui seront à définir. L'usage nocif ou usage à problème se traduit par l'existence de dommages physiques, affectifs, psychologiques et sociaux liés à une consommation répétée. Ces dommages peuvent concerner le consommateur et son environnement proche ou lointain (3). La dépendance à l'alcool s'installe progressivement, quand on ne peut plus se passer de consommer sous peine de souffrances physiques ou psychiques (syndrome de manque).

(1) En raison de son installation progressive, elle ne concerne pas les adolescents.

La tranche d'âge étudiée s'étendra de 12 à 19 ans de façon à dresser un état des lieux aussi précis que possible, en se méfiant des moyennes qui peuvent être le reflet de la grande disparité des conduites des jeunes.

Au sein même de l'Europe, les besoins et les habitudes de consommation d'alcool chez les jeunes diffèrent d'une région à l'autre et d'un groupe de population à un autre dans une même zone géographique.

Après des rappels sur le comportement et les attitudes des adolescents à l'égard des boissons alcoolisées, l'essentiel de ce travail sera consacré à une étude comparative de différents pays européens, concernant le mode de consommation des jeunes, le cadre légal de ces pays et les différents types de prévention mis en place. L'étude se limitera volontairement à quatre pays représentatifs de la communauté européenne : L'Italie, l'Angleterre, la Norvège et la France. Nous tenterons, aux vues de cette étude, d'en tirer des conclusions sur la mise en place d'une politique commune de lutte contre l'alcool au sein de l'Europe.

Première Partie :
Comportements et attitudes des adolescents à
l'égard des boissons alcoolisées

1.1 Adolescents et expériences

Entre liberté et responsabilité, l'enfant puis l'adolescent apprend progressivement à devenir autonome. Cet apprentissage individuel l'amène, une fois adulte, à connaître ses obligations et à savoir prendre des décisions dans sa vie personnelle, sentimentale, professionnelle et sociale. Si l'adolescence est une période d'évolution particulièrement importante, le mouvement ne cesse pas pour autant dès l'entrée dans l'âge adulte. L'équilibre s'ajuste tout au long de la vie au-delà des épreuves, des succès, des joies, des ruptures et des chagrins. L'usage nocif et la dépendance concernent bien plus les adultes que les adolescents. Mais la plupart des consommations problématiques commencent avant 20 ans. Il s'agit donc d'informer plus particulièrement les adolescents que les adultes, de leur donner les informations nécessaires pour les aider à vivre leurs expériences et découvertes à moindre risque. (1)

Première cigarette, première ivresse... L'adolescence est le temps des expériences. Ces essais passent par des excès. Qu'ils soient « bruyants » par des attitudes provocatrices ou « silencieux » avec un repli sur soi, ces manifestations ne signifient pas à priori que l'adolescent est en difficulté. Les adolescents trouvent dans ces expériences (et notamment la consommation abusive d'alcool) un mode d'opposition aux adultes, dans ce conflit de générations. Il faut noter en passant que l'incertitude de l'avenir, le chômage et la violence sont, pour les observateurs attentifs et inquiets de l'évolution sociale, des facteurs trop méconnus d'une conduite toxicomaniaque polymorphe chez beaucoup de jeunes. Il y a aussi une notion de plaisir du risque chez les jeunes. L'usage de produits psychotropes leur procure des effets positifs. Chaque prise de risque a un processus dynamique pour le jeune. Cette note d'extériorisation de tensions, de souffrance, semble être une des composantes communes à tous ces actes. Elle apporte un soulagement sur le court terme, une réponse à un questionnement qui ne peut être formulé à l'adulte, parce que ce questionnement est singulier, ou perçu comme tel, et nécessite une expérimentation particulière. (4)

Cette période de recherche et d'hésitations, quête d'autonomie ou maintien du lien de dépendance vis-à-vis des parents, est souvent compliqué à vivre pour

l'adolescent et son entourage. Il s'agit pour les adultes, les parents en particulier, de maintenir et d'affirmer les valeurs qui leur semblent importantes pour l'éducation de leurs enfants.

1.2 Consommation de boissons alcoolisées

1.2.1 Tendances actuelles

En Europe, la consommation moyenne d'alcool (en quantité équivalente d'alcool pur) s'inscrit dans une tendance de long terme à la baisse, même si cette décroissance est moins prononcée au début des années 1990. Les données disponibles ne permettent pas de retracer de façon certaine l'évolution globale de la consommation dans la période récente. Il est néanmoins possible de faire état, chez les jeunes, d'une augmentation du nombre d'épisodes d'ivresse et d'une tendance à l'augmentation de la proportion de consommateurs réguliers pour les alcools autres que le vin. (86)

On peut dégager des grandes tendances "nord/sud" (pays latins/pays du nord) et "est/ouest" (opposant la vieille Europe à l'Europe de l'est). Il est à noter en effet que, par rapport aux jeunes européens, les jeunes Français, garçons comme filles, se situent autour de la moyenne en terme de consommation d'alcool.

1.2.2 Nombre de verres de boissons alcoolisées bus par mois

Boire est un processus qui permet plusieurs catégorisations : selon la régularité de la consommation, selon les quantités consommées ou selon les ivresses. Bien entendu, ces trois aspects de la consommation peuvent se modifier en fonction de l'âge, mais aussi des jours de la semaine, des occasions... Boire est donc un comportement très variable selon les situations, contrairement au tabagisme, plus régulier. Et nombreux sont les jeunes qui ne savent pas répondre à la question « Combien buvez-vous chaque jour... ». Par ailleurs, s'agissant justement des jeunes, la question de la consommation d'alcool n'est évidemment pas exempte d'a priori moraux.

COMPORTEMENTS ET ATTITUDES DES ADOLESCENTS A L'EGARD DES BOISSONS ALCOOLISEES

Rares sont donc les études qui se sont intéressées à mesurer quantitativement l'évolution de la consommation d'alcool des jeunes du fait de la difficulté à établir une mesure juste.

L'enquête IREB (6) portant sur des jeunes interrogés en 1996 fait ressortir l'évolution de la consommation d'alcool en volume chez les jeunes garçons de 13 à 18 ans, dont la consommation est restée relativement stable entre 1985 et 1995 : 20,9 verres/mois en 1996 contre 19,9 en 1985. A titre de comparaison avec l'ensemble de la population, ces 20,9 verres de boissons alcoolisées représentent environ 3,4 litres d'alcool pur par an, ce qui est très inférieur aux 10,9 litres d'alcool pur par an et par habitant consommés par l'ensemble de la population française en 1997. Mais si cette consommation quotidienne se révèle relativement faible, c'est parce que la prise d'alcool s'effectue principalement le week-end. Le nombre de verres absorbés le samedi soir est de 4,5 chez les jeunes garçons de 15-19 ans et de 2,5 verres chez les filles.

Rappelons que, servis dans un café ou un restaurant, un verre de vin rouge, blanc ou rosé, un demi de bière à la pression, une coupe de champagne, un verre de porto, une dose de whisky, de pastis contiennent tous environ la même quantité d'alcool.

Consommation moyenne selon la classe d'âge et le sexe

	Filles (n = 489)	Garçons (n = 508)	Total (n= 997)
13/14 ans	5,2	3,5	4,2
15/16 ans	11,4	23,1	17
17/18 ans	15,8	36,6	25,3
19/20 ans	22,3	54,8	39,7
Moyenne	14,3	30,5	22,6

Source : I.R.E.B 1998

Unité : Nombre de verres bus par mois

Remarque : La moyenne n'est pas représentative de l'ensemble du groupe car les sous-groupes sont de taille différente.

COMPORTEMENTS ET ATTITUDES DES ADOLESCENTS A L'EGARD DES
BOISSONS ALCOOLISEES

Nombre de verres standard contenus dans chaque bouteille			
 1 verre standard contient 10 g d'alcool			
	une coupe de champagne de 10 cl		7,5 verres (bouteille de 75 cl à 12° d'alcool)
	un verre de vin de 10 cl		7,5 ballons (bouteille de 75 cl à 12° d'alcool)
	un verre de bière Pression de 25 cl (standard, 5° d'alcool)		Cannette de 33 cl = 1,32 verre standard (5° d'alcool)
	un verre de whisky de 3 cl		23 verres (bouteille de 70 cl à 40° d'alcool)
	un verre de pastis de 3 cl		25 verres (bouteille de 70 cl à 45° d'alcool)
	un verre de porto de 6 cl		12 verres (bouteille de 75 cl à 20° d'alcool)
	un verre de cognac de 3cl		23 verres (bouteille de 70 cl à 40° d'alcool)

Source :<http://doctissimo.com>

1.2.3 Moyenne de consommation d'alcool

Concernant la quantité consommée pour l'ensemble des alcools, les jeunes qui ont bu de l'alcool la veille ont consommé en moyenne 2,4 verres. Un peu plus de la moitié d'entre eux n'en ont pris qu'un seul (données de l'enquête CFE 1997/1998).(7) D'après le mode de calcul de l'enquête CFE, les garçons absorbent en moyenne un verre de plus que les filles et la consommation moyenne des 13-18 ans augmente de façon linéaire avec l'âge, surtout chez les garçons. En effet, à 13/14 ans, 65 % des jeunes sont abstinents, proportion qui tombe à 18 % à 19/20 ans. Les jeunes restent par contre peu nombreux à consommer de l'alcool tous les jours (1,2 %).

On notera dans ce chapitre que, sans doute pour les difficultés méthodologiques citées plus haut, le nombre d'enquêtes qui s'attache à définir précisément la quantité d'alcool consommée est très faible. Il est en fait nécessaire de rapporter la consommation des jeunes aux situations dans lesquelles sont prises ces boissons ou le type de produit absorbé.

Trois certitudes s'imposent : les jeunes consomment moins que les adultes, la consommation augmente très sensiblement avec l'âge et les jeunes filles consomment beaucoup moins que les garçons. On note en effet que cette plus faible consommation des jeunes filles est un constat renouvelé, contrairement à d'autres produits comme le tabac, par exemple. De plus, les différences entre les sexes sont accrues à mesure que les jeunes vieillissent. C'est entre 15 et 18 ans que les garçons acquièrent l'habitude de consommation et ils ont, à 15ans, un risque de consommer « régulièrement » de l'alcool (au moins une fois par semaine) 3,2 fois plus élevé que les filles du même âge. (6)

1.3 Pratiques de consommation

1.3.1 Type de boissons consommées

Les principales boissons alcoolisées consommées par les jeunes sont : la bière, les alcools forts, accessoirement les prémix, que l'on appelle aussi designers drinks ou alcopops. (8) Ils sont définis comme des produits composés en général d'un mélange de soda ou de jus de fruit avec de l'alcool. Bien qu'en légère diminution, la bière reste l'alcool le plus consommé par toutes les tranches d'âge de 13 à 19 ans. D'ailleurs près de la moitié (46,5 %) des garçons de 18/19 ans déclarent consommer de la bière au moins une fois par semaine. Elle est surtout consommée pour le plaisir lors de loisirs, alors que les alcools forts se consomment souvent dans un but anxiolytique, euphorisant, antidépressif, sur un mode toxicomane à type de « défonce ». Leur consommation est en progression ces dernières années, principalement whisky, tequila, vodka et gin. Le vin occupe une place secondaire chez les jeunes consommateurs contrairement à leurs aînés où il est toujours en tête de la consommation avec 25 % de buveurs quotidiens devant la bière et les alcools forts (9). Les prémix, eux, sont très peu consommés en France.

La consommation des jeunes femmes porte également sur la bière, un peu sur les alcools forts avec une moins nette préférence que chez les hommes. (10) Pour les boissons de type champagne ou cidre, les habitudes débutent de façon assez précoce et semblent correspondre à une consommation plutôt « familiale ». C'est d'ailleurs pour ce type d'alcool que les différences filles/garçons sont les plus faibles. En revanche, pour la bière et les alcools forts, la progression selon l'âge se fait de façon plus tardive mais avec une augmentation plus forte au fil des années. (7)

1.3.2 Consommation en fonction du lieu

Au-delà du classement des types de boissons consommées, on remarque que l'environnement dans lequel se trouve le jeune joue un rôle important quant au type de boissons alcoolisées bues en certaines occasions. Au cours des sorties au café, chez des

amis ou copains, ou en plein air, les jeunes boivent le plus souvent de la bière, quel que soit le sexe. Au restaurant, les jeunes consomment principalement du vin ; en boîte de nuit, le whisky est prédominant ainsi que les alcools blancs type tequila, gin et Malibu. Au domicile, les écarts entre les boissons alcoolisées sont moins marqués. Toutefois, les vins et notamment les champagnes et mousseux sont en tête, devant la bière, surtout pour les garçons, et le cidre, plus pour les filles.

Le lieu de consommation influence aussi la quantité d'alcool consommée. Quel que soit l'âge, la consommation de boissons alcoolisées est plus élevée chez des amis et copains . Les chiffres montrent aussi que, quel que soit le lieu de consommation, les garçons boivent en moyenne plus que les filles et le nombre de consommateurs de boissons alcoolisées augmente avec l'âge pour chacun des lieux aussi bien pour les filles que pour les garçons. (6)

1.3.3 Consommation en fonction de l'entourage

Le type de boissons alcoolisées consommées varie fortement en fonction de la présence ou non de la famille pour l'ensemble des jeunes de 13/19 ans. En famille, les préférences des jeunes en matière de boissons alcoolisées se portent vers le champagne, le mousseux et le vin. D'ailleurs, la majorité des jeunes perçoivent le vin comme une boisson réservée aux adultes et la plupart le consomment en famille. Par contre, ils boivent différemment en dehors des circonstances familiales. La bière et le whisky sont les deux boissons alcoolisées les plus souvent consommées avec des amis ou copains, avec leur(e) petit(e) ami(e) ou tout seul. L'analyse par âge révèle quelques différences en matière de choix des boissons alcoolisées. Les plus jeunes boivent surtout en famille et les boissons les plus souvent consommées sont les mousseux et champagnes. Les 16/19 ans par contre privilégient le vin quand-ils sont en famille. Mais, contrairement aux plus jeunes, ils consomment plus chez des copains ou amis. « L'influence parentale cède le pas à l'influence grandissante du groupe des pairs ». (6)

1.3.4 Age du premier contact avec l'alcool

L'ensemble des travaux définit un âge de début oscillant entre 12 et 14 ans avec une tendance à l'abaissement de cet âge. En effet, une étude chez les jeunes enfants de 7 à 11 ans de la région lilloise notait que un enfant sur dix avait eu un contact avec l'alcool et 8 % d'entre eux étaient des consommateurs réguliers (10). Au niveau européen, l'évolution de l'alcoolisation des jeunes est également préoccupante. Parmi les 11-15 ans, six jeunes Européens sur dix (65% des garçons et 57 % des filles) ont goûté à une boisson alcoolisée, et un Européen sur quatre (28 % des garçons et 21 % des filles) déclare avoir bu ses premiers verres avant l'âge de 11 ans. (11) Ces données sont d'autant plus inquiétantes que les premières rencontres avec l'alcool ont probablement un rôle très important dans la détermination des comportements futurs vis-à-vis de l'alcool. En effet, lors de ce premier contact, l'organisme expérimente les effets psychotropes de l'alcool. Les effets ressentis dépendent de l'état neuronal : certains ne ressentent qu'un agrément là où l'alcool provoque chez d'autres une forte appétence et un désir de renouveler l'expérience (12). Selon les observateurs, les consommations précoces augmentent le risque relatif d'une évolution vers une consommation régulière (10). Cette précocité apparaît même comme le facteur le plus prédictif de la survenue d'un abus ou d'un usage nocif à la fin de l'adolescence.

La précocité des jeunes au sujet de la consommation d'alcool n'est pas un phénomène typiquement français. En effet, elle s'observe également dans les autres pays européens. L'âge du premier contact avec l'alcool varie de 5 à 14 ans pour certains jeunes italiens, et au Royaume-Uni 25 % des 11-15 ans déclarent avoir bu pour la première fois avant l'âge de 11 ans. (6)

Il est difficile d'imaginer, à la lecture de ces chiffres, que cette « initiation » ait pu arriver hors de la présence des parents. En effet, elle est souvent associée à l'ambiance festive ou/et aux circonstances familiales. Cette première prise est rarement solitaire. Elle est plus souvent vécue comme une expérience plutôt positive amenant très souvent des nouvelles consommations et l'expérience de l'ivresse. Les effets ressentis des consommations sont pour la plupart positifs tels que la gaieté et l'ambiance.

Cependant, certains ressentiront des effets négatifs comme les malaises ou de la violence, voire de l'excitation. (13)

1.4 Ivresses

1.4.1 Age de la première ivresse

Si l'expérimentation de l'alcool chez les jeunes est très répandue chez les 13-19 ans quel que soit l'âge et le sexe, l'expérience de l'ivresse reste en revanche très différenciée. En effet, à 14 ans 80 % des filles et 84 % des garçons ont déjà été en contact avec l'alcool. Pour ce qui est de l'ivresse, seulement 20 % des filles et 24 % des garçons l'ont expérimentée (14). Cette proportion passe à 55 % et 71 % chez les filles et les garçons de 18 ans. Les usages répétés d'alcool et les ivresses répétées augmentent donc avec l'âge au cours de l'adolescence, mais concernent surtout les garçons.

En moyenne, à 13/19 ans, la moitié des jeunes dit avoir déjà été ivre et près d'un jeune sur cinq déclare avoir été ivre au moins une fois au cours du dernier mois. Tous les résultats concernant cette partie doivent être maniés avec précaution dans la mesure où il n'existe aucune définition précise de l'ivresse.

Les ivresses précoces représentent 1 % des sujets avant l'âge de 12 ans et près de 9 % des sujets âgés de 15 ans. L'âge moyen de cette première ivresse est de 14 à 17 ans selon les études. (7,10,13,14) Inquiétant quant on sait que la précocité des ivresses joue un rôle important car elle évolue vers une consommation régulière d'alcool. Cela entraîne des troubles du comportement plus précoces. L'utilisation de drogues illicites est d'ailleurs plus fréquente ainsi que les gestes suicidaires chez les personnes présentant des ivresses précoces.

La réaction parentale est le plus souvent inexistante par ignorance de cette ivresse, parce que l'alcoolisation est faite en cachette des parents et qu'il y a sous-estimation des quantités absorbées.

Une fois encore, la fréquence des ivresses augmente très significativement avec l'âge. Ainsi, à 14-15 ans, près d'un jeune consommateur d'alcool sur quatre a connu

une ivresse dans l'année. Cette proportion est doublée à 17 ans. On notera aussi que la moyenne du nombre d'ivresses au cours des douze derniers mois est de 4,6 parmi ceux qui déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie et atteint 6,6 chez les garçons de 18/19 ans. (7) Il y a donc une répétition de ces ivresses chez les jeunes, et plus particulièrement pour les garçons, qui sont deux fois plus souvent ivres que les filles. D'ailleurs, le comportement de boire de l'alcool sans ivresse est plus fréquent chez les filles (7). Les ivresses ne traduisent pas simplement un état subjectif mais bien des quantités bues importantes en constante augmentation avec l'âge. Lors de leur dernière ivresse, un quart des 16-17 ans affirme avoir consommé entre 6 et 9 verres ; 45% plus de 10 verres ! Une consommation qui naturellement varie selon les habitudes de consommation : une moyenne de 11,4 verres pour les consommateurs réguliers d'alcool contre 9,6 verres pour les consommateurs occasionnels et 6,6 verres pour les consommateurs rares (14).

Seule note d'espoir, l'évolution de 1993 à 1999 des ivresses répétées marque une tendance à la baisse (14).

1.4.2 Boissons bues à l'occasion de la première ivresse

La boisson alcoolisée bue lors de la première ivresse est la bière dans 33 % des cas, et les alcools forts comme le whisky (12 %), les apéritifs anisés (11%) ou la vodka (10%). Le vin ne représente que 11% des boissons consommées lors de la première ivresse. Viennent ensuite les champagnes et mousseux (4%) ainsi que les liqueurs (2%), les cocktails alcoolisés (2%), le rhum(1%) ou même le cidre (1%). Ces résultats corroborent ceux relatifs à la consommation régulière de boissons alcoolisées. On constate également que les filles ont moins souvent bu de la bière à l'occasion de leur première ivresse au profit des boissons telles que le champagne ou mousseux. Les résultats par sexe pour les autres boissons ne sont pas significativement différents (6).

1.4.3 Circonstances de la première ivresse

La première expérience de l'ivresse a lieu le plus souvent avec des amis au cours d'une fête ou avec des amis pour déjeuner ou dîner. D'une façon générale, l'environnement des pairs est propice à la consommation excessive chez les jeunes puisqu'il représente plus des deux tiers des circonstances de la première ivresse. On ne relève par ailleurs aucune différence significative selon le sexe (6).

L'ivresse est génératrice de conduites à risque : accidents, violence, sexualité non contrôlée. Mais ces prises de risque ont toujours été présentes sous différentes formes. Il faut se méfier du « phénomène d'observation » car, ce qui est nouveau, ce ne sont pas les conduites à risques mais le fait que l'on s'y intéresse de plus près.

1.5 Attitudes des jeunes à l'égard de l'alcool

1.5.1 Perception de son comportement par rapport à l'alcool

Les jeunes sont encore au stade de la phase formatrice d'alcoolisation. Les plus jeunes passent le stade initiatique d'alcoolisation avec un usage déconseillé mais toléré pour des occasions exceptionnelles. Puis vers 14-16 ans vient l'âge du vécu de l'ivresse. On appelle cela le stade rituel de l'alcoolisation, c'est la période du passage de l'apprentissage aux goûts des alcools, à l'expérimentation des effets. C'est seulement après, que le jeune consommera plus volontiers de l'alcool en dehors de la famille. Celle-ci aura seulement un pouvoir régulateur en évitant les excès en sa présence. On parle du stade de permissivité contrôlée. (Selon ERCOLI « Comportements chez les jeunes face à l'alcool »). Il n'est donc pas toujours facile pour eux de savoir si leur comportement par rapport à l'alcool est préoccupant ou pas.

L'étude du CFE de 1998 (7) a posé les quatre questions du test DETA aux jeunes de 12 à 19 ans pour avoir une idée sur leur comportement par rapport à leur consommation d'alcool. (Questions du test DETA en Annexe)

COMPORTEMENTS ET ATTITUDES DES ADOLESCENTS A L'EGARD DES BOISSONS ALCOOLISEES

Les quatre questions de ce test sont les suivantes :

- Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation ?
- Est-ce que votre entourage vous a déjà fait des remarques sur votre consommation d'alcool ?
- Avez vous l'impression de parfois trop boire ?
- Avez vous besoin de consommer de l'alcool dès le matin ?

A partir de ces questions, il est possible de calculer le test Deta pour identifier les consommateurs à haut risque (avoir répondu positivement à au moins deux questions). Ce test est utilisé habituellement pour un public adulte et essentiellement dans une démarche clinique. Il est donc nécessaire de rester prudent quant aux conclusions de cette analyse. 3,1 % des jeunes ont eu un test positif. Ils sont deux fois plus nombreux parmi les garçons et là aussi, le pourcentage augmente de façon linéaire avec l'âge. Toutefois, cette proportion est bien inférieure à celle des adultes qui est de 8,3 %.

Les jeunes voient en général leur consommation d'alcool comme un mode d'intégration, pour s'identifier au monde des adultes ou à un groupe. L'alcool leur donne l'impression d'une meilleure communication avec les autres car il désinhibe les comportements et lève transitoirement une timidité sous-jacente. Dans ce cas, l'alcool est synonyme de fête, de contact et de rencontre.

Mais certains jeunes voient plutôt dans l'alcool un moyen de calmer leur anxiété ou leur mal-être. On parle alors d'alcoolisation comme automédication. On recherche les effets tranquillisants de l'alcool pour vaincre une trop grande timidité ou une appréhension de l'image de son corps. Ce type de consommation se fait souvent seul ou en groupe isolé. Cela aboutit en général à une marginalisation de ces jeunes.

D'autres jeunes recherchent la défonce par l'alcool. On parle d'alcoolisation de type toxicomaniaque. Ces alcoolisations se font sur un mode aiguë et intense. Elles se produisent souvent en groupe réduit d'initiés. L'alcool permet de libérer les tensions psychologiques, en obtenant des effets psychiques : impression de s'éclater et de résoudre des situations désagréables. Ces jeunes perdent alors totalement le contrôle de leur consommation. Ce type d'alcoolisation survient en général pour lever un sentiment de déprime ou un mal-être profond.

1.5.2 Demande d'information sur l'alcool

Une enquête dans les lycées chez des jeunes de 15 à 18 ans a montré que les jeunes ne sont que deux tiers à connaître le taux légal d'alcoolémie et aucun ne connaît les équivalences entre les différentes boissons alcoolisées (15).

Un quart des jeunes déclare avoir déjà eu des séances d'information sur l'alcool à l'école, dont la plupart lors d'un cours. Ils sont près de deux tiers à souhaiter en bénéficier. Ce désir d'information sur l'alcool n'est pas lié aux habitudes de consommation d'alcool. Il est à noter que les élèves qui ont déjà bénéficié d'une information sur l'alcool à l'école sont plus nombreux à en vouloir à nouveau (7). Il y a donc une réelle demande d'information sur l'alcool. Ceci est encourageant car une enquête sur des jeunes a montré qu'une parfaite information sur l'alcoolisme, si tant est qu'elle existe, n'entraîne pas l'abstinence, mais la gestion responsable de son risque alcool, et donc une consommation modérée (16).

Deuxième partie :
Modes de consommation des jeunes en Europe

2.1 Introduction

Réservées à l'origine aux rites et aux pratiques sacrées, les boissons alcoolisées sont aujourd'hui devenues des produits de consommation courante. Industrialisation, mondialisation aidant, elles circulent même tout autour de la planète, comme en témoigne l'exportation de la coutume de fêter l'arrivée du « Beaujolais nouveau » en Grande-Bretagne, au Japon ou aux Etats-Unis notamment.

Le déplacement des consommateurs brasse en effet, boissons et habitudes. Les pays du Nord découvrent le vin et les pays du sud, la bière et les alcools forts. Le verre des repas quotidiens est remplacé par l'alcool de fin de semaine, de sortie, de loisirs. Ce phénomène arrive par les jeunes pour qui la bière (boisson des concerts de rock ou des matchs de football) est devenue symbole de ralliement (11).

Avant de passer en revue les modes de consommation des différents pays européens, il est important de rappeler les deux modèles de consommation qui se dégagent chez les jeunes.

D'une part, il y a l'alcoolisation socialisée. Elle concerne la majorité des jeunes, qui boivent entre amis à l'occasion de soirées, de rencontres sportives... Ce type d'alcoolisation traduit l'impossible dissociation entre la vie de groupe et la prise d'alcool.

D'autre part, il y a l'alcoolisation toxicomaniaque qui se traduit par une recherche réitérée de l'ivresse et l'association de l'alcool avec d'autres drogues licites ou illicites. Contrairement au groupe précédent, on ne boit pas à l'occasion d'une rencontre, on se rencontre pour boire (11).

Rappelons aussi les chiffres de la consommation à l'échelle européenne : On sait, grâce à une étude récente de l'INSERM, que la majorité des jeunes européens de 16 ans a déjà bu de l'alcool au cours de la vie, 83% au cours des 12 derniers mois et les 2/3 au cours du dernier mois. On observe des différences marquées entre les pays quant à la consommation régulière d'alcool.

En France, 77% des élèves de 16 ans ont consommé de l'alcool durant les 12 derniers mois, 60% durant les 30 derniers jours et 8% en ont pris au moins 10 fois durant cette même période.

2.2 Consommation des jeunes français

2.2.1 Situation actuelle

Le comportement des jeunes français rejoint, ces dernières années, celui des Européens du Nord où le week-end est synonyme de festivité (11). Si la consommation quotidienne des adolescents se révèle relativement faible par rapport aux adultes, c'est que la prise d'alcool s'effectue principalement le samedi soir où le nombre de verres absorbés est de 4,5 chez les jeunes garçons de 15-19 ans et de 2,5 verres chez les filles. L'alcoolisation a lieu essentiellement au cours de « fêtes ». Nombreux sont les jeunes avouant vouloir se « défoncer ». La « cuite » du samedi soir à la bière est un grand classique, et la recherche des effets psychoactifs de l'ivresse alcoolique augmente dans les générations actuelles.

On note aussi que l'âge auquel apparaît l'habitude de boire des boissons alcoolisées s'est abaissé (17). Selon les chiffres de l'O.M.S datés de 1997 (18), 87% des garçons et 85% des filles ont déjà fait l'expérience de l'alcool à l'âge de 15 ans. L'alcool est de plus en plus perçu comme un rite initiatique d'entrée dans la bande et l'autolimitation n'est plus de mise. Il n'est pas rare que les adolescents soient retrouvés particulièrement ivres, à l'issue de nuits blanches trop arrosées (19).

On observe également une diminution du nombre d'abstinents pour l'ensemble des garçons et des filles, avec des variations selon les âges. Ce nombre reste plus important que chez les adultes. Par rapport à nos voisins européens, il est pourtant l'un des plus élevé (20).

L'accès à la consommation régulière se fait de plus en plus tardivement, et l'on peut pratiquement considérer que le nombre d'hommes consommant du vin de manière régulière avant 20 ans est nul (21). Pour les jeunes générations les alcools forts ou la bière accompagnent désormais une consommation irrégulière. A l'âge de 15 ans, 20% des filles et 29% des garçons consomment au moins une fois par semaine des boissons alcoolisées (20). Ce chiffre est relativement bas par rapport à nos voisins européens.

De plus, avec 46% de jeunes de 16 ans ayant été ivres au moins une fois au cours de leur vie et 36% durant les 12 derniers mois, la France se situe dans le groupe de pays où l'expérience de l'ivresse est la moins fréquente au niveau européen. Ces chiffres sont beaucoup plus faibles à l'âge de 13 ans avec 15% des garçons et 10% des filles (18). La majeure partie des jeunes français fait donc l'apprentissage de l'alcool entre 13 et 16 ans.

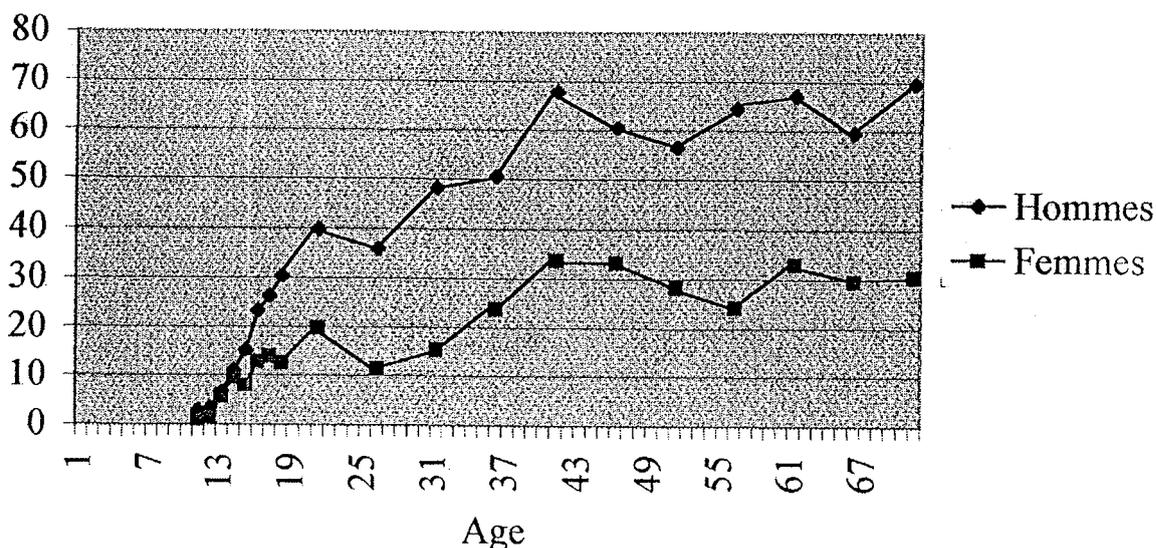
2.2.2 Evolution des dernières décennies

En dix ans, seulement 15% des jeunes ont baissé leur consommation d'alcool alors que 78 % l'ont augmentée, dont 27% de plus de 50 verres par mois (22). Cette tendance s'oppose à celle de la population adulte dont la consommation a diminuée de 34% au cours des vingt dernières années (18). Mais, plus que cette augmentation, c'est la « façon de boire » des français qui a le plus évolué au cours de ces dernières années. Il y a 20 ans, l'alcoolisation des jeunes se faisait surtout en famille. Aujourd'hui, leur initiation passe par l'appartenance à un groupe. De fait, le mode de consommation des jeunes est surtout toxicomaniaque (22). Cette évolution dans les comportements se traduit aussi par les ivresses qui dans ce contexte prennent une place importante. Cet état d'ivresse est d'ailleurs caractéristique de l'adolescence. En effet, si les chiffres de la consommation d'alcool la veille croît rapidement et linéairement selon l'âge chez les jeunes, la même remarque peut être formulée chez les adultes avec une augmentation relativement moins rapide, qui se stabilise vers 40-45 ans (Voir le graphique ci dessous). En revanche, la consommation excessive d'alcool conduisant à un état d'ivresse semble, chez les adultes, ne plus suivre la même trajectoire que celle observée parmi les adolescents de 12-19 ans. Le pourcentage de jeunes ayant eu au moins une ivresse au cours des douze derniers mois croît rapidement jusque 17-18 ans chez les filles et 20-24 ans pour les garçons. Après cet âge, la fréquence des ivresses diminue lentement jusqu'à 50 ans (7). Par rapport à leurs voisins européens, les adolescents français ont actuellement un niveau de consommation proche de celui de la plupart des pays anglo-saxons. De plus ils consomment de préférence de la bière qui est une

boisson peu traditionnelle pour un pays viticole. Vu le poids culturel et social de l'alcool en France, cette homogénéisation entre les adolescents a engendré une opposition très sensible entre les générations (23). En effet, si on classe les alcools en trois groupes (vin, bière et alcools forts) la France a toujours été un pays à prédominance de vin. Mais depuis les années cinquante, la consommation de bière a plus que doublé alors que celle du vin est en diminution (24). Ces variations traduisent donc les changements de consommation chez les nouvelles générations. Les chiffres de la population adulte montrent encore une forte prédominance du vin avec 8.91 litres d'alcool pur par an et par habitant pour une consommation totale de 13.7 litres d'alcool pur. La bière représente, pour sa part, seulement 2.45 litres d'alcool pur par an et par habitant (18).

Graphique illustrant le pourcentage d'hommes et de femmes déclarant avoir consommés au moins un verre d'alcool la veille.

Jeunes et adultes ayant consommé au moins un verre d'alcool la veille



Source : CFES Baromètre santé 1997/98

2.2.3 Particularité française

Il a été répété partout en France que deux verres de vin quotidiens sont bénéfiques pour la santé. C'est ce que certains ont baptisé le « French paradoxe ». Si cet argument a essentiellement été développé par les alcooliers, il s'appuie sur des faits scientifiques. Des études ont effectivement montré que la mortalité est plus basse chez les buveurs modérés que chez les abstinents (24). On peut se demander alors quelles sont les façons de boire les plus saines pour l'homme ? Les études récentes ne répondent pas clairement à cette question. Cet effet positif a été observé pour toutes les boissons alcoolisées et ne semble pas être lié à une boisson particulière. Rappelons aux jeunes qu'une consommation irrégulière, même si elle est équivalente à une consommation quotidienne faible est moins favorable à une diminution du risque de maladie cardiaque, et surtout que cet effet protecteur n'est vrai qu'après 40 ans. Il n'empêche, le public n'entend que ce qu'il veut, et a vite fait de résumer les articles à cette maxime : « finalement, le vin, c'est bon pour la santé ! ».

2.3 Consommation des jeunes italiens

2.3.1 Chiffres de la consommation

Les chiffres de la consommation des jeunes italiens sont assez révélateurs. Une étude faite en 1995 sur des jeunes de 15-16 ans (20) a montré que 83% avaient bu de l'alcool au cours des douze derniers mois et 35% avaient connu au moins une fois l'ivresse, avec une proportion 2 fois plus importante de garçons que de filles. En revanche, les chiffres de l'O.M.S de 1999 (18), ne comptent que 8% des garçons et 7% des filles qui ont été ivres à l'âge de 13 ans. On se pose alors la question : Y'a-t-il une forte progression des ivresses entre 13 et 15 ans ou l'évolution de ces dernières années montre-t-elle une diminution des ivresses des jeunes en Italie ? Sûrement un peu des deux. En effet, des données d'une étude datant de 1990 ont montré qu'à 11-12 ans, 34% des garçons et 18% des filles buvaient de l'alcool chaque semaine. Cette proportion

passé à 39% pour les garçons de 13-15 ans et 21% pour les filles (18). Cette même étude reconduite en 1999 révèle des chiffres moins alarmants pour les jeunes de 15-16 ans avec 12% des garçons et 4% des filles qui avaient consommé des boissons alcoolisées plus de dix fois au cours du dernier mois, 23% des garçons et 13% des filles qui déclarent avoir consommé plus de quarante fois des boissons alcoolisées au cours de leur vie et 9% de ces mêmes jeunes qui ont été ivres au cours du dernier mois. Ces chiffres sont d'ailleurs très proches de ceux concernant les Français. On peut donc conclure à une diminution de la consommation des jeunes en Italie. Toutefois, une étude récente (25) concernant cette fois la consommation quotidienne chez les étudiants de 18-19 ans a révélé que 31% des étudiants et 10% des étudiantes consomment de l'alcool quotidiennement. Il y a donc une augmentation de la consommation avec l'âge.

Ces chiffres montrent une certaine précocité pour les premiers contacts avec les boissons alcoolisées. On note également une différence entre les deux sexes ainsi qu'une augmentation de la consommation avec l'âge. Cela traduit la communauté des attitudes franco/italiennes concernant le produit alcool. En Italie aussi, la consommation d'alcool diminue dans la population générale de façon marquée avec une diminution de 46.2% sur la période de 1970 à 1996 (18). Les chiffres de l'année 2000 font état d'une consommation de 7.5 litres d'alcool pur par an et par habitant (26). Ces chiffres confirment la diminution déjà observée. L'Italie se situe ainsi dans le dernier tiers des pays européens en terme de consommation par habitant pour la population adulte. Dans le même temps, cette diminution globale de la consommation s'est accompagnée d'une augmentation de la prévalence, pour les deux sexes, de la consommation d'alcool entre les repas. Entre 1993 et 1997, cette prévalence pour les garçons est passée de 3.7 à 8.6% à 14 ans et de 11.8 à 21.7% pour les 15-17 ans. Le constat est le même chez les filles avec une augmentation de 4.3 à 7.3% à 14 ans et de 7.9 à 12.1% pour les 15-17 ans (27). Cette augmentation des jeunes buveurs se traduit par une augmentation de la consommation de la bière et des épisodes d'ivresse (28). Par rapport à ses voisins européens, l'Italie est quand même un pays où la consommation est plutôt faible et les ivresses peu fréquentes.

2.3.2 Etat actuel de cette consommation

On distingue deux sous-groupes différents chez les jeunes italiens. D'une part, il y a le modèle méditerranéen de consommation qui concerne tout particulièrement les régions productrices de vin. Les jeunes de ces régions prennent vite l'habitude de boire du vin au cours des repas et sont en général des consommateurs réguliers vers 17-19 ans. Ils rejoignent donc le comportement de leurs aînés, et la raison pour la laquelle ils boivent est le goût (29).

L'autre sous-groupe concerne le reste des adolescents et plus particulièrement les urbains. Chez ces adolescents, on retrouve la consommation du samedi soir avec comme boisson de référence la bière. En revanche, la consommation de vin est quasi nulle au cours des repas. Cette consommation se fait entre amis, principalement dans les pizzerias et les pubs, et les motivations principales de cette consommation sont la convivialité et la sociabilité (29). Ce style de consommation se remarque par l'augmentation des pubs au centre des villes. Ces endroits deviennent des lieux de rassemblement pour les jeunes, spécialement les week-ends. Il est possible que la présence nouvelle de ces endroits ainsi que la pression du groupe ait participé au changement d'habitude de consommation de ces jeunes (30). Ce type de consommation existe aussi chez les jeunes des régions productrices de vin mais dans une moindre mesure, et on ne compte que peu de cas d'ivresses (29).

Ces deux groupes de jeunes reflètent les deux « mondes » auxquels appartiennent les adolescents : le monde des adultes et leur propre monde. En famille, les habitudes de consommation reflètent souvent celles des parents avec une consommation régulière de vin lors des repas. Ce constat se révèle inexact dans les villes où la tendance est à la consommation d'eau lors des repas, même quand les parents boivent du vin. Les jeunes soulignent ainsi leur différence et veulent affirmer leur diversité. Cette différence est d'autant plus marquée quand les jeunes se retrouvent ensemble. Ils consomment alors de la bière et aussi du vin quand ils se retrouvent entre eux pour manger au restaurant. Cela traduit donc bien une opposition au monde des adultes.

Le type de boissons consommées varie en fonction du lieu où elles sont consommées. Ainsi, les alcools forts et surtout la bière sont les plus consommés dans les bars alors que les cocktails sont privilégiés dans les discothèques et le vin dans les restaurants (31).

Les alcools forts sont généralement consommés plus tard dans la nuit. Leur consommation diminue avec l'âge. Cela s'explique par leur utilisation. Les adolescents les consomment quand ils veulent expérimenter leur première ivresse, particulièrement les filles, qui reconnaissent préférer les alcools forts à la bière pour atteindre l'ivresse (29). Cette pratique est cependant isolée. D'ailleurs, la consommation des spiritueux est en diminution et représente avec 0.5 litres d'alcool pur par an et par habitant la plus faible d'Europe (26). Dans le milieu rural, l'ivresse est moins fréquente, plus particulièrement dans les régions productrices de vin où l'on est particulièrement sensible à la « bonne image » du vin. On s'attache à montrer que le vin n'est pas dangereux quand il est consommé avec modération. Il reste l'exception des festivités comme par exemple, la traditionnelle célébration liée à l'appel du service militaire quand les jeunes entrent dans leur 18^e année. A noter que les filles du même âge participent également à cette fête.

2.3.3 Evolution de cette consommation

Tout comme la France, l'Italie est un pays producteur de vin. Cela explique que la consommation d'alcool a toujours eu une forte prédominance pour celui-ci (90% de la consommation d'alcool pour la population totale dans les années 60). Ces dernières années, un fléchissement des proportions de vin s'est fait ressentir. Comme en France, cette diminution se traduit par une augmentation de la consommation de bière (24). Mais le vin, malgré son recul, reste très majoritaire dans la population générale et représente pas loin de 80% de la consommation totale d'alcool avec 5.74 litres d'alcool pur par an et par adulte de plus de 15 ans (26). La consommation de bière, bien qu'en augmentation, reste l'une des plus faibles d'Europe avec 1.3 litres d'alcool pur par an et par habitant (26). Contrairement à la France, on trouve encore des jeunes de 17-19 ans qui ont le même type de consommation que leurs parents. D'ailleurs, on a remarqué

l'importance du mode de consommation du chef de famille qui est suivi par la majorité des membres de la famille (28). Une enquête européenne (20) a montré que 30% des italiens de 15-16 ans déclaraient avoir bu au moins trois fois de la bière au cours des trente derniers jours et 24% déclaraient la même chose pour la consommation de vin. On peut conclure de ces chiffres que la bière est aujourd'hui la boisson alcoolisée la plus régulièrement consommée par les jeunes italiens. Mais, si l'on compare avec les autres pays européens, la proportion de jeunes qui consomment régulièrement du vin en Italie est la plus élevée d'Europe avec Malte (20).

L'ivresse est un phénomène moins caractéristique chez les jeunes italiens, même si on retrouve des motifs similaires : occasions spéciales, un « rite de passage » pour entrer dans l'âge adulte ou un besoin conscient ou non de désobéir aux règles des adultes. Elle est répétée chez deux groupes d'adolescents bien différents : d'une part, ceux qui sont économiquement indépendants, à savoir les jeunes qui travaillent et ceux qui ont un bon statut social. D'autre part, on trouve un groupe plus marginal dont le temps libre se résume aux loisirs et qui boivent pour s'occuper (31). Il s'agit là d'une population à risque.

On voit en fait chez ces adolescents, un mélange de tradition et d'innovation où le contexte et les substances sont souvent nouveaux alors que les motivations sont héritées.

Du point de vue de la santé, on voit que de fausses idées persistent encore pour ce qui est des effets de l'alcool contre le froid, en faveur d'une bonne humeur et pour une augmentation des performances sexuelles (30).

Il est difficile de dire quelle évolution auront les modes de consommation de ces adolescents, mais le sentiment qui domine est qu'en grandissant, ils reviennent généralement à une consommation de vin et à des modes de consommation modérés des boissons alcoolisées (29).

2.4 Consommation des jeunes anglais

2.4.1 La consommation en chiffres

Plusieurs enquêtes internationales réalisées par l'INSERM ou l'OMS sur la consommation des jeunes se sont intéressées à l'Angleterre. Cela se comprend d'autant mieux que l'Angleterre reflète un mode de consommation traditionnellement caractéristique des pays « anglo-saxons ».

Avant d'étudier ce style de consommation, nous passerons en revue les chiffres de cette consommation des jeunes anglais.

Une enquête de l'OMS réalisée sur des jeunes écoliers âgés de 11 à 15 ans au cours de l'année scolaire 1997/98 (20) a donné les résultats suivant : On a constaté une diminution du nombre d'écoliers abstinents avec l'âge qui se situe à 4% à l'âge de 15 ans, ce qui n'est pas le cas de tous les pays européens. A l'âge de 11 ans, ce taux d'abstinents est déjà inférieur à 20%. Cela traduit donc une initiation à l'alcool précoce. Cette précocité pourrait s'expliquer par la pression sociale qui s'exerce sur les garçons qui les pousse à devenir rapidement adultes. D'ailleurs, selon l'O.M.S (18) quatre jeunes sur cinq consomment pour la première fois de l'alcool chez eux et souvent en famille.

Pour ce qui est de la fréquence de consommation, l'Angleterre fait partie des pays européens où les chiffres sont les plus élevés. A 15 ans, 47% des garçons et 36% des filles déclarent boire de l'alcool au moins une fois par semaine. Ces chiffres sont confirmés par l'enquête ESPAD de 1995 (20) demandée par le conseil de l'Europe. En effet, cette enquête s'intéresse aux jeunes âgés de 15-16 ans, et elle révèle que l'Angleterre fait partie des pays d'Europe où le pourcentage de jeunes ayant consommé de l'alcool quarante fois ou plus au cours de leur vie est parmi les plus élevés en Europe avec 51% des garçons et 43% des filles soit des chiffres plus de deux fois supérieurs à ceux de la France et de l'Italie. Il en va de même pour ceux qui déclarent avoir consommé au moins dix fois au cours des trente derniers jours avec 17% des garçons et 13% des filles.

Les chiffres concernant les ivresses chez les jeunes sont du même ordre de grandeur. Selon l'enquête de l'O.M.S (18), 40% des garçons et 36% des filles ont déjà été ivres à l'âge de 13 ans. A 15 ans, plus de la moitié des jeunes anglais scolarisés ont déjà été ivres, au moins deux fois au cours de leur vie : 51% des garçons et 52% des filles. On notera au passage que la différence entre garçons et filles est relativement peu marquée, ce qui prouve que l'ivresse est une des caractéristiques majeure de la consommation des jeunes anglais. L'enquête ESPAD de 1997/98 montre aussi que la Grande-Bretagne est l'un des pays où le phénomène d'ivresse est rapporté le plus fréquemment, avec 80% des élèves de 15-16ans qui ont été ivres au moins une fois et 30% plus de vingt fois au cours de leur vie. On remarque aussi une fréquence d'intoxication élevée traduite par le pourcentage de jeunes ayant indiqué avoir été ivres trois fois ou plus au cours des trente derniers jours. Ce chiffre est de 45% pour les garçons et 38% pour les filles, ce qui fait de la Grande-Bretagne le pays où la fréquence d'intoxication par l'alcool est la plus élevée d'Europe. Rappelons quand même que ce phénomène n'est pas si nouveau puisque le nombre d'ivresses déclarées par les jeunes britanniques est resté relativement stable depuis 1995.

2.4.2 La façon de boire des anglais

Le style de consommation des anglais est caractéristique des pays anglo-saxons. Cette consommation est décrite dans la littérature comme le « binge drinking », c'est à dire une consommation ponctuellement excessive.

Ce type de consommation est en adéquation avec le type de boissons consommées. En effet, les pays dont le mode de consommation se rapproche des pays anglo-saxons sont généralement décrits comme des « pays à bière ». En Angleterre, 30% des élèves de 15-16 ans déclarent avoir consommé au moins trois fois de la bière au cours des trente derniers jours (20). Il y a également une forte consommation de spiritueux avec près de 25% de ces même élèves qui déclarent en avoir consommé au moins trois fois au cours des trente derniers jours. Ce pourcentage est encore plus élevé chez les filles. En effet, elles sont environ 30% à l'âge de 16 ans qui déclarent consommer des spiritueux contre seulement 18.5% pour les garçons (32). Ces chiffres

montrent à nouveau une consommation à des fins d'enivrement. D'ailleurs, les jeunes buveurs réguliers de spiritueux sont plus souvent ivres que les autres et ils associent plus souvent l'alcool avec la cigarette voire avec des drogues illicites (32).

Les boissons consommées varient en fonction du sexe mais également en fonction de l'âge des adolescents. En effet, à l'âge de 11-13 ans la boisson alcoolisée la plus consommée est l'alcopop qui est définie comme une boisson alcoolisée au goût très doux qui a pour but de séduire les jeunes, en français : les prémix. Cette préférence est plus marquée chez les filles et elle diminue fortement avec l'âge : 63% des jeunes de 11 ans en consomment contre 37% à 16 ans (32). A titre de comparaison, un rapport sur les filles anglaises âgées de 11 à 16 ans a montré qu'elles consommaient deux fois plus d'alcool que leurs voisines françaises et espagnoles (33). Les deux sexes confondus sont d'ailleurs en tête des pays européens pour la quantité d'alcool consommée chaque semaine et le nombre d'ivresses (33).

Une fois arrivés à l'âge de 13-14 ans les jeunes consomment alors en priorité de la bière. Celle-ci est ensuite associée aux comportements typiques des jeunes anglais qui boivent spécifiquement dans le but d'être ivre et qui utilisent de grande quantité d'alcool à chaque occasion.

Le but de ce mode de consommation est de faire la fête afin de boire le plus possible, ainsi leur comportement tend à perdre tout contrôle tandis qu'ils deviennent de plus en plus ivres. Il s'agit évidemment d'un phénomène de groupe où les plus anciens initient les plus jeunes. Un tiers des jeunes de 13-16 ans qui boivent régulièrement obtiennent l'alcool par leurs parents et un quart par d'autres adultes (33). On retrouve le besoin d'expérimentation et de se rebeller contre l'autorité dans cette attitude. Mais cette opposition au monde des adultes ne se traduit pas par une différence des produits consommés mais dans la façon dont-ils sont consommés. En effet, pour la consommation de la population adulte de plus de 15 ans, la bière représente 65% du total des produits consommés soit 6.34 litres d'alcool pur par an et par adulte (18). C'est donc le produit le plus largement consommé. En grandissant, le niveau de consommation diminue et la majorité de la population n'a aucun dommage sur sa santé. Il se pose alors le problème de limite entre une consommation excessive passagère liée à l'âge et une consommation dangereuse pour la santé. Si les chiffres de la

consommation chez les adultes (9.4 litres d'alcool pur par an et par adulte) ne sont pas plus alarmants que d'autres pays européens, l'évolution de cette consommation est en revanche inquiétante avec pour les trente dernières années une augmentation de 25.8% de cette consommation moyenne (18) contrairement à la grande majorité des pays européens où cette tendance est significativement à la baisse.

2.5 Consommation des jeunes norvégiens

2.5.1 Constat de la consommation actuelle

Contrairement à une idée reçue, la Norvège fait partie des pays européens les plus sobres en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées, aussi bien pour les adultes que pour les adolescents. Il faut dire que ce pays fait figure d'exception par rapport à ses voisins nordiques (En particulier le Danemark). L'enquête de l'OMS réalisée en 1997 a même révélé que la Norvège était le pays qui présentait le plus fort taux d'abstinents à l'âge de 11 ans avec plus de 50%.(20)

Ce sentiment se confirme avec les chiffres de fréquence de consommation à l'âge de 15 ans qui sont parmi les plus faibles d'Europe : 3% des garçons et seulement 1% des filles déclarent avoir consommé au moins dix fois de l'alcool au cours des trente derniers jours. (18)

Par contre, cette sobriété ne se retrouve pas pour les ivresses. La proportion d'écoliers qui ont déjà été ivres deux fois au moins au cours de leur vie est selon l'O.M.S de 37% pour les garçons et 41% pour les filles, c'est d'ailleurs l'un des seuls pays d'Europe où les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à connaître l'ivresse (18). Pour l'enquête ESPAD, la Norvège est le pays qui compte le moins d'ivresses répétées et une fréquence de consommation d'alcool assez faible. Alors que pour l'O.M.S, 26% des garçons et 23% des filles ont déclaré avoir été ivres au cours du dernier mois, soit deux fois plus que les Français dans la même étude (18). Ces chiffres qui ont l'air contradictoires s'expliquent par le mode de consommation des boissons alcoolisées par les Norvégiens. Celui-ci se rapproche de celui des anglais, à savoir qu'ils boivent ponctuellement de grosses quantités d'alcool dans le but d'être

ivres. La différence est que les Norvégiens boivent beaucoup moins souvent que les Anglais. Cela explique donc les faibles chiffres de la fréquence de consommation et d'ivresses ainsi que les chiffres plus élevés qui concernent le nombre d'adolescents qui ont déjà été ivres.

Une étude de 2 ans faite sur des adolescents avec un âge moyen de 13 ans en début d'étude et 15 ans à la fin a révélé les choses suivantes : On retrouve 60% d'abstinents à l'âge de 13 ans et seulement 8.5% de ces jeunes qui ont connu une ivresse au cours des six derniers mois (34). On voit tout de même une évolution au cours de cette étude puisque à 15 ans il n'y plus que 37% d'abstinents et 42% ont connu une ivresse au cours des six derniers mois. On peut donc affirmer que c'est à cette période que se fait l'apprentissage de l'alcool et le test de ses propres limites. Dans cette étude, on retrouve une consommation d'alcool plus fréquente chez les filles avec cette fois, des ivresses plus nombreuses (34). Les derniers chiffres publiés en 2002 confirment cela avec 33% d'abstinents chez les 15-16 ans. De même, pour les 15-20 ans on retrouve 21% d'abstinents chez les garçons et 17% chez les filles (26).

Une autre étude, moins récente, sur la consommation des jeunes de 15 à 20 ans fait la comparaison entre la consommation des jeunes en ville (à savoir Oslo) et en campagne (35). L'étude montre que la différence est très faible avec 89% des jeunes d'Oslo qui ont déjà consommé au moins une fois de l'alcool contre 85% pour les jeunes habitant à la campagne.

Le nombre élevé des abstinents aussi bien à l'âge de 13 ou 15 ans confirme donc une certaine sobriété dans les comportements des Norvégiens et une différence peu sensible entre les deux sexes. Il s'explique aussi par un âge moyen d'initiation à l'alcool qui est de 15 ans pour les spiritueux et le vin et de 14.5 ans pour la bière (26). L'alcool reste cependant un problème en raison de son utilisation par les jeunes. Car, même si cette utilisation massive d'alcool reste très ponctuelle, il faut rappeler que selon l'O.M.S le seuil à ne pas dépasser lors d'une consommation massive est de quatre verres en une seule occasion.

2.5.2 Variations de cette consommation

Si l'on se réfère à la population globale au cours des années cinquante jusqu'au début des années quatre-vingt, la Norvège est considérée comme un pays dont la consommation des eaux-de-vie est prédominante, tout comme ses voisins nordiques que sont la Suède et la Finlande (24). Cependant, on remarquait déjà au cours des années une nette diminution de la consommation de ces eaux-de-vie au profit du vin et surtout de la bière qui, au début des années soixante-dix, représentait une proportion plus importante que les eaux-de-vie. Cette consommation croissante de la bière est-elle due à un changement de consommation de la population globale ou à une consommation des jeunes qui s'avère radicalement différente de leurs aînés ?

Les dernières données en matière de consommation de boissons alcoolisées proviennent de la Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research datent de 2002 et concernent la population adulte de plus de 15 ans (26). Pour la Norvège, ces chiffres font état d'une consommation de 4.43 litres d'alcool pur par an et par personne, repartis comme suit : 2.60 l pour la bière, 0.70 l pour les eaux-de-vie et 1.13 l pour le vin. Pour les jeunes âgés de 15 à 20 ans, la consommation moyenne est de 4.36 litres d'alcool pur par personne et par an avec une augmentation en fonction de l'âge (26). Ces chiffres confirment d'une part que la consommation d'alcool en Norvège est bien inférieure aux autres pays de l'étude aussi bien pour les jeunes que pour la population globale, et d'autre part que la consommation des jeunes n'est pas en opposition avec celle de leurs aînés. La nette préférence des Norvégiens pour la consommation de bière, qui représente près de 60% de la consommation totale d'alcool pur chez les adultes, est donc bien due à un changement de consommation de la population globale. Ce « faible » niveau de consommation était même en légère diminution au cours des années quatre-vingt-dix, aussi bien pour les jeunes que pour la population globale avec 2.02% de moins entre 1970 et 1996 (18).

Une étude publiée en 1996 s'intéressait aux changements de la consommation d'alcool des jeunes pendant la transition vers l'âge adulte (36). Cette étude montrait une tendance à l'homogénéisation des comportements des jeunes vis-à-vis de l'alcool à l'approche des vingt ans. En effet, si la tendance générale de la consommation d'alcool

est à la baisse, cela est principalement dû aux buveurs excessifs qui tendent à réduire leur consommation. D'un autre côté, les abstinents sont deux fois moins nombreux en grandissant et les buveurs ne deviennent pas abstinents à de très rares exceptions près. On constate aussi beaucoup moins d'ivresses chez les jeunes de 19-20 ans par rapport à ceux de 15-16 ans qui cherchent plus à tester leurs limites. Cette différence de consommation à la fin de l'adolescence se traduit par une diminution de la quantité d'alcool consommée et non pas de la fréquence de cette consommation. En effet les chiffres montrent presque autant de jeunes qui disent consommer moins souvent (38%) que ceux qui disent consommer plus souvent (30%) ou encore ceux dont la fréquence de consommation est identique (32%). Les chiffres des quantités d'alcool consommées sont trompeurs car 45% des personnes interrogées déclarent avoir augmenté leur consommation d'alcool contre 50% qui disent l'avoir diminuée. Mais l'étude révèle que ceux qui ont diminué leur consommation d'alcool l'ont fait de façon importante contrairement à ceux qui l'ont augmentée. De ce fait, la moyenne de consommation est en diminution. On retrouve donc à travers ces chiffres une des caractéristiques de la consommation des jeunes norvégiens qui se manifeste par une consommation d'alcool concentrée généralement sur la fin de semaine avec des quantités d'alcool consommées plus ou moins importantes. L'évolution vers une diminution de la consommation des jeunes vers vingt ans se fait en réponse à des responsabilités croissantes des individus.

Toutefois, il convient de relativiser ces variations de consommation chez les jeunes. Car si on classe les consommateurs en fonction de leur consommation en catégorie de buveurs : Consommation très élevée, élevée, modérée, faible ou très faible, on remarque alors que la grande majorité des jeunes reste dans la même catégorie tout au long de l'étude et plus particulièrement les garçons. On peut donc dire qu'il s'agit d'un changement dans la continuité, car ce sont les buveurs excessifs qui ont le plus diminué leur consommation, mais ils restent à un niveau de consommation bien supérieur à la moyenne.

Indicateurs principaux de chaque pays

Pays	1° contact avec l'alcool	Consommation hebdomadaire à 15 ans	Ivresses à 13 ans	Evolution globale en 25 ans
France	13 ans	G : 31% F : 15%	G : 15% F : 10%	-34%
Italie	13-14 ans	G : 39% F : 21%	G : 8% F : 7%	-46,20%
Norvège	14-15 ans	G : 16% F : 12%	G : 19% F : 15%	-2,02%
Angleterre	9-10 ans	G : 47% F : 36%	G : 40% F : 36%	+25,80%

2.6 Conclusion

Les pays de l'étude représentent quatre modes de consommation différents (37). Il est en effet possible de distinguer parmi les jeunes européens des modèles de consommation différents en terme de consommation et d'ivresses répétées, l'une n'étant pas forcément liée aux autres comme nous l'avons expliqué précédemment. Au Royaume-Uni, les jeunes consomment régulièrement et multiplient les ivresses, en revanche les Français connaissent peu d'ivresses tout en ayant une consommation régulière. L'exemple inverse est la Norvège où la consommation est peu fréquente mais les ivresses répétées. Enfin, l'Italie enregistre une faible fréquence des ivresses ainsi qu'une consommation peu fréquente.

Ces nombreuses différences culturelles et géographiques demeurent entre les styles dominants de consommation des pays étudiés ; cependant, elles ont tendance à s'atténuer. Pour preuve, la bière est devenue clairement la boisson la plus souvent consommée dans la quasi-totalité des pays européens. Il n'y a plus que les pays de

tradition viticole comme la France et l'Italie où la consommation de vin est encore significative.

Pour le moment, les ivresses répétées sont surtout observées dans les pays du Nord et les îles britanniques ; alors qu'un tel comportement reste encore rare dans les pays méditerranéens. Mais, le style de consommation des pays européens évolue vers une consommation traditionnellement caractéristique de ces pays anglo-saxons c'est-à-dire une consommation ponctuelle mais excessive. Même les pays dans lesquels la consommation était plus modérée mais également plus régulière sont en train de vivre ce changement.

Il est pourtant difficile de penser comme certains, que les Européens boiront un jour tous la même chose et de la même façon (11). En effet, les conduites d'alcoolisation des jeunes Européens ont évolué de façon significative ces dernières années. Précocité croissante, multiplication des ivresses et apparition de nouveaux modes de consommation sont les phénomènes les plus marquants. Cependant, les différences culturelles restent très prononcées entre les différentes régions de l'Europe, et cela explique leurs différents modes de consommation.(37)

Les épidémiologistes s'accordent pour dire qu'une fois la période de l'adolescence passée, les jeunes adultes s'orientent vers des comportements de « boire occasionnel ». Or, est-il préférable d'être ivre en situation occasionnelle que d'être en situation de « boire régulier » sans ivresse ?

Troisième Partie:
Cadre légal dans les différents pays étudiés

3.1 Introduction

Le champ d'action ou les stratégies concrètes et nécessaires qui ont pour but la protection des enfants et des adolescents de l'impact d'une utilisation inexpérimentée de l'alcool sont malheureusement minées par la culture contradictoire de l'alcool. Celle-ci l'assimile d'une part comme un produit légal, facilement disponible et dont la consommation est parfaitement acceptée socialement. D'autre part, l'alcool est connu pour être une substance à risque d'abus avec un impact plus ou moins délétère sur la santé et les relations sociales.

Tous les pays de l'étude ont une législation particulière concernant l'alcool, que ce soit pour sa vente, sa distribution ou sa publicité. La loi impose aussi des limites de consommation pour les individus, qu'ils soient au volant ou pas.

Quelles sont les différences entre ces pays au niveau législatif ? Ces différentes lois expliquent-elles en partie les différents niveaux de consommation que nous venons de décrire ?

Nous tenterons de répondre à ces interrogations en examinant les différents domaines de la politique des quatre pays étudiés en matière de lutte contre les dangers de l'alcool. A savoir : La répression de l'ivresse publique, les lois sur l'alcool et la conduite automobile, la réglementation de la publicité pour les boissons alcoolisées et enfin les lois concernant la vente et la distribution.

3.2 La répression de l'ivresse publique

3.2.1 Mesures prises en France

En France, au XIX^e siècle, le législateur a tout d'abord adopté des dispositions permettant de réprimer l'ivresse publique. Mais il faut attendre le début des années cinquante pour voir les pouvoirs publics chercher à mener une politique plus active de lutte contre l'alcoolisme, ce qui se traduira par l'élaboration du Code des débits de boissons, la

création du Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme et le vote d'une loi sur les alcooliques dangereux. (86)

Aujourd'hui, les mesures relatives à la lutte contre l'alcoolisme sont très nombreuses. On se limitera à donner ici un aperçu des principales dispositions.

Selon la loi, quiconque sera trouvé en état d'ivresse manifeste dans les rues, les chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics sera puni d'une amende prévue par le 2° de l'article 131-13 du code pénal pour les contraventions de 2^{ème} classe (38). A savoir, 150 euros au plus (39). La personne est conduite à ses frais au poste le plus proche ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison. Avant le nouveau code pénal de 1994, les peines prévues pouvaient aller jusqu'à un emprisonnement délictuel en cas de récidive. D'autre part, et toujours selon la loi, les cafetiers, cabaretiers, et autres débitants de boissons qui auront donné à boire à des gens manifestement ivres ou qui les auront reçus dans leurs établissements seront punis d'une amende prévue par le 4° de l'article 131-13 du code pénal pour les contraventions de 4^{ème} classe, soit au plus 750 euros (38,39). Une loi plus sévère s'applique pour les enceintes sportives. Selon la loi n°93-1282 du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives, l'ivresse dans une enceinte sportive constitue un délit pouvant être puni de peines de prison notamment en cas de violences. Cependant, ces dispositions paraissent être peu appliquées aujourd'hui.

Comme nous l'avons dit précédemment, il existe également une loi spécifique pour les alcooliques dangereux inscrite au code de la santé publique (40). Il s'agit de la loi du 15 avril 1954. Cette loi prévoit le signalement des alcooliques dangereux aux autorités sanitaires. Ces derniers, dont le maintien en liberté ne paraît pas possible, sont convoqués devant une commission médicale départementale. Celle-ci peut adresser une requête au procureur pour faire citer la personne au tribunal civil, lequel peut ordonner le placement dans un établissement spécialisé dans la prise en charge de l'alcoolisme. Deux types d'établissement peuvent recevoir ces personnes : les sections de rééducation pour alcooliques dans les hôpitaux psychiatriques ou les hôpitaux généraux, et les centres de rééducation spécialisés fonctionnant de façon autonome. Un seul centre de ce type a été créé. Cela prouve que cette loi bien qu'ancienne a été peu appliquée et apparaît un peu obsolète.

3.2.2 Différences dans les autres pays de l'étude

Au niveau législatif, on retrouve dans tous les pays de l'étude une interdiction de vendre ou de servir des boissons alcoolisées à des personnes manifestement en état d'ébriété. Le but est de prévenir les complications liées aux états d'ivresse et de limiter la consommation d'alcool des gros buveurs. La loi norvégienne précise qu'il est également interdit de servir une boisson alcoolisée si on juge qu'elle pourrait faire devenir ivre la personne qui l'a demandée (41). En d'autre terme, tous les débits de boissons doivent en plus agir en amont de l'ivresse publique de façon à la prévenir. De plus, la consommation de boissons alcoolisées est interdite dans les lieux publics pour les quatre pays de l'étude. (18)

En Angleterre, les directeurs de pubs ou de night-clubs ont non seulement le droit de refuser l'entrée dans leur établissement à toute personne susceptible d'occasionner des troubles, mais la loi de 1980 les oblige également de refuser l'entrée à des personnes dont la cour a prononcé une interdiction de fréquenter ces endroits. La durée maximale de cette interdiction devrait être prolongée de 2 à 10 ans, voire à vie pour les cas les plus sérieux. Le fait de servir une personne en état d'ivresse peut avoir pour conséquence la suppression de la licence. Il existe également la loi de confiscation de l'alcool de 1997 qui permet à la police de confisquer l'alcool des buveurs qui n'ont pas 18 ans dans n'importe quel endroit public, tel que des rues et des parcs.

En Italie, des conditions supplémentaires sont nécessaires pour qu'une personne ivre puisse être détenue, notamment un danger, une ivresse grave exigeant une désintoxication d'urgence, la participation à un crime ou un délit, des troubles de l'ordre public ou une agression (42). Une simple ivresse sur la voie publique n'est donc pas suffisante pour une mise en détention, même pour une période limitée.

Nous n'avons pas trouvé de loi contre les alcooliques dangereux ou même un équivalent dans les autres pays de l'étude.

3.2.3 Variation du concept de l'ivresse et de « verre standard »

On remarque des différences pour le concept d'ivresse manifeste qui d'une part est subjectif et d'autre part varie d'un pays à l'autre. En effet, dans la littérature, les données épidémiologiques concernant les comportements alcooliques et les taux d'alcoolisation à partir desquels des problèmes peuvent apparaître, sont en général définis en terme de nombre de verres. Il est évident qu'étant donné la grande variation entre les différentes définitions de boisson standard, cela conduit à des doses différentes pour définir « une cuite » ou une consommation à risque. La teneur en alcool d'un verre standard servi dans un débit de boisson varie d'un pays à un autre avec 8g d'alcool pour une boisson standard en Angleterre contre 12g en France et 10g en Italie (43). Le manque d'uniformité dans la définition d'une boisson standard est régi par les différences culturelles dans la façon d'exprimer la teneur en alcool : grammes, onces, pourcentage par poids ou par volume. En plus, selon le type de bière ou de vin consommé, la teneur en alcool varie et une grande quantité d'alcool est consommée au domicile, où les quantités sont rarement mesurées en unités standards.

Ce concept de « boisson standard » étant utile pour la mise en place de conseils pour la consommation d'alcool à diffuser à la population générale, sa diversité entraîne des différences entre les pays pour les définitions d'une consommation modérée. En effet, si en France et en Grande Bretagne on s'accorde pour dire que la limite supérieure de consommation d'alcool pour boire sans problèmes est de quatre verres pour les hommes, cela représente 48g d'alcool par jour pour les Français contre seulement 32 pour les Anglais. (42)

3.3 Législation concernant la conduite sous l'influence de l'alcool

L'alcool, en entraînant une diminution des réflexes, des troubles de la vision, et une perte du contrôle de soi, est impliqué dans un très grand nombre d'accidents de la route. Une alcoolémie de 0,5 g/l multiplie par 2 le risque d'accident. Au-delà de 0,8 g/l, ce risque est multiplié par 10. Globalement, l'alcool est mis en cause dans moins de 10 % des accidents sans gravité, dans environ 25 % des accidents où il y a blessure du conducteur et/ou des passagers, dans 50 % des collisions mortelles, et dans 65 % des accidents où un seul conducteur est impliqué.

Les jeunes conducteurs sont particulièrement concernés par le problème de l'alcool au volant, du fait de leur manque d'expérience et de maturité en matière de conduite. Si l'on peut avoir conscience de sa vitesse au volant, on peut difficilement avoir conscience de sa capacité à conduire en état d'ébriété

Une fois dans le sang, l'alcool atteint notamment la zone corticale du cerveau, centre de commande des gestes et du comportement. C'est pourquoi la présence d'alcool dans le sang est dangereuse : elle entraîne la perte du contrôle de soi, génère des troubles des réflexes et de la vision.

3.3.1 Lois anti-alcooliques relatives à la circulation en France

En France, la législation antialcoolique a commencé à s'esquisser au 19^e siècle avec la loi de 1838 sur l'internement des aliénés, et la loi de 1873 sur la répression de l'ivresse publique. On ne s'intéressait alors qu'aux atteintes à l'ordre public occasionnées par l'alcoolisme. (86) Ce n'est qu'à partir des années cinquante avec l'accroissement de plus en plus important de la circulation routière que vont se succéder les lois et les décrets sanctionnant la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique. (45)

Cela commence par la loi du 15 avril 1954 : La loi de Landry Cordonnier. Cette loi oblige un contrôle d'alcoolémie lors d'un accident de la route. Ce contrôle d'alcoolémie

comprend un examen du comportement de la personne ainsi qu'une prise de sang avec dépistage de l'alcool.

L'ordonnance du 15 décembre 1958 incluse dans l'article L1 du code de la route quant-à elle réprime toute personne qui aura conduit ou tenté de conduire un véhicule en état d'ivresse ou sous l'emprise d'un état alcoolique. Ce texte ne mentionne pas les vérifications médicales. Il en résulte donc des difficultés d'appréciation de l'état alcoolique.

La loi du 18 mai 1965 modifie l'article L1 du code de la route en réprimant toute personne qui aurait conduit alors qu'elle se trouvait sous l'emprise d'un état alcoolique même en l'absence de signes manifestes d'ivresse. Cette loi permettait également les vérifications de l'état alcoolique lorsqu'il y avait infraction au code de la route ou à la suite d'un accident quelconque de la circulation qu'il soit mortel ou pas. Enfin elle introduisait l'utilisation d'un alcootest comme moyen de dépistage. Par contre, pas de taux légal.

Il faut attendre la loi du 9 juillet 1970 pour instituer un taux légal d'alcoolémie de 0.8g/l au-delà duquel la conduite d'un véhicule est punissable. La sanction de délit n'intervient qu'à partir de 1.2g/l avec une peine allant jusqu'un an de prison et 5000f d'amende (soit 765 euros). Cette loi généralisera également le dépistage par air expiré en le rendant obligatoire en cas d'infractions graves au code de la route et en cas d'accidents.

Les contrôles préventifs des conducteurs n'entreront en vigueur qu'avec la loi n°78-732 du 12 juillet 1978 qui dit que les épreuves de dépistage de l'imprégnation alcoolique par air expiré pourront se faire même en l'absence d'infraction préalable ou d'accident. Cette loi renforce également la répression en permettant d'annuler le permis de conduire.

Le seuil délictuel est abaissé à 0.8g/l lors de la loi n°83-1045 du 8 décembre 1983. Il s'agit alors d'un taux unique. Un décret le 11 juillet 1994 instaurera un taux d'alcool dans le sang de 0.7g/l qui sera sanctionné par une contravention. Le taux d'alcool dans le sang de 0.8g/l reste le seuil délictuel.

Enfin, la législation actuelle date du Décret 95-962 du 29 août 1995. Le code de la route précise que le fait de conduire un véhicule sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang supérieure ou égale à 0.5g/l est puni d'une amende pouvant aller jusque 150 euros et un retrait de 3 points au permis de

conduire (46). Si ce taux est supérieur à 0.8g/l l'amende peut s'élever jusqu'à 4500 euros, avec un retrait de 6 points au permis et deux ans d'emprisonnement. Les peines complémentaires sont les suivantes : suspension ou annulation du permis de conduire pour une durée de trois ans au plus, une peine de travail d'intérêt général et une peine de jours-amende consistant pour le condamné à verser au Trésor une somme dont le montant global résulte de la fixation par le juge d'une contribution quotidienne pendant un certain nombre de jours. Le montant de chaque jour-amende est déterminé en tenant compte des ressources et des charges du prévenu (39). A noter que toute personne refusant de se soumettre à ce test d'alcoolémie encourt les mêmes peines. En cas de récidive, l'annulation du permis avec interdiction de le solliciter à nouveau peut durer jusqu'à cinq ans.

Certains regrettent que les progrès soient si lents en matière de sécurité routière, et font remarquer que depuis cet abaissement du seuil légal de l'alcoolémie au volant, aucune mesure nouvelle n'a été prise (47). Il est aujourd'hui nécessaire d'envisager de nouvelles pistes, notamment en terme de sanctions, complémentaires aux peines traditionnelles de suspension du permis de conduire. Certains évoquant des sanctions plus pédagogiques avec par exemple l'installation d'un éthylotest anti-démarrage. Qu'en est-il dans les autres pays européens ?

3.3.2 Comparaison avec les autres pays de l'étude

A travers l'évolution de la législation anti-alcool au volant des différents pays de l'étude, on retrouve un clivage Nord/Sud, ou plus précisément pays nordiques/pays latins. En effet, l'alcool a toujours été considéré comme un problème social majeur dans les pays nordiques. Cela se traduit notamment par une législation très sévère concernant l'utilisation et les abus d'alcool.

En Norvège, le fait de conduire un véhicule sous l'emprise de l'alcool est considéré comme un délit criminel dès 1912, bien avant les autres pays de l'étude. La répression de ce délit était une amende et une peine d'emprisonnement, rarement utilisée (45). De même, le pouvoir de suspendre un permis de conduire est donné en 1926. La prise de sang pour prouver le délit date de 1935 et le taux légal à ne pas dépasser est fixé à 0.5g d'alcool par litre de sang en 1936, soit presque 60 ans avant la France ! Une conduite avec

un taux au-dessus de cette limite était immanquablement condamnée par une peine inconditionnelle d'emprisonnement d'une durée minimale de 21 jours. La Norvège fut également le premier pays en 1959 à condamner des mêmes peines toute personne qui s'apprêterait à conduire sous l'emprise de l'alcool. Depuis Janvier 2001 ce taux légal d'alcool a été diminué à 0.2g par litre de sang (26). Les contrôles de circulation préventifs sont fréquents. Les suspensions de permis vont de 1 à 2 ans et l'amende est équivalente à une fois et demi le salaire brut. Les peines d'emprisonnement sont accompagnées de sursis si l'alcoolémie ne dépasse pas 1.5g/l.

En Grande-Bretagne, il faut attendre 1967 pour que le Road Traffic Act considère comme un délit le fait de conduire, d'essayer de conduire ou d'avoir la charge d'un véhicule à moteur dans un lieu public avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0.8g/l. Cette loi introduisait également l'alcootest comme moyen de dépistage. Toutefois, les contrôles ne se font pas de façon inopinée, la police doit avoir des soupçons justifiés avant de pouvoir contrôler les conducteurs (42). Le taux d'alcoolémie est toujours le même et les peines encourues sont : une amende pouvant aller jusque 5000 livres maximum, 6 mois de prison et une suspension du permis de conduire jusqu'à 12 mois avec une annulation éventuelle. Egalement 3 à 11 points obligatoires de pénalité qui apparaissent sur le permis de conduire pendant 11 ans. S'il y a récidive pendant ce temps, la suspension du permis de conduire dure alors 3 ans. De plus, un programme de réadaptation expérimentale a été mis en place pour les récidivistes (42). Ces cours sont cependant facultatifs, et à la charge du contrevenant.

En Italie, vers la fin des années 1980, il n'existait pas de taux légal d'alcoolémie (45). Le taux jurisprudentiel allait de 1.5g/l à 2.3g/l. On a ensuite fixé ce taux à 0.8g/l et, depuis le 22 juin 2002, par décret urgent, l'Italie a abaissé le taux d'alcoolémie autorisé au volant de 0.8 à 0.5g/l pour une durée de soixante jours au minimum. Les amendes prévues au-dessus de cette limite vont de 328 à 1312 euros, avec une peine de prison pouvant aller jusqu'à un mois et une suspension du permis de conduire de 15 jours à 3 mois. Cependant, ces décisions judiciaires ne sont pas exécutées mais inscrites au casier judiciaire de l'intéressé, sauf en cas de récidive. Conscient du risque particulier posé par les jeunes conducteurs, les autorités italiennes prévoient un taux d'alcoolémie inférieur.(42)

Le Plan d'action européen contre l'alcoolisme 2000-2005 recommande l'adoption d'un taux d'alcoolémie de 0.5g/l ou inférieur pour tous les pays, et il recommande également d'obliger les récidivistes à suivre une formation. Il paraît également évident que le succès d'un programme de lutte contre la conduite en état d'ivresse passe par une meilleure information du public et des contrôles routiers fréquents et inopinés.

Tableau récapitulatif

Pays	Peines encourues
<p>Angleterre (0,8 g/l)</p>	<p>Amende de 5 000 livres (soit 39 000 F) maximum et/ou 6 mois de prison. SPC* jusqu'à 12 mois ; annulation éventuelle. Si récidive dans les 10 ans : SPC* pendant 3 ans.</p>
<p>France (0,5 g/l)</p>	<p>Contravention entre 0,5 et 0,8 g/l dans le sang. Peine : 5 000 F maximum et retrait de 3 points. Délit égal ou supérieur à 0,8 g/l. Peines : amendes 30 000 F max. ; emprisonnement 2 ans maximum ou 4 si récidive ; retrait 6 points, immobilisation, SPC*.</p>
<p>Italie (0,5 g/l)</p>	<p>Emprisonnement jusqu'à 1 mois + amende de 328 à 1312 euros. SPC* de 15 jours à 3 mois. En cas de récidive, prison ferme. NB : sauf récidive, les décisions judiciaires (amende ou prison) ne sont pas exécutées mais inscrites au casier judiciaire de l'intéressé.</p>
<p>Norvège (0,2 g/l)</p>	<p>Entre 0,2 g/l et 1 g/l amende équivalente à une fois et demi le salaire brut ; SPC* 1 à 2 ans, emprisonnement avec sursis. Si alcoolémie supérieure à 1 g/l outre sanctions ci-dessus, 21 jours de prison ferme. Récidive = annulation du permis et confiscation du véhicule.</p>

SPC : Suspension du permis de conduire

3.3.3 Impact de ces mesures

Les pays européens offrent un échantillon très varié de facteurs géographiques et socio-économiques. Aussi convient-il d'examiner les comparaisons européennes avec beaucoup de prudence. De plus, le nombre de tués sur les routes ne s'explique pas uniquement par la consommation d'alcool au volant.

Cela dit, pour une population quasiment identique, la Grande-Bretagne compte en 1998, 3581 tués sur les routes contre 6326 pour l'Italie et 8497 pour la France (source : IRTAD-International Road Traffic and Accident Database). Quant à la Norvège, elle compte 120 tués par millions de véhicules soit, proportionnellement, encore moins que l'Angleterre. Sous réserve des remarques citées plus hauts, on peut tirer quelques enseignements de ces chiffres. Ce sont les pays du sud de l'Europe qui ont le taux de tués par habitant les plus importants, l'Italie faisant même figure d'exception. A contrario, les pays du nord de l'Europe ont les taux les plus faibles. Cette différence nord-sud se retrouve suivant l'autre indicateur de sécurité routière (tué par véhicule). Ces différences de chiffres pourraient alors s'expliquer plus par une différence de mentalité que par les mesures prises en matière de sécurité routière vis à vis de l'alcool. Il faudrait alors mettre plus l'accent sur la prévention pour changer les mentalités et réduire ainsi le nombre de tués sur les routes notamment à cause de l'alcool.

Mais d'autres indicateurs expliquent les différences entre les pays. La densité de population par exemple. Plus la densité d'un pays est élevée et moins son exposition au risque est importante en raison d'une fréquentation plus importante des transports en commun par exemple.

Il est difficile de mesurer l'impact d'une mesure concernant l'alcool au volant. Cependant, un article paru dans l'American Journal of Preventive Medicine conclut d'après une vingtaine d'études que la multiplication des mesures d'alcoolémie conduit à une baisse du nombre de morts par accidents de route (48). Les auteurs démontrent qu'un programme de mesures systématiques de l'alcoolémie de tous les conducteurs a permis de réduire de 13% le nombre de conducteurs chez lesquels la présence d'alcool a pu être détectée. Plusieurs études montrent également que ces contrôles d'alcoolémie sont économiquement rentables donc faciles à mettre en place.

La plupart des pays a des « standard publicitaires » en matière d'alcool : toute association d'idée à la puissance, à la sexualité ou tout lien avec la conduite sont proscrits. De même, les supports destinés à la jeunesse ou les horaires de grande audience juvénile sont protégés de toute publicité pour l'alcool.

On n'a pas établi clairement de lien entre le niveau de consommation et les promotions publicitaires, mais l'ubiquité promotionnelle de l'alcool crée un climat d'acceptabilité qui nuit aux tentatives de limitation de la consommation. En effet, la publicité pour l'alcool a le pouvoir de dépeindre la consommation d'alcool comme socialement souhaitable, de promouvoir des attitudes favorables à l'alcool, de recruter de nouveaux buveurs et d'augmenter la consommation chez les buveurs actuels. Elle souligne les aspects bénéfiques de la consommation, passe sous silence les risques pour la personne et pour la santé publique, et peut contrecarrer les efforts de la prévention. (48)

De plus, l'apport de la télévision satellite a internationalisé les publicités pour l'alcool ; les multinationales de l'alcool s'efforcent de donner la même image de leurs produits dans le plus grand nombre de pays possible, mais se heurtent à la législation aux frontières.

3.4.2 Réglementation de la publicité pour l'alcool en France

En France, la publicité en faveur des boissons alcoolisées est autorisée dans des conditions très restrictives (art L17 à 21 du code des débits de boissons). La loi Evin applicable depuis le 1^{er} janvier 1993, interdit la publicité directe ou indirecte à la télévision et au cinéma, dans les stades, terrains de sport publics ou privés, lieux où sont installés des piscines et salles où se déroulent des compétitions, ainsi que dans tous les locaux occupés par des associations de jeunesse ou d'éducation populaire (49). Un amendement du 08.08.1994 a rétablie l'affichage publicitaire sur les stades et les terrains de sport ainsi que les locaux destinés aux associations de jeunesse et d'éducation populaire. Elle interdit aussi toute opération de parrainage ayant pour objet ou effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur des boissons alcoolisées. Elle autorise la publicité à la radio selon les tranches horaires déterminées, sous forme d'affiches ou d'affichettes dans les zones de

production et à l'intérieur des lieux de vente, dans la presse écrite, à l'exclusion des publications destinées à la jeunesse. La loi autorise également la publicité sous forme d'envoi de circulaires commerciales destinées aux professionnels concernés, sur les véhicules utilitaires de livraison de boissons, à l'occasion de fêtes et foires traditionnelles, dans les musées, universités, confréries ou stages d'initiation œnologique. Elle autorise également la publicité sous forme d'offre à titre onéreux ou gratuit, d'objets strictement réservés à la consommation de boissons contenant de l'alcool, marqués à leurs noms par les producteurs et les fabricants de cette boisson. Il importe de remarquer que la rédaction actuelle de l'article L.17 du code des débits de boissons interdit la publicité en faveur de l'alcool sur internet. En effet, l'interdiction concerne tous les supports publicitaires apparus depuis lors et susceptibles de se développer si l'on tient compte des progrès techniques en matière de télécommunication et d'audiovisuel. Cette interdiction n'est pas toujours bien contrôlée, comme le prouvent les publicités téléchargées en France sur un site étranger d'une marque de boissons alcoolisées. (voir en Annexe)

La publicité ne doit comporter aucune incitation dirigée vers les mineurs et il est interdit de remettre, distribuer ou envoyer à des mineurs des documents ou objets nommant une boisson alcoolisée. Le champ de la publicité autorisée est limité au message purement informatif et neutre sur le produit alcoolisé et le contenu doit se limiter à l'énoncé des qualités du produit, à ses origines, et à ses modes de consommation. La publicité en faveur des boissons alcoolisées doit aussi être assortie d'un message à caractère sanitaire précisant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé. Cette réglementation ne concerne pas les boissons contenant moins de 1.2 % d'alcool.

La disposition concernant les zones de production a été supprimée le 9 août 1994. La publicité par voie d'affichage n'est donc pas limitée, même dans les stades. Ces affiches ne peuvent cependant pas être filmées, en principe, lors des retransmissions télévisées. En raison de l'absence d'accord au niveau communautaire pour l'interdiction de retransmission de publicité pour l'alcool à la télévision, un code de bonne conduite a été adopté pour ne pas pénaliser les sociétés de télévision lorsqu'elles ne pouvaient s'opposer à l'apparition de telles publicités sur leurs écrans (49). Le texte précise les modalités d'application des dispositions législatives concernées. Les recommandations qu'il contient reposent sur la distinction entre manifestations multinationales et autres manifestations. Les

manifestations multinationales sont ici comprises comme étant les épreuves sportives dont les images retransmises dans un grand nombre de pays ne peuvent être considérées comme visant principalement le public français. Le régime appliqué à l'épreuve sportive se déroulant à l'étranger s'apprécie en fonction du public visé.

Comme on le voit, certaines incohérences apparaissent dans cette loi : la rigueur dont continue à faire l'objet la publicité au cinéma se comprend mal, alors que l'affichage sur les murs des villes et dans les transports en commun ne connaît plus de limitation quantitative. Les marques de boissons alcoolisées peuvent désormais afficher leurs publicités dans les stades, mais ne peuvent parrainer les manifestations sportives et ces dernières ne peuvent plus être retransmises à la télévision si les publicités dans les stades sont susceptibles de devenir des publicités à la télévision. De plus, on peut s'interroger sur l'impact de cette loi car si l'on constate une diminution de la consommation d'alcool en France, celle-ci s'observait déjà ces trente dernières années et elle ne s'est pas accélérée du fait de l'entrée en vigueur de cette loi. Enfin, les dépenses de publicité pour les boissons alcoolisées n'ont été aucunement infléchies par cette loi. Elles n'ont pas diminué, mais ont été redistribuées entre les supports autorisés.

3.4.3 Rapports entre les jeunes et la publicité pour les boissons alcoolisées

Plusieurs études ont été réalisées sur des jeunes afin de connaître leur opinion vis-à-vis de la publicité pour les boissons alcoolisées et leur impact sur leur consommation d'alcool (49,50). Les résultats de ce genre d'étude sont souvent contradictoires, selon l'intérêt de l'organisme qui effectue la publication. Il semble exister une certaine controverse entre les alcooliers et les acteurs de la santé.

La première de ces études nous montre que 89% des jeunes de 18 ans en moyenne considèrent que les publicités pour l'alcool augmentent de façon importante les ventes et 43% admettent que l'achat d'une boisson alcoolisée est motivé par la publicité (50). Pourtant, seulement 2.1% se disent sensibles à ces publicités, et les principaux motifs

d'achat sont surtout la qualité du produit pour 57% des jeunes interrogés et la volonté de découvrir pour 22.4%, bien plus que la marque du produit (9%).

L'autre étude cherche à préciser les liens qui existent entre l'expérience d'alcoolisation du jeune et le traitement de l'information qu'il effectue vis-à-vis des messages publicitaires pour les boissons alcoolisées (51). Cette étude montre en effet, qu'il existe une relation non univoque mais significative entre l'exposition sélective à la publicité pro-alcool et l'expérience personnelle de l'alcool. En d'autres mots, plus l'expérience du sujet est grande avec l'alcool et plus celui-ci sera réceptif au message des publicités pour l'alcool. On parle alors de sujets « alcoolophiles » qui sont non seulement de forts buveurs mais également des personnes habitées de croyances positives à l'égard de l'alcool. Cette attitude peut être collective, sous l'influence par exemple des normes du groupe auquel le jeune appartient. Cependant « alcoolophile » ne veut pas dire alcoolodépendant ni même futur malade alcoolique mais la nature du lien que le sujet entretient avec le message publicitaire nous éclaire sur ses attitudes profondes vis-à-vis de l'alcool

Ces deux études confirment donc que les messages publicitaires ont un impact sur les jeunes consommateurs, même si celui-ci est difficile à caractériser. Ce sentiment de méfiance par rapport à la publicité se confirme avec l'augmentation constante des investissements publicitaires en faveur de l'alcool avec plus de 213 millions d'euros dépensés pour l'année 2000 contre 150 millions en 1993 (52). Ces investissements sont marqués par une forte saisonnalité, avec deux pics très nets : l'été, avec les publicités pour la bière et les apéritifs anisés, et la fin d'année synonyme de champagnes et autres vins mousseux ainsi que de whiskies.

3.4.4 Le cas de l'Angleterre (53)

Le cadre légal général de l'activité publicitaire réunit la Loi des Activités Commerciales (Trade Description Act) de 1968, la Loi de la Concurrence Loyale (Fair Trading Act) de 1973, la Loi contre les Allégations Mensongères (Misrepresentation Act) de 1976, et le Code de Vérification de la Publicité Mensongère (Control of Misleading Advertisements Regulations) de 1998, appliquant la Directive contre la publicité Mensongère de la CE. L'autorité officielle est le bureau de la concurrence loyale (Office of

Fair Trading). La loi de Radio et télédiffusion (Broadcasting Act) de 1990 reprend la Directive de radio et télédiffusion européenne (889/552/EEC). Elle met en place les obligations officielles des organismes de radio et télédiffusion.

La commission indépendante de la télévision (Independent Television Commission) est chargée de contrôler le contenu publicitaire de la télévision indépendante, de la diffusion directe par satellite et d'autres services satellitaires opérant en dehors du Royaume-Uni, ainsi que du système télétexte ORACLE. Cette commission a émis le Code des Normes et Pratiques Publicitaires (Code of Advertising Standard and Practice) de 1991 et le Code de Sponsoring des programmes (Code of Program Sponsorship) de 1991. L'Autorité de la Radio (RA) contrôle la publicité radiophonique sur les services national, local, par satellite, par câble, autres services et services restreints licenciés par la RA conformément au Code de l'Autorité de la Radio concernant les normes et pratiques publicitaires et le sponsoring des programmes, datant de 1991.

La politique du gouvernement concernant la publicité en général est que l'autorégulation constitue son meilleur contrôle. L'alcool étant différent des autres produits en raison du préjudice que peut entraîner son mauvais usage, le gouvernement a encouragé l'ensemble des parties concernées à se mettre d'accord sur la mise en place de contrôles réglementaires supplémentaires.

Pour la télévision, les restrictions concernant la publicité pour les boissons alcoolisées sont contenues dans le Code ITC c'est-à-dire de l'organisme chargé du contrôle de celle-ci. Ce Code interdit la publicité pour les alcools forts, et interdit la diffusion des spots de publicité pour les autres boissons alcoolisées au cours et aux abords des programmes destinés aux enfants, entre les programmes religieux, et au cours de la période allant de 16h à 18h.

Pour la diffusion à la radio de messages publicitaires en faveur des boissons alcoolisées la réglementation est contenue dans le Code RA, qui est une adaptation pour ce support du Code précédent.

Dans les deux cas, les diffuseurs sont requis, en condition préalable à l'obtention de leur licence de diffusion, d'employer du personnel spécialisé pour contrôler l'ensemble des messages publicitaires avant leur diffusion en termes de respect des obligations du code. L'ITC et la RA contrôle étroitement ensuite la diffusion finale.

Le contenu des messages publicitaires est également réglementé. Ils ne doivent pas être ciblés vers la population âgée de moins de 18 ans, ni faire appel à des scènes ou des personnalités susceptibles de les attirer tout particulièrement. Les enfants ne doivent pas être vus au cours d'un message publicitaire pour une boisson alcoolisée. De même, on ne doit pas y entendre la voix du enfant. Aucun lien n'est autorisé entre la consommation d'alcool et la conduite d'un véhicule ou la consommation dans un environnement de travail. Ces messages publicitaires ne doivent pas annoncer de concours ni d'opérations promotionnelles encourageant des achats multiples. Ils ne doivent pas impliquer que la consommation est essentielle au succès ou à l'approbation sociale, que le succès d'une rencontre mondaine dépend de la consommation d'alcool. Ils ne doivent pas suggérer qu'une boisson alcoolisée soit préférée en raison de sa teneur élevée en alcool, qu'elle possède des qualités thérapeutiques ou donner l'impression que la performance physique ou sexuelle peut être améliorée par sa consommation. Aucun message publicitaire ne doit suggérer que la consommation d'alcool soit un attribut essentiel de la virilité ou un moyen de résoudre ses problèmes personnels. Enfin, les messages publicitaires ne doivent pas favoriser, montrer ou impliquer une consommation d'alcool immodérée. Ceci s'applique tant à la quantité d'alcool consommée qu'à l'acte de consommation montré.

Les deux organismes que sont l'ITC et la RA doivent également appliquer le Code du sponsoring qui donne un certain nombre de restrictions générales mais, au contraire du tabac et des produits pharmaceutiques, les boissons alcoolisées ne sont pas exclues du sponsoring.

Pour les autres supports des messages publicitaires que sont les journaux, les magazines, le cinéma ou les lieux publics ils font l'objet d'un autocontrôle, soit de la part des professionnels de la publicité, soit de la part des professionnels des boissons alcoolisées.

3.4.5 Réglementation de la publicité pour l'alcool en Italie (53)

En Italie, la loi concernant la publicité pour les alcools semble s'inscrire dans un paysage flou où aucune règle d'interdiction n'est posée strictement. Les messages publicitaires pour l'alcool ne peuvent être montrés à la télévision qu'après 20h. Un code

volontaire, similaire à celui du Royaume-Uni, régit le contenu publicitaire. Il existe un Code Civil concernant la concurrence déloyale, et une loi d'application de la Directive CE-84/450 concernant la publicité mensongère. La Société des Spectacles Commerciaux (Societa per Azioni Commerciale Iniziative Spettacoli) est l'auteur du Code de réglementation du contenu de la publicité diffusée sur la RAI (télévision et radio d'état). Ce code officiel SACIS 1991 concerne un certain nombre de domaines, dont les boissons alcoolisées. En général, les restrictions de la publicité pour l'alcool se fondent sur le Code, volontaire, de Pratique Publicitaire (CPP). Pour la diffusion de messages publicitaires en faveur de boissons alcoolisées à la télévision et à la radio, il y a donc une restriction du contenu, semblable à l'Angleterre, et également des horaires de diffusion avec une interdiction de diffuser de la publicité pour les produits dont la teneur est supérieure à 21° avant 20h30. D'autre part, une loi prévoit d'interdire la publicité pour ces produits aussi bien à la télévision et la radio publiques et privées, qu'au cinéma et dans la presse écrite. D'autre part, le sponsoring est, comme en France, interdit. Pour tous les autres supports médiatiques : journaux, magazines, cinéma et lieux publiques, la publicité fait l'objet d'un autocontrôle, soit de la part des professionnels de la publicité, soit de la part des professionnels des boissons alcoolisées.

Cependant, l'article 2 de la loi du 30 novembre 1991 dispose de certaines règles rigoureuses pour éviter l'encouragement à l'usage excessif et incontrôlé des boissons alcoolisées, la représentation de situation de dépendance à l'égard de l'alcool, l'adressé d'un message aux mineurs, l'association de l'emploi de produits à la conduite, l'attribution d'efficacité psychophysique apportée par l'alcool. De plus, cet article interdit l'indication du degré d'alcool en tant que thème principal de l'annonce. Malheureusement, l'application des dispositions étatiques se fait avec un certain laxisme.

3.4.6 Réglementation de la publicité pour l'alcool en Norvège

La Norvège est le pays européen le plus sévère à l'égard de la publicité pour les boissons alcoolisées. En effet, la publicité en faveur des spiritueux, du vin et des bières fortes est formellement interdite sur tous les supports : télévision, radio, presse écrite et

panneaux d'affichage (42). Pour ce qui est de la bière légère (entre 2.5 et 4.75°), la publicité est également interdite à la télévision, à la radio et sur les panneaux d'affichage. Elle est limitée à la presse écrite avec des restrictions de son contenu . La difficulté aujourd'hui est de contrôler les publicités sur Internet et les télévisions étrangères (26).

Tableau récapitulatif

Pays	Télévision	Radio	Cinéma	Presse et magazines	Affichage	Parrainage, Sponsors
France	Interdit	R, horaires message de modération toutes boissons	Interdit	R, cible, message de modération toutes boissons	R, contenu, message de modération toutes boissons	Interdit
Royaume-Uni	AC, contenu cible, horaire bières et vins Interdit, spiritueux sur TV d'état	AC toutes boissons	AC toutes boissons	AC toutes boissons	AC toutes boissons	AC contenu
Italie	AC, contenu heure de passage, toutes boissons	AC, contenu heure de passage,	AC, contenu toutes boissons	AC toutes boissons	AC toutes boissons	Interdit
Norvège	Interdit	Interdit	Interdit	R, bière I, autres	Interdit	Interdit

A : Autorisé

Source : FIVS 1993

AC : Faisant l'objet d'un autocontrôle soit de la part des professionnels de la publicité soit de la part des professionnels des boissons alcoolisées

I : Interdit R : Réglementé par la loi

3.4.7 Conclusion (54)

A l'instar de la publicité pour le tabac, la publicité pour les boissons alcoolisées a visiblement un effet sur le comportement des jeunes. Le fait que les messages publicitaires prônent un certain mode de vie destiné à séduire les adolescents, en particulier les jeunes filles, semble partiellement responsable de l'augmentation de la consommation et de différences de taux de consommation entre les garçons et les filles. Les sévères restrictions sur la publicité telles qu'elles sont appliquées en Norvège s'accompagnent d'un changement des habitudes de consommation d'alcool avec une consommation plutôt faible et en baisse. Cependant, cet effet ne peut être attendu que si l'on prend d'autres mesures légales visant à protéger les adolescents telles que les restrictions sur les ventes, la fixation d'un âge minimum et l'augmentation des prix.

3.5 Vente et distribution des boissons alcoolisées

3.5.1 Introduction

Les gouvernements et les administrations locales influencent la consommation d'alcool à trois niveaux : la disponibilité, c'est-à-dire les règlements prescrivant à qui l'alcool peut être vendu, les lieux ou la manière dont il est vendu, et le prix et la taxation des boissons alcoolisées. Un certain nombre d'études montrent qu'une taxation élevée et donc un prix élevé des boissons alcoolisées ont une influence décisive sur les quantités consommées (54). Lorsque l'on ne peut obtenir de l'alcool que dans de rares endroits, il est moins disponible et la consommation baisse. Elever l'âge minimum autorisé pour l'achat et la consommation d'alcool réduit également la fréquence des accidents liés à l'alcool et réduit les autres catégories de comportement ostentatoire chez les adolescents. Il en est de même lorsqu'un contrôle strict est exercé sur la vente des spiritueux, par exemple lorsque celle-ci est réservée à certains points de vente.

3.5.2 Réglementation des points de vente de boissons alcoolisées

Dans presque tous les pays, il existe des dispositions législatives qui traitent de la production et de la vente des boissons alcoolisées. Le but de ces réglementations est variable : contrôle de la qualité des produits, protection de la santé publique, élimination des intérêts privés ou considérations religieuses, autant de raisons qui peuvent servir à justifier des restrictions rigoureuses.

Si la plupart des pays européens ont mis au point un système de licences, la Norvège, elle, possède un monopole d'Etat pour la vente au détail. Cela ne concerne pas les bières qui ont un degré d'alcool compris entre 2.5 et 4.75. En effet, elles peuvent être vendues dans d'autres magasins que les magasins d'Etat s'ils ont une licence municipale. Le monopole sur les importations, exportations et vente en gros a été aboli en 1996 conformément aux lois de l'espace économique européen (26). Le monopole sur la production de spiritueux a, lui aussi, été aboli en 2001. Ce monopole permet de garantir l'application des différentes mesures de réglementation de l'alcool. Il permet également de limiter la disponibilité de l'alcool ou de certains types de boissons alcoolisées. Il s'agit également pour l'Etat de s'assurer d'importantes recettes sur les ventes d'alcool. En Norvège, ce système offre de nombreux avantages par rapport à un monopole privé car il prend la responsabilité de s'engager prioritairement vers des objectifs de santé publique.

Dans les autres pays de l'étude, les débits de boissons font une demande de licence pour avoir le droit de vendre ou de servir de l'alcool. Mais, en Italie tous les demandeurs obtiennent une licence, ce qui vide la procédure de presque tout son sens (42). Car lorsqu'on utilise ce système de licence pour limiter le nombre de points de vente, c'est le plus souvent pour prévenir les problèmes de santé et les troubles de l'ordre public en limitant la disponibilité de l'alcool. La France par exemple a adopté des réglementations limitant le nombre de débits de boissons servant de l'alcool : un débit avec consommation sur place pour 450 habitants ou dans les zones urbaines plus grandes, un pour 3000 habitants (42). Il y a également différents types de licences en fonction des boissons servies (voir le tableau de la classification des boissons en Annexe) . L'Italie limite uniquement le nombre de débits de boissons pour les spiritueux. La redevance à payer pour l'obtention d'une licence est variable : elle n'existe pas en Norvège et, pour les autres pays, dépend

généralement de la taille du débit de boissons, de son chiffre d'affaires, de son loyer et de la durée de la licence.

Des autorisations spéciales à l'occasion d'une foire, d'une vente ou d'une fête publique peuvent être délivrées. Cette mesure est valable dans tous les pays de l'étude. La France est le seul pays de l'étude qui oblige les débits de boissons à installer un étalage de boissons non alcoolisées mises en vente dans son établissement, de façon à inciter à une consommation de boissons non alcoolisées (38). Elle interdit également la vente d'alcool par distributeur automatique tout comme les autres pays de l'étude, de même que sur le lieu de travail (49,54). En revanche, seule la Norvège interdit la vente d'alcool dans les stations services (54). La vente de produits alcoolisés dans les supermarchés, lors des manifestations publiques ainsi que dans les bars et restaurants est autorisée dans les quatre pays de l'étude.

Il apparaît que l'augmentation des débits d'alcool s'accompagne d'une augmentation de la consommation des boissons alcoolisées et de la morbidité connexe. Cela a été montré pendant la deuxième guerre mondiale et, plus récemment lors de la campagne anti-alcoolique en Russie entre 1985 et 1987 (55). Par contre, l'influence de la répartition des points de vente sur la consommation est difficile à évaluer. Elle a été étudiée en Grande-Bretagne: la densité des points de vente a surtout un effet significatif sur le nombre d'ivresses. (56)

3.5.3 Restrictions des ventes d'alcool

Les pays disposent de nombreuses façons d'essayer de limiter la vente de boissons alcoolisées, en dehors des monopoles et des licences. Les plus importantes sont les limites concernant les heures, les jours, et les lieux de vente. La plupart des études portant sur les changements des heures ou des jours de vente ont montré une consommation accrue ou une augmentation des effets néfastes de l'alcool quand le nombre d'heures ou de jours de vente augmente et inversement. (42)

En Angleterre, les horaires d'ouverture des pubs sont stricts : de 11h00 à 23h00 pour les jours de la semaine et de 12h00 à 22h30 pour les dimanches, sauf autorisation

spéciale ou la veillée du Jour de l'An. Cependant, certains proposent des horaires d'ouverture plus flexibles dans le but d'encourager une culture plus détendue de la consommation d'alcool. Il est vrai que cela pourrait permettre de diminuer le nombre des ivresses et d'éviter les problèmes qui peuvent surgir quand un certain nombre de lieux autorisés envoient tous leurs clients dans les rues en même temps. (87) Pour ce qui est des produits, il n'y a pas de limite maximale légale pour le degré d'alcool des différentes boissons. (18)

En France les horaires d'ouverture varient selon les autorisations locales. A Paris par exemple, la police locale a introduit une nouvelle réglementation prohibant la vente d'alcool dans les magasins du centre-ville au-delà de 21h. Une seule contrainte d'horaire est valable pour toute la France, il s'agit de l'interdiction de la vente d'alcool dans les points de vente de carburant entre 22h00 et 6h00. (49)

Concernant les deux autres pays de l'étude, les restrictions concernent les spiritueux. En Italie, lors de manifestations diverses, la restriction appliquée aux ventes d'alcool est totale pour les spiritueux de plus de 21 degrés alors qu'il n'y a aucune restrictions horaires pour la bière et le vin (42). Il n'y a pas de restrictions non plus pour les jours de vente (18). En Norvège, on ne peut servir des spiritueux que de 13h00 à minuit et cela est interdit le dimanche et les jours fériés (41). Le service de la bière et du vin se fait pendant les horaires d'ouverture définies dans la licence d'exploitation.

Pour ce qui est de l'âge légal minimal pour l'achat d'alcool, il est fixé par la loi dans la plupart des pays européens. Cet âge varie de 16 à 21 ans selon les pays, selon les types de boissons alcoolisées et, souvent, selon qu'il s'agit de consommation sur place ou d'achats à emporter. L'objectif principal de cette limite d'âge est également de diminuer les problèmes liés à l'alcool comme les accidents de la route ou les intoxications chez les jeunes et secondairement de prévenir l'accoutumance précoce à l'alcool.

Notons tout de même que si l'institution d'un âge légal est importante, seule une application stricte garantit son efficacité. En Angleterre par exemple, l'âge légal pour l'achat de boissons alcoolisées est fixé à 18 ans. Pourtant, selon une enquête réalisée sur des jeunes de 16 ans (ref Internet 2) a révélé que 63% de ces jeunes qui avaient consommé de l'alcool au cours de la dernière année l'ont acheté pour eux-mêmes, illégalement, le plus souvent dans des pubs, bars ou night-clubs. Notons que les jeunes de plus de 16 ans sont

autorisés à consommer du vin ou de la bière, mais uniquement s'ils consomment sur place, et en accompagnement d'un repas (26).

En France, comme en Italie, l'âge légal pour l'achat de boissons alcoolisées est de 16 ans, quelque soit le type de boisson et que celle-ci soit à consommer sur place ou non (26). De ce fait, les mineurs de moins de seize ans n'ont pas le droit d'être reçus dans un débit de boissons non accompagnés de leur père, mère tuteur ou toute personne de plus de 18 ans en ayant la charge et la surveillance (37). De plus, la vente à crédit de boissons alcoolisées est interdite, comme pour les autres pays de l'étude .

En Norvège, l'âge minimum légal pour l'achat de boissons alcoolisées est de 18 ans (41). Cela concerne également les boissons comprenant entre 0.7 et 2.5° qui ne sont pas définies comme des boissons alcoolisées au niveau de la loi (26). Cependant, dans les débits de boissons, si l'on peut servir de la bière ou du vin à des personnes âgées de 18 ans, on ne pourra leur servir des spiritueux qu'à partir de 20 ans. Ces limites d'âge sont les mêmes si les boissons sont à emporter (26). Le personnel servant des boissons alcoolisées doit également être âgé de 18 ans et même 20 ans pour les spiritueux. Il y a également une interdiction de remises sur le prix des boissons alcoolisées, ce qui existe en Angleterre et également en France sous le nom de « Happy Hours ». Il s'agit de prix réduits sur les boissons alcoolisées dans les bars pendant certaines tranches horaires.

Ces dispositions sont appliquées plus ou moins strictement selon le pays et ne sont donc que des lignes directrices générales. L'influence de l'âge minimum légal sur la consommation d'alcool par les adolescents ne peut donc pas être déterminée directement.

Ages limites pour consommer des boissons alcoolisées
dans les différents pays de l'étude

	A emporter			Sur Place		
	Bière	Vin	Spiritueux	Bière	Vin	Spiritueux
France	16	16	16	16	16	18
Italie	16	16	16	16	16	16
Norvège	18	18	20	18	18	20
Angleterre	18	18	18	16	16	18

Source : Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (2002)

Disponibilité des boissons alcoolisées en France
en fonction de l'âge.

AGE	PRESENCE DANS LES DEBITS		DEBITS A CONSOMMER SUR PLACE			
	SANS ALOOL	AVEC ALCOOL	Licence I Boissons du 1 ^{er} groupe	Licence II Boissons du 1 ^{er} & 2 ^{ème} groupe	Licence III Boissons du 1 ^{er} , 2 ^{ème} & 3 ^{ème} groupe	Licence IV Boissons du 5 ^{ème} groupe
- 13 ans	OUI accompagné	OUI accompagné	OUI	NON	NON	NON
13 à 16 ans	OUI	OUI accompagné	OUI	NON	NON	NON
16 à 18 ans	OUI	OUI	OUI	OUI Vente à crédit interdite	NON	NON
+ 18 ans	OUI	OUI	OUI	OUI Vente à crédit interdite	OUI vente à crédit interdite	OUI vente à crédit interdite

AGE	LIEUX DE VENTE	DEBITS A EMPORTER		
		Petite licence à emporter Boissons du 1 ^{er} groupe	Licence à emporter Boissons du 1 ^{er} et 2 ^{ème} groupes	Licence à emporter Toutes les boissons
- 16 ans	Débits de boissons	OUI	NON	NON
+ 16 ans	Epiceries, grandes surfaces, magasins spécialisés ...	OUI	OUI	OUI vente à crédit interdite

Source : Articles L.80 à L.87 du Code des débits de boissons

3.5.4 Prix et taxation des produits alcoolisés

Dans la plupart des pays, l'alcool est une source importante de recettes publiques via la fiscalité. Cependant, des objectifs précis de réglementation de l'alcool ne sont que rarement énoncés dans les lois instituant une telle fiscalité. L'effet des changements de prix sur la consommation de l'alcool a fait l'objet de recherches en Europe (42). Elles ont permis de conclure que si le prix de l'alcool augmente, la consommation baisse et inversement. Par conséquent, la taxation et la fixation des prix peuvent être des instruments efficaces de santé publique pour réduire la consommation globale d'alcool. Le prix réel de l'alcool doit augmenter si l'on veut utiliser la fixation des prix comme moyen de maîtrise de la consommation d'alcool. Les politiques de fixation des prix pourraient également servir à orienter les gens vers un type particulier de boisson à teneur plus faible en alcool voire nulle.

La comparaison entre les niveaux de taxations des différents pays est difficile pour un certain nombre de raisons. Les régimes fiscaux varient d'un pays à l'autre et les modes de calcul sont différents. Néanmoins, la majorité des pays ont institué un système à deux taxes sur les boissons alcoolisées : une taxe sur les ventes ou une TVA et une taxe spécifique pour les boissons alcoolisées. Cette taxe spécifique sur l'alcool ou accise repose généralement sur le pourcentage d'alcool : plus la boisson est forte, plus la taxe est élevée. Si la valeur de la TVA est, à quelques exceptions près, relativement homogène dans les pays de l'Europe autour de 20%, on retrouve pour la taxation des boissons alcoolisées une très forte hétérogénéité entre les pays du nord (Norvège et Angleterre notamment) surtaxant la consommation d'alcool et les pays du sud (Italie et France) pratiquant des taux particulièrement faibles.

C'est le cas de l'Italie qui ne taxe pas les bières ni les vins ordinaires ou mousseux, seuls les spiritueux ont une taxe spécifique relativement faible (57). Les autres produits alcoolisés ne sont soumis qu'à la TVA qui est de 20% soit un peu plus élevée que sur d'autres produits de consommation. Cela peut s'expliquer par la consommation des jeunes qui se révèle peu fréquente ainsi que les ivresses. La France, elle, taxe toutes les boissons alcoolisées mais très faiblement par rapport aux pays scandinaves par exemple. L'exception vient de la taxation des prémix qui sont plus taxés en France que dans le reste

de la communauté européenne (21). Cette taxe s'élève à 2.30 euros par litres, au profit de la Caisse Nationale d'Assurance maladie. Le prix élevé de ces boissons dès leur mise sur le marché explique peut-être leur faible consommation actuellement par rapport à nos voisins européens. Les spiritueux sont soumis à une taxe spéciale de 1.50 euros par litre, la « vignette » pour financer des programmes sociaux. La France est quand même l'un des seuls pays d'Europe avec la Norvège à utiliser directement une partie de ces taxes pour lutter contre les abus d'alcool. (54)

L'Angleterre et surtout la Norvège, taxent énormément les produits alcoolisés, aussi bien les vins que les spiritueux. Ces taxes représentent pour la Norvège 65% du prix pour le vin de table, 61.5% pour la bière et 89.7% pour les spiritueux ! Pourtant, l'Angleterre a diminué les taxes sur l'alcool ces dernières années en raison des règles de l'union européenne sur la libre concurrence...(18) Cette forte taxation peut entraîner des achats en dehors des frontières où les produits seront moins taxés. Pour éviter cela, la Norvège a créé des quotas pour ces achats. A savoir : 2 litres de bière et 2 litres de vin pour les personnes de plus de 18 ans, et 2 litres de bière, 1 litre de vin et 1 litre de spiritueux pour les plus de 20 ans ou 2 litres de vin et 2 litres de bière (26). De même on ne peut acheter des produits détaxés que si l'on est à l'étranger depuis au moins 24 heures, de façon à diminuer le trafic (26). Rappelons que ces quotas entre deux pays de l'Union Européenne sont : 10 litres de spiritueux, 20 litres de vin et 110 litres de bière.

**Droits d'accise par produits en euros par litres
d'alcool pure en 2002**

	Spiritueux	Produits intermédiaires	Vin	Bière
France	14,5	11,9	0,3	2,6
Italie	6,5	2,8	0	3,5
Norvège	74	42,9	42,9	42,9
Angleterre	31,7	18,5	22,7	19,3

Note : Les produits intermédiaires sont les boissons contenant moins de 22° d'alcool et qui ne sont ni du vin ni de la bière.

Source : Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research

Notons finalement que des régimes préférentiels d'accises sont quelques fois accordés pour les produits d'origine locale c'est notamment le cas en France pour le rhum issu des Départements et Territoires d'Outre Mer. Ce n'est pas le cas de l'Angleterre qui a harmonisé ses niveaux de taxation du vin et de la bière en jugeant que ces produits sont susceptibles de satisfaire des besoins identiques (57). D'ailleurs le prix moyen d'un litre de bière est de 4.70 euros en Angleterre contre 1.07 euros en France. (54)

A l'évidence, des niveaux élevés de taxation ont été imposés par certains pays dans le cadre d'une politique nationale visant à limiter le plus possible la consommation d'alcool. A l'inverse, les boissons alcoolisées représentent un point stratégique important pour la politique agricole de certains pays méditerranéens et c'est la raison pour laquelle la taxation est si faible, comme en France, voire inexistante en Italie.(57)

3.6 Conclusion

Il reste beaucoup à faire pour réduire considérablement les effets nocifs de l'alcool sur la santé, comme le prévoit la Charte européenne sur la consommation d'alcool (Voir Annexe). Cette charte propose plusieurs stratégies visant à limiter la consommation d'alcool, telles qu'une action éducative générale axée sur les risques que l'alcool fait courir à la santé, les mesures préventives appropriées pendant l'enfance et l'adolescence, et la limitation de la disponibilité des boissons alcoolisées au moyen de règlements et d'une taxation importante. Les comparaisons internationales montrent cependant que la mise en œuvre par les pouvoirs publics de mesures restrictives n'est pas suffisante pour réduire la consommation d'alcool chez les adolescents.

En effet, si la Norvège est le pays qui possède les mesures les plus restrictives en matière de lutte contre l'alcoolisme, celles-ci n'ont pas eu d'impact sur la fréquence des ivresses qui reste élevée. L'exemple est encore plus frappant en Angleterre où, malgré des mesures très restrictives aussi bien pour la vente, la distribution et la consommation d'alcool, les jeunes restent parmi les Européens ceux qui consomment le plus d'alcool.

On peut rajouter que si la France ou l'Italie appliquaient des mesures similaires aux pays nordiques, il n'est pas évident que cela s'accompagnerait d'un réel changement des habitudes de consommation. Les pays « latins » sont en effet réputés pour leur laxisme en matière de mesures de santé publique contrairement aux pays nordiques. Il ne faut donc pas seulement un cadre législatif restrictif mais également un changement des mentalités et une application stricte des lois.

Quatrième partie : Types de Prévention
De l'alcoolisme chez les jeunes

4.1 Définition : les trois niveaux de la prévention

Hormis les résultats précédents de l'alcoolisation chez les jeunes, la prévention en matière d'alcoolisme se justifie par au moins deux autres faits : l'importance de cette pathologie en santé publique dans les pays européens, avec notamment les implications sociales et économiques que cela génère ; et la difficulté du traitement une fois la pathologie installée. Toutes les activités de prévention peuvent se rattacher à deux approches majeures : la limitation de l'offre et la réduction de la demande (58). Le premier volet ayant déjà été traité précédemment, on ne parlera ici que de la réduction de la demande.

Comme pour toute action de prévention, il existe trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire qui agit en amont, c'est à dire pour prévenir l'apparition de la maladie ou plutôt réduire le nombre de buveurs excessifs. Elle consiste par une information judicieuse, par la création d'un environnement adapté, notamment législatif, par la mise en œuvre de techniques appropriées, à empêcher la survenue de la maladie ou de l'accident. (2)
- La prévention secondaire visant à diminuer la gravité, les complications et les séquelles de la maladie, ce qui implique un diagnostic précoce et même un dépistage précoce du « risque alcool ». (59)
- La prévention tertiaire qui concerne la prévention des rechutes c'est-à-dire de la réalcoolisation.

En matière de consommation d'alcool chez les adolescents, les efforts de prévention sont essentiellement portés sur la prévention primaire.

Celle-ci s'organise aussi bien au niveau de structures spécialisées comme les comités départementaux de prévention de l'alcoolisme, qu'en milieu scolaire, mais aussi au niveau des parents, et même dans certaines campagnes d'affichage.

La prévention secondaire est plus rare pour les adolescents car la dépendance physique est rarement observée (60). Elle se retrouve au niveau des intervenants en soins primaires tels les médecins de famille ou infirmières d'établissements scolaires, également dans les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie.

La prévention tertiaire ne concernant pas les adolescents, elle ne sera pas traitée dans cette étude. Elle a son incomparable justification à l'égard de tous les anciens malades. C'est principalement le rôle des associations d'anciens buveurs, mais aussi la fonction de tous les services de post-cures.

4.2 Prévention primaire

4.2.1 Structures spécialisées

En France, l'Etat finance un dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme sur le chapitre 47-17 article 20 du budget de l'Etat. Les structures émergeant sur cette ligne budgétaire ne sont pas les seules à intervenir sur le thème de la prévention. Néanmoins, elles forment l'essentiel de l'intervention sur un mode ambulatoire et spécifique. (61)

Les CDPA (Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme), s'investissent dans la prévention auprès des jeunes par différents moyens. Le réseau de ces comités est coordonné par l'ANPA (Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme) et les subventions de l'Etat représentent près de 70% de son financement. Leur objectif est de promouvoir une consommation modérée, circonstanciée et non obligatoire du produit alcool. Pour cela ils organisent et soutiennent les initiatives locales (22). Cette structure a également pour but d'aider et accompagner les malades alcooliques dans leur démarche de soins. Ces CDPA sont à l'origine de nombreuses réalisations en matière de prévention primaire aussi bien dans les établissements scolaires que dans les entreprises privées ou publiques. Par exemple le Plan de prévention en entreprise avec la formation d'un groupe relais alcool qui, par la suite, réalise grâce au soutien technique des CDPA, des actions préventives ciblées. Pour les adolescents, il y a ce que l'on appelle le Programme d'éducation pour la santé. Il permet de développer la capacité de choix des adolescents face à des produits tels que l'alcool. On propose une aide à la réflexion sur le pourquoi de ces choix, aide à la découverte des processus de décisions, d'affirmation de soi et de résistance aux pressions.

Ces comités réalisent aussi des stages de formation sur « l'approche du malade alcoolique » pour les personnels médico-sociaux, un programme d'éducation pour la santé auprès des publics Rmistes ainsi que divers projets en partenariat avec des moniteurs auto-école, et des discothèques

En chiffres, l'ANPA a réalisé 9740 actions de prévention pour l'année 1994 soit 60% du total des actions de prévention (61). Pour ce qui est du public touché par les actions de prévention de l'alcoolisme, 85% a été informé ou sensibilisé sur ce problème par l'ANPA soit 440000 personnes, elle est également responsable de 12000 formations soit 60% du total de ces formations et 5200 actions de conseil sur l'alcool soit 87% (61). Ces chiffres rendent compte de l'importance de cette association pour ce qui est de la prévention primaire de l'alcoolisme.

Selon L'ANPA, la prévention du risque alcool est une démarche globale, elle s'intéresse à l'ensemble des conduites à risque, considère l'individu au sein de la population en général et s'attache autant aux facteurs individuels de l'alcoolisation que collectifs. Cette démarche préventive implique donc entre autre, la compréhension et la maîtrise du risque alcool, une pédagogie participative soutenue par des outils pédagogiques et la formation de personnes et de groupes relais de prévention.

Pour être réussi, un outil de prévention doit s'inscrire dans un contexte donné. La population visée doit être délimitée avec précision et les objectifs clairement identifiés. Un groupe de travail pluridisciplinaire doit assurer la conception de l'outil en fonction d'une méthode et d'un échéancier. Enfin, un protocole d'utilisation et des modalités d'intervention doivent permettre une utilisation pertinente de l'outil.

Nous avons sélectionné deux outils pédagogiques conçus par des comités départementaux de l'ANPA pour illustrer le type d'action menée par ceux-ci auprès du jeune public.(88)

Le premier support est une pièce de théâtre destinée également aux enfants des du CMI à la 6°. L'objectif de cette pièce est de montrer la réalité d'un produit ou d'un comportement plutôt que de la rejeter. Le but n'est pas de guérir les maux, mais de sensibiliser et de prévenir. La pièce parle d'un personnage qui s'ennuie dans son château et qui cherche de nouveaux amis. Les enfants sont appelés à s'exprimer sur chaque

« candidat »... A l'issue du spectacle, les enfants reçoivent un livret de jeux qui est ensuite exploité en classe par les enseignants.

Le second support est un jeu éducatif destiné aux jeunes et aux adultes ayant une expérience de consommation d'alcool. L'objectif de ce jeu est de développer la compréhension des mécanismes de l'alcoolémie, des effets et des risques immédiats liés à l'alcoolisation. De cette façon, le jeu vise à augmenter les compétences individuelles à faire des choix de comportement adaptés aux risques. Pour ce faire, ce jeu est composé de neuf activités ludiques pour simuler la prise d'alcool et ses conséquences. Ces activités sont accompagnées d'un guide de l'animateur qui propose des séquences d'animation et les notions fondamentales liées à chacune des expérimentations.

Pour ce qui est de la formation de personnes et de groupes de relais de prévention, l'ANPA organise des stages pour les adultes responsables de jeunes. Le stage initial concerne les jeunes et les conduites addictives, il est approfondi par l'apprentissage d'une méthodologie de la prévention et la relation d'aide aux jeunes en difficulté.

Qu'en est-il dans les autres pays de l'étude ? En Italie, il n'y a pas d'agences spécialisées dans la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool (18). Cela est inclus dans le travail du Service Central pour l'alcoolisme et la toxicomanie. Celui-ci donne les directives des actions de prévention qui sont ensuite appliquées au niveau régional. Au niveau des municipalités, il existe des unités locales de santé qui renferment des groupes de travail pour la prévention, le traitement et la réhabilitation des personnes en difficulté avec l'alcool. On peut donc dire que l'Italie joue la carte de la proximité. Ces actions au niveau régional sont inspirées de la Charte européenne, mais elles sont adaptées en fonction des problèmes liés à l'alcool de la région (27). En effet, aucun modèle de prévention et d'information ne peut être appliqué à toutes les régions de l'Italie. Comme nous l'avons vu précédemment, les styles de consommation en Italie diffèrent entre les régions viticoles et celles plus urbaines. Dans ce système, le Ministère de la santé a pour rôle de collecter et d'analyser les expériences des différentes régions après avoir défini les objectifs de ces différentes actions (27). Le dernier plan d'action nationale de lutte contre l'alcool renferme une spécificité pour les adolescents. Les objectifs sont de retarder l'âge de l'initiation à l'alcool et de diminuer de 50% la consommation globale des adolescents.

En Angleterre, l'organisation majeure qui s'occupe de la prévention des risques de l'alcool est « Health Education Agency » (18). Elle se concentre sur la prévention et l'éducation à la santé au niveau national. Cela se traduit par des films éducatifs pour les écoles et des campagnes d'information dans les médias. Les Anglais sont tout de même en retard sur leurs voisins européens pour ce qui est de l'information du public. Ils ont toujours été ambivalents au sujet de l'alcool, ses effets bénéfiques et ses dangers, et il n'y a pas de pression populaire pour renforcer les mesures de contrôle (37). Pour y remédier, l'Agence du développement de la santé a entamé une grande consultation nationale pour évaluer les connaissances des Anglais sur les boissons alcoolisées et leur consommation, leur sentiment sur les stratégies actuelles et leurs idées pour des actions futures. Cette opération a été baptisée plan NHS (National Alcohol Harm Reduction Strategy). Ce projet initié par le gouvernement abordera aussi l'impact de la consommation d'alcool sur la santé et le travail ainsi que le comportement des groupes à risques. Le gouvernement a également indiqué que cette stratégie serait mise en application d'ici 2004 (62). On peut cependant regretter que ce plan s'intéresse plus à diminuer les risques de la consommation d'alcool qu'à diminuer cette consommation proprement dite, et le document de consultation va même jusqu'à rappeler que la consommation modérée d'alcool a des effets bénéfiques sur la santé.

Dans les pays précédemment cités, l'alcool y est essentiellement considéré comme un produit de consommation. La prévention de l'alcoolisme se voit souvent réduite à des campagnes d'éducation et d'information, plus quelques restrictions à la disponibilité du produit et une fiscalité relativement peu élevée (63). Contrairement à cela, les pays de l'Europe du Nord, dont la Norvège, se sont particulièrement mobilisés pour réduire les problèmes liés à l'alcool, en s'attachant à faire baisser le niveau global de consommation. Ces pays ont toujours considéré que la prévention de l'alcoolisme ne pouvait être dissociée d'une politique sociale plus générale. Ces pays ont donc développé des politiques préventives intégrées, combinant les mesures économiques citées plus haut, auxquelles s'ajoutent le monopole de vente avec des magasins spécialisés et des horaires limités et une interdiction totale de la publicité. Toutes ces mesures sont accompagnées par des campagnes d'éducation et d'information de grande envergure. La politique nationale en matière d'alcool est sous la responsabilité du ministère de la santé et des affaires sociales.

La direction nationale pour la prévention des problèmes liés à l'alcool et aux drogues s'occupe de coordonner le travail du gouvernement sur les questions de l'alcool et des drogues ainsi que la promotion des activités d'éducation et d'information. Elle assure également le lien entre le gouvernement et le secteur privé, ainsi qu'une activité consultative pour les autorités publiques (18). Contrairement aux autres pays, il n'y a pas d'incitation à une consommation modérée, mais un large consensus pour empêcher les jeunes de boire avant 18/20 ans car ils sont considérés comme un groupe vulnérable. D'autre part, il y a une popularisation de « l'abstinence de situation ». L'exemple le plus récent est la diminution de la limite d'alcoolémie au volant de 0.5 g/l à 0.2 g/l depuis le début de l'année 2001 (26).

4.2.2 Prévention en milieu scolaire

Pour ce qui est de la prévention de l'alcoolisme à l'école, les résultats sont assez limités. Les chiffres nous disent que cinq à six jeunes européens sur dix ont entendu parler des dangers de l'alcool pendant les cours à l'école alors que deux tiers ont entendu parler des risques du tabac.(88) Parmi ceux qui ont eu une information sur l'alcool, une grande majorité a été intéressée. Parmi les pays européens, la France semble assez nettement en retard. Les jeunes n'ont pas toujours le souvenir d'en avoir entendu parlé et l'information semble insuffisante. En Italie, les programmes scolaires ont pour but de développer chez les jeunes une attitude critique et non passive face aux habitudes de consommation (27). Mais les études de terrain révèlent que les écoles ne sont plus capables de délivrer des messages pour la prévention alcoolique tant leur rôle éducatif a diminué. Les médecins ne sont pas moins impuissants sur le sujet (64). On oriente d'ailleurs les nouvelles campagnes de prévention plus vers l'environnement des jeunes en visant la proximité avec des actions dans les discothèques et les bars. En ce qui concerne les deux autres pays de l'étude, l'Angleterre et la Norvège, les programmes scolaires traitant de l'alcool et ses dangers sont présents dans les deux pays mais les objectifs sont différents. En effet, les Norvégiens font la promotion d'un style de vie sans alcool alors que les Anglais encouragent une consommation sans danger, c'est-à-dire modérée. (18)

Pourtant, depuis quelques années, les acteurs de la prévention du risque alcool ont fait de l'adolescent la cible privilégiée (59). Ceci s'explique non seulement parce que l'adolescent apparaît aujourd'hui comme ayant une conduite à risque par rapport à l'alcool, comme nous l'avons décrit précédemment, mais également pour sa facilité d'accès par l'intermédiaire du milieu scolaire. L'intérêt d'une prévention relativement précoce, si possible avant l'âge de 14 ans, est d'intervenir avant que les comportements sociaux de l'adolescent ne se fixent (65). Ces démarches préventives ont plus d'impact avant le début de l'alcoolisation que lorsque celle-ci est devenue notable ou que les ivresses se sont répétées. Après une information sur l'alcool, les élèves croient moins aux effets positifs de ce produit et signalent une diminution de leurs intentions futures de consommation (65).

Les difficultés rencontrées sont multiples. D'abord l'éducation de la santé en France ne relève pas du Ministère de l'Education Nationale. Il n'y a donc aucune obligation pour le professeur à libérer une ou deux heures de cours pour une démarche éducative spécifique. Ensuite, certaines écoles montrent des réticences à l'égard de ces actions, soit parce qu'ils ne se sentent pas concernés et estiment qu'il y a d'autres urgences. Soit parce que cette intervention nouvelle bouscule les préjugés et est vécue comme une intrusion dans le monde scolaire. Ou encore, ceux qui demandent plus une réparation des dommages déjà présents chez leurs élèves, comme une recette magique. Les attentes de ces derniers ne devraient susciter que de nombreuses désillusions (65). Même si une intervention d'une ou deux heures est bien courte, elle constitue un échange qui est une première étape de discussion et pourrait être poursuivie ultérieurement avec un professeur ou un membre de la famille. Il convient également d'associer au maximum les adultes à ce travail pour les conforter dans leur rôle d'éducateur et éviter ainsi le « boomerang » négatif.

Une étude a évalué les retombées d'une action éducative sur le risque alcool auprès des lycéens, population difficile dont les comportements avec l'alcool sont déjà établis (66). L'objectif de cette étude était de mesurer l'influence d'une action de prévention sur l'évolution des consommations et des conduites d'alcoolisation en suivant des lycéens de la seconde à la terminale et en les comparant à un groupe « témoin » qui n'a pas bénéficié de cette information. Les équipes de prévention étaient formées d'un animateur de prévention avec un médecin ou une infirmière et un ancien malade alcoolique abstinent. L'information était ciblée pour les lycéens en abordant le problème de l'alcool

fête, le danger de l'alcool au volant mais aussi les circonstances d'alcoolisation et le rôle du groupe. Au final, on constate que l'information a une influence significative pour la recherche de l'état d'ivresse qui est diminuée tant chez les filles que chez les garçons. Cela se traduit par une diminution de la fréquence de consommation et une diminution de la consommation des alcools forts. Les filles sont dans l'ensemble plus sensibles à l'information. L'information a également une influence sur la sensibilisation au risque de dépendance. En revanche, les consommations régulières sans recherche d'ivresse sont peu modifiées par l'action éducative. Ces résultats sont encourageants aux vues des chiffres de la consommation qui révèlent une forte augmentation chez les jeunes de conduites d'alcoolisation de type « toxicomaniaque ». On peut penser qu'un travail d'information et de formation des enseignants et des intervenants scolaires permettrait, par une implication directe dans les actions de prévention, d'améliorer la portée du message de prévention « Risque Alcool » intégré dans une démarche de prévention globale.

Ces informations d'éducation et d'information intégrées dans les programmes scolaires ont toutefois leurs limites. Les études montrent que les adolescents ont globalement conscience de leur consommation, tout en ayant une connaissance certaine des risques liés à cette consommation (58). Un surplus d'information ne sera alors d'aucune utilité, d'autant plus que les adolescents consommateurs d'alcool ont généralement plus bénéficié que les autres d'une information sur ces produits. Pire encore, il a été démontré que de telles actions d'éducation et d'information avaient tendance à susciter la curiosité des enfants et des adolescents et les amenaient à expérimenter les produits dont on leur a parlé (58).

4.2.3 Le rôle des parents

En matière de prévention, toutes les personnes qui gravitent autour des adolescents ont un rôle à jouer. Les premiers concernés sont bien entendu les parents (59). On constate en effet qu'il existe bien un terrain familial à la dépendance alcoolique. Cela s'explique par le rôle de la famille dans l'acquisition d'habitudes alimentaires et l'influence de l'usage parental d'alcool sur le comportement des enfants (12). Les parents se doivent d'être les premiers éducateurs de leurs enfants face aux risques d'une alcoolisation

massive. C'est à eux de fixer les limites pour leurs enfants. Ceci peut paraître paradoxal car ils ont souvent été les initiateurs de la première prise d'alcool comme nous l'avons déjà expliqué. Cela est d'autant plus difficile qu'une éducation trop permissive ou au contraire trop rigide par rapport à l'alcool est reconnue comme un facteur de risque de développer un alcoolisme à l'âge adulte (12).

D'ailleurs les adolescents confient qu'ils veulent parler avec des adultes de leur entourage. Plus de 80% des collégiens trouvent la vie familiale agréable et ils discutent souvent avec leurs parents, principalement la mère qui occupe une place privilégiée (67). Ils ont des relations de confiance avec leur entourage proche. Les parents ont l'avantage d'être considérés à la fois comme des interlocuteurs et des confidents. Contrairement aux enseignants qui seront des interlocuteurs mais rarement des confidents, les professionnels médico-sociaux eux sont rarement des interlocuteurs mais, aux vues de leur nombre par établissement, sont souvent des confidents. Le fait d'être un interlocuteur particulier doit permettre aux parents de bénéficier d'une certaine influence de leur discours. Au contraire, les jeunes qui boivent beaucoup ont très souvent des difficultés relationnelles, surtout à l'intérieur de leur famille (68). Rétablir ou établir un véritable dialogue jeunes-parents est un point essentiel de la prévention.

Mais, si 90% des collégiens se confient aux parents pour des problèmes quotidiens, ils ne le font pas pour des problèmes graves (67). La prévention a donc pour objectif de préparer les adultes à une meilleure écoute et d'aider les jeunes à demander une aide appropriée en cas de difficultés personnelles. Les actions de prévention se doivent donc d'inclure les parents. En effet, ceux-ci jouent un rôle psychoaffectif important tout au long de l'adolescence, et l'école est considérée comme un des lieux d'information privilégiés par les élèves (67). Une collaboration entre les parents et l'école sur le thème de l'alcool s'avère donc indispensable. Les parents se doivent de réagir sur les informations divulguées à l'école pour leur donner plus d'importance. Ce n'est pas le cas actuellement comme le montre une étude récente (67). En effet, la majorité des parents sont informés du programme de prévention (plus de 80%) mais peu sont venus aux réunions organisées à ce sujet (moins de 10%). Si la participation des jeunes est généralement active, celle des parents l'est beaucoup moins.

Au Royaume-Uni on constate, d'une manière générale, une moindre implication des parents dans la vie de leurs enfants. Ceci pourrait être une explication à la consommation d'alcool des jeunes britanniques. Ce sentiment est renforcé par l'alcoolisation plus importante des classes sociales les plus défavorisées et les familles monoparentales où l'autorité des adultes est souvent affaiblie. (37)

4.2.4 Campagnes de prévention du risque alcool dans les médias

Dans l'ensemble, les Français s'estiment bien informés sur les risques pour la santé d'une consommation excessive d'alcool, y compris lorsqu'ils sont eux-mêmes de gros consommateurs (69). Et pourtant les deux-tiers des jeunes surévaluent le seuil au-delà duquel ils prennent des risques pour leur santé contrairement aux adultes dont les trois quarts estiment bien ces seuils. Les chiffres sont plus inquiétants pour la Grande-Bretagne où seulement 15% des hommes et 13% des femmes de plus de 16 ans connaissent ces seuils (70). Il faut dire qu'en Grande-Bretagne, il n'y a pas de campagnes concernant ces messages, lesquels sont principalement relayés par le corps médical.

Ces chiffres montrent d'une part, l'importance des messages de prévention et, d'autre part la nécessité de toucher un public jeune par des moyens adaptés. On ne peut pas dire en France que les campagnes de prévention ne ciblent pas les jeunes, au contraire. Mais ceux-ci sont assez sévères sur ces publicités. En effet, une étude auprès de lycéens montre que 79% d'entre eux les jugent inefficaces, 83% insuffisantes, voire moralisatrices pour 35.3% (50). Enfin, 55% estiment qu'à la longue, on ne les voit plus. Selon eux, les meilleurs médias pour cette prévention sont la télévision (78.4%), les lieux publics en dehors des magasins (72.6%), la presse (70.2%) et la radio (63.8%). En revanche, ils estiment que les étiquettes de bouteille, les cafés et les grands magasins ne sont pas de bons supports. Il serait donc nécessaire de rendre les messages plus attrayants et plus suggestifs. On peut aussi penser que ces messages de prévention ne doivent pas seulement s'orienter vers les aspects néfastes de l'alcool mais aussi sur une meilleure information et éducation concernant l'ensemble des boissons non alcoolisées de façon à proposer une alternative à la prise d'alcool. En fait, les publicités de prévention du risque alcool méritent d'être développées tant sur le plan de la qualité que de la quantité, car les jeunes sont en demande

d'information sur les risques d'une consommation non contrôlée d'alcool. De plus, s'ils prétendent ne plus les voir à la longue, ce n'est pas parce qu'il y en a trop mais plutôt parce qu'elles manquent de diversité. Enfin, sur le plan créatif, il est intéressant de faire participer d'avantage les jeunes dans l'élaboration des messages publicitaires de façon à mieux cibler ce public et ainsi le rendre plus sensible au message. C'est d'ailleurs ce qui a été fait pour la dernière campagne de prévention routière.

Les Italiens ont fait le même constat (64). Ils ont remarqué que les campagnes de masse avaient peu d'emprises sur le jeune public. De plus, le contexte dans lequel évolue le jeune influence directement son attitude vis-à-vis de l'alcool. Les campagnes de prévention se doivent donc de revêtir des valeurs adaptées au contexte dans lequel elles sont lancées. Pour être admis, ils doivent être émotionnels sans être culpabilisants avec une image simple. Les Italiens vont plus loin que les Français en privilégiant les discothèques comme lieu de prévention et en utilisant la culture locale des jeunes pour les slogans. Au final, cette campagne s'est révélée très positive. Un exemple à suivre pour les autres pays ?

En France, les opinions des spécialistes sont partagées sur les campagnes de prévention. Le professeur J Weil reproche la confusion faite entre prévention et information, ainsi que le manque d'évaluation des actions menées (22). Le Docteur Massardier, quant à lui, trouve les slogans inadaptés. Les 8-10 ans par exemple se souviennent du slogan « Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts » mais certains l'avaient pris pour eux ! De plus, les 15-18 ans comprenaient qu'il ne fallait boire qu'un verre, quitte à boire plusieurs fois un verre dans la journée. En bref, ils adaptent ce slogan comme cela les arrange. Pour ce qui est de la campagne « Tu t'es vu quand t'as bu ? », on lui reproche d'être trop dévalorisante et culpabilisante pour le buveur. Cet avis n'est pas partagé par tout le monde. Selon Baudier ces spots montrent bien que l'alcool n'est pas le facilitateur espéré, mais au contraire un obstacle au dialogue (68). Que cela soit pour la séduction garçon-fille ou le jeune cadre qui souhaite briller devant son patron ; le courage que donne la boisson n'est en fait qu'une apparence. Il ne faut pas voir le slogan comme le jugement de l'autre, mais l'expression du buveur avec sa propre voix qui lui parle intérieurement. Il y a fort à parier que cette interprétation n'a pas été faite par la majorité des Français. Cependant, l'évaluation de cette campagne montre que pratiquement tous les jeunes Français ont vu au moins un des spots de cette campagne (94%) et que la majorité a

un avis positif. Un jeune sur deux déclare même en avoir discuté avec des amis et un sur trois en famille. Cela signifie donc que cette campagne a favorisé la discussion.

La dernière campagne en date concerne la consommation excessive et régulière d'alcool (72). Elle est moins ciblée sur les jeunes. L'un des deux films publicitaire est destiné aux hommes et l'autre aux femmes, et raconte la même histoire : l'une des deux personnes est ivre. Celle qui ne l'est pas, n'a bu que 3 ou 4 verres. Mais comme elle le fait chaque jour, lui (elle) aussi est en danger. « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir ». L'objectif est d'associer un message sur les risques et sur les repères de la consommation. Ces films ont comme originalité de prendre le spectateur à contre-pied. Ils partent du risque connu de l'alcool, l'ivresse, pour démontrer qu'en réalité même celui qui n'est pas ivre peut être en danger. Une voix off alerte les spectateurs sur le fait que l'alcool est à l'origine de maladies graves comme le cancer, les maladies digestives et neurologiques pour une consommation supérieure à 3-4 verres par jour pour les hommes et 2-3 verres pour les femmes. Ces chiffres sont les normes admises par l'OMS et validées par l'INSERM. Ce spot a le mérite de rappeler ces chiffres souvent méconnus du grand public. De plus, il s'adresse autant aux adultes dont la consommation moyenne déclarée est de 3.8 verres pour les femmes et 4.9 verres pour les hommes, qu'aux jeunes de moins de 25 ans qui estiment ce seuil à 4.3 verres pour les filles et 5.4 verres chez les garçons (72).

4.2.5 Alcool et prévention routière

La prévention des accidents de la route liés à l'alcool est l'une des priorités de nombreux pays européens et plus particulièrement la France. Si les jeunes Français consomment plutôt moins que leurs voisins européens, ils se tuent trois fois plus sur la route (37). D'une manière générale, il y a une inversion entre les pays à fort taux d'ivresse et les pays où le nombre d'accidents est élevé. Comment expliquer qu'il y a trois fois moins de tués sur les routes en Angleterre alors que les ivresses y sont beaucoup plus fréquentes ? Ce décalage s'explique en grande partie par les différences de mentalités. En France comme dans beaucoup de pays du sud de l'Europe, la voiture est considérée comme un élément de virilité. Ce n'est pas le cas dans les pays plus au Nord. L'opinion publique dans des pays comme l'Angleterre est très critique vis-à-vis des conducteurs en état d'ivresse.

Cette évolution est accentuée par le poids des médias qui dénoncent vivement le dangereux cocktail « alcool et route ». Il existe un consensus moral et social contre l'alcool au volant. C'est dans cette direction qu'il faut travailler et également vers une intensification de l'éducation routière et des solutions type « Conducteur désigné » qui sont beaucoup plus développées dans les pays du Nord de l'Europe (37).

Ces solutions commencent à s'organiser en France avec notamment l'exemple en Haute-Garonne et les programmes « Label vie » (73). Cela se traduit par des sorties en discothèques par bus grâce à la multiplication des navettes qui sont de nature à rassurer les jeunes qui sont ramenés entre minuit et 6h00 du matin. Et en plus cela fonctionne au-delà des espérances. Autre exemple avec l'opération « Vigicarotte » (74). Cette opération imaginée et mise en place par la Maaf propose à des jeunes, lors de leur arrivée en discothèque, de désigner celui qui prendra le volant et qui s'engage à ne pas boire d'alcool de la soirée. Le volontaire ainsi déclaré confie son permis de conduire à l'entrée de l'établissement qui lui offre des boissons non alcoolisées à volonté. Au moment de son départ, il devra souffler dans un éthylotest et, si son engagement de ne pas boire à été respecté, il se verra remettre un cône en forme de carotte contenant des jetons promotionnels offerts par les partenaires de cette opération. Cette opération mise en place avec le concours de la sécurité routière a été suivi par près de 20.000 jeunes conducteurs. Elle permet non seulement de diminuer le nombre de jeunes conducteurs en état d'ivresse, mais également de sensibiliser ces derniers au problème de l'alcool au volant.

Il y a également des projets en ce qui concerne la prévention du risque de récurrence de la conduite en état d'ivresse. Il s'agit du projet EVACAPA (évaluation d'une action auprès des conducteurs ayant un problème avec l'alcool) mis en place par l'ANPA (88). Ce projet s'est basé sur un constat du tribunal de Besançon : 22% des personnes condamnées pour conduite en état d'ivresse récidivent dans les quatre années qui suivent, dont un quart dès la première année.

Les conditions de ce projet sont les suivantes : Les conducteurs condamnés pour conduite en état alcoolique qui acceptent de participer au projet EVACAPA bénéficient d'un ajournement de leur peine à un an (peine définitive prononcée ultérieurement en fonction de la participation au programme) et récupèrent leur permis de conduire au bout de deux mois. En échange, ils s'engagent à suivre un programme éducatif et préventif à

base d'informations, d'entretiens, de débats durant environ un an. L'étude actuellement en cours vise à évaluer l'impact de cette action éducative sur le taux de récurrence de conduite en état alcoolique, qui pourrait passer de 22 à 10%.

4.3 Prévention secondaire

4.3.1 Structures spécialisées

Comme nous l'avons déjà dit, les épidémiologistes enseignent qu'une consommation régulière, hebdomadaire, supérieure à 28 verres chez l'homme et 14 chez la femme, est une consommation à risque. C'est ce concept de consommateurs à risque qui permet d'envisager une politique de prévention secondaire consistant à repérer ces personnes et à les inviter à diminuer leur consommation. Sa nécessité ne devrait être que théorique, si la prévention primaire pouvait être menée de façon totale et parfaite. Malheureusement, l'information a ses limites, elle ne peut avoir d'impact que dans la mesure où l'intéressé se sent et se veut concerner. (2)

Il existe en France des structures spécialisées pour la prévention secondaire qui sont les Centres d'Hygiène et Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA). On les appelle aujourd'hui les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Ces centres sont généralement gérés par les CDPA, mais contrairement à eux ils sont davantage centrés sur le soin et l'accompagnement social (61). Leur gros avantage est d'être pluridisciplinaires. En effet, ils sont en relation avec les médecins et les services hospitaliers, mais aussi les organismes sociaux et également les mouvements d'aide aux buveurs. Cela permet un accompagnement complet du patient même en cas de situations complexes et douloureuses et un suivi ambulatoire souvent apprécié. Ces centres ont pour mission de dépister les buveurs excessifs. Pour cela ils proposent des entretiens individuels aux personnes en souffrance avec l'alcool. Cela peut concerner aussi bien le malade que sa famille ou des amis. Les rencontres se font au centre mais sont aussi possibles à domicile et dans les services sociaux. L'action de ces centres touche non seulement les malades mais aussi les personnes qui pensent avoir un problème avec l'alcool. Il s'agit alors souvent d'information et de conseils d'hygiène alimentaire (2). Leur inconvénient est en fait d'être trop peu connu

par le grand public et particulièrement les jeunes. Certains leur reprochent aussi de s'être tourné vers le soin de l'alcoolisme et renoncé ainsi à leur activité de prévention secondaire pour laquelle ils avaient été proposés. (75)

La prévention secondaire peut également se faire au niveau des commissions primaires médicales (2). Elles sont constituées, en plus du préfet ou sous-préfet, par deux représentants des services participant à la police de la circulation routière, deux représentants des services techniques, cinq représentants d'associations d'usagers de la route, et lorsque la nature de l'affaire l'exige, deux médecins désignés par le préfet pour examiner les candidats au permis de conduire, lorsqu'il existe une obligation à de tels examens (permis poids lourds, ambulanciers, chauffeurs de taxi...). D'autre part, sont convoqués devant ces commissions les conducteurs ou accompagnateurs d'un élève conducteur ayant été appréhendés avec une alcoolémie supérieure à la normale, c'est-à-dire 0.25 mg/l d'air expiré ou 0.50 g/l de sang (45). Dans ce cas, le médecin a une voix délibérative et se prononce sur l'aptitude ou inaptitude médicale du candidat.

Quant on sait qu'il passe environ 1000 personnes pour 100 000 habitants devant ces commissions, on comprend alors qu'il y a une importante possibilité de prévention. Cette commission procède d'ailleurs à un interrogatoire sur le mode de vie du sujet, notamment sur sa consommation d'alcool et de cigarettes. On recherche ses antécédents médicaux et chirurgicaux, et les médecins pratiqueront un examen cardio-vasculaire, neurologique, O.R.L., et bien sûr ophtalmologique (voir fiche d'examen type en Annexe). Une prise de sang sera systématiquement effectuée pour doser certains marqueurs sanguins : la gamma glutamyl transférase (γ GT) et le volume globulaire moyen (VGM) dont l'augmentation simultanée signifie 9 fois sur 10 un alcoolisme chronique. En cas de doute après ces deux examens, le dosage de la CDT est demandé en complément. Après ces examens, une décision d'aptitude sera délivrée. Cette aptitude peut être pour trois mois, six mois, au maximum un an. Un nouvel examen sera refait à la fin de ce délai. A l'issue de ce deuxième examen, l'aptitude médicale sera délivrée définitivement s'il n'y a pas de problème, ou à nouveau limité dans le temps. Lorsqu'une inaptitude est prononcée, elle est signifiée au candidat et les raisons lui sont expliquées. Un alcoolisme chronique s'accompagne d'une inaptitude à la conduite jusqu'à la normalisation des signes cliniques et biologiques. A charge au candidat de se représenter quand il le veut, avec des résultats

satisfaisants. En général, son permis sera toujours limité dans le temps, il repasse donc régulièrement devant la commission. Il est important à ce niveau d'orienter les personnes malades ou à risque vers un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie pour une prise en charge globale de ces patients. Malheureusement, les médecins de cette commission n'ont pas de pouvoir d'injonction thérapeutique et seul le juge peut obliger une personne à s'orienter vers un centre de cure. Ils ne peuvent que conseiller le candidat à un suivi auprès de son médecin ou un centre de cure s'il en existe un dans la proximité de sa résidence. On sait que 10 à 20% des personnes passant devant ces commissions présentent, de près ou de loin, un risque alcool (2). Qu'en serait t-il si tous les conducteurs devaient passer devant ces commissions ? Cette éventualité qui apparaît strictement défendable du point de vue de la sécurité routière relève avant tout d'une décision politique.

4.3.2 Intervenants en soins primaires

Comme nous l'avons vu précédemment, les actions de prévention de la consommation d'alcool se font de préférence à un âge très jeune. Cela permet d'influencer plus facilement les comportements. Mais, dans ce contexte, les enfants qui consomment déjà régulièrement de l'alcool avant l'âge de dix ans sont très difficiles à atteindre. Et ce problème n'est pas à négliger car la consommation d'alcool très précoce est souvent fort préoccupante et est souvent attribuable à un ensemble complexe de problèmes. Pour cette population, seule la consultation du personnel de santé peut aboutir à une information sur l'alcool et une éventuelle prise en charge précoce. Comme ceux-ci ne font généralement pas la démarche de consulter pour un problème de consommation d'alcool, il est important de pouvoir dépister un usage nocif de l'alcool chez un adolescent qui se présente à un professionnel de santé pour autre chose que ses problèmes de consommation.

Le problème est que s'il existe différents tests validés de dépistage de l'usage nocif de la dépendance à l'alcool à l'âge adulte (Tests DSM IV et DETA en Annexes), il n'y en a pas en France qui concernent les adolescents chez qui la dépendance à l'alcool est rarissime. Un tel test existe dans les pays anglo-saxons : le CRAFFT (76). D'où l'idée récente de l'adapter en France avec un test concluant dans la région de Clermont Ferrand (76). Il s'agit d'un questionnaire qui permet un repérage précoce, fiable, simple et rapide

des adolescents en difficulté avec l'alcool en pratique médicale courante. Les questions sont les suivantes :

- Es-tu déjà monté(e) dans une voiture conduite par quelqu'un qui avait trop bu ?
- Utilises-tu l'alcool pour te détendre, te sentir mieux ou pour « tenir le coup » ?
- T'arrive t-il de boire de l'alcool quand tu es seul(e) ?
- As-tu déjà oublié des choses que tu devais faire après avoir bu de l'alcool ?
- As-tu eu des problèmes en consommant de l'alcool ?
- Ta famille ou tes amis t'ont-ils dit que tu devrais réduire ta consommation de boissons alcoolisées ?
- As-tu déjà conduit un véhicule à 2 roues (vélo, scooter...) après avoir trop bu ?

Les réponses se font par souvent/parfois/jamais

Les questions du CRAFFT s'intéressent surtout au comportement de l'adolescent vis-à-vis de l'alcool et aux conséquences induites après l'ingestion de boissons alcoolisées, plutôt qu'à la quantification de la fréquence des alcoolisations ou à la quantité d'alcool ingérée. Le questionnaire semble ainsi anodin et peu contraignant pour l'adolescent. Ces questions traitent de tous les mésusages de l'alcool : l'alcool au volant, l'alcool comme anxiolytique, l'alcool « défonce », l'usage répété ainsi que l'influence de l'entourage de l'adolescent. Les résultats de ce questionnaire ont donné, pour 2 réponses positives au moins avec un seuil fixé à 3 ivresses par mois, une sensibilité de 75.1% et une spécificité de 76.1%. Pour devenir un test de dépistage de référence du mésusage de l'alcool à l'adolescence, une enquête à l'échelon national paraît nécessaire. (76)

Pour procéder à un dépistage, le médecin de famille semble le mieux placé. Par définition, ce dépistage ne peut être le fait de spécialistes. Il est du domaine des médecins généralistes (3). Celui-ci est le seul à disposer d'informations telles que les conditions de vie quotidienne, conditions de travail, de logement, environnement familial... Ces dernières années, les autorités politiques ont mis l'accent sur ce rôle de détection précoce des situations à risque par le médecin de famille (77). Le but est de jouer un rôle de prévention de proximité. Certains recommandent même aux médecins de demander à ses patients « Quels produits licites ou illicites consommez vous, combien et comment ? ». Les praticiens du Nord de l'Europe qui procèdent ainsi, estiment que le fait de nommer, désigner un problème entraîne des retombées positives termes de santé publique, même si

cela ne débouche pas immédiatement sur une prise en charge thérapeutique (77). Plusieurs problèmes se posent alors au médecin pour reconnaître un consommateur excessif parmi leurs nombreux patients. La relation avec une personne qui a des problèmes avec l'alcool est difficile. Peu de ces patients font une démarche claire de soins, certains égarent les médecins. De plus, le discours de ces personnes est réputé peu fiable et leur attitude parfois agressive ou au contraire très passive (78). Du côté du médecin, il y a également un manque de formation à l'alcoologie et à la santé publique (75). Les autorités tentent de remédier à ce problème avec la création d'un diplôme spécial complémentaire sur les conduites addictives (77). Toutefois, un sentiment d'impuissance des activités de soins auprès des malades alcoolodépendants domine souvent. Pourtant, le dépistage de la consommation nocive d'alcool sans dépendance, associé à une approche thérapeutique adaptée, dite intervention brève, a fait l'objet de nombreux essais cliniques contrôlés démontrant la pertinence de cette pratique en milieu médical (3). Donc, si le dépistage systématique paraît difficile à mettre en place et que les personnes présentant une dépendance à l'alcool sont du ressort des spécialistes en alcoologie, il n'en demeure pas moins que le médecin généraliste a un rôle important à jouer pour dépister et traiter les personnes présentant un usage nocif de l'alcool. C'est ce qui se fait en Angleterre au niveau des pédiatres. Comme ce sont eux qui suivent les enfants jusqu'à l'âge adulte, ils ont une position idéale pour l'éducation de l'adolescent et de son entourage. Il a donc un rôle dans la détection précoce d'un mauvais usage de l'alcool en questionnant l'adolescent mais aussi ses parents pour repérer des facteurs individuels et environnementaux d'une consommation d'alcool à problème. L'intervention basée sur le problème de la consommation d'alcool au cours de l'adolescence est conseillée quand le dépistage est confirmé par un test (79). Cet entretien devra faire réagir le patient sur sa situation et lui rappeler sa responsabilité pour changer ses habitudes. Il faut également fixer des objectifs avec lui et proposer un éventail de stratégies thérapeutiques que le patient choisira. Le conseil doit se faire avec une approche bienveillante et un encouragement du patient (79). Cet type d'entretien est également utilisé en France, plutôt pour les adultes, et on parle d'entretien de motivation (80).

L'hôpital est également un lieu privilégié où peut s'exercer la prévention secondaire. Par année, 5% de la population globale passe par un service médical ou

chirurgical (2). On sait également que 15% des patients hospitalisés sont en difficulté avec l'alcool, et même 34.5% pour les services de psychiatrie (77). On comprend alors tout l'intérêt d'un dosage de la gamma GT et du VGM qui font maintenant partie du bilan systématique d'entrée des services médicaux. Cependant, l'alcoolémie ne se fait encore pas de façon systématique. Le problème vient encore du fait que le recours aux services hospitaliers et notamment psychiatriques a lieu le plus souvent pour des motifs autres que l'abus d'alcool lui-même. Cette remarque est d'autant plus frappante chez les adolescents qui s'orientent vers les services psychiatriques non pas pour une consommation nocive d'alcool, mais pour des troubles allégués qui sont généralement la dépression et les tentatives de suicide (60). Ces données contrastent fortement avec ce qui est observé dans le domaine des toxicomanies où le recours aux services de soins spécialisés apparaît beaucoup plus fréquent. Ceci s'explique sans doute par la rapidité différente d'installation de la dépendance à l'alcool et aux autres drogues. Mais ceci s'explique aussi par des facteurs socioculturels, les différences établies, au niveau législatif notamment, entre drogues et alcool n'étant pas sans retentir sur nos représentations et nos modalités de prise en compte des risques encourus par ces sujets (60).

Au sein de l'hôpital, les unités d'urgences sont un des lieux de contact avec les adolescents présentant un problème d'alcool. Le travail de Peter Monti a montré que cette arrivée aux urgences était une fenêtre d'opportunité, « un moment éducatif possible ». Un programme d'intervention brève (environ 45 minutes) s'appuyant sur l'entretien de motivation a pu montrer une diminution statistiquement significative des comportements d'alcoolisations chez les jeunes ayant bénéficié de cette intervention. Signalons que la mise en œuvre de ce type d'intervention peut poser problème car la grande majorité des interventions ont lieu la nuit et surtout le week-end (80).

Les autres lieux de prévention secondaire sont également représentés par la médecine du travail, dont le rôle est de prévenir les risques d'accidents. Son rôle est d'autant plus important que 88% de la population active est salariée et se présente donc régulièrement à la médecine du travail (2). Le dosage de l'alcoolémie ou la pratique d'un éthylotest paraît nécessaire pour apprécier l'aptitude à un poste de sécurité ou pour toutes personnes travaillant sur des machines.

Enfin, les bilans de santé et particulièrement ceux pratiqués par les centres de médecine préventive paraissent également bien placés pour exercer la prévention secondaire. Notons qu'un marqueur biologique plus récent nous paraît très intéressant : La Carbodésoxytransférase C.D.T. De nombreuses études ont montré une très bonne sensibilité (82%) et spécificité (97%) dans les problèmes d'alcool. Ce marqueur biologique est d'autant plus intéressant que les données expérimentales indiquent qu'une consommation d'alcool comprise entre 50 et 80 grammes par jour pendant au moins deux semaines augmente le taux de C.D.T chez 81 à 94% des sujets (3). Il paraît donc particulièrement indiqué pour les consommations à risque.

4.3.3 Avenir de la prévention

Il y a deux façons de concevoir la prévention. La première se base sur le modèle de Ledermann. Ce modèle est l'expression d'un phénomène qui s'observe dans les mécanismes de contagion ou boule de neige. On estime que l'ensemble des buveurs et des sujets d'une collectivité bougent ensemble. Les buveurs modérés sont entraînés par les excessifs, c'est l'évidence de toute rencontre autour de l'alcool. Bien qu'entraînés par les excès des autres, ils se sentent encore protégés en buvant moins qu'eux. Les buveurs excessifs provoquent les occasions et s'autorisent éventuellement encore plus d'abus, devant les excès de ceux qui sont habituellement modérés. C'est le phénomène de l'entraînement, chacun trouve chez l'autre un encouragement pour boire d'avantage. Cet entraînement peut s'observer dans l'autre sens : les consommateurs modérés réduisent souvent leur consommation lorsque les buveurs habituellement excessifs diminuent la leur ou deviennent abstinents, même s'ils n'ont aucun raison de le faire. Quant aux consommateurs excessifs, ils restent sensibles à l'entourage, ils sont freinés par les autres lorsqu'ils sont avec eux, avant parfois une reprise des excès plus tard dans la solitude (81). Cette observation est la base de la prévention actuelle qui est une prévention globale, organisée et pensée à l'intention de toute la population.

La seconde position est celle de la contestation du modèle Ledermann. Elle dissocie la consommation moyenne d'alcool de la population et les conséquences de la consommation excessive d'alcool qui ne concernent qu'un petit nombre dont le mode de

consommation est différent. Il n'y aurait selon ce modèle pas de lien mathématique entre la consommation moyenne d'alcool par habitant et l'importance des problèmes liés à l'alcool (21). Cette position suggère donc la mise en place de mesures de prévention ciblées pour la petite partie de la population dont la relation à l'alcool est liée à une pathologie de la dépendance et de l'excès. Toute la difficulté est alors de déterminer le niveau acceptable de la consommation d'alcool des individus. Cette prévention ciblée sur les enfants et les adolescents se doit alors de sensibiliser l'environnement de l'enfant (parents, enseignants, médecins) au repérage le plus précoce possible des facteurs de risque. Il sera ensuite nécessaire d'agir sur les facteurs de risque, tant au niveau individuel qu'au niveau environnemental (58).

Le mode de prévention idéal se situe probablement entre les deux avec une prévention globale pour la majorité de la population et une prévention plus ciblée pour les populations à risque car tous les individus ne semblent pas être réceptifs de la même manière à la prévention.

Toutefois, une prévention ciblée qui s'apparente à de la prévention secondaire appelle quelques réserves. D'abord, si cette perspective apparaît scientifiquement séduisante, aucune étude n'a à ce jour cherché à vérifier la faisabilité et l'efficacité de tels programmes de prévention (58). Ensuite, cette politique est tellement en contradiction avec les habitudes de certaines populations qu'elle est difficilement applicable. Enfin, on ne sait pas de quelles autres modifications comportementales, éventuellement morbides, pourrait accompagner la diminution de la consommation d'alcool (82). Il est cependant possible de faire de la prévention primaire plus ciblée, et c'est sûrement cela l'avenir de la prévention. Certains parlent déjà d'actions orientées vers les garçons qui sont plus concernés par les problèmes de l'alcool. D'autres voudraient réaliser des actions de prévention sur les lieux extra-scolaires en particulier lors de la pratique sportive...

Malheureusement, certaines menaces planent sur la prévention de l'alcoolisme. La première est d'ordre budgétaire. A la différence des financements dévolus au sida et à la toxicomanie, aucune augmentation de budget n'a récemment été faite dans le domaine de l'alcoolisme. Le directeur de l'ANPA en 1995 avait même déclaré « Aujourd'hui, la France consacre seulement 3 francs par habitant et par an à la prévention de l'alcoolisme alors qu'il faudrait rapidement atteindre 10 francs, faute de quoi la prévention de l'alcoolisme

restera le parent pauvre de la politique de santé publique » (83). Il est vrai que l'on consacre beaucoup plus d'argent au problème de la toxicomanie alors que les problèmes de l'alcool concernent beaucoup plus de monde.

L'autre menace est la prépondérance des intérêts économiques sur les intérêts de santé publique. Une illustration récente est la proposition de la Cour européenne de Justice qui a condamné le monopole de vente imposé par les pays nordiques comme contraire à la législation européenne sur la libre circulation des biens (63). Cette mesure concerne également la Norvège car elle fait partie de l'Espace Economique Européen. Cela a abouti à l'abolition de ce monopole sur les importations, exportations, production et vente en gros des boissons alcoolisées, alors que cette mesure constituait un des piliers de la politique de prévention de l'alcoolisme dans ces pays. Seule la vente au détail reste sous le monopole de l'Etat. D'ailleurs le nombre de ces magasins a beaucoup augmenté en Norvège, sous la pression des grossistes (26). Les lois européennes menacent aussi l'autre mesure phare de la politique de lutte contre l'alcoolisme dans les pays nordiques : la forte taxation des produits alcoolisés. En effet, l'Europe souhaite harmoniser ces taxes. C'est ce qui s'est produit en Suède avec pour effet une diminution de 20% des prix des boissons alcoolisées (26). Certains observateurs ont estimé qu'une telle mesure pourrait entraîner une augmentation de 10% de la mortalité liée à l'alcool.

Pour les pays nordiques, le fait d'appartenir à l'Europe a aussi des aspects positifs. En effet, leur position sur la lutte contre l'alcoolisme a ainsi été intégrée dans la politique européenne par l'intermédiaire de la présidence suédoise du parlement européen en 2002 (26). Ce n'est donc pas un hasard si l'Europe et l'O.M.S placent la diminution de la consommation d'alcool chez les jeunes comme l'une de ses priorités (37). Pourtant, il est vrai que dans beaucoup de pays latins, la consommation d'alcool des jeunes est relativement stable voire en diminution. Elle ne semble pas être un enjeu de santé publique prioritaire en regard par exemple à la consommation des adultes. (37)

Conclusion

Cette étude montre bien que les problèmes de consommation d'alcool chez les adolescents sont présents dans les différents pays européens, que cela se traduise par les chiffres ou par les modes de consommation. Les différentes mesures mises en place dans ces pays apparaissent plus ou moins efficaces mais aucune ne semble être absolue. La mise en place d'une politique commune de lutte contre l'alcool au sein de l'Europe est quelque chose de discutable. Les modes de consommation des jeunes en Europe sont tellement différents les uns des autres que l'on a du mal à croire qu'il soit possible de prévenir les mésusages de l'alcool de façon globale. Il serait plus opportun de s'intéresser aux particularités de chaque population donnée (37). Un système de lutte contre les abus d'alcool chez les adolescents n'est pas forcément transposable d'un pays européen à un autre. Cela s'explique par les différences de culture et de mentalités. Certains observateurs affirment même que des initiatives séparées sont plus efficaces (26). Ce serait alors à chaque pays de trouver le système qui lui convient. Le fait d'organiser les grandes lignes de cette lutte grâce à des outils tels que la charte européenne permet de rappeler les principes fondamentaux, tout en laissant une certaine marge de manœuvre pour s'adapter.

Les difficultés ne viennent pas seulement du mauvais usage de l'alcool, mais aussi de son association fréquente à d'autres dépendances, comme la consommation de cannabis ou d'anxiolytiques. La dépendance la plus fréquemment observée est le tabagisme. Une étude a montré que la prévalence du tabagisme dans une population de patients alcooliques est double de celle de la population générale française (84). Cet exemple prouve que la maladie alcool est multifactorielle. D'autres pathologies sont souvent sous-jacentes aux problèmes d'alcool. De ce fait, le traitement de la personne alcoolique doit être global et prendre en compte les dimensions psychologiques, comportementales et sociales, s'inscrivant dans l'histoire de l'individu.

Une autre difficulté pour le traitement des personnes en difficulté avec l'alcool est le manque de produits médicamenteux récents pour traiter ce problème. Il n'existe aucune molécule possédant une action anti-alcool globale. Les produits disponibles sont des produits de sevrage, représenté par les benzodiazépines à demi-vie intermédiaire (Séresta®, Témesta®), les molécules aversives qui provoquent un effet antabuse tel que le disulfirame (Esperal®) et les molécules d'aide au maintien de l'abstinence dont le chef de file est

l'acamprostate (Aotal®) et la naltrexone (Revia®) . Il n'y a, pour l'instant, guère de révolution pharmacologique (85).

Ces contraintes renforcent l'idée de développer des programmes de promotion de la santé qui démarrent tôt au début de l'adolescence, ou même avant, et qui doivent avoir une grande persistance dans le temps. En effet, c'est entre 12 et 20 ans que l'individu va adopter des attitudes et des comportements qui vont influencer durablement sa santé (58). L'éducation à la santé dans les classes primaires paraît donc essentielle, de même que le relais de cette information par la suite, aussi bien par le corps enseignant que par l'entourage des adolescents. L'idéal serait une information qui circule entre les adolescents de même génération de façon à rendre le message moins paternaliste ou moralisateur. Cette solution paraît cependant peu évidente à mettre en œuvre. De plus, il n'y a rien de plus difficile que de changer les habitudes et les mentalités.

Bibliographie

1 C.F.E.S et M.I.L.D.T (Comité français d'éducation pour la santé et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie)

Drogues, savoir plus risquer moins

Paris : CFES, 2000.-145p

2 BARRUCAND D.

Alcoologie

Riom Lab-Cerm, 4° Ed. 1988.- 430p

3 LEJOYEUX M., PAILLE F., REYNAUD M.

Repérage et évaluation des usages à risque et de l'usage nocif d'alcool

In : Usage nocif de substances psychoactives / ed. par La Direction Générale de la Santé

Paris : Documentation française, 2002, p105-120

4 LAVOLE F., ROGUEZ C.

Plaisirs du risque et risques du plaisir

Actualités et dossier en santé pub, 1998, 22, p10-11

5 INSTITUT DE RECHERCHE ET D'ETUDE DES BOISSONS (I.R.E.B)

L'Alcool et les jeunes : Réflexions sur les données disponibles

Paris : I.R.E.B, Focus Alcoologie n°1-Premier trimestre 2001

6 I.R.E.B

Les Adolescents français face à l'alcool : Comportement et évolution

Paris : Princeps Edition, 1998.-119p

7 ARENES J., JANVRIN M-P., BAUDIER F.

Baromètre santé jeunes 97/98

Paris : Editions CFES, 1998.-318p

8 CHOQUET M., LEDOUX S.

Analyses et Prospectives, Adolescents, Enquête nationale
Paris : INSERM, 1994

9 ROY P.

Alcoolisme : une nouvelle campagne de la CNAM et du CFES
Le Quotidien du médecin, 1998, n°6372, p30

10 PAYEN A.

Données générales sur la consommation de toxiques licites et illicites chez les jeunes
Synapse, Septembre 1997, numéro spécial

11 MACHU J.

Les jeunes, premières victimes des ravages de l'alcool
Le Pharmacien de France, Janvier 2001, n° 1, p 42-43

12 PAILLE F., DUPASQUIER F.

Comment devient-on psychologiquement dépendant de l'alcool ?
La Revue du Praticien, Septembre 1998, 430, p9-15

13 CERCLE A.

Jeunes et alcool
Alcoologie plurielle, Avril-Mai 1994, n° 26-27, p 6-9

14 BECK F., PERETTI-WATEL P.

Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés :
Premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 évolution 1993-1999
Tendances, Février 2000, numéro 6

15 REYNAL N., FANELLO S., DANO C., MAHE N.

Les lycéens et l'alcool : Une enquête chez les 15-18 ans
Le concours médical, 16 Octobre 1999, p 1121-32, p 2531-2534

16 ANVERS P., PIBAROT A., JOB A., PICARD J.

L'auto estimation de la consommation d'alcool chez les jeunes

Alcoologie 1995 ; 17 : p 34-41

17 ADES J., LEJOYEUX M.

Alcoolisme et psychiatrie

Paris : Masson, 1997.-270p

18 David H. JERNIGAN

Global Status Report : Alcohol and young people

Geneva 2001, World Health Organisation

19 ANONYME

Une nouvelle défonce

Impact médecin hebdo, 23 Juin 1995, n° 286, p 34

20 NAVARRO F., GODEAU E., VIALAS C.

Les jeunes et l'alcool en Europe : Actes du colloque interdisciplinaire de Toulouse (2 et 3 décembre 1999)

Toulouse : Editions universitaires du Sud, 2000.-387p

21 GOT C., WEIL J.

L'Alcool à chiffres ouverts. Consommation et conséquences : indicateurs en France

Paris : Seli Arslan, 1997.-350p

22 CHAUVARD S.

Les Ados trinquent

Impact médecin hebdo, 1998, 393, p 6-15

23 CHOQUET M.

Association Alcool-Médicaments psychotropes chez les adolescents

Alcoologie, 1991, 3, p 121-127

24 ZOLOTAREFF J-P., CERCLE A.

Pour une alcoologie plurielle

Paris : Editions L'Harmattan, 1994.-280p

25 LECLEF H., PHILIPPOT P.

La consommation d'alcool dans le milieu étudiant

Alcoologie, 1999, 21, p 421-428

26 AAS H.N., LEIGH B.C., ANDERSSSEN N., JAKOBSEN R.

Two-year longitudinal study of alcohol expectancies and drinking among Norwegian adolescents

Addiction, 1998, 93, p 373-384

27 SCAFATO E.

Alcohol as part of regional, Italian and european healthcare plans. The rationale behind the goal-oriented, evidence-based preventive approach.

Alcologia, 2001, 13, p 3-10

28 SCAFATO E.

Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people in Europe

Alcologia, 2000, 12, p 3-12

29 FORNI E.

Alcohol and youth

Alcologia, 1997, 9, p 65-68

30 CALANDRA C., MUSUMECI G., MANGIAMELI A., CALABRESE V.

Perception of alcoholism problem among young people between 13 & 30 years old

Alcologia, 2000, 12, p 85-89

31 FORNI E.

Juvenile drinking in Italy: Socio-Economic Transformations and patterns of Consumption

Alcologia, 1998, 10, p 69-71

32 SUTHERLAND I., WILLNER P.

Patterns of alcohol, cigarette and illicit drug use in English adolescents
Addiction, 1998, 93, p 1199-1208

33 PATON A.

Reflections on alcohol and the young
Alcohol and Alcoholism, 1999, 34, p 502-505

34 NORWEGIAN INSTITUTE FOR ALCOHOL AND DRUG RESEARCH

Alcohol and Drugs in Norway
Oslo : SIRUS, 2002.-111p

35 IRGENS-JENSEN O.

Changes in the use of drugs among Norwegian youth year by year from 1968 to 1989
British Journal of Addiction, 1991, 86, p 1449-1458

36 PAPE H., HAMMER T.

How does young people's alcohol consumption change during the transition to early adulthood ?
A longitudinal study of changes at aggregate and individual level
Addiction, 1996, 91, p 1345-1357

37 CHOQUET M.

Les Jeunes Européens et l'Alcool
Focus, 2002, 4, p1-9

38 CODE DES DEBITS DE BOISSONS ET DES MESURES CONTRE L'ALCOOLISME

Titre IV, Chapitres I et II, Articles R4 à R13

39 CODE PENAL

Partie Législative : Articles 131-5 à 132-15

40 O.F.D.T (Observatoire français des drogues et des toxicomanies)

Indicateurs et tendances 2002

Paris 2002

41 ACT n°27 of 2 JUNE 1989 ON THE SALE OF ALCOHOLIC BEVERAGES

As amended, latest by Act n° 57 of July 1999

Oslo 1999, The Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems

42 INTERNATIONAL CENTER FOR ALCOHOL POLICIES

What is standard drink ?

Washington : ICAP Report 5 (1998)

43 INTERNATIONAL LIFE SCIENCE INSTITUTE

Health Issues Related to Alcohol Consumption

Oxford : Blackwell Science Editor, 1999, p 4-19

44 DANAUX J-P.

Comparaison de la législation anti-alcoolique relative à la circulation dans les différents pays de la C.E.E

Th : Méd : Nancy 1 :1989.-154p

45 CODE DE LA ROUTE

Chapitre 4. De l'Article L234-1 à L234-14 et les articles R221-13 et R224-8

46 GOT C.

La sécurité routière orpheline de décision concrètes

Alcool Actualités, 2001, 4, p 2-3

47 REHN N., ROOM R., EDWARDS G.

L'alcool dans la région européenne: consommation, méfaits et politiques

Organisation mondiale de la santé 2001

48 SHULTS R.

Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving
Am J Prev Med 2001, 21, p 66-88

49 CONSEIL NATIONAL DE L'EVALUATION

La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme : Rapport d'évaluation
Paris : La documentation française, 1999.-555p.

50 PISSOCHET P., BIACHE P., PAILLE F.

Alcool, publicité et prévention. Le regard des jeunes
Alcoologie 1999 , 1 , p 15-24

51 CERCLE A.

Les jeunes consommateurs face à la publicité pour les boissons alcoolisées
Alcoologie plurielle 2000 , 42 , p 5-19

52 ANONYME

Publicité pour les boissons alcoolisées : une progression constante et un caractère saisonnier
Alcool actualités 2002 , 8 , p10

53 THE AMSTERDAM GROUP.

Alcohol Beverages + Europe Society
1993. Annexe IV

54 SETTERTOBULTE W., JENSEN BB., HURRELMANN K.

La consommation d'alcool parmi les jeunes Européens
Organisation mondiale de la santé 2001

55 PARTANEN J.

Failure in alcohol policy
Addiction 1993 , 88 , p 129-134

56 GODFREY C.

Licencing and the demand for alcohol
Appl Economics 1998, 20 , p 1541-1558

57 ARNAUD C., GIRAUD-HERAUD E., HAMMOUDI H.

Barrières fiscales et commerce international : l'exemple des vins et spiritueux
Paris : Ecole Polytechnique, 2001, Cahier n° 2001-016 , p1-6

58 BAILLY-LAMBIN I., BAILLY D.

Prévention et consommation de substances chez l'enfant et l'adolescent
Ann Psychiatr, 2000, 15, p224-230

59 REYNAL N.

L'alcool et les jeunes : Enquête auprès des jeunes angevins âgés de 15 à 20 ans
Th : Pharm : Angers : 1997

60 BAILLY D.

Clinique et thérapeutique de l'alcoolisme chez les jeunes
Nervure, Décembre 1994/Janvier 1995, 7, p 10-18

61 MESSINGER J-D.

Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1994
Alcoologie, 1996 , 3 , p 255-264

62 WALLER S., NAIDOO B., THOM B.

Prevention and reduction of alcohol misuse
Health Development Agenct, 2002, p 1-9

63 CHENET L., Mc KEE M

Down the road to deregulation
Alcohol and alcoholism, 1998, 4, p 337-340

64 DURON M.

Campagnes antialcooliques : chez les jeunes, visez la proximité
Le Quotidien du Médecin, 1998 , n° 6200 , p 28

65 VENON C.

Prévention du risque alcool chez les jeunes en milieu scolaire
Alcoologie, 1995 , 17 , p 325-327

66 MORISOT D., CHABAUD F.

Evaluation d'une action éducative sur le risque alcool menée auprès d'adolescents scolarisés de la seconde à la terminale dans trois lycées de la ville de Niort
Alcoologie, 1994 , 16 , p 217-223

67 CHOQUET M., LAGADIC C.

Evaluation en milieu scolaire d'un programme de prévention primaire en matière de toxicomanie
OFDT, 1999 , Etude n°11 , 109p

68 BAUDIER F.

Alcool et Adolescence. Prévention des conduites à risque
Le concours Médical, 1995 , p12-15

69 CFES-IPSOS

Les Français et la consommation d'alcool
Alcool-Actualités, 2002, 6 , p10

70 CFES ET L'ASSURANCE MALADIE

Le public connaît-il les seuils de consommation alcoolique à ne pas franchir ?
Alcool-Actualités, 2002, 6 , p6

71 ANONYME

Des Campagnes de prévention « l'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir »
Le Quotidien du Médecin, 2001, n° 6978 , p32

72 EVEILLARD A.

L'Alcool mis en cause dans 52000 décès par an
Panorama du Médecin, 2000, n° 4739 , p12

73 DEGROUX A.

Jeune et envie de le rester
Alcool-Actualités, 2002, 5, p8

74 MALKA E.

Vigicarotte : pour éviter les accidents du Samedi soir
Alcool-Actualités, 2002, 8, p8

75 SITRUK L.

De l'OMS au cabinet médical français
Le généraliste, 2000, 2062

76 PICARD V.

Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool
La Revue du Praticien, 2002, 16, p699-703

77 ROY P.

Nicole Maestracci appelle les généralistes à s'impliquer d'avantage
Quotidien du Médecin, 2000, n° 6696, p 15-16

78 RUEFF B.

Alcoologie clinique
Paris : Flammarion, 1989, p 38-40

79 WERNER M J.

The role of the pediatrician in early identification and brief intervention for adolescent alcohol use
Ambulatory Child Health, 1997, 2, p241-251

80 AUBIN H-J., BERAUD J., CAGNI G., DAUTZENBERG B., LEJOYEUX M., MARCELLI D., PAILLE F., REYNAUD M.

Les stratégies d'aide individuelle : comment aider les consommateurs à problèmes

In : Usage nocif de substances psychoactives / ed. par La Direction Générale de la Santé

Paris : Documentation française, 2002, p163-208

81 CRAPLET M.

La prévention du risque alcool

Alcoologie, 1998, 20, p 345-352

82 RUEFF B.

Les Malades de l'alcool

Paris : John Libbey Eurotext, 1995, p 24-25

83 FREGOSI X., SAINT-JEAN B., BARREAU S.

Parler d'alcool

Santé Mentale, 1996, 10, p27-28

84 PIROLLET P., GILLET C., AUBIN H.J., PAILLE F.

Prévalence du tabagisme et influence de la consommation tabagique chez le malade alcoolique

Sem Hôp Paris, 1994, 70, p393-394

85 PAILLE F., PIROLLET P., GILLET C., PISSOCHET P.

La recherche médicamenteuse en alcoologie

Alcoologie 1994, 16, p 203-215

Sites Internet :

86 Site www.drogues.gouv.fr

Consulté le 14/03/02

87 Site www.homeoffice.gov.uk/atoz/alcohol.htm

Consulté le 29/10/02

88 Site www.anpa.asso.fr

Consulté le 02/11/02

Annexes

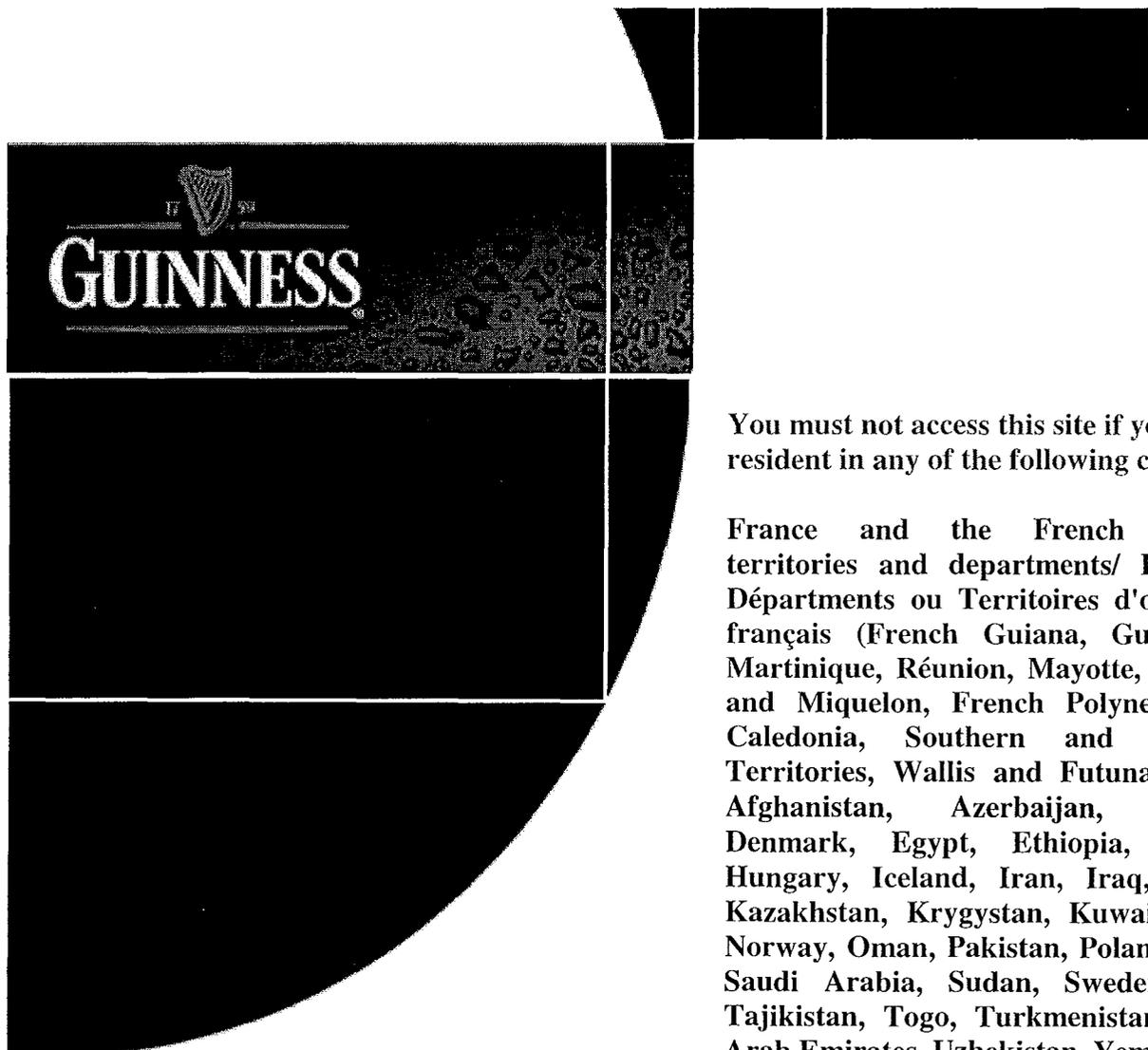
Illustrations des publicités disponibles sur Internet

Ces images ont été téléchargé en France sur le site Internet d'un alcoolier. Cela est normalement interdit par la loi Evin.



Source : site <http://www.carlsberg.com>

En revanche, un autre site Internet d'alcoolier a abouti à cette page quand nous avons essayé de télécharger des publicités ou des images sur ce site.



Source: site <http://www.guinness.com>

Cet site nous montre qu'il est techniquement possible d'empêcher le téléchargement sur Internet de publicités en faveur de boissons alcoolisées dans les pays où la législation l'interdit.

Loi 91-32 du 10 janvier 1991 dite Loi Evin

Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

Article 1

Modifié par Loi 92-60 18 Janvier 1992 art 11 JORF 21 janvier 1992 . A compter du 1er janvier 1992 , toute référence à un indice des prix à la consommation pour la détermination d'une prestation, d'une rémunération, d'une dotation ou de tout autre avantage s'entend d'un indice ne prenant pas en compte le prix du tabac.

Titre Ier : Dispositions relatives à la lutte contre le tabagisme.

Article 5 Créé par Loi 91-32 10 Janvier 1991 JORF 12 janvier 1991 . Les articles 13 à 15 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée sont abrogés.

Article 6 Créé par Loi 91-32 10 Janvier 1991 JORF 12 janvier 1991 . I - Jusqu'au 31 décembre 1992, toute propagande ou publicité en faveur du tabac ou des produits du tabac est assortie d'un message de caractère sanitaire dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé. II - La surface consacrée annuellement dans la presse écrite à la propagande ou à la publicité en faveur du tabac ou des produits du tabac sera en 1991 inférieure d'un tiers et en 1992 des deux tiers à celle qui leur a été consacrée en moyenne pendant les années 1974 et 1975. Il sera fait application, à cette fin, de l'article 8 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée. Ces dispositions s'appliquent aux contrats en cours à la date de promulgation de la présente loi .

Article 7 Créé par Loi 91-32 10 Janvier 1991 JORF 12 janvier 1991. Abrogé par Ordonnance 2000-548 15 Juin 2000 art 4 JORF 22 juin 2000

Article 8 Modifié par Loi 92-1336 16 Décembre 1992 art 322 JORF 23 décembre 1992 en vigueur le 1er mars 1994

Toute infraction aux dispositions de l'article 6 est punie d'une amende de 250 000 F . Le maximum de la peine peut être porté à 50 p 100 des dépenses consacrées à la propagande ou à la publicité interdite.

Le tribunal peut, compte tenu des circonstances de fait, décider que les personnes morales sont en totalité ou en partie solidairement responsables du paiement des amendes mises à la charge de leurs dirigeants ou de leurs préposés. Les associations mentionnées à l'article 18 de la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 précitée peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions de l'article 6.

Titre II : Dispositions relatives à la lutte contre l'alcoolisme.

Article 11

Créé par Loi 91-32 10 Janvier 1991 JORF 12 janvier 1991 . A compter du 1er janvier 1993, par dérogation aux dispositions de l'article L 17 du code des débits de boissons, l'exécution des contrats en cours au 1er janvier 1991 et relatifs à des opérations de publicité dans l'enceinte des débits de boissons est poursuivie jusqu'au 31 décembre 1993 au plus tard.

Article 12

Créé par Loi 91-32 10 Janvier 1991 JORF 12 janvier 1991. (Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 90-283 DC du 8 janvier 1991).

Article 13

Créé par Loi 91-32 10 Janvier 1991 JORF 12 janvier 1991 . Un rapport d'évaluation de la présente loi devra être soumis par le Gouvernement au Parlement pour le 1er janvier 1993 et pour le 1er janvier 1995.

Charte européenne sur la consommation d'alcool

Paris, 12-14 décembre 1995

La conférence des ministres de la santé publique, convoquée par l'Organisation Mondiale de la Santé, Région Europe, a accepté la déclaration suivante:

Principes éthiques et buts

Pour renforcer le Plan d'action européen contre l'alcoolisme, la Conférence de Paris demande à tous les Etats membres d'élaborer des politiques complètes de lutte contre l'alcoolisme et de mettre en oeuvre des programmes qui donnent expression aux principes éthiques et aux buts ci-après en tenant compte de la situation sociale, juridique et économique et du contexte culturel propres à chaque pays, étant entendu que le présent document ne confère pas de droits juridiques:

1. Toute personne a droit à une vie familiale, sociale et professionnelle à l'abri des accidents, des actes de violence et autres conséquences néfastes de la consommation d'alcool.
2. Toute personne a le droit de recevoir, dès un stade précoce de son existence, une éducation et une information objectives et fiables concernant les effets de l'alcool sur la santé, la famille et la société.
3. Tous les enfants et adolescents ont le droit de grandir dans un environnement aux risques réduits, à l'abri des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et, dans la mesure du possible, de la promotion des boissons alcoolisées.

4. Toute personne ayant une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et les membres de son entourage ont droit à un traitement et à des soins accessibles.

5. Toute personne qui ne souhaite pas consommer de l'alcool, ou qui ne peut le faire pour des raisons de santé ou pour d'autres raisons, a le droit de ne pas être soumise à des incitations à boire et d'être soutenue dans son abstinence.

Dix stratégies de lutte contre l'alcoolisme

Les recherches menées et les succès remportés dans les pays montrent que la Région européenne pourrait retirer des avantages importants, sur le plan de la santé et sur le plan économique, de l'application des dix stratégies de promotion de la santé de lutte contre l'alcoolisme inspirées des principes éthiques et des buts énoncés plus haut, conformément aux environnements culturels, sociaux, juridiques et économiques des différents Etats membres:

1. Informer les citoyens au sujet des effets de la consommation d'alcool sur la santé, la famille et la société et des mesures efficaces pouvant être prises pour en prévenir ou en réduire autant que possible les conséquences nocives, en élaborant de vastes programmes éducatifs destinées notamment aux jeunes enfants.

2. Favoriser des environnements publics, privés et professionnels protégés des accidents, des actes de violence et des autres effets négatifs de la consommation d'alcool.

3. Elaborer et faire respecter des lois efficaces contre l'alcool au volant.

4. Promouvoir la santé en contrôlant la vente, par exemple aux jeunes, et en influençant le prix des boissons alcoolisées, par exemple par la fiscalité.

5. Mettre en oeuvre des réglementations strictes, tenant compte des limitations ou interdictions existantes dans certains pays, concernant la publicité directe et indirecte en faveur des boissons alcoolisées, et faire en sorte qu'aucune forme de

publicité ne vise expressément les jeunes, par exemple en établissant un lien entre alcool et sport.

6. Garantir l'accès à des services de traitement et de réadaptation efficaces, dotés de personnel qualifié, pour les personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse ou nocive et les membres de leur entourage.

7. Favoriser la prise de conscience de leur responsabilité morale et juridique par toutes les personnes qui commercialisent ou servent des boissons alcoolisées, et prendre des mesures appropriées contre la production et la vente illicites.

8. Accroître les moyens dont dispose la société pour lutter contre l'alcoolisme en formant des spécialistes dans différents secteurs tels que la santé, la protection sociale, l'éducation et la justice, et en renforçant les pressions exercées par la collectivité.

9. Aider les organisations non gouvernementales et les mouvements d'entraide promoteurs d'un mode de vie sain, en particulier ceux qui s'emploient à prévenir ou à réduire les effets nocifs de la consommation d'alcool.

10. Elaborer de larges programmes de lutte contre l'alcoolisme dans les Etats membres, en tenant compte de la présente Charte européenne sur la consommation d'alcool; définir des buts précis et des indicateurs de résultats; suivre les progrès accomplis et actualiser régulièrement les programmes après évaluation.

Source : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) <http://www.sfa-ispa.ch>

Tableau de la classification des boissons et des débits de boissons

Classifications des Boissons		Classification des débits de boissons	
Groupes	Nature des Boissons	A consommer sur place	A emporter
1 ^{er} groupe	Boissons sans alcool, comprenant moins de 1,2° d'alcool	Licence I : licence de boissons sans alcool	
2 ^{ème} groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Vins, cidres, bières • Vins doux naturels bénéficiant du régime fiscal des vins (Banyuls, Rivesaltes, Frontignan) 	Licence II : licence de boissons fermentées (boissons groupes 1 et 2)	Petite licence à emporter (boissons groupes 1 et 2)
3 ^{ème} groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Vins doux naturels autres que ceux du groupe 2 • Vins de liqueur (Porto, Malaga, Pineau) • Apéritifs à base de vin (Byrrh, Martini, Dubonnet ...) • Liqueurs de moins de 19° 	Licence III : licence restreinte (boissons groupes 1, 2 et 3)	Licence de vente à emporter (boissons des 5 groupes)
4 ^{ème} groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Rhums, Tafia, eaux de vie • Cognac, Armagnac • Autres liqueurs (Bénédictine, Cointreau, Chartreuse) 	Licence IV : Grande licence (boissons des 5 groupes)	
5 ^{ème} groupe	Toutes les autres boissons (anisées, gin, whisky, vodka, prémix...)		

Source : Codes des débits de boissons

L'Abus selon le DSM IV

1. Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
2. Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
3. Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ?
4. Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?

Un réponse positive (ou plus) à ces questions est évocatrice d'une consommation nocive.

Le DETA (CAGE)

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'**Alcool** dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives (ou plus) à ces questions évoque une consommation nocive



FICHE DES CONSTATATIONS MÉDICALES

Commission de

Examen médical du

Nom et prénoms :

.....

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Domicile :

.....

Profession :

.....

Scolarité :

.....

Service militaire :

.....

Accidents :

.....

Infirmités :

.....

Pensions :

.....

.....

.....

	1er EXAMEN	RENOUVELLEMENT
CATÉGORIE DEMANDÉE	AT .....	.....
	AL .....	.....
	A .....	.....
	B .....	.....
	EB .....	.....
	BA .....	.....
	BP .....	.....
	C .....	.....
	EC .....	.....
	D .....	.....

	DATE
EXAMENS MÉDICAUX ANTÉRIEURS	AT
	AL
	A
	B
	EB
	BA
	BP
	C
	EC
	D

SUSPENSION DU PERMIS DE CONDUIRE

le pour une durée de

motif :

le pour une durée de

motif :

le pour une durée de

motif :

AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE

L'INTÉRESSÉ A ÉTÉ RECONNU

Apte

- du port de verres correcteurs (lunettes ? - lentilles ?)

Apte sous réserve (1)

- du port d'un appareil de prothèse

- de conduire un véhicule à embrayage automatique

- de conduire un véhicule aménagé

Apte (2) pour une durée limitée à

Inapte (3) pour une durée (Classe n°)

Inapte définitif (Classe n°)

MÉDECINS EXAMINATEURS

1°

2°

CATÉGORIES
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(1) Rayer ou les mentions inutiles.
 (2) Rappel : minimum 6 mois.
 (3) Rappel : maximum 5 ans.

ANNEXES

DEMANDE D'IMPRIMATUR

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE**

présenté par **Hubert OBELLIANNE**

Sujet :

**L'alcool et les jeunes : Disparités
européennes**

Jury :

Président : M. Alain BAGREL, Professeur

Juges : M. Pascal PIROLLET, Médecin des Hôpitaux

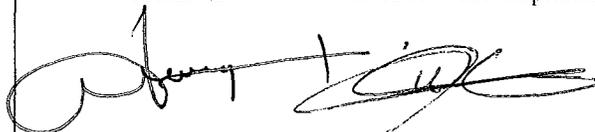
M. Alain MOREAU, Pharmacien

Vu,

Nancy, le 24 juin 2003

Le Président du Jury Le Directeur de thèse

M. Alain BAGREL, **M. Pascal PIROLLET**
Professeur Médecin des Hôpitaux



Vu et approuvé,

Nancy, le 24 juin 2003

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université Henri Poincaré-Nancy 1,


Chantal FINANCE

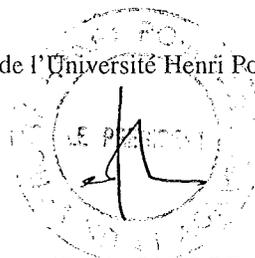
n° 1708

Vu,

Nancy, le

20 avril 2003

Le Président de l'Université Henri Poincaré-Nancy 1,



Claude BURLET

N° d'identification : PH Nancy 03 n° 54

TITRE :

L'ALCOOL ET LES JEUNES : DISPARITES EUROPEENNES

Thèse soutenue le 19 septembre 2003

Par Hubert OBELLIANNE

RESUME :

Le comportement des jeunes européens face à l'alcool est aujourd'hui préoccupant. Contrairement à leurs aînés, l'alcoolisation se fait souvent en groupe, durant les week-ends et les sorties. Si la dépendance à l'alcool ne s'observe pas chez les adolescents, on rencontre parfois une consommation à risque qui se caractérise par une grande précocité de l'alcoolisation et une multiplication des ivresses. Si les dommages causés par l'alcool ne se remarquent pas immédiatement, ils peuvent se révéler dramatiques dans le temps.

Les besoins et les habitudes de consommation d'alcool chez les jeunes européens diffèrent d'une région à l'autre et d'un groupe de population à l'autre au sein d'une même zone géographique. La comparaison de quatre pays européens que sont : la France, l'Angleterre, l'Italie et la Norvège confirment ces disparités dans les modes de consommation. Les différentes mesures mises en place dans ces pays, aussi bien au niveau législatif qu'au niveau de la prévention, apparaissent plus ou moins efficaces mais aucune ne semble être absolue. De plus, un système de lutte contre les abus d'alcool n'est pas transposable d'un pays à un autre. Les mentalités sont différentes, et les problèmes ne sont pas toujours les mêmes. Ces différentes actions doivent donc être élaborées pour un groupe ciblé et une zone géographique définie pour avoir un réel impact.

A ces différents problèmes s'ajoutent les intérêts économiques qui viennent souvent en opposition aux mesures de santé publique. Une éducation à la santé et modèle d'hygiène de vie sont donc indispensables chez les adolescents, voire même avant, car c'est à cet âge que l'individu va adopter des comportements qui vont influencer durablement sa santé.

MOTS CLES : Alcool, Adolescents, Europe, Consommation, Législation, Prévention.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
M. Alain BAGREL	Biochimie fondamentale et clinique Biotechnologies	Expérimentale Bibliographique Thème +

Thèmes

1 - Sciences fondamentales	2 - Hygiène/Environnement	
3 - Médicament	4 - Alimentation – Nutrition	+
5 - Biologie	6 - Pratique professionnelle	